

W PRZESTRZENI STRESU I LĘKU

**MEDYCZNE I SPOŁECZNE
ASPEKTY TRAUMY**

**MEDICAL AND SOCIAL
ASPECTS OF TRAUMA**

W PRZESTRZENI STRESU I LĘKU
**MEDYCZNE I SPOŁECZNE
ASPEKTY TRAUMY**

**MEDICAL AND SOCIAL
ASPECTS OF TRAUMA**

pod redakcją

prof. Jadwigi Joško – Ochojskiej



Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2016

Recenzent

prof. dr hab. n. med. Antoni Florkowski

Redakcja

prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska

Wydanie I

Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2016

Wszelkie prawa zastrzeżone

Dzieło może być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja,
redystrybucja lub odsprzedaż.

ISBN: 978-83-7509-323-0

Projekt okładki i skład

Vero Graphic Design Weronika Hluchnik

www.vgd.com.pl

Druk i oprawa

“TOTEM.COM.PL Sp. z o.o.” Sp. K.

ul. Jacewska 89

88-100 Inowrocław

SPIS TREŚCI

- 7–40** **DZIEDZICZENIE TRAUMY. EPIGENETYCZNY "LIST" DO PRZYSZŁYCH POKOLEŃ**
- 41–73** **INHERITANCE OF TRAUMA. EPIGENETIC "LETTER" TO FUTURE GENERATIONS**
Jadwiga Joško – Ochojska
-
- 75–90** **WYBRANE ZAGADNIENIA Z DZIEJÓW ETYKI I DEONTOLOGII W PIERWSZEJ RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ**
- 77–78** **SELECTED PROBLEMS FROM THE HISTORY OF MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN THE FIRST POLISH REPUBLIC**
Janusz H. Skalski
-
- 91–107** **IMPACT OF STRESS AND STRESS HORMONES ON EMOTIONAL MEMORY: A DYNAMIC PROCESS**
Marie France – Marin
-
- 109–145** **DUCHOWOŚĆ W PRAKTYCE PSYCHOLOGICZNO–PSYCHIATRYCZNEJ**
- 110** **SPIRITUALITY IN PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC PRACTISE**
Wojciech Gruszczyński, Andrzej Dryja
-
- 147–170** **TRAUMA A ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO**
- 148** **TRAUMA AND POST TRAUMATIC STRESS DISORDER**
Wojciech Gruszczyński
-
- 171–182** **JAK ROZMAWIAĆ Z RODZINĄ ZMARŁEGO, POTENCJALNEGO DAWCY NARZĄDÓW DO TRANSPLANTACJI? TRAUMA DLA RODZINY ZMARŁEGO I PERSONELU MEDYCZNEGO**
- 183–193** **HOW TO TALK WITH THE FAMILY OF THE DECEASED AND A POTENTIAL ORGAN DONOR FOR TRANSPLANTATION? TRAUMA FOR THE FAMILY OF THE DECEASED AND FOR THE MEDICAL PERSONNEL**
Hanna Misiołek
-
- 195–219** **GDY ŁZY ZAMIENIAJĄ SIĘ W NUTY. WPŁYW DOŚWIADCZEŃ MIGRACYJNYCH NA TWÓRCZOŚĆ FRYDERYKA CHOPINA**
- 220–241** **WHEN TEARS TURN INTO MUSIC – THE IMPACT OF FREDERIC CHOPIN'S MIGRATION ON HIS OEUVRE**
Joanna Sell

- 243–267** **TEORIA TRAUMY W PSYCHOTERAPII RELACYJNEJ**
268–289 **TRAUMA THEORY IN RELATIONAL PSYCHOTHERAPY**
Aleksandra Misiołek
- 291–324** **TRAUMY RAJSKICH PTAKÓW. O NATALII I KONSTANTYM GAŁCZYŃSKICH**
292–293 **TRAUMA OF THE BIRDS–OF–PARADISE. ON NATALIA AND KONSTATNTY GAŁCZYŃSKICH.**
Andrzej Ochojski
- 325–346** **POGLĄDY STUDENTÓW MEDYCyny NA TEMAT TRAUMY**
327–328 **THE MEDICAL STUDENTS VIEWS ABOUT THE TRAUMA**
*Mirosław Tyrpień, Janusz Kasperczyk, Karolina Lau,
 Urszula Marcinkowska, Jacek Olszewski, Jadwiga Joško–Ochojska*

prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska
 Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko–Dentystycznym w Zabrze
 Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej
 Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

prof. Jadwiga Joško – Ochojska, M.D., Ph.D.
School of Medicine with the Division of Dentistry in Zabrze
Chair and Department of Environmental Medicine and Epidemiology
Medical University of Silesia in Katowice

DZIEDZICZENIE TRAUMY. EPIGENETYCZNY „LIST” DO PRZYSZŁYCH POKOLEŃ

INHERITANCE OF TRAUMA. EPIGENETIC “LETTER” TO FUTURE GENERATIONS

Streszczenie

Wpływ przeżyć przodków na rozwój i funkcjonowanie człowieka jest, w ostatniej dekadzie, w sferze zainteresowań wielu badaczy. Z badań eksperymentalnych na zwierzętach oraz z badań przeprowadzanych u ludzi wiemy, że oprócz dziedziczenia genów, dziedziczymy także pamięć o lęku, różne zaburzenia psychiczne lub skłonność do chorób somatycznych.

Dochodzi wówczas do zmian epigenetycznych, w których ulega zmianie ekspresja genów polegająca na chemicznej modyfikacji materiału jądrowego przy udziale specyficznych enzymów. W ten sposób powstaje transmisja międzypokoleniowa i zmiany biologiczne powstające u potomstwa w wyniku stresu dotyczącego rodziców. Pamięć komórkowa powoduje, że komórki naszego ciała zapamiętują różne zmienne w środowisku, jak: temperatura, ciśnienie, dostępność do pożywienia, itd., w związku z tym również środowisko może wpłynąć na fizjologię potomstwa i to bez zmiany sekwencji genomu. Poprzez styl życia, jaki prowadzimy i emocje, jakim się poddajemy, możemy spowodować korzystne lub niekorzystne zmiany w genomie. Szkodliwe czynniki środowiskowe, stres, agresja, lęk, traumatyczne przeżycia, toksyny, leki, dieta, itp. działają zarówno na przyszłą matkę jak i na przyszłego ojca i odciskają się piętnem w następnych pokoleniach. Trauma rodziców bezpośrednio wpływa na potomstwo poprzez zmiany epigenetyczne w komórkach jajowych

i plemnikach, w środowisku panującym w macicy ciężarnej, komórkach macierzystych i w ośrodkowym układzie nerwowym. Ponadto przeżycia rodziców i dziadków zmieniają anatomię i funkcję układu nerwowego w następnych pokoleniach. Wysiłki naukowców zmierzają do stworzenia nowych leków, które pomogłyby w uporaniu się z traumą międzypokoleniową. Dowody z badań przedklinicznych wykazują, że zmiany acetylacji histonów przez np. worinostat, entinostat, trichostatynę A i inne, powodują zanikanie lęku i chronią przed powrotami napadów lękowych.

Pamiętać jednak należy zawsze o tym, że traumatyczne przeżycia mogą spowodować w następstwie wzrost potraumatyczny, prowadzący do funkcjonowania na wyższym poziomie niż przed traumą. Takie osoby zauważają swoje zwiększone umiejętności radzenia sobie i przetrwania w skrajnie trudnych warunkach, dostrzegają nowe możliwości w życiu i stawiają sobie nowe cele. To chyba jedyna korzyść jakiej można się spodziewać po traumie, bowiem ta pozytywna transformacja również będzie dziedziczona.

Wstęp

Funkcjonowanie człowieka na wszystkich poziomach – fizycznym, psychicznym i duchowym zależy od wielu poznanych już dobrze czynników. Spośród nich najmniej zbadanym jest wpływ przeżyć przodków na funkcjonowanie jednostki.

Z doświadczeń całych pokoleń możemy przypuszczać, że historia życia naszych rodziców, dziadków i kto wie czy nie pradziadków, lub jeszcze wcześniejszych przodków ma na nas znaczący wpływ.

«Czy to możliwe, aby lęk, jaki odczuwam patrząc na ogień w kominku był spowodowany lękiem mojego ojca, który w młodym wieku otrzymał wiadomość o tragicznej śmierci dziadka, który zginął w czasie pożaru w kopalni?» — słyszymy czasami w rozmowach. «Czy to możliwe, abym miał koszmary senne o nieuchronnej śmierci w obozie koncentracyjnym tylko dlatego, że mój dziadek zginął w Oświęcimiu?»

Dlaczego losy tych, których czasem nawet nie znamy, mają wpływ na nasze życie, na to, jacy jesteśmy? Odpowiedzi na te i podobne pytania naukowcy starają się znaleźć przy użyciu coraz nowocześniejszych metod badawczych.

Jeszcze nie tak dawno zakładano, że potomstwo za każdym razem otrzymuje zestaw genów, w którym wpływ czynników środowiskowych dotyczących poprzednie pokolenia został «wymazany». Poglądy te są kontynuacją wcześniejszych myśli filozofów z czasów starożytnych, kiedy uważano, że dusza człowieka zaraz po urodzeniu jest jak niezapisana tablica – «tabula rasa» i zostaje zapisywana stopniowo w ciągu życia, w czasie zdobywania kolejnych doświadczeń. Pojęcie «tabula rasa» po raz pierwszy użył Arystoteles w traktacie «O duszy», a później rozpowszechnił go Tomasz z Akwinu i inni. We fragmencie uznawanym za nowożytne sformułowanie koncepcji «tabula rasa» Locke napisał, że umysł w chwili narodzin jest «czystą kartą, nie zapisaną żadnymi znakami». Umysł taki czeka na zapisanie przez doświadczenie i edukację. [1]

Obecnie, badania naukowe z użyciem najnowocześniejszych metod neuroobrazowania mózgu, metod genetycznych i epigenetycznych wskazują na to, że wpływ środowiska sięga o wiele głębiej i dalej. Dowiedziano już na przykład ponad wszelką wątpliwość, że traumatyczne przeżycia matki w czasie ciąży mogą spowodować uszkodzenia czynnościowe i anatomiczne mózgu dziecka jeszcze w życiu płodowym, wpływając na patologiczne funkcjonowanie całego jego organizmu również w późniejszym okresie, nawet w życiu dorosłym. [2] Ale to nie wszystko. Nawet wtedy, kiedy ciąża przebiega prawidłowo i emocje matki w tym czasie są pozytywne, możemy odziedziczyć lęki, podatność na zaburzenia nastroju i wcześniejsze traumatyczne przeżycia swoich dalszych przodków. Okazuje się bowiem, że dziedziczenie odbywa się nie tylko przez geny ale również «pozagenowo». Nowoczesne badania takiego «pozagenowego» dziedziczenia opierają się głównie na badaniach epigenetycznych, w których mowa o wpływie czynników środowiskowych na zmianę ekspresji, czyli funkcjonowania genów (mimo braku zmian w budowie całego zestawu genów), czyli tzw. «pamięci komórkowej», «pamięci metabolicznej», «pamięci epigenetycznej». Jedynie badania epigenetyczne mogą wytłumaczyć na przykład różnice w podatności na różne choroby wśród bliźniąt monozygotycznych mimo, że bliźnięta te dziedziczą identyczny zestaw genów.

Możemy powiedzieć już dzisiaj z całkowitą odpowiedzialnością, że geny nie decydują o wszystkim. Z jednej strony, dziedzicząc historię naszych przodków jesteśmy «bezradni», ale z drugiej strony, świadomość tych zachodzących zjawisk może sprawić, że uda się rozpoznać lęki, lepiej zrozumieć ich pochodzenie, a w konsekwencji lepiej sobie z nimi radzić. Wyniki badań epigenetycznych dowodzą, że jesteśmy odpowiedzialni za to, co po nas odziedziczą nasze dzieci i wnuki i dlatego powinniśmy świadomie radzić sobie z własnymi lękami, emocjami i kształtować myśli.

Trauma

Już od dziejów najdawniejszych człowiek utrwał swoje przeżycia i emocje. Najpierw w postaci rysunków naskalnych, później używając pisma notował to, co przeżył. Doświadczenia pokoleń przekazywano ustnie lub w zapisach często w formie legend, wierzeń i mitów. Przykładem może być grecki mit o Meduzie, którego przekaz można odnieść do interpretacji traumy i jej wpływu na człowieka. Meduza i jej dwie siostry uznawane były za jedne z najbardziej przerażających potworów w mitologii greckiej. Posiadały ręce z brązu, dłonie ze spiżu i skrzydła ze złota. Szyje ich pokrywała smocza łuska, z ust sterczały straszliwe kły, a z głów wyrastały kłębowa węża. Samo spojrzenie Meduzy zamieniało każdą żywą istotę w kamień. Perseusz – syn Danae, zanim wyruszył w drogę aby zabić potwora, udał się po poradę do Ateny. Usłyszał, że pod żadnym pozorem nie powinien nawet spojrzeć w oczy Meduzy. Biorąc sobie do serca radę Ateny, Perseusz użył wypolerowanej tarczy, aby odbić zabójcze spojrzenie Meduzy i chronić się przed jej wzrokiem. Dzięki temu uniknął śmierci mógł zbliżyć się do niej i odciąć jej głowę. [3] W mitycznym przekazie daje się odczytać doświadczenia pokoleń dotyczące zachowania się czło-

wieka w obliczu traumy. Nie należy konfrontować się z nią bezpośrednio, trzeba chronić się przed jej negatywnym działaniem, by nie wystawiać się lekkomyślnie na niszczący wzrok Meduzy.

Ten mit można interpretować dalej, bowiem z rany Meduzy wyszły dwie postaci: Pegaz – skrzydlaty koń i Chryzaor, wojownik ze złotym mieczem. Koń jest symbolem ciała i instynktownej wiedzy, a jego skrzydła symbolizują transformację. Złoty miecz reprezentuje przenikliwą prawdę i jasność. Wspólnie oba aspekty tworzą archetypowe cechy i zasoby jakie człowiek musi w sobie znaleźć, aby uleczyć się z traumy – śmiertelnego oddziaływania Meduzy.

W innej wersji mitu, Perseusz przechowywał krople krwi z rany Meduzy w dwóch fiołkach. Te w pierwszej fiołce miały moc zabijania, te w drugiej – moc wskrzeszania zmarłych i przywracania życia. **Ten przekaz symbolizuje dwojaką naturę traumy: pierwszą – jej destrukcyjne działanie pozbawiające ofiary zdolności do pełnego przeżywania i cieszenia się życiem i drugą – paradoks traumy – jej moc do transformowania i wskrzeszania do lepszego życia.** Od tego jak poradzimy sobie z traumą będzie więc zależało, czy nas zniszczy, czy też pod jej wpływem odrodzimy się w doskonalszej formie.

Pomimo doświadczeń wielu pokoleń, dopiero w XIX wieku do języka medycznego weszło określenie «uraz psychiczny». Zwrócono wówczas uwagę na to, że głębokie przeżycia powodują wystąpienie i utrzymywanie się objawów chorobowych, których nie da się inaczej zinterpretować i uzasadnić.

Trauma w ujęciu psychologicznym

Obejmuje «stan psychiczny wywołany działaniem zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych, prowadzący do głębokich zmian w funkcjonowaniu człowieka». Rezultatem tego urazu mogą być utrwalone trudności w powrocie do poprzedniego funkcjonowania, czasem układające się w zespół objawów zwany zaburzeniem stresowym pourazowym. [4]

Trauma w ujęciu medycznym

Trauma wiąże się nierozdzielnie ze zmianami fizjologicznymi, biochemicznymi i anatomicznymi w całym organizmie. Najważniejsze jednak zmiany, z punktu widzenia sprawności ciała, mają miejsce w mózgu. Z licznych badań neuroobrazowania mózgu wiemy, że w czasie przeżywania traumatycznych wydarzeń dochodzi do wielu zmian w wydzielaniu neuroprzekaźników, neurohormonów, neuropeptydów, a nawet zmian anatomicznych w tych strukturach, które odpowiadają za emocje i pamięć. W medycynie często używamy także pojęcia stresor traumatyczny. Określamy nim doświadczenie związane z poważnym zranieniem, śmiercią lub zagrożeniem integralności cielesnej własnej lub innych osób, na które człowiek był bezpośrednio narażony i przeżywał wówczas uczucie silnego strachu, bezradności lub przerażenia. Określenie «bezpośrednio narażony» obejmuje także uczestniczenie w wydarzeniu, ale także uzyskanie informacji o zagrożeniu życia, o gwałtownej śmierci lub zranieniu bliskiej osoby. Pojęcia: «stresor traumatyczny», «stres traumatyczny» i «trauma» często używane są zamiennie na określenie zagrażającej życiu

sytuacji i natychmiastowej reakcji na nią. Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*) o traumie mówimy wtedy, kiedy są spełnione dwa warunki:

- musi zaistnieć doświadczenie bycia uczestnikiem lub świadkiem sytuacji styczności ze śmiercią lub poważnym zranieniem;
- muszą nastąpić następujące reakcje: strach, przerażenie, bezradność; [5]

W maju 2013 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadziło zmiany w kryteriach diagnostycznych PTSD, które zawarto w piątej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych (DSM-5). Zespół stresu pourazowego przeniesiono z grupy zaburzeń lękowych, gdzie występował w DSM-IV, do nowej grupy zaburzeń związanych z traumą i stresem.

Trauma w ujęciu społecznym

W pracach socjologów termin «trauma» został zapożyczony z nauk medycznych i psychologii, a następnie przeszczepiony na grunt nauk społecznych i humanistycznych. Zawsze pojawia się z dookreśleniem: «społeczna», «kulturowa», «społeczno-kulturowa» lub «społeczna i kulturowa». Mianem traumy określane są tu negatywne konsekwencje głębokich zmian społeczno - kulturowych, obejmujących wiele dziedzin życia. W moich rozważaniach pragnę zwrócić uwagę na aspekt traumy w rodzinie i na fakt, że w tym wypadku społeczne skutki traumy dają się przewidywać. Traumatyczne wydarzenia w dzieciństwie lub w późniejszym wieku mogą spowodować tak duże zmiany w mózgu człowieka, że zmienia się całkowicie jego osobowość, czasem na antysocjalną i psychopatyczną. Osoba taka ma niski poziom empatii, staje się zdolna do ranienia innych, może być bezlitosnym, pozbawionym sumienia katem dla społeczeństwa i powodować cierpienia czasem ogromnej liczby innych ludzi.

Należy wyraźnie podkreślić, że w licznych badaniach naukowych stwierdzono nieprawidłowości w budowie jak i funkcjonowaniu mózgu u osób z niskim poziomem empatii oraz u osób z zaburzeniami osobowości.[6,7]

Alice Miller, doktor psychologii, socjologii i filozofii, autorka książek o psychologii dziecięcej pracuje nad poszerzeniem zbiorowej świadomości na temat traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie. Jest wielką propagatorką nieużywania kar cielesnych. Swoją pogląd na temat traumatycznych wydarzeń w rodzinie i ich skutków opisała w dobitny sposób: «**póki cała społeczność nie zda sobie sprawy, że codziennie popełnia się niezliczone morderstwa duchowe, od których skutków cierpieć będzie cała ludzkość, będziemy błądzić w ciemnym labiryncie – mimo wszystkich podejmowanych w najlepszej wierze planów rozbrojeniowych**». [8]

Epigenetyka (dziedziczenie pozagenowe)

Przełomem w genetyce było stworzenie w 1953 roku modelu budowy przestrzennej podwójnej helisy DNA przez Jamesa Watsona, Francis Cricka i Rosalind Franklin.

Za swoje odkrycia Watson i Crick (niestety bez Franklin) otrzymali Nagrodę Nobla w dziedzinie fizjologii w 1962 roku. Kolejnym przełomem w medycynie było stworzenie mapy genomu. Dokument stwierdzający zsekwencjonowanie 99% ludzkiego genomu opublikowano w kwietniu 2003 roku. Dowiedzieliśmy się wówczas, że posiadamy 3 miliardy par nukleotydów, które składają się na 25 tysięcy genów. Spośród wielu osób, które przebadano, Watson jako pierwszy człowiek, otrzymał mapę swojego genomu. W tym czasie, zdaniem wielu naukowców, nowa wiedza powinna była pomóc w zrozumieniu i leczeniu wielu skomplikowanych chorób. Tak się jednak nie stało. Jak do tej pory z blisko 30 000 znanych chorób umiemy leczyć jedynie około 30%.

Już w 2002 roku profesor Marcus E. Pembrey wszystkim naukowcom zajmującym się zdrowiem publicznym przedstawił doniosły postulat: **«Najwyższy czas, aby eksperci ds. zdrowia publicznego wzięli na poważnie dziedziczenie transgeneracyjne. Podejrzewam, że nie zrozumiemy wzrostu występowania chorób takich jak zaburzenia neuropsychiatryczne, otyłość, cukrzyca, zaburzenia metaboliczne, jeśli nie podejmiemy wielopokoleniowego podejścia»**. [9] Dwa lata później powszechny entuzjazm nad badaniami genetycznymi powoli zaczął ustępować miejsca czemuś innemu. W 2004 roku niemiecki profesor psychosomatyki Joachim Bauer w książce «Pamięć ciała» napisał coś niezwykłego: **«Tajemnica zdrowia, w przypadku znacznej części chorób tkwi nie w materiale genetycznym, lecz w regulacji jego aktywności»**. [10] Dalsze badania dowiodły, że istnieje bardzo nieliczna grupa chorób, która jest spowodowana jedynie przez jeden, bądź kilka genów. Profesor Rudolf Jaenisch, biolog, członek Whitehead Institute for Biomedical Research w Bostonie, pionier w badaniach nad organizmami modyfikowanymi genetycznie, którego badania koncentrują się obecnie na epigenetycznych mechanizmach zaangażowanych w powstawanie nowotworów i rozwój mózgu, powiedział znamienne słowa:

«Dekada genetyki dawno już minęła. Teraz znajdujemy się w samym środku dekady epigenetyki. Na tym właśnie obszarze dzieją się najważniejsze i najbardziej sensacyjne wydarzenia w biologii molekularnej».

Kwas dezoksyrybonukleinowy (DNA) był dotąd postrzegany jako jedyne źródło informacji genetycznej. Jeśli jednak geny kodujące białka są tak ważne, dlaczego obejmują tylko 2% ludzkiego genomu? Ostatnio biolodzy odkryli inny zapis zakodowany w chromosomach. Oprócz genomu w komórkach naszego ciała istnieje również epigenom, czyli «drugi kod», który jest nadbudową kontrolującą «pierwszy kod» – kod genetyczny. Nessa Carey w swojej najnowszej książce «Rewolucja epigenetyki» w bardzo obrazowy sposób pokazała, czym jest epigenetyka: **«DNA jest jak scenariusz, ale w zależności od reżysera, aktorów i ich zamysłów, nawet identyczny scenariusz może być bardzo różnie zrealizowany.»** [11]

Epigenetyka steruje naszymi genami, rozwojem, pracą poszczególnych tkanek, skłonnością do chorób i dlatego czynniki środowiskowe, a w tym: stres, dieta, używki i inne jeszcze zachowania składające się na styl życia mają tak duży wpływ na nasze zdrowie.

Badania epigenetyczne są obecnie w fazie największego rozwoju. Przegląd publikacji w bazie danych PubMed pozwolił na konstatację, że około 98% artykułów na temat badań w tej dziedzinie zostało opublikowanych w ciągu ostatnich 15 lat. W ostatniej dekadzie rozwoju medycyny wyodrębniła się także nowa gałąź – **neuroepigenetyka**. [12]

10 lat temu – w 2006 roku Norweski Komitet Noblowski przyznał po raz pierwszy nagrodę w dziedzinie epigenetyki. **Nagrodę Nobla otrzymali Andrew Fire i Craig Mello za prace nad interferencją RNA, za pomocą której komórki tworzą epigenetyczną pamięć**. Dzięki ich odkryciom poznano fundamentalny mechanizm kontroli przepływu informacji genetycznej, który może mieć zastosowanie w terapii genowej. To jedno z najważniejszych odkryć w dziedzinie biologii molekularnej.

Doświadczenie jednostki, toksyny środowiskowe, zachowanie matki, zachowanie ojca, stres psychiczny lub fizyczny, nauka, lęk, trauma – wszystko to prowadzi do zmian chemicznych i zmiany trójwymiarowej struktury DNA. Doświadczane zdarzenia regulują więc mechanizmy epigenetyczne.

Zmiany epigenetyczne regulujące ekspresję genów nie dotyczą samej sekwencji DNA, ale polegają na chemicznej modyfikacji: metylacja DNA cytozyny, demetylacja aktywnej cytozyny, powstawanie hydroksymetylocytozyny, potranslacyjne modyfikacje histonów (acetylacja lizyny, fosforylacja seryny/treoniny, monoubikwitynacja), remodeling chromatyny zależny od ATP (SWI–SNF), itd. [13]

W skrócie można powiedzieć, że drugi kod funkcjonuje za pomocą «przekazników epigenetycznych»:

- 1/ Grupy metylowe wiążą się bezpośrednio z DNA i zmieniają funkcję poszczególnych genów (przy czym geny pozostają te same);
- 2/ Zachodzą zmiany chemiczne w proteinach, wokół których owijają się łańcuchy DNA;
- 3/ Dużą rolę odgrywają bardzo krótkie molekuly kwasu rybonukleinowego, mikroRNA (miRNA), które nie pozwalają na to, aby odczytany już kod genetyczny doprowadził do wyprodukowania białek przez komórki. Molekuly te same więc nie kodują, zajmują się jednak regulacją blisko 30% ludzkich genów. [14]

Obecnie wiadomo, że epigenetyka odgrywa kluczową rolę w dojrzewaniu i starzeniu się organizmu oraz w procesie nowotworzenia. Epimutacje mogą się także przyczyniać do powstania wielu innych złożonych schorzeń, między innymi: cukrzyca, schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej itd.

Podsumowując, można stwierdzić, że badania epigenetyczne dowodzą, iż:

- **jesteśmy wytworem genów oraz komórkowych i środowiskowych interakcji;**
- **istnieje rodzaj pamięci komórkowej, którą można przekazać do komórek potomnych;**
- **noworodek dziedziczy nie tylko geny swoich rodziców, ale i część historii ich życia;**

Pamięć komórkowa = Pamięć epigenetyczna = Pamięć metaboliczna

Najnowsze wyniki badań naukowych dowodzą, że istnieje nowy rodzaj pamięci – pamięć komórkowa. Przez różnych naukowców nazywana jest czasami pamięcią epigenetyczną lub metaboliczną. Polega na tym, że komórki naszego ciała zapamiętują różne zmienne w środowisku, jak: temperatura, ciśnienie, dostępność do pożywienia, itd., w związku z czym, środowisko może wpłynąć na fizjologię potomstwa bez zmiany sekwencji genomu. Ostatnio pojawiają się także liczne doniesienia na temat zmian epigenetycznych w różnych chorobach. Badania dotyczą głównie depresji i innych schorzeń psychiatrycznych, zaburzeń odżywiania, nałogów, chorób kardiometabolicznych i innych.

Choroby kardiometaboliczne występują u pacjentów chorych jednocześnie na cukrzycę typu 2 i choroby układu krążenia. Z danych epidemiologicznych wynika, że występowanie ich w ostatnim czasie wzrosło tak bardzo, że uznano je za światową epidemię, a wyniki badań klinicznych wskazują na to, że zmiany środowiskowe pełnią kluczową rolę w zmianach epigenetycznych u tych pacjentów. Na przykład u pacjentów chorych na cukrzycę, dochodzi do modyfikacji histonów, w których biorą udział deacetylazy histonów. Regulują one różne aspekty metabolizmu, stanu zapalnego i funkcji naczyń oraz odgrywają kluczową rolę w pamięci metabolicznej. [15]

Szereg badań eksperymentalnych przeprowadzonych wcześniej u zwierząt także potwierdziło, że wykształca się u nich pamięć komórkowa na przejściowy wzrost stężenia glukozy we krwi. I tak u psów czy szczurów z eksperymentalnie wywołaną cukrzycą, intensywna terapia dająca w wyniku normalizację glikemii zapobiegała rozwojowi retinopatii cukrzycowej wyłącznie wtedy, kiedy leczenie wdrażano szybko, do 2 miesięcy od momentu wystąpienia hiperglikemii. Po tym czasie, mimo prawidłowo leczonej hiperglikemii, pojawiały się powikłania w postaci retinopatii cukrzycowej. Autorzy uważają, że powikłania pojawiły się zapewne z powodu istnienia już pamięci komórkowej. [16,17]

Ostatnie wyniki badań bardzo zaskoczyły naukowców. Okazało się bowiem, że pacjenci chorzy na cukrzycę, którzy byli prawidłowo leczeni, systematycznie mieli kontrolowane stężenie glukozy we krwi i stężenie to mieściło się w granicach normy przez kilka lat, mieli jednocześnie zwiększoną zapadalność na powikłania sercowo – naczyniowe. Stwierdzono, że to zjawisko nazwane «pamięcią metaboliczną» może wynikać z epigenetycznych modyfikacji materiału jądrowego (DNA, białek histonowych, enzymów). [18] Profesor Dembińska-Kieć twierdzi, że: «w konsekwencji wystąpienia nawet stosunkowo krótkiego okresu hiperglikemii, pamięć metaboliczna tłumaczy część jej odległych następstw, m.in. np. komplikacje metaboliczne w życiu dorosłym dzieci matek z cukrzycą ciężarnych, czy brak poprawy klinicznej jej normalizacji». [18]

Postęp w badaniach molekularnych nad wywołaną hiperglikemią zmianami epigenetycznymi materiału jądrowego komórek pomógł więc w zrozumieniu mechanizmu przetrwałej zmiany ekspresji genów mimo normoglikemii. Co więcej, badania te podkreślają rolę udziału oddziaływania środowiska, w tym wpływu diety na nasz genom w rozwoju powikłań cukrzycy, zwłaszcza typu 2. [19, 20]

Z kolei poszukując stale nowych leków przeciwcukrzycowych zbadano, w których genach związanych z cukrzycą dochodzi do zmian epigenetycznych. Analiza ludzkiego genomu wykazała związek loci regionów 6q21 i 19q13 z cukrzycą. W tych regionach występują także geny deacetylaz histonów: HDAC 2 i SIRT 2, które łączą się z wyciszaniem ekspresji genów. Gen SIRT-1 odpowiedzialny jest za zapobieganie powstawaniu w organizmie mutacji, czyli uszkodzeń. Zwany jest także «genem długowieczności», więc modyfikacja aktywności tych genów jest już obiektem poszukiwań nowych grup leków przeciwcukrzycowych. [21, 22]

Wpływ środowiska i rola epigenetyki to tematy absorbujące obecnie naukowców na całym świecie, również w aspekcie chorób nowotworowych. Już w 2004 roku zaczęły pojawiać się doniesienia naukowe na temat powstawania chorób nowotworowych, w których rolę odgrywają mechanizmy epigenetyczne. Dowiedziono, że epigenetyczne wyciszenie genu MLH1 jest związane z niektórymi nowotworami okrężnicy i odbytnicy. [23]

Dotychczasowe wyniki badań wskazują także na odmienny poziom ekspresji micro RNA (*miRNA*) w nowotworach w porównaniu z poziomem ich ekspresji w tkankach prawidłowych. Przypuszcza się, że istotny wpływ na te zmiany mają mechanizmy epigenetyczne. [24, 25]

Profil ekspresji miRNA w komórkach nowotworowych może być także użyteczny w celu diagnozowania i monitorowania odpowiedzi chorego na zastosowany rodzaj terapii. [26]

W ciągu ostatnich 10 lat badania rozwinęły się na tyle, że w 2014 roku powstało pojęcie **predyspozycji epigenetycznych do zachorowania na różne nowotwory złośliwe**, w tym raka jajnika, żołądka, jelita grubego. [27]

W najnowszych badaniach eksperymentalnych z 2015 roku prowadzonych wśród owadów dowiedziono, że **nowotwór może występować u potomstwa z powodu epigenetycznie dziedziczonych profili ekspresji genów wywołanych przez stres rodziców**. Autorzy twierdzą, że wybrane owady mogą być wykorzystywane jako modele ludzkich chorób nowotworowych, gdyż mechanizmy molekularne leżące u podstaw metylacji DNA, acetylacji histonów i ekspresji mikroRNA są ewolucyjnie zachowane. [28]

Tego typu badania, jak i wiele innych, są dowodem na dziedziczenie stresu i mogą stać się przydatnymi w poznaniu źródeł nowych metod leczenia nowotworów. Próbuje się łączyć inhibitory metylotransferaz, inhibitory deacetylaz histonów i tradycyjne sposoby leczenia. Taki nowy punkt widzenia może zapewnić rozwój indywidualnych terapii. [29]

Naukowcy podkreślają jeszcze inny pozytywny aspekt przyszłościowych leków: w przeciwieństwie do mutacji, modyfikacje epigenetyczne są odwracalne, mogą więc być potencjalnym celem działania różnych leków przywracających prawidłową ekspresję genów istotnych dla właściwego funkcjonowania komórek. [30]

Bardzo ciekawe badania opublikowano w związku z dziedziczeniem predyspozycji do otyłości na skutek zmian epigenetycznych. W serii badań opublikowano prace na temat wpływu pestycydów chloroorganicznych i metoksychloru na powstawanie otyłości. Oba te związki nie powodowały otyłości w pierwszym pokole-

niu, ale zwiększały częstość występowania otyłości u potomków w trzecim pokoleniu, chociaż osobnicy w tym pokoleniu nigdy nie byli narażeni na te substancje. Autor badań twierdzi, że wpływ na masę ciała osób w trzecim pokoleniu wywołały zmiany epigenetyczne w komórkach macierzystych, które zostały wprowadzone w pierwszym pokoleniu. [31]

W badaniach innych autorów również badano metylację DNA genomu i potwierdzono, że wystąpiły zmiany epigenetyczne, które mogą być związane z powstaniem otyłości. [32,33]

W badaniach otyłości z użyciem ftalanów dowiedziono, że zmiany epigenetyczne zachodzą w plemnikach. W ten sposób wpływają na międzypokoleniowe dziedziczenie otyłości. [34] Badano również inne substancje chemiczne i ich wpływ na zmiany epigenetyczne w otyłości. Oceniano skutki działania tributyllocyny, wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych i eteru difenylowego w postaci metylacji DNA oraz modyfikacji histonów w zmienionej strukturze chromatyny. Dowiedziono, że ekspozycja na czynniki chemiczne w środowisku, które zaburza regulację endokrynną, może wywoływać trwałe zmiany w epigenomie i doprowadzić do zwiększenia adipogenezy i otyłości nawet w kolejnych pokoleniach. [35] Obecny postęp w dziedzinie epigenetyki doprowadził do poznania epigenetycznych markerów otyłości, które mogą być wykrywane tuż po urodzeniu, informując o ryzyku wystąpienia otyłości w późniejszym wieku. Co ciekawe, mimo że fenotyp osób otyłych jest podobny, to każda substancja wywołująca zmiany epigenetyczne posiada unikalny wzór epimutacji w plemnikach, nawet jeszcze w trzeciej generacji.

Początki badań nad dziedziczeniem traumy

20 lat temu w Izraelu spotkałam wiele osób, które przeżyły Holocaust. Miały już swoje własne dzieci, lecz wciąż dręczyły je charakterystyczne, podobne problemy z codziennym funkcjonowaniem. Jedna z nich, kiedy miała 13 lat, razem koleżanką z obozu, uciekła z «marszu śmierci» przy ewakuacji KL Auschwitz w 1945 roku. W kilka lat po wojnie dowiedziała się, że żyje jedyny ocalały członek jej rodziny – kuzynka, mieszkająca gdzieś w Niemczech. Razem z mężem pojechała więc tam, aby odnaleźć ocalały «skarb». Podczas podróży pociągiem zasnęła. W Berlinie nadszedł konduktor i delikatnie ją obudził, prosząc o bilet. Wtedy wydarzyła się rzecz niezwykła. Na widok konduktora, osoby w mundurze, mówiącej po niemiecku, dostała ataku hysterii i krzyczała tak długo, aż zatrzymano pociąg, wezwano lekarza i podano jej zastrzyk uspokajający. Kobieta ta opowiadała mi, że bardzo często ma sny z okresu pobytu w obozie, które powodują, że budzi się z krzykiem i w panicznym lęku czeka poranka. Nie potrafiła uporać się również z poczuciem winy. Uważała, że nie zasługuje na życie, bo w swojej licznej rodzinie była najbrzydsza i najmniej inteligentna, a inni, «lepsi» od niej zginęli. Od czasu wojny miała dziwną przypadłość. Otóż w każdy piątek dręczyła ją biegunka i wzrost temperatury ciała do 38–39°C. Członkowie rodziny najczęściej wychodzili wtedy z domu, aby w ciszy i w zaciemnionym pokoju mogła «odpocząć» i przetrwać swój

stan. Nie leczyła tych dolegliwości, wiedząc, że pochodzą z traumy i uważała, że i tak dobrze radzi sobie z jej skutkami. Z kolei jej córka opowiadała mi, że ma identyczne sny jak mama i te same dolegliwości somatyczne, tyle, że o mniejszym nasileniu. Mówiła także, że w gronie jej przyjaciół wiele jest takich osób jak ona – z przerażającymi snami o nieuchronnej śmierci w obozie i z wieloma problemami natury psychicznej i fizycznej.

Koleżanka tamtej kobiety z którą kiedyś uciekły z transportu, utalentowana artystka, zajmowała się malowaniem obrazów wyłącznie o tematyce obozowej, które zgłosiła swego czasu na wystawę organizowaną dla byłych więźniów oświęcimskich. Kiedy zatelefonowano, aby oznajmić jej, że zdobyła I nagrodę – zemdłała. Ale nie dlatego, że wygrała konkurs. Nie poradziła sobie emocjonalnie, słysząc słowa w słuchawce: «zapraszamy do Oświęcimia». Jej córka i syn ciężko chorowali i podobnie jak ona skarżyli się na przerażające sny o torturowaniu i gwałtach. Trapiły ich różne fobie, nie potrafili stworzyć dobrze funkcjonujących rodzin, a ich życie zawodowe również było niesatysfakcjonujące. Należy podkreślić, że obie uciekinierki nigdy nikomu nie opowiadały szczegółów o swojej obozowej przeszłości.

Wtedy jeszcze nie rozumiałam dobrze o co chodzi, przeczuwałam jedynie intuicyjnie, że musi istnieć dziedziczenie traumatycznych wydarzeń, bo w inny sposób nie można przecież wytłumaczyć tych autentycznych historii. Wierzyłam, że ludzie zawsze, już od wieków dostrzegali ten fakt, tylko nie potrafili sobie tego racjonalnie wytłumaczyć.

Dziś wiem znacznie więcej.

Obecnie, w erze epigenetyki, jesteśmy już w stanie wyjaśnić wiele, choć przed nami jeszcze bardzo długa droga do zrozumienia dokładnych mechanizmów zachodzących zjawisk.

Rzecz badań nad traumą rozpoczął się dopiero po II wojnie światowej, kiedy zaobserwowano, że ludzie, którzy przeżyli obozy koncentracyjne, uczestniczyli w wojnie w Wietnamie, Korei czy też uwięzieni byli w łagrach stalinowskich, mieli te same objawy kliniczne: obniżenie nastroju, podwyższony poziom lęku, nawracające lęki i przykre wspomnienia, koszmary senne, niemożność nawiązywania prawidłowych relacji z innymi ludźmi, poczucie winy, częste i różnorodne choroby somatyczne. [36, 37, 38]

Znaczna ich część leczyła się w szpitalach psychiatrycznych i miała podobne objawy psychiczne i fizyczne, które rozpoznano później jako zespół stresu pourazowego – PTSD (posttraumatic stress disorder). Zespół ten potraktowano wówczas jako jednostkę chorobową i wprowadzono do klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*) w 1980 r.

Później badano kolejne pokolenia tych osób i dowiedziono, że również chorują na PTSD, częściej niż w populacji osób, które nie miały wśród swoich przodków osób z tak tragiczną historią. Stąd wysunięto wniosek, że skłonność do reagowania objawami PTSD na uraz jest prawdopodobnie dziedziczna. [39, 40]

Ponadto, cierpiący rodzice prawdopodobnie uwrażliwiają swoje dzieci na działanie różnych czynników stresowych, działających w ich późniejszym życiu. [41]

W 1986 roku zespół amerykańskiego fizjologa Johna Masona badał grupę weteranów wojennych chorujących na PTSD oraz innych weteranów chorujących na ciężkie zaburzenia depresyjne, chorobę afektywną dwubiegunową i schizofrenię paranoidalną. Wykazał, że weterani walk chorujący na PTSD wykazują utrzymujące się podwyższone stężenia katecholamin w moczu, ale... – co było zaskakujące – istotnie niższe stężenia kortyzolu w moczu. [42]

Obserwacje te zostały następnie potwierdzone przez innych badaczy. James Bremner badał kobiety, które w dzieciństwie były wykorzystywane seksualnie i w wieku dojrzałym chorowały na PTSD. Okazało się, że u maltretowanych kobiet z PTSD występowały niższe stężenia kortyzolu w godzinach popołudniowych (12.00 – 20.00) w porównaniu z kobietami, które także były maltretowane, ale nie chorowały na PTSD oraz w porównaniu z kobietami, które w ogóle nie były maltretowane i nie chorowały na PTSD. [43, 44]

Badania profesor psychiatrii Rachel Yehudy skoncentrowały się na podobnych zaburzeniach neuroendokrynnych wśród osób, które ocalały z Holocaustu i chorowały na PTSD oraz ich dzieci. Dowiodła, że u dzieci takich osób występuje znacznie niższe stężenie kortyzolu w ślinie oraz w 24-godzinym oznaczaniu kortyzolu w moczu niż u dzieci osób, które także ocalały z Holocaustu ale nie chorowały na PTSD. We wszystkich przypadkach, stężenie kortyzolu korelowało z nasileniem objawów PTSD. **Im cięższe były objawy PTSD u rodziców, tym niższe stężenia kortyzolu występowały w moczu u ich dzieci.** [45]

Stwierdzenie niskich i stabilnych stężeń kortyzolu u pacjentów z PTSD jest szczególnie zadziwiające, bowiem jeżeli badamy pacjentów w przewlekłym stresie ale bez objawów PTSD, to ludzie przeżywający ten stres mają bardzo wysokie stężenia kortyzolu, czasem nawet norma jest przekroczona 10 – krotnie. U pacjentów z PTSD jest odwrotnie. Profesor Rachel Yehuda tłumaczy ten fenomen następująco: prawdopodobnie niskie stężenia kortyzolu u matek chorujących na PTSD wpływają na wczesne stadia rozwoju ich dzieci i jeszcze w życiu płodowym dochodzi do transmisji międzypokoleniowej, programującej stężenia kortyzolu u płodu. [45]

Te śmiałe wnioski mają gruntowne podstawy w wynikach jej wcześniejszych badań. W 2005 roku opublikowała pracę, w której przedstawiła wyniki badań dotyczących obserwacji matek, które 11 września 2001 roku będąc w ciąży, przeżyły zamach na World Trade Center w Nowym Jorku i zachorowały na PTSD. Po kilku latach po zamachu, kiedy kobiety te zaszły w ciążę, przebadła także ich dzieci. Interesowały ją głównie stężenia kortyzolu we krwi matek i dzieci. Stężenia kortyzolu we krwi wszystkich matek z PTSD były obniżone we wszystkich trzech trymestrach ciąży jednakowo. Z kolei u wszystkich dzieci stężenia kortyzolu we krwi były nieco wyższe niż u matek, ale niższe niż u dzieci matek, które również przeżyły zamach, ale nie zachorowały na PTSD. Co więcej, im cięższe były objawy PTSD u matek, tym niższe stężenia kortyzolu występowały u ich dzieci. Wyniki badań ujawniły także, że dzieci te reagowały na hałas podwyższonym poziomem lęku i były bardziej zamknięte w sobie w porównaniu z dziećmi kobiet, które nie przeżyły tragedii. Badając stężenia hormonu stresu w ich krwi dowiodła, że u wszystkich dzieci stężenia kortyzolu były niższe od normy. **Niskie stężenia kortyzolu są więc obecne**

już we wczesnym stadium rozwoju i ten fakt może wpływać na programowanie wydzielania glikokortykosteroidów już w macicy. Ponieważ zaś niskie stężenia kortyzolu są szczególnie związane z obecnością PTSD u matek, wyniki te sugerują zaangażowanie mechanizmów epigenetycznych. Można także przypuszczać, że w dorosłym życiu dzieci tych matek będą bardziej podatne na depresję czy nerwice. Dane te sugerują również, że **jeżeli matka choruje na PTSD i ma obniżone stężenie kortyzolu we krwi, to u jej dziecka bardzo wcześnie, bo już w życiu płodowym można zaobserwować biologiczne zagrożenie zachorowaniem na PTSD.** [46, 47]

Dalekosiężne skutki traumy kobiet, które przeżyły zamach na WTC badane były również przez innych autorów. Gertrud Berkowitz wykazała, że dzieci matek, które będąc w ciąży przeżyły zamach mają mniejszą masę urodzeniową w porównaniu do dzieci matek nienarażonych na zamach. [48]

Szczegółowe badania osób, które przeżywają przewlekły traumatyczny stres, ale nie chorują na PTSD wykazały, że zarówno ekspozycja na stres podczas ciąży jak i zmniejszona aktywność łożyskowa enzymu, który katalizuje szybką przemianę matczynego kortyzolu do obojętnego kortyzonu (*dehydrogenazy 11beta – hydroksykortykosteroidowej typu 2*), powodują zwiększoną ekspozycję płodu na glikokortykosteroidy, co skutkuje niską masą urodzeniową oraz dalszym rozwojem zespołu metabolicznego i innych chorób. [49]

U matek z objawami PTSD występują jednak niskie stężenia kortyzolu, stąd może aktywność łożyskowego enzymu dehydrogenazy 11beta–hydroksykortykosteroidowej typu 2 programuje już w macicy – zmniejszenie aktywności osi stresu podwzgórze–przysadka–nadnercza u potomstwa. [48]

Tego samego zdania są inni badacze, którzy w badaniach dotyczących traumy stwierdzili, że niskie stężenia kortyzolu są związane z ryzykiem wystąpienia PTSD u potomstwa, bowiem występuje wtedy zwiększone hamowanie ujemnego sprzężenia zwrotnego wydzielania kortyzolu. [50]

W 2015 roku profesor Yehuda opublikowała badania epigenetyczne u osób, które przeżyły Holocaust oraz u ich dorosłych dzieci. Były to osoby, które przeżywały w obozie koncentracyjnym, doświadczały tortur lub były ich świadkami. Od osób tych pobierała DNA. Pobierała także DNA od osób, które podczas II wojny światowej stale musiały się ukrywać, by przeżyć. Grupę kontrolną stanowiły rodziny żydowskie, które w czasie II wojny światowej mieszkaly poza Europą. U wszystkich osób badała metylację cytozyny w genie FK506, który jest związany m.in. z regulacją hormonów stresu. Wiadomo z badań, że istnieje związek aktywności genu FK506 ze zwiększonym ryzykiem stresu pourazowego, depresją i napadami lęku. Okazało się, że osoby, które przeżyły Holocaust, miały inny wzorzec metylacji cytozyny w wybranym genie - była ona zdecydowanie wyższa w porównaniu z grupą kontrolną. U dzieci ofiar ten wzorzec również odbiegał od normy, ale metylacja w badanym rejonie genu była niższa. Między jednym wzorcem a drugim istniała jednak wyraźna korelacja. Na drodze dalszej analizy wykluczono możliwość, żeby zmiany epigenetyczne były wynikiem urazu psychicznego, którego potomkowie sami doświadczyli. **Zmiany epigenetyczne w DNA dzieci były wyraźnie związane z urazem psychicznym rodziców i przeżytą przez nich traumą.** U żadnej osoby

z grupy kontrolnej ani jej dzieci podobnych zmian epigenetycznych nie stwierdzono. Wyniki badań są dowodem dziedziczenia epigenetycznego u ludzi i wskazują, że poważne urazy psychiczne mogą mieć skutki międzypokoleniowe. [51] Wciąż nie jest jednak całkowicie jasne, w jaki sposób dany wzorzec metylacji, informujący o określonej aktywności genu, może być przekazywany z rodzica na dziecko. Wiadomo jedynie, że to, czy gen jest włączony, czy wyłączony, ma ogromny wpływ na to, ile hormonu stresu produkuje organizm i jak sobie radzi ze stresem.

Dawniej sądzono, że informacja genetyczna w plemnikach i komórkach jajowych nie powinna podlegać wpływowi środowiska, gdyż wszelkie zmiany epigenetyczne są usuwane z zygoty natychmiast po zapłodnieniu. Jak się okazuje z badań przeprowadzonych w 2015 roku, niektóre epigenetyczne «znaczniki» mogą umknąć procesowi «czyszczenia» przy zapłodnieniu, czyli może dojść do epigenetycznego przeprogramowania już na początku linii zarodkowej człowieka (linia zarodkowa – to komórki wczesnego rozwoju zarodkowego blastocysty, które mają zdolność różnicowania się we wszystkie inne typy komórek). Na początku linii zarodkowej człowieka, grupy metylowe przyłączone do poszczególnych części DNA zostają usunięte. Demetylacja DNA zachodzi w podobny sposób, jak działa przycisk «reset» na urządzeniu elektronicznym. Proces ten wykazano u myszy i po raz pierwszy w ludzkich komórkach zarodkowych. Badacze zaobserwowali jednak, że niektóre regiony genomu są odporne na epigenetyczne przeprogramowania w komórkach zarodkowych. Te regiony mogą stanowić podstawę do międzypokoleniowego epigenetycznego dziedziczenia i przekazywania potomstwu «historii» rodziców. [52] Wciąż nie jest jasne, czy odziedziczone zmiany w ekspresji genów mogą trwale wpływać na zdrowie dzieci, czy jedne mają większą siłę oddziaływania, a inne mniejszą. Nie wiemy również, w jaki sposób zmiany epigenetyczne wpływają na wielkość struktur mózgowych. Wiemy jedynie na pewno, że niektóre struktury ulegają w stresie zmniejszeniu (hipokamp, kora przedczołowa), a inne powiększeniu (jądra migdałowe). Przy udziale funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) stwierdzono, że dzieci kobiet, które w czasie ciąży przeżywały traumę, miały powiększone jądra migdałowe – struktury mózgu, które regulują reakcje emocjonalne, odpowiadają za uczucia lęku, paniki i agresji. **Im silniejszy był stres matki, tym większą objętość miały jądra migdałowe ich dzieci.** [53]

Podobne wyniki badań zaobserwowano u pacjentów z PTSD. Wykazano u nich zwiększoną aktywację w ciele migdałowatym w porównaniu z grupą kontrolną, w której były osoby bez traumatycznych doświadczeń. Pobudzenie zaś ciał migdałowatych nasila zachowania lękowe. [54, 55]

Pacjenci z PTSD wykazują jednocześnie zmniejszoną aktywację w korze przedczołowej zwłaszcza w odpowiedzi na silne stresory, w tym dźwięki bojowe. [56] Ta różna odpowiedź z jąder migdałowatych i kory przedczołowej na stres jest szczególnie ważna u pacjentów z PTSD, gdyż wskazuje na negatywną korelację pomiędzy tymi strukturami. Kora przedczołowa, która w fizjologicznych warunkach powinna hamować aktywność jąder migdałowatych, nie spełnia wówczas

oczekiwanych efektów. [57] Nadczynność jąder migdałowatych lub niedoczynność kory przedczołowej może być częścią patofizjologicznego procesu, który powoduje lub podtrzymuje objawy PTSD i może wpływać na kolejne pokolenia.

Badania dziedziczenia traumy u zwierząt

W celu wyjaśnienia mechanizmów dziedziczenia traumy i lęku, tak jak we wszystkich dziedzinach medycyny, najpierw przeprowadza się szereg eksperymentów u zwierząt, aby później móc odnieść je do ludzi i badać u nich konkretne już substancje w określonych regionach ciała.

Badania u zwierząt opierają się najczęściej na warunkowaniu strachu.

Strach jest czymś konkretnym, co znamy – na przykład boimy się zastrzyków, ponieważ wcześniej doświadczyliśmy bólu związanego z podaniem zastrzyku, boimy się ognia, ponieważ wcześniej zostaliśmy poparzeni. Czym innym jest lęk. Jest to negatywny stan emocjonalny związany z antycypacją niebezpieczeństwa nadchodzącego z zewnątrz lub pochodzącego z wewnątrz organizmu, objawiający się jako niepokój, uczucie napięcia, skrępowania, zagrożenia. W odróżnieniu od strachu jest on procesem wewnętrznym, nie związanym z bezpośrednim zagrożeniem lub bólem. [2]

Eksperymenty na zwierzętach polegają na tym, że kojarzy się jakiś bodziec obojętny (np. światło, dźwięk lub zapach) z bodźcem bólowym (najczęściej drażnienie prądem). Następnie, w kolejnych pokoleniach bada się lęk już w tym momencie, kiedy zwierzę styka się jedynie z bodźcem obojętnym, a bodźca bólowego nie ma. W warunkowaniu lęku u zwierząt dużą rolę odgrywają takie struktury w mózgu, jak: jądra migdałowe i jądro podstawne mózgu. [58]

W licznych badaniach u gryzoni, ale także u ludzi, wykazano, że lęk społeczny także wiąże się z pobudzeniem ciała migdałowatego. [59,60,61]

W 2014 roku Jacek Debiec i Regina Sullivan badali dziedziczenie lęku przeprowadzając u myszy doświadczenie, które można zaklasyfikować do badań epigenetycznych. Samice przed zapłodnieniem poddano eksperymentowi polegającemu na tym, że rozpylano obojętny zapach mięty, ale kojarzono go z bodźcem elektrycznym wywołującym ból. Następnie samice zostały zapłodnione i po urodzeniu młodych myszy, umieszczono w jednym szklanym naczyniu matki razem ze swoim potomstwem. W kloszu rozpylano ponownie zapach mięty, tym razem już bez drażnienia prądem. Zapach ten czuły zarówno samice jak i ich potomstwo. Wówczas samice zaczynały się bać. Grupę kontrolną stanowiły samice, które nie były drażnione prądem, jedynie wachały miętę. Następnie, w celu wyeliminowania naśladownictwa zachowania matki przez ich dzieci, młode myszy z obu grup eksperymentalnych umieszczono w jednym naczyniu, w którym rozpylano zapach mięty oraz zapach wylęknionej matki. W ten sposób wszystkie młode myszy wdychały jednocześnie oba zapachy. U myszy, których matki były wcześniej stresowane, stężenie kortykosteronu we krwi było dużo wyższe w porównaniu z młodymi myszami matek niestresowanych. Oprócz wzrostu stężenia kortykosteronu, zaobserwowano u nich zachowania obronne w postaci ucieczki, agresji i lęków. [62]

W tym samym czasie Dias i Ressler chcąc dowiedzieć się, jakie konsekwencje stresu występują w kolejnym, trzecim już pokoleniu, wykonali inne doświadczenie u myszy, kojarząc zapach kwiatu wiśni, w którym czynną substancją jest acetofenon, z lękiem. Rozpylali aromat kwiatu w klatce myszy, a jednocześnie drażnili myszy prądem, wywołując u nich ból. Po kilku próbach myszy nauczyły się już reagować i wypracowały u siebie odruch warunkowy w postaci widocznego przerażenia na sam zapach kwiatu wiśni. To jednak nie jest niczym nowym, gdyż podobne warunkowania odruchów przeprowadzał wiele lat temu Pawłow. Nowością w tych eksperymentach jest fakt, że kiedy myszy dochowały się potomstwa, ono także zostało poddane wędchowej próbie i okazało się, że małe myszy, czując tylko wiśniowy zapach, bez drażnienia prądem, zaczynały się zachowywać nerwowo. Co więcej, takie samo przerażenie wykazywało również ich kolejne potomstwo w trzecim pokoleniu. **Dias i Ressler po raz pierwszy dowiedli, że dziedziczone są nie tylko konkretne cechy w postaci koloru oczu czy długości nosa, ale również wspomnienia, uczucia i emocje.** Badacze stwierdzili ponadto w tym samym doświadczeniu, że u potomstwa matek, które przed zapłodnieniem były drażnione prądem, występuje przerost jąder migdałowatych, podobnie jak u ich matek. Tego efektu nie zaobserwowano, kiedy przecięto włókna nerwowe i pozbawiono jądra migdałowate aktywności. Podobne efekty uzyskano po zastosowaniu agonisty receptora GABA A – muscimolu, który wstrzykiwano poprzez kaniulę wprost do jąder migdałowatych. Inaktywacja jąder migdałowatych chroni więc potomstwo przed dziedziczeniem lęku. [63]

Na tych badaniach nie poprzestano. Badacze byli ciekawi, czy przeżyty lęk wywołał zmiany w genach odpowiadających za odczuwanie lęku. Nie wiedzieli ponadto, jaki jest mechanizm przenoszenia takich informacji. Po przeprowadzeniu dalszych badań, ku ogromnemu zdziwieniu okazało się, że patologiczne zmiany występowały w informacji genetycznej, kóra była zawarta w nasieniu samców. Teraz można było wytłumaczyć sobie wiele zdarzeń, które do tej pory były tylko hipotezami. Dzieci drażnionych prądem samców dziedziczyły lęk rodziców, a w ich mózgach powstała bogata sieć neuronalna zaopatrzona w receptory M71, które wrażliwe są właśnie na ten, a nie inny zapach, a kodowane przez gen *Olf151*. W kolejnej części eksperymentu, aby wyeliminować wszelkie behawioralne i społeczne wpływy rodziców, badacze dokonali zapłodnienia *in vitro*. W tym celu połączyli oocyty niestymulowanych samic z plemnikami stymulowanych samców. Wykonali także badania molekularne nasienia samców. Wyniki wskazały na hipometylację genu *Olf151* w plemnikach samców, ale również hipometylację owego genu w plemnikach samców w następnych pokoleniach. **Badanie to dowiodło, że obniżona przed zapłodnieniem metylacja genu *Olf151* na skutek negatywnego kojarzenia bodźca zapachowego z bólem, została odziedziczona.** Wyhodowane w ten sposób kolejne pokolenia myszy także reagowały lękiem na zapach kwiatu wiśni, a w korach mózgowych dwóch następnych pokoleń zwierząt doszło także do zmian w postaci zwiększonej liczby receptorów M71.

Na podstawie powyższych badań można stwierdzić, że lęk przed zapachem wiśni mógł powstać w kolejnych pokoleniach wyłącznie na skutek dziedziczenia

epigenetycznego. W następnych pokoleniach myszy stwierdzono zwiększoną liczbę receptorów M71 w ich mózgach, bowiem w genach odpowiedzialnych za rozpoznawanie zapachów we wszystkich trzech pokoleniach doszło do hipometylacji. W ten sposób pamięć o wydarzeniu przekazana została następnym pokoleniom. **Eksperyment na myszach dowodzi, że niektóre doświadczenia i lęki nie tylko mogą być dziedziczone, lecz przeżycia rodziców i dziadków zmieniają anatomię i funkcję układu nerwowego w następnych pokoleniach.** [63]

Psychiatra i neurolog Eric Nestler przeprowadził inne ciekawe badania u zwierząt. Ekspozował przez 10 dni samce myszy na ataki innego, większego i agresywniejszego samca. W wyniku tej ekspozycji zastraszone samce stały się wycofane i przygnębione. Prezentowały typowe objawy stresu niekontrolowanego, czyli tzw. «learned helplessness» – wyuczonej bezradności. W następnym etapie eksperymentu skojarzył zastraszone samce z normalnymi samicami, a ich potomstwo oddzielił od ojców, aby nie mogło ono nabyć określonych zachowań przez naśladowanie. **Okazało się, że potomstwo ojców, którzy doświadczyli przemocy, mimo że nigdy swoich ojców nie widziało, było w kontaktach społecznych tak samo wycofane jak ich ojcowie, a dodatkowo wyjątkowo wrażliwe na stres.**

Ostatnie badania dowodzą ponadto, że rodzicielskie traumatyczne przeżycia mogą wywołać neuroanatomiczne adaptacje i związane z nimi predyspozycje behawioralne u potomstwa. Na skutek patologicznego lęku rodziców, predyspozycje behawioralne i zmiany anatomiczne w mózgu mogą być dziedziczone w postaci zaburzeń psychicznych, jak zespół stresu pourazowego lub różnorakie fobie. [63, 64, 65, 66]

W celu udowodnienia dziedziczenia epigenetycznego wykonano kolejne, ciekawe badania, tym razem u szczurów. Ciężarnym szczurzycom podano winchlozolinę – środek ochrony roślin, który między innymi niszczy u ssaków męskie narządy rozrodcze. Potomkowie tych szczurzyce byli wprawdzie płodni, ale w dużo mniejszym stopniu niż zwierzęta bez podania winchlozoliny. To, co najbardziej zaskoczyło naukowców to fakt, że defekty te zostały przekazane męskim potomkom aż do trzeciego pokolenia i to mimo tego, że właściwy kod genetyczny został nienaruszony, a zmieniła się tylko metylacja DNA w komórkach linii zarodkowej. Badacze wykonali ogromną pracę, badając metylację genów głównie w hipokampie i jądrach migdałowatych. Efektem ich pracy było stwierdzenie, że **we wszystkich trzech pokoleniach u samców została zmieniona ekspresja 92 genów w hipokampie i 276 genów w jądrach migdałowatych.** [67]

Udowodniono także, że w życiu płodowym dochodzi do programowania aktywności genów regulujących funkcjonowanie osi stresu – podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (HPA), odpowiedzialnej między innymi za wydzielanie hormonu stresu – kortyzolu. W dwóch grupach eksperymentalnych zgromadzono ciężarne szczurze samice. W pierwszej grupie samice przed zapłodnieniem były stresowane, a w drugiej grupie nie. U potomstwa stresowanych matek wykazano w hipokampie metylację cytozyny w eksonie 17 promotora genu dla receptora kortyzolu oraz zmienioną acetylację histonów. Takich efektów nie odnotowano u potomstwa matek niestresowanych. Różnice te pojawiły się u noworodków szczurzych

od razu po urodzeniu się i były obecne w ich dorosłym życiu. Następnie wstrzyknięto do hipokampa inhibitor deacetylazy histonów. Efektem było odwrócenie skutków stresu i zniwelowanie różnic pomiędzy grupami szurzego potomstwa. [68]

W innych badaniach eksperymentalnych dowiedziono, że na zmiany epigenetyczne w mózgu oddziałuje nie tylko kortyzol, ale również neuroprzekaźniki, takie jak: oksytocyna, wazopresyna, serotonina, dopamina i noradrenalina. Oksytocyna i wazopresyna nazywane są hormonami „przytulania”, bowiem wydzielane są podczas wymiany pieszczoł i przyjaznego sposobu komunikowania się. Okazuje się, że samice szurów, które są lękliwe, agresywne i nie dbają o swoje potomstwo, wydzielają mniej wazopresyny w mózgu w porównaniu z samicami, które są troskliwymi matkami. Ponadto, **brak wazopresyny w mózgu nietroskliwych szurzych matek jest przyczyną tego, że samice w kolejnych pokoleniach same stają się w przyszłości matkami zaniedbującymi własne potomstwo, są również lękliwe i agresywne.** Badacze uważają, że zbyt niskie stężenia tego neuroprzekaźnika w mózgu mogą być także jedną z przyczyn depresji poporodowej u ludzi. [69]

W modelach zwierzęcych stresu pourazowego (PTSD) stwierdzono, że **zmiany epigenetyczne uczestniczą i mają kluczowe znaczenie w długotrwałej pamięci o lęku.** Ważną rolę przypisuje się tutaj mózgowemu czynnikowi wzrostu nerwów – BDNF (brain-derived neurotrophic factor) i jego receptorom kinazy tyrozynowej B – TrkB. W eksperymencie polegającym na warunkowaniu lęku u szurów, zbadano stopień acetylacji histonów w promotorze genu BDNF. U szurów, które przeżyły przewlekły stres wykazano wzrost mRNA BDNF oraz wzrost stężenia białka BDNF w hipokampie. Tym zmianom towarzyszył wzrost acetylacji histonów H3 i H4 w promotorze genu dla BDNF. Ponadto, stężenia białka TrkB w hipokampie stresowanych szurów były znacząco wyższe niż u szurów niestresowanych. Ponieważ wszystkie powyższe zmiany miały miejsce w hipokampie, a więc w strukturze mózgu, w której dochodzi do konsolidacji pamięci, czyli do przeprowadzenia pamięci krótkotrwałej w długotrwałą, można przypuszczać przynajmniej w części, że **wzrost stężenia BDNF przynajmniej częściowo wpływa na długotrwałą pamięć o lęku u pacjentów z PTSD.** [70]

Z kolei w sytuacji, w której mamy do czynienia ze stresem, ale bez objawów PTSD, mózgowy czynnik wzrostu nerwów – BDNF zachowuje się inaczej. Profesor David Sweatt wraz z zespołem przeprowadził takie badania u szurów. Dowiódł, że u małych szurów trzymany zaledwie przez tydzień w stresujących warunkach następują zmiany epigenetyczne, które dezaktywują gen regulujący poziom białka odpowiedzialnego za pamięć i równowagę emocjonalną – BDNF. Autor zauważył, że znaczny niedobór BDNF często występuje również u osób chorych na schizofrenię i zaburzenia afektywne dwubiegunowe. [71]

W stresie (bez objawów PTSD) zwiększone stężenia glikokortykosteroidów hamują wydzielanie BDNF, który odpowiada między innymi za powstawanie i plastyczność neuronów. Podanie leków antydepresyjnych zwiększa wówczas stężenie BDNF, który stymuluje neurogenezę i przywraca prawidłową wielkość hipokampa po okresie minimum 4 tygodni, gdyż taki czas jest wymagany do powstania nowych neuronów. [72]

Hipokamp jest tylko jedną z części mózgu, w których zachodzą zmiany epigenetyczne związane z zapamiętywaniem traumy. Dowiedziono także, że hiperacetylacja H3K14 w promotorze genu BDNF **w korze przedczołowej odpowiedzialna jest za pamięć emocjonalną.** Oznacza to, że przeżycia z okresu płodowego mogą zapaść w pamięć emocjonalną na wiele lat, czasami na całe życie i być przyczyną niezrozumiałych lęków. [73] Mechanizmy dziedziczenia lęku badała również profesor neuroepigenetyki Isabelle Mansuy wraz z zespołem. Poddawała samce myszy działaniu stresu i dodatkowo ograniczała ich kontakt z matką przez dwa pierwsze tygodnie po urodzeniu. Myszy stały się niespokojne, lękliwe i bezradne. Okazało się jednak, że tak samo zachowywały się dwa kolejne pokolenia ich potomków, mimo że dorastały w normalnych warunkach, już bez stresu i pod opieką matek. **Badając zmiany epigenetyczne dowiodła, że geny zostały poddane metylacji nie tylko w nasieniu ojców, ale także w komórkach linii zarodkowych i neuronach w ośrodkowym układzie nerwowym u dzieci.** [74]

W innym eksperymencie wykazano, że gdy samce szurów wystawione są na długie działanie stresu, ich potomstwo wykazuje nietypowe zachowanie i zaburzony rozwój. Różnice okazały się być skorelowane z poziomem metylacji DNA w hipokampie i płacie czołowym, co sugeruje, że długotrwały stres u ojca może powodować zmiany epigenetyczne skutkujące zmienionym zachowaniem potomstwa. [75]

Wiele prac eksperymentalnych dowodzi, że wzory epigenetyczne w genomie są wynikiem wpływów nie tylko matczynych, ale również ojcowskich i środowiskowych, oddziałujących wzajemnie na siebie.

Do tej pory, bardzo często w podręcznikach medycznych i psychologicznych zwracano uwagę jedynie na wpływ matki na jej potomstwo. Dzięki ostatnim odkryciom z dziedziny epigenetyki wiemy już, że musimy tego typu poglądy całkowicie zrewidować. Widzimy wyraźnie, że szkodliwe czynniki środowiskowe, stres, agresja, lęk, traumatyczne przeżycia, toksyny, leki, dieta, itp. działające zarówno na przyszlą matkę jak i na przyszłego ojca, będą odciskały się piętnem w następnych pokoleniach.

Jedyną pozytywną informacją na temat procesów molekularno – biologicznych jest fakt, że są one odwracalne. Jeżeli zaniedbywanym szurom, które są lękliwe i agresywne poda się takie substancje chemiczne, które zmieniają zarówno strukturę histonów jak i wzorzec metylacji, a tym samym kod epigenetyczny komórek nerwowych, to szury te zaczynają zachowywać się normalnie. Można mieć więc nadzieję, że zrozumienie neuronowych i molekularnych mechanizmów kontrolujących międzypokoleniowe przekazywanie lęku pomoże opracować lepsze metody zapobiegania i leczenia wielu zaburzeń również u ludzi.

Transmisja międzypokoleniowa u ludzi

Z badań dowiadujemy się, że podobny typ dziedziczenia pamięci wydarzeń, jaki występuje u zwierząt, ma miejsce także u ludzi.

Badania epidemiologiczne przeprowadzane na dużą skalę wykazały, że dieta i stan odżywienia ojców i dziadków może wywierać wpływ międzypokolenio-

wy na ich synów i wnuków poprzez zmiany epigenetyczne. Okazało się, że okres powolnego wzrostu przed szczytem przedpokwitaniowym (8–12 lat) jest wrażliwym okresem, w którym różna dostępność do pokarmu powoduje różne transmisje międzypokoleniowe. Dane wskazują, że ułatwiona dostępność do pokarmu dziadków w czasie kiedy mieli 8–12 lat, wiąże się z ryzykiem wystąpienia cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w wnuków. Podobnych efektów nie zaobserwowano u wnuczek. [76, 77] W innych badaniach wykazano, że narażenie przyszyłych ojców na różne toksyny, substancje chemiczne, leki, które zaburzają gospodarkę hormonalną jest związane ze zmienionym rozwojem zachowania ich dzieci, nawet po uwzględnieniu innych potencjalnie zakłócających zmiennych stylu życia. Na przykład, palenie papierosów przez przyszyłych ojców związane jest z większym wskaźnikiem masy ciała ich dzieci, podczas, gdy picie alkoholu przez przyszyłych ojców związane jest ze zmniejszoną masą urodzeniową ich potomstwa. [77, 78, 79]

W 2016 roku opublikowano artykuł, w którym na podstawie wnioskowania z wielu wcześniejszych prac naukowych wprowadzono pojęcie *transmisji międzypokoleniowej*. Według tej koncepcji, zmiany biologiczne wynikające z narażenia na stres rodziców, bezpośrednio mają wpływ na potomstwo, poprzez zmiany w gametach i środowisku w macicy ciężarnej. [80] Zwrócono uwagę, że początek transmisji międzypokoleniowej ma miejsce w okresie życia wewnątrzmacicznego. Wtedy matki przeżywające traumatyczne wydarzenia wydzielają duże ilości hormonów stresu, które mają wpływ na rozwój łożyska i płodu. Badania przeprowadzono w grupie społeczno-demograficznie zróżnicowanej 295 kobiet w ciąży. Przy pomocy kwestionariuszy oceniono przeżycia traumatyczne matek z okresu ich dzieciństwa. Następnie badano stężenia kortykoliberyny (CRH) we krwi matek i łożyskach w kilku okresach ciąży. Wyniki badań wskazują na to, że im więcej CRH wydziela matka, tym więcej CRH jest produkowane przez łożysko. U matek, które przeżyły traumę w dzieciństwie, stężenie CRH w łożysku pod koniec ciąży było większe o 25% w porównaniu z grupą kontrolną, którą stanowiły matki bez takich przeżyć. Ponadto, trajektoria łożyskowego CRH była dwukrotnie większa w 19 tygodniu ciąży w porównaniu z grupą kontrolną. Odkrycie to stanowi pierwszy raport łączący ekspozycję matek na traumę z fizjologią łożyska i płodu, identyfikując potencjalnie nową ścieżkę biologiczną transmisji międzypokoleniowej, która może działać już w czasie życia wewnątrzmacicznego. [81] Uważa się, że dziedziczenie efektów traumy rodziców przez dzieci odbywa się także za pośrednictwem programowania sygnalizacji glikokortykosteroidowej. [82]

Wykazano, że osoby doświadczające przewlekłego lęku, w odpowiedzi na stresujące doznania i wzrost wydzielania glikokortykosteroidów mają cieńszą korę w środkowym obszarze przedczołowym, atrofię neuronów w hipokampie i wzrost dendrytów powodujący powiększanie się jąder migdałowatych. Zmiany te są spowodowane głównie przez zwiększone stężenia kortyzolu. Coraz więcej badań naukowych dowodzi, że zaburzenia te są dziedziczone. [83, 84, 85, 86]

Do niedawna naukowcy sądzili, że to, jak będzie wyglądał i funkcjonował cały organizm, zależy przede wszystkim od sekwencji liter w kodzie DNA. Dziś wiemy, że znaczenie ma również to, czy dany gen będzie aktywny, czyli zależy to od tak zwanej ekspresji genów.

W badaniach epidemiologicznych dokonano metaanalizy artykułów opublikowanych w bazie MEDLINE, dotyczących głównie bliźniąt z rozpoznaniem depresji. Potwierdzono, że osobnicza zmienność wrażliwości na depresję wynika ze złożonych interakcji pomiędzy czynnikami genetycznymi i środowiskowymi. [87]

W innych badaniach dotyczących bliźniąt monozygotycznych zauważono, że podczas narażenia ich na gwałtowne wydarzenia, jak: napaść, gwałt, atak, dochodzi do wystąpienia objawów PTSD ściśle związanych z modyfikacjami epigenetycznymi. Mechanizmy te są także zaangażowane w patogenezie innych zaburzeń psychiatrycznych, na przykład w depresji. U 84 par bliźniąt monozygotycznych zbadano gen transporter serotoniny (SLC6A4), który jest kluczowym genem badanym w depresji. Badanie dowiodło, że **zmienność poziomu metylacji w regionie promotorowym genu transportera serotoniny jest związana z odmiennymi objawami depresyjnymi pomiędzy bliźniętami**. Autorzy uważają, że odkrycia te mogą stanowić szansę dla rozwoju nowych metod w zapobieganiu i leczeniu depresji, ponieważ procesy epigenetyczne są potencjalnie odwracalne. [88]

Z badań prowadzonych nad transmisją międzypokoleniową wynika, że u ludzi, którzy przeżyli traumatyczne wydarzenia w obozach koncentracyjnych, stwierdzono odmienny sposób wydzielania hormonów stresu niż u ludzi bez takich przeżyć. Ten odmienny profil wydzielania glikokortykosteroidów w postaci obniżonego stężenia kortyzolu z jednej strony predysponuje ich w przyszłości do licznych zaburzeń lękowych, z drugiej jednak strony niższe stężenia kortyzolu pomagają im łatwiej powracać do normy po późniejszych urazach. Te osoby z ocalałych, które chorowały na PTSD mają jeszcze niższe stężenia kortyzolu od tych, którzy przeżyli, ale nie chorowali na PTSD. Ponadto osoby, które przeżyły Holocaust mają również niski poziom enzymu rozkładającego kortyzol. Według Rachel Yehudy sens takiej adaptacji jest następujący: zmniejszenie aktywności enzymu prowadzi do wzrostu wolnego kortyzolu w organizmie, co pozwala na to, aby zwiększyć zapasy glukozy w wątrobie na wypadek długotrwałego głodu i innych zagrożeń. Z badań wynika ponadto, że im młodsza była osoba doświadczająca traumy, tym niższe stężenia enzymu posiadała w wieku dojrzałym. Badania te przekonują, że skutki traumatycznych doświadczeń z okresu dzieciństwa i dojrzewania mogą być trwałe i dotyczyć całego życia osobnika, a nawet przechodzić z pokolenia na pokolenie. [45]

Wśród potomstwa ocalałych z Holocaustu, matki chorujące na PTSD były przyczyną zwiększonego ryzyka rozwoju PTSD u swoich dzieci, zaś ojcowie chorujący na PTSD byli przyczyną większego ryzyka zachorowania swoich dzieci na zaburzenia depresyjne. [89]

Tak różne oddziaływanie rodziców na dziedziczenie traumy spowodowało, że badania te zostały poszerzone po kilku latach o badania epigenetyczne. U rodziców ocalałych z Holocaustu i u ich dzieci zbadano wrażliwość receptorów glikokortykosteroidowych oraz podatność na zaburzenia psychiatryczne. Szczegółowe analizy dotyczyły wpływu traumy rodziców na metylację DNA promotora w eksonie 1F receptora glikokortykosteroidowego (GR-1F) genu NR3C1 w komórkach krwi obwodowej i jego działania na wrażliwość receptora glikokortykosteroidowego w następnym pokoleniu. Wyniki badań zaskoczyły badaczy. Okazało się, że w przypad-

ku, kiedy matka nie chorowała na PTSD, a chorował jedynie ojciec, u potomstwa stwierdzono większą metylację promotora genu GR-1F, niż w przypadku, kiedy oboje rodzice chorowali na PTSD. **Jest to pierwsze badanie, które wykazało zmianę metylacji promotora receptora GR-1F w komórkach kolejnego pokolenia dzieci, których ojcowie chorowali na PTSD.** Fakt, że w przypadku, kiedy matki również chorowały na PTSD metylacja była mniejsza, świadczy o hamującym wpływie na metylację u potomstwa, które odziedziczyło PTSD od obojga rodziców. Sugeruje to różne mechanizmy dziedziczenia związanego z traumą, które nie są jeszcze dokładnie poznane. [90]

U potomstwa osób, które przeżyły traumę, opublikowano również inne, bardzo interesujące dane. Otóż u dzieci tych występują co prawda obniżone stężenia enzymu rozkładającego kortyzol, jednak w przeciwieństwie do swoich rodziców, stężenia te są nieco wyższe. Prawdopodobnie przystosowanie się do nowych warunków ma miejsce już w życiu płodowym. Enzym ten jest zwykle obecny w dużych ilościach w łożysku i pełni rolę ochronną płodu przed zwiększonym stężeniem kortyzolu we krwi matki. Jeśli matka w czasie ciąży przeżywa traumę i w łożysku jest niskie stężenie tego enzymu, to większa ilość kortyzolu dostaje się do płodu, który rozpoczyna produkcję enzymu na wyższym poziomie, aby siebie ratować. W tym przypadku jednak zmiany epigenetyczne służą do przygotowania płodu do warunków, w jakich żyli rodzice, co z biologicznego punktu widzenia nie jest dobre. **Niskie stężenia kortyzolu i wysokie stężenia enzymu rozkładającego go powodują, że potomkowie rodziców, którzy przeżyli traumę są bardziej podatni na wystąpienie PTSD.** Ponadto są bardziej narażeni na ryzyko związane z wystąpieniem otyłości, nadciśnienia i opornością na insulinę. [45, 91]

Zmiany epigenetyczne mają miejsce także w hipokampie, a więc miejscu odpowiedzialnym za wiele zaburzeń psychicznych. Badano hipokamp u osób molestowanych w dzieciństwie, poddając ich mózgi badaniom pośmiertnym. Wykazano, że u osób, które były molestowane w dzieciństwie, stwierdza się w późniejszym czasie, już w dorosłym życiu, metylację w eksonie 1F regionu promotora genu dla receptora glikokortykosteroidowego (NR3C1) w hipokampie. [92]

Chociaż większość badań międzypokoleniowej transmisji skutków traumy podkreśla wpływ matki, to wpływ ojca również nie pozostaje bez znaczenia. Fińska doktor psychologii Eija Palosaari badała skutki traumy wojennej wśród palestyńskich rodzin (240 dzieci i ich rodziców). Rodziców pytała o liczbę oraz rodzaj traumatycznych przeżyć w czasie, kiedy nie mieli jeszcze dzieci, i powtórnie, kiedy ich dzieci miały 10–12 lat. Dzieci również poinformowały o swoich traumach wojennych, depresji, agresji, objawach stresu pourazowego i doświadczaniu psychicznego maltretowania. Wyniki badań potwierdziły wcześniejszą hipotezę, jaką założyła dr Palosaari, że **trauma doświadczona w przeszłości przez ojca wiązała się z jego negatywnym stosunkiem do swojego dziecka, brakiem więzi z nim, a nawet maltretowaniem psychicznym.** W przeciwieństwie do ojca, przeżyta trauma przez matkę nie wpływała tak silnie na powstawanie objawów depresyjnych u dziecka ani na agresję dziecka, o wiele rzadziej również dochodziło z jej strony do maltretowania psychicznego. Autorka tego badania podkreśla, że **ojcowie, którzy przeżyli trau-**

matyczne wydarzenia w przeszłości, mogą stanowić duże zagrożenie dla swoich dzieci w postaci psychicznego znęcania się nad nimi. [93]

Obecnie jest już dobrze udokumentowane, że stresujące wydarzenia, takie jak molestowanie, urazy, narażenie życia, udział w walkach, itd. wywołują modyfikacje epigenetyczne i są również związane z podatnością na choroby psychiczne. [94,95]

Thorsten Klengel z Harvard Medical School w swojej najnowszej pracy z 2016 roku wysuwa przypuszczenie, że **prawdopodobnie czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych mogą być przekazywane do następnych pokoleń drogą mechanizmów epigenetycznych, przyczyniając się do wystąpienia choroby psychicznej.** Uważa, że badania prowadzone w tym kierunku pozwolą na stworzenie nowych metod profilaktyki jak i terapii zaburzeń psychicznych. [96]

Podobny pogląd podzielają inni autorzy twierdząc, że zaburzenia psychiczne powstają na skutek modyfikacji epigenetycznych w specyficznych regionach mózgu. Na podstawie szeregu badań u zwierząt a także badań mózgow badanych po śmierci chorych pacjentów doszli do wniosku, że w takich chorobach, jak: depresja, schizofrenia i choroba afektywna dwubiegunowa, ślady zmian epigenetycznych są wyraźne, co po raz kolejny wskazuje, że **zmianie może ulec zarówno naukowy sposób spojrzenia na etiologię jak i leczenie tych chorób.** [97]

Zmiany epigenetyczne dotyczą także neuroprzekaźników w mózgu i to tych, które pełnią rolę hamującą i mają już udowodniony udział w etiopatogenezie różnych zaburzeń psychicznych. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych neuroprzekaźników hamujących w mózgu jest kwas gamma-aminomasłowy (*GABA, gamma-amino-butyric acid*). Wyniki przeprowadzonych badań z wykorzystaniem analizy polimorfizmu pojedynczego nukleotydu SNP (single nucleotide polymorphism) sugerują, że występowanie zaburzeń depresyjnych, zespołu lęku uogólnionego, agorafobii, lęku społecznego, lęku panicznego oraz schizofrenii mogą być związane z nieprawidłowościami neurotransmisji GABA. Dochodzi do mutacji genu dekarboksylazy kwasu glutaminowego (*GAD1 — glutamate decarboxylase*) w przebiegu modyfikacji epigenetycznych, pod postacią metylacji DNA oraz metylacji histonów. Doktor Wysokiński i prof. Gruszczynski uważają, iż nie ulega wątpliwości, że zjawiska te stanowią jedynie drobną część szerokiego spektrum procesu etiopatogenetycznego tych schorzeń. [98, 99]

W najlepszych laboratoriach na świecie stale poszukuje się możliwości wzbogacenia wiedzy na temat roli epigenetyki w utrzymywaniu się długotrwałych wspomnień u osób z traumą, na przykład chorujących na PTSD. Wiadomo, że po traumatycznych wydarzeniach dochodzi do wzmożonej aktywacji ciała migdałowatego i do zmian w korze przedczołowej. W ciele migdałowatym znajduje się centrum pamięci, które odgrywa kluczową rolę w wielu zaburzeniach psychicznych. [100] Inni autorzy podkreślają rolę kolejnych struktur w zapamiętywaniu lęku. Są to: hipokamp i przednia kora zakrętu obręczy, która według Paula Franklanda odgrywa kluczową rolę w pamięci na warunkowanie kontekstowe strachu. [101]

W badaniach u szczurów, których poddano warunkowaniu lęku stwierdzono, że odległa pamięć o lęku spowodowana jest zwiększoną metylacją DNA w hipokampie. Farmakologiczne zahamowanie metylacji na okres jednego miesiąca spowodowało

wało poważne zakłócenia w pamięci odległej. [102]

W ostatnim czasie uzyskaliśmy także nową wiedzę na temat kory mózgowej. Okazuje się, że ten obszar uznawany przez większość naukowców za miejsce, w którym zachodzą wyższe funkcje poznawcze, pełni również ważną rolę w uczeniu emocjonalnym. Zrozumienie mechanizmów, poprzez które kora przedczołowa, jądra migdałowe, hipokamp, przednia kora zakrętu obręczy lub inne jeszcze struktury mózgu przechowują bolesne wspomnienia przez kilka miesięcy lub wiele lat ma istotne znaczenie kliniczne. Dzięki zastosowaniu odpowiednich narzędzi i modeli zwierzęcych do badania zaburzeń lękowych, będziemy mogli zdobyć krytyczny wgląd w ocenę biomarkerów chorobowych zaburzeń pamięci i przez to stworzyć nowe sposoby leczenia.

Leczenie międzypokoleniowej traumy

Z badań naukowych przeprowadzonych w ostatnim 10-leciu dowiadujemy się, że każde traumatyczne przeżycie pozostawia w mózgu «ślad», który bardzo trudno jest wymazać. Bolesne wspomnienia wojny, molestowanie w okresie dziecięcym, molestowanie moralne, mobbing, czy inne traumatyczne przeżycia są zapisywane w postaci chemicznej ingerencji w DNA i histony. Sprawia to, że leczenie zaburzeń lękowych nastęrcza szczególnie dużo problemów, o czym najlepiej wiedzą lekarze psychiatrzy, którzy leczą pacjentów z objawami PTSD.

Na dodatek wiemy także, że epigenetyczne zmiany postępują w czasie, powodując «zakorzenie się» przywołujących cierpienie wspomnień, które im są starsze, tym trudniejsze do wymazania z pamięci.

Traumatyczne wydarzenia są przyczyną nadekspresji deacetylazy histonów (HDAC), co powoduje deficyty w uczeniu się lęku kontekstowego, zaburzenia nie tylko w plastyczności synaptycznej, ale również w strukturze synaps i pamięci długotrwałej. [103, 104]

To odkrycie spowodowało stworzenie nowych, być może rokujących nadzieją na sukces przy stosowaniu w przyszłości leków, które są inhibitorami HDAC.

Inhibitory HDAC promują bowiem acetylację histonów i zmieniają architekturę synaptyczną dendrytów, pozwalając na nowo tworzyć pamięć. Poprawiają plastyczność neuronalną, funkcje poznawcze i wzrost liczby synaps. Mózg staje się wówczas bardziej plastyczny, bardziej podatny na tworzenie nowych, mocniejszych wspomnień, które przesłaniają te stare, traumatyczne. [105, 106]

Inhibitorami HDAC szczególnie zainteresowali się onkolodzy. Okazało się bowiem, że mają również działanie przeciwnowotworowe zarówno *in vitro*, jak i *in vivo*, a jednocześnie wykazują małą toksyczność. Onkolodzy uważają, że mogą stosować je jako nową generację cytostatyków. [107, 108]

W ostatnich latach podjęto kilkaset prób klinicznego zastosowania tych związków w monoterapii lub w skojarzeniu z innymi lekami u chorych z różnego typu nowotworami hematologicznymi, jak i guzami litymi. Już ponad 15 inhibitorów HDAC znalazło się na liście potencjalnych leków. [109, 110] Stosowane w leczeniu

nowotworów inhibitory HDAC być może stworzą nową grupę leków, którymi będzie można również pomóc osobom z zaburzeniami lękowymi i z zespołem stresu pourazowego.

Na obecnym etapie pojawiają się eksperymenty u zwierząt, które dają nadzieję na stworzenie w przyszłości zupełnie nowej strategii leczenia wielu zaburzeń u ludzi.

Wróćmy jeszcze na chwilę do badań na zwierzętach.

Aby wywołać u myszy zespół stresu pourazowego naukowcy doprowadzili do tego, że gryzonie kojarzyły głośny sygnał dźwiękowy ze wstrząsem elektrycznym. Po pewnym czasie zastygały za każdym razem, gdy tylko słyszały dźwięk nawet jeśli nie towarzyszył mu bolesny bodziec. Na tym etapie odruchu warunkowego, zwierzęta zostały podzielone na dwie grupy. Pierwszej z nich, następnego dnia po wyuczeniu odruchu, odtwarzano sygnał w przyjaznym dla gryzoni otoczeniu dzięki czemu przestały one kojarzyć go z bólem. W przypadku drugiej grupy gryzoni taką terapię zastosowano dopiero po miesiącu od czasu wytworzenia odruchu warunkowego. Po takim odstępie czasowym stosowanie sygnału w przyjaznym otoczeniu nie przyniosło już korzystnego rezultatu. Wspomnienia zdążyły już „zakorzenie”, gdyż wystąpiły już zmiany epigenetyczne. Jednak gdy myszom z drugiej grupy eksperymentalnej podano inhibitory deacetylazy histonowej (HDAC) przed zastosowaniem wygaszania, szybciej przestawały negatywnie reagować na sygnał kojarzący się z bólem. Badania wskazują na to, że jeżeli zastosuje się leczenie inhibitorami HDAC bardzo wcześnie po przeżytej traumie, zanim powstaną zmiany epigenetyczne, to jest szansa na szybsze uporanie się z lękiem. [111]

W kolejnych badaniach u zwierząt, u których zastosowano eksperymentalny model PTSD również dowiedziono, że leczenie inhibitorem HDAC – worinostatem łagodzi objawy lękowe w PTSD, gdyż zwiększa acetylację histonów i przez to prowadzi do wygaśnięcia starych wspomnień. [112]

Z najnowszych publikacji dowiadujemy się, że inhibitory HDAC są już stosowane w badaniach przedklinicznych u ludzi w leczeniu lęku i zaburzeniach związanych z lękiem, takich jak: fobie, panika i PTSD. **Dowody z badań przedklinicznych wykazują, że zmiany acetylacji histonów przez np. worinostat (kwas suberanilohydroksamowy – SAHA), entinostat (syntetyczny benzamid), trichostatynę A i inne, powodują zanikanie lęku i chronią przed powrotami napadów lękowych.** [113]

Istnieje wyraźna potrzeba opracowania nowych strategii leczenia skutków traumatycznych wydarzeń w postaci m. in. długotrwałych lęków i automatycznego, patologicznego powracania do bolesnych wspomnień i tworzenia specyficznej formy pamięci długotrwałej.

Jednakże potrzebne są dalsze badania, chociażby po to, aby określić specyficzny udział poszczególnych izoenzymów HDAC, lub ich kombinacji. Dodatkowe ważne cele to zdobycie rozleglejszej wiedzy na temat parametrów farmakokinetycznych i penetracji inhibitorów HDAC przez barierę krew – mózg. Dzięki tym informacjom będzie można również racjonalnie wykluczyć niespecyficzne działanie izoform HDAC, a tym samym zmniejszyć potencjalne negatywne skutki uboczne. [114]

Korzystne międzypokoleniowe aspekty traumy

Doznane w przeszłości przeżycie traumatyczne, paradoksalnie może czasami zapoczątkować także pozytywne zmiany. Pewne cechy sprzyjają radzeniu sobie z traumą: ekstrawersja, pozytywne więzi w rodzinie i w gronie przyjaciół, wiara w siebie, we własne możliwości radzenia sobie ze stresem, odporność na niespodziewane i niepożądane sytuacje. Z doświadczeń własnych lub innych znanych nam osób możemy wnioskować, że traumatyczne przeżycia mogą wzmocnić poczucie własnej wartości i przyspieszyć emocjonalną dojrzałość. Mogą spowodować, że człowiek nie boi się różnych wyzwań, gdyż uważa, że skoro poradził sobie w skrajnie trudnej sytuacji, to ma w sobie dosyć siły, aby poradzić sobie również z innymi wyzwaniami. Trauma w wyjątkowych przypadkach może zacieśnić i pogłębić relacje z bliskimi i z otoczeniem. Czasami powoduje zmianę w hierarchii wartości, w filozofii życia, otwiera ludzi na problemy innych, skłania do podejmowania inicjatyw społecznych i pomagania innym, bardziej potrzebującym.

U niektórych osób trauma może przyczynić się do rozwoju osobistego, co nazywamy **rozwojem potraumatycznym** (*posttraumatic growth*). Wówczas osoba przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy, niż przed traumą, poziom funkcjonowania, wyrażający się między innymi w lepszym poczuciu dobrostanu czy większej świadomości życiowej. Takie osoby zauważają swoje zwiększone umiejętności radzenia sobie i przetrwania w skrajnie trudnych warunkach, dostrzegają nowe możliwości w życiu i stawiają sobie nowe cele. Według prof. psychologii Niny Ogińskiej – Bulik potraumatyczny rozwój może prowadzić do poczucia bardziej spełnionego i mającego większy sens życia, co nie jest wcale równoznaczne z poczuciem szczęścia czy beztrioski. Potraumatyczny wzrost nie oznacza także, że przeżycie traumy jest czymś dobrym, pożądanym czy koniecznym dla rozwoju lub dokonania zmiany. Wprawdzie jest dość częstym zjawiskiem, jego występowanie kształtuje się na poziomie 30–90%, ale to nie oznacza, że każda osoba, która przeżyje traumę, doświadczy rozwoju. Ów rozwój nie jest też koniecznym elementem pełnego powrotu do zdrowia po doświadczeniu traumatycznym. Należy też zwrócić uwagę na to, że to nie sama trauma powoduje rozwój, lecz podejmowane w jej wyniku strategie zaradcze i uzyskanie pozytywnego efektu. [115, 116]

Zgodnie z teorią R.G. Tedeschi’ego i L.G. Calhouna potraumatyczny wzrost wyraża się w pozytywnych zmianach psychologicznych, doświadczanych w rezultacie skutecznego zmagania się z traumatycznym zdarzeniem, co umożliwia rozwój do wyższego nawet poziomu niż ten z okresu poprzedzającego to zdarzenie. [117]

Wzrost potraumatyczny jest także celem badań prospektywnych u kolejnych pokoleń osób, których rodzice, bądź dziadkowie przeżywali traumę. W Izraelu zbadano dorosłe już dzieci osób, które przeżyły Holocaust. Wśród nich byli mężczyźni, weterani wojny Yom Kippur z 1973 roku, których zbadano dwukrotnie: 30 i 35 lat po wojnie Yom Kippur (w 2003 i w 2008 roku). Postawiono hipotezę, że osoby z drugiego pokolenia rodziców, którzy przeżyli Holocaust, będą częściej chorowały na PTSD niż osoby z grupy kontrolnej. Wbrew przypuszczeniom okazało się jednak, że w drugim pokoleniu weteranów stwierdzono mniejszą liczbę osób chorych na

PTSD w porównaniu z grupą kontrolną. Autorzy badań uważają, że przekazywanie traumy z pokolenia na pokolenie, nie zawsze wiąże się z zachorowaniami na PTSD w późniejszych pokoleniach. Czasami w następnych pokoleniach stwierdza się także wzrost potraumatyczny. [118]

Zakończenie

W powszechnym mniemaniu uważa się, że dziedziczymy geny po naszych przodkach i to determinuje nasz wygląd, zachowanie, temperament, itd. To prawda, niemniej jednak mamy również bardzo duży wpływ na uruchamianie bądź wyciszanie ekspresji genów.

Poprzez styl życia, jaki prowadzimy i emocje jakim się poddajemy, możemy spowodować zmiany korzystne lub niekorzystne. Złe nawyki żywieniowe mogą nas zniszczyć, ale dobre nawyki mogą nas odbudować. Stres, z którym sobie radzimy, może być przyczyną wielu poważnych chorób i cierpienia, ale skuteczne radzenie sobie ze stresem może nas uchronić przed wieloma jego negatywnymi konsekwencjami. Aktywność ruchowa lub jej brak spowodują odmienne reakcje w organizmie. W każdym z podanych przykładów zachowań dochodzi bowiem odpowiednio do włączania bądź wyłączenia genów.

Czy jednak człowiek, który przeżył głęboką traumę w dzieciństwie lub w późniejszym wieku, może przekazać ją swoim dzieciom i wnukom i mimo, że następne pokolenia będą starały się zachować zdrowy styl życia, będą «musiały» cierpieć? Odpowiedzi na to pytanie mogą udzielić badania epigenetyczne, dotyczące międzypokoleniowych skutków traumy.

Dzisiaj wiemy już, że zmiany epigenetyczne w genomie powodują transmisję międzypokoleniową i zmiany biologiczne wynikające z narażenia na stres rodziców. Trauma rodziców bezpośrednio wpływa na potomstwo poprzez zmiany w gametach (męskich i żeńskich), zmiany w środowisku w macicy ciężarnej oraz w ośrodkowym układzie nerwowym. Traumatyczne przeżycia i inne czynniki środowiskowe mogą działać zarówno na przyszłego ojca, jak i przyszłą matkę jeszcze przed poczęciem nowego osobnika. Dziedziczy się wówczas pamięć o lęku, zaburzenia psychiczne lub skłonność do różnych chorób somatycznych. Należy zwrócić także uwagę na to, że zarówno uzależnienia od konkretnej substancji jak i uzależnienia behawioralne (patologiczny hazard, pracoholizm, zakupoholizm, uzależnienie od komputera, seksu, ćwiczeń fizycznych, telefonu komórkowego), mogą powodować zmiany ekspresji różnych genów i co gorsza, zmiany te mogą być przekazywane potomstwu, dając predyspozycje do wystąpienia u nich podobnych zaburzeń.

Pamiętać jednak należy także o tym, że traumatyczne przeżycia mogą spowodować w następstwie wzrost potraumatyczny, prowadzący do funkcjonowania na wyższym poziomie niż przed traumą. Pozytywną informacją, jaką uzyskujemy od badaczy na całym świecie jest zapewnienie, że w następnych pokoleniach można spodziewać się również i tych korzystnych przemian.

Uważam jednak, że wyniki badań epigenetycznych tłumaczące dziedziczenie traumy są jak czubek góry lodowej w stosunku do wszystkich informacji na ten temat. Być może w przeszłości badania zespołów interdyscyplinarnych, w których jak sądzę wiodącą rolę będą odgrywali fizycy, doprowadzą do bogatszej wiedzy i o wiele ważniejszych i bardziej przydatnych wniosków.

Piśmiennictwo

- 1 Locke J. *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, ks. II, rozdz. I, §2, Warszawa: PWN, 1955.
- 2 Joško – Ochojska J. *Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej na losy jej dziecka. W: Lęk – nieodłączny towarzysz człowieka od początku aż do śmierci*. Red. Joško – Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2013.
- 3 Graves R. *Mity greckie*. Warszawa. Państwowy Instytut Wydawniczy. 1974.
- 4 Zawadzki B., Strelau J. *Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu*. Nauka. 2008. 2: 47–55.
- 5 *American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association. Washington. 2000.
- 6 Joško – Ochojska J. *Neurofizjologia empatii – o tym, jak człowiek kształtuje człowieka. W: Zrozumieć drugiego człowieka. Empatia w medycynie i komunikacji społecznej*. Red. Joško – Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2015.
- 7 Joško – Ochojska J. *Kat w domu, czyli o molestowaniu moralnym w rodzinie. W: W przestrzeni stresu i lęku. Stres nasz codzienny*. Red. Joško-Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2014.
- 8 Miller A. *Zniewolone dzieciństwo*. Media Rodzina. Poznań. 1980.
- 9 Pembrey M.E. *Time to take epigenetic inheritance seriously*. European Journal of Human Genetics. 2002. 10. 669–671.
- 10 Bauer J. *Das Gedachtnis des Körpers*. Piper. Monachium. 2004.
- 11 Carey N. *The Epigenetics Revolution: How Modern Biology is Rewriting Our Understanding of Genetics, Disease and Inheritance*. Columbia University Press. 2012. 352.
- 12 Sullivan S.E., Vaissière T., Miller C.A. *Neuroepigenetic Regulation of Pathogenic Memories Neuroepigenetics*. 2015. 1. 1. 28–33.
- 13 Sweatt J.D. *The Emerging Field of Neuroepigenetics*. Neuron. 2013 30. 80(3): 10.1016/j.neuron.2013.10.023.
- 14 Bartel D.P. *MicroRNAs: genomics, biogenesis, mechanism, and function*. „Cell”. 2004. 116. 2. 281–297.
- 15 Yiew K.H., Chatterjee T.K., Hui D.Y., Weintraub N.L. *Histone Deacetylases and Cardio-metabolic Diseases*. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2015. 35. 9:1914–9.
- 16 Brasacchio D., Okabe J., Tikellis C., Balcerzyk A., George P., Baker E.K., Calkin A.C., Brownlee M., Cooper M.E., El-Osta A. *Hyperglycemia induces a dynamic cooperativity of histone methylase and demethylase enzymes associated with gene-activating epigenetic marks that coexist at the lysine tail*. Diabetes 2009. 58: 1229–1236

- 17 Engerman R.L., Kern T.S. *Progression of incipient retinopathy during good glycemic control*. Diabetes 1987. 36: 808–812.
- 18 Dembińska-Kieć A. *Pamięć metaboliczna - epigenetyczne modyfikacje materiału jądrowego jako przyczyna powikłań cukrzycy*. Diagnostyka laboratoryjna. Journal of Laboratory Diagnostics. 2011. 47. 3. 263–268.
- 19 Ceriello A., Ihnat M.A., Thrope J.E. *Clinical review 2: The metabolic memory is more than just tight glucose control necessary to prevent diabetic complications?* J Clin Endocrin 2009. 94: 410–415.
- 20 Ling C., Groop L. *Epigenetics: a molecular link between environmental factors and type 2 diabetes*. Diabetes. 2009. 58: 2718–2725.
- 21 Haberland M., Montgomer T.L., Olson E.N. *The many roles of histone deacetylases in development of physiology: implications for disease and therapy*. Nat Rev Genet 2009. 10: 32–34.
- 22 Guarente L. *Sirtuins as the potential target for metabolic syndrome*. Nature. 2006. 444: 868–874.
- 23 Egger G., Liang G., Aparicio A., Jones P.A. *Epigenetics in human disease and prospects for epigenetic therapy*. 2004. Nature. 429:457–463.
- 24 Rouhi A., Mager D.L., Humphries R.K., Kuchenbauer F.: *MiRNAs, epigenetics, and cancer*. Mamm. Genome, 2008; 19: 517–525.
- 25 Zhang L., Volinia S., Bonome T., Calin G.A., Greshock J., Yang N., Liu C.G., Giannakakis A., Alexiou P., Hasegawa K., Johnstone C.N., Megraw M.S., Adams S., Lassus H., Huang J., Kaur S., Liang S., Sethupathy P., Leminen A., Simossis V.A., Sandaltzopoulos R., Naomoto Y., Katsaros D., Gimotty P.A., DeMichele A., Huang Q., Bützow R., Rustgi A.K., Weber B.L., Birrer M.J., Hatzigeorgiou A.G., Croce C.M., Coukos G.: *Genomic and epigenetic alterations deregulate microRNA expression in human epithelial ovarian cancer*. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2008; 105: 7004–7009.
- 26 Lynam-Lennon N., Maher S.G., Reynolds J.V.: *The roles of microRNA in cancer and apoptosis*. Biol. Rev. Camb. Philos. Soc., 2009; 84: 55–71.
- 27 Yamaguchi K., Matsumura N., Mandai M., Baba T., Konishi I., Murphy S.K. *Epigenetic and genetic dispositions of ovarian carcinomas*. Oncoscience. 2014. 22. 1. 9:574–9.
- 28 Mukherjee K., Twyman R.M., Vilcinskis A. *Insects as models to study the epigenetic basis of disease*. Prog Biophys Mol Biol. 2015. 118. 1–2:69–78.
- 29 Flis S., Flis K., Sławiński J. *Modyfikacje epigenetyczne a nowotwory*. Nowotwory Journal of Oncology. 2007. 57. 4. 427–434.
- 30 Mukesh V, Sudhir S. *Epigenetics in cancer: Implications for early detection and prevention*. Lancet Oncol. 2002. 3: 755–63.
- 31 Skinner MK. *Endocrine disruptor induction of epigenetic transgenerational inheritance of disease*. Mol Cell Endocrinol. 2014;398(1–2):4–12.
- 32 Skinner MK, Manikkam M, Tracey R, Guerrero-Bosagna C, Haque M, Nilsson EE. *Ancestral dichlorodiphenyltrichloroethane (DDT) exposure promotes epigenetic transgenerational inheritance of obesity*. BMC Med. 2013;11(1): 228.
- 33 Manikkam M, Haque MM, Guerrero-Bosagna C, Nilsson EE, Skinner MK. *Pesticide methoxychlor promotes the epigenetic transgenerational inheritance of adult-onset disease through the female germline*. PLoS One. 2014;9(7): e102091.
- 34 Manikkam M, Tracey R, Guerrero-Bosagna C, Skinner MK. *Plastics derived endocri-*

- ne disruptors (BPA, DEHP and DBP) induce epigenetic transgenerational inheritance of obesity, reproductive disease and sperm epimutations.* PLoS One. 2013;8(1): e55387.
- 35 Stel J., Legler J. *The Role of Epigenetics in the Latent Effects of Early Life Exposure to Obesogenic Endocrine Disrupting Chemicals.* Endocrinology. 2015 Oct;156(10):3466–72.
- 36 Bomba J. *Trauma i stres – znaczenie dla medycyny.* Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej. 2002. Tom 2, nr 4. 225–227.
- 37 Kępiński A. *Tzw. KZ Syndrom. Próba syntezy.* Przegl. Lek. 1970. 26 (1): 18–23.
- 38 Orwid M. *Psychospołeczna perspektywa Holocaustu.* Dialog. 2002. 11: 28–32.
- 39 Yehuda R., Schneider J., Giller E.L., Siever L.J., BinderBrynes K. *Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adults offspring.* Am. J. Psychiatry 1998. 155: 841–3.
- 40 Yehuda R., Schmeidler J., Wainberg M., Binder-Brynes K., Duvdevanti T. *Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors.* Am. J. Psychiatry 1998. 155: 1163–1171.
- 41 Yehuda R. *Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder.* Can J Psychiatry 1999. 44. 1: 34–9.
- 42 Mason J.W., Giller E.L., Kosten T.R., Ostroff R.B., Podd L. *Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients.* J. Nerv. Ment. Dis. 1986. 174. 145–149.
- 43 Bremner J.D., Vermetten E., Kelley M.E. *Cortisol, dehydroepiandrosterone (DHEA), and estradiol measured over 24 hours in women with childhood sexual abuse-related post-traumatic stress disorder (PTSD).* J Nerv Ment Dis. 2007. 195 (11). 919–927.
- 44 Young E.A., Abelson J., Lightman S.L. *Cortisol pulsatility and its role in stress regulation and health.* Front Neuroendocrinol. 2004. 25. 2:69–76.
- 45 Yehuda R., Bierer L.M. *Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk.* Prog Brain Res 2008. 167: 121–135.
- 46 Yehuda R., Engel S.M., Brand S.R., Seckl J., Marcus S.M., Berkowitz G.S. *Transgenerational effects of PTSD in babies of mothers exposed the WTC attacks during pregnancy.* J. Clin. Endocrinol. Metab. 2005. 90. 4115–4118.
- 47 Yehuda R. *Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder.* Psychiatr Clin North Am 2002. 25:341–368.
- 48 Berkowitz G.S., Wolff M.S., Janevic T.M., Holzman I.R., Yehuda R., Landrigan P.J. 2003. *The World Trade Center disaster and intrauterine growth restriction.* JAMA 290:595–596.
- 49 Reynolds R.M., Walker B.R., Syddall H.E., Andrew R., Wood P.J., Whorwood C.B., Phillips D.I. *Altered control of cortisol secretion in adult men with low birth weight and cardiovascular risk factors.* J Clin Endocrinol Metab 2001. 86:245–250.
- 50 Yehuda R., LeDoux J. *Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD.* Neuron. 2007. 56, 1,4. 19–32.
- 51 Yehuda R., Daskalakis N.P., Bierer L.M., Bader H.N., Klengel T., Holsboer F., Binder E.B. *Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation.* Biological Psychiatry. 2015. Article in Press.
- 52 Tang A.W.C., Dietmann S., Irie N., Leitch H.G., Floros V.I., Bradshaw C.R., Hackett J.A., Chinnery F.P., Suran M.A. *A Unique Gene Regulatory Network Resets the Human Germline Epigenome for Development.* Cell. 2015. 161. 6. 1453–1467. Lupien S.J., Parent S., Evans A.C., Tremblay R.E., Zelazo P.D., Corbo V., Pruessner J.C., Seguin J.R. Larger

- amygdala but no change in hippocampal volume in 10-year-old children exposed to maternal depressive symptomatology since birth.* Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2011; 108: 14324-14329.
- 54 Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. *Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future.* Biol. Psychiatry, 60 (2006). 376–382.
- 55 Bremner J.D. *Functional neuroimaging in post-traumatic stress disorder.* Expert Rev. Neurother., 7 (2007). 393–405.
- 56 Shin L.M., McNally R.J., Kosslyn S.M., Thompson W.L., Rauch S.L., Alpert N.M., Metzger L.J., Lasko N.B., Orr S.P., Pitman R.K. *Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: A PET investigation.* Am. J. Psychiatry, 156 (1999). 575–584.
- 57 Shin L.M., Wright C.I., Cannistraro P.A., Wedig M.m., McMullin K., Martis B., Macklin M.L., Lasko N.B., Cavanagh S.R., Krangel T.S. *A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder.* Arch. Gen. Psychiatry, 62 (2005). 273–281.
- 58 Debiec J., Díaz-Mataix L., Bush D.E., Doyère V., Ledoux J.E. *The amygdala encodes specific sensory features of an aversive reinforcer.* Nat Neurosci. 2010. 13(5):536–7.
- 59 Olsson A., Phelps E.A. *Social learning of fear.* Nat Neurosci. 2007. 10. 9:1095–1102.
- 60 Jeon D., Jeon D., Kim S., Chetana M., Jo D., Ruley F.E., Lin S-Y., Rabah D., Kinet J-P., Shin H-S. *Observational fear learning involves affective pain system and Cav1.2 Ca2+ channels in ACC.* Nat Neurosci. 2010. 13. 4:482–488.
- 61 Kim E.J., Kim E.S., Covey E., Kim J.J. *Social transmission of fear in rats: The role of 22-kHz ultrasonic distress vocalization.* PLoS ONE. 2010. 5. 12: e15077.
- 62 Debiec J., Sullivan R.M. *Intergenerational transmission of emotional trauma through amygdala-dependent mother-to-infant transfer of specific fear.* Proc Natl Acad Sci U S A. 2014. 19. 111. 33:12222-7.
- 63 Dias B.G, Ressler KJ. *Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations.* Nature Neuroscience 2014. 17. 89–96.
- 64 Bosquet Enlow M., Kitts R.L., Blood E. *Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation.* Infant Behav Dev. 2011. 34. 4:487–503.
- 65 Roberts A.L., Galea S., Bryn Austin S., Cerda M., Wright R.J., Rich-Edwards J.W., Koenen K. *Posttraumatic stress disorder across two generations: Concordance and mechanisms in a population-based sample.* Biol Psychiatry. 2012. 72. 6:505–511.
- 66 Murray L., de Rosnay M., Pearson J., Bergeron C., Schofield E., Royal-Lawson M. Cooper P.J. *Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy.* Child Dev. 2008. 79. 4:1049–1064.
- 67 Skinner M.K., Anway M.D. Savenkova M.I., Gore A.C., Crews D. *Transgenerational epigenetic programming of the brain transcriptome and anxiety behaviour.* PLoS ONE 2008. 11. 3745.
- 68 Weaver I.C., Cervoni N., Champagne F.A., D'Alessio A.C., Sharma S., Seckl J.R., Dymov S., Szyf M., Meaney M.J. *Epigenetic programming by maternal behavior.* Nat. Neurosci., 2004. 7. 847–854.
- 69 Bosch O.J., Neumann I.D. *Brain vasopressin is an important regulator of maternal behavior independent of dam's trait anxiety.* PNAS. 2008. 105.

- 70 Takei S., Morinobu S., Yamamoto S., Fuchikami M., Matsumoto T., Yamawaki S. *Enhanced hippocampal BDNF/TrkB signaling in response to fear conditioning in an animal model of posttraumatic stress disorder*. J Psychiatr Res. 2011;45(4):460–8.
- 71 Sweatt J.D., Meaney M.J., Nestler E., Akbarian S. *Epigenetic Regulation in the Nervous System*. Basic Mechanisms and Clinical Impact. Academic Press. 2013.
- 72 Masi G., Brovedani P. *The hippocampus, neurotrophic factors and depression: possible implications for the pharmacotherapy of depression*. CNS Drugs. 2011; 1; 25: 913–31.
- 73 Bredy TW, Wu H, Crego C, Zellhoefer J, Sun YE, Barad M. *Histone modifications around individual BDNF gene promoters in prefrontal cortex are associated with extinction of conditioned fear*. Learn Mem. 2007; 14: 268–276.
- 74 Mansuy I.M., Masdoodh R., Champagne F.A. *Transgenerational Inheritance in Mammals*. In: Epigenetic Regulation in the Nervous System Basic Mechanisms and Clinical Impact. Academic Press. 2013. 323–338.
- 75 Mychasiuk R., Harker A., Ilnytskyy S. Gibb R. *Paternal stress prior to conception alters DNA methylation and behaviour of developing rat offspring*, Neuroscience. 2013. 241. 100-105.
- 76 Kaati G, Bygren LO, Pembrey M, Sjöström M. *Transgenerational response to nutrition, early life circumstances and longevity*. Eur J Hum Genet. 2007;15:784–90.
- 77 Pembrey ME, Bygren LO, Kaati G, Edvinsson S, Northstone K, Sjöström M, Golding J. *Sex-specific, male-line transgenerational responses in humans*. Eur J Hum Genet. 2006;14:159–66.
- 78 Little RE. *Mother's and father's birthweight as predictors of infant birthweight*. Paediatr Perinat Epidemiol. 1987;1:19–31.
- 79 Curley J.P., Mashoodh R., Champagne FA. *Epigenetics and the origins of paternal effects*. Horm Behav. 2011 Mar;59(3):306-14.
- 80 Bowers M.E., Yehuda R. *Intergenerational Transmission of Stress in Humans*. Neuropsychopharmacology. 2016. 41. 1:232-44.
- 81 Moog N.K., Buss C., Entringer S., Shahbaba B., Gillen D.L., Hobel C.J., Wadhwa P.D. *Maternal Exposure to Childhood Trauma Is Associated During Pregnancy with Placental-Fetal Stress Physiology*. Biol Psychiatry. 2015. Sep 3. pii: S0006-3223(15)00731-3. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.08.032. [Epub ahead of print].
- 82 Yehuda R., Seckl J. *Stress-related psychiatric disorders with low cortisol levels: a metabolic hypothesis*. Endocrinology 2011. 152:4496–4503.
- 83 Collados Z. J. : *Depresja u dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo ESPE, Kraków 2002.
- 84 Cooper P.J., Fearn V., Willetts L., Seabrook H., Parkinson M.. *Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders*. Journal of Affective Disorders. 2006. 93. 205–212.
- 85 Egeland B., Jacobvitz D., Sroufe L.A. *Breaking the cycle of abuse*. Child Development. 1988. 59. 1080.
- 86 Warner V., Wickramaratne P., Weissman M.M. *The role of fear and anxiety in the familial risk for major depression: A three-generation study*. Psychological Medicine. 2008. 38. 1543–1556.
- 87 Sullivan P.F., Neale M.C., Kendler K.S. *Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis*. Am J Psychiatry. 2000. 157:1552–62.
- 88 Zhao J., Goldberg J., Bremner J.D., Vaccarino V. *Association between promoter methylation*

- of serotonin transporter gene and depressive symptoms: a monozygotic twin study*. Psychosom Med. 2013. 75. 6:523-9.
- 89 Yehuda R., Bierer L.M. *Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk*. Prog Brain Res 2008. 167: 121-135.
- 90 Yehuda R., Daskalakis N.P., Lehrner A., Desarnaud F., Bader H.N., Makotkine I., Flory J.D., Bierer L.M., Meaney M.J. *Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring*. Am J Psychiatry. 2014. 171. 8:872-80.
- 91 Rodriguez T. *Descendants of Holocaust Survivors Have Altered Stress Hormones*. Scientific American. 2015.
- 92 McGowan P.O., Sasaki A., D'Alessio A.C., Dymov S., Labonté B., Szyf M., Turecki G., Meaney M.J. *Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse*. Nat Neurosci 2009. 12:342–348.
- 93 Palosaari E., Punamäki R.L., Qouta S., Diab M: *Intergenerational effects of war trauma among Palestinian families mediated via psychological maltreatment*. Child Abuse Negl 2013. 37:955–968.
- 94 Labonté B., Azoulay N., Yerko V., Turecki G., Brunet A. *Epigenetic modulation of glucocorticoid receptors in posttraumatic stress disorder*. Transl Psychiatry. 2014. 4. 4:e368.
- 95 Yehuda R., Flory J.D., Bierer L.M., Henn-Haase C., Lehrner A., Desarnaud F., Makotkine I., Daskalakis N.P., Marmar C.R., Meaney M.J. *Lower methylation of glucocorticoid receptor gene promoter 1F in peripheral blood of veterans with posttraumatic stress disorder*. Biol Psychiatry. 2015. 15. 77. 4:356-64.
- 96 Klengel T., Dias B.G., Ressler K.J. *Models of Intergenerational and Transgenerational Transmission of Risk for Psychopathology in Mice*. Neuropsychopharmacology. 2016. 41. 1:219–31.
- 97 Nestler E.J., Peña C.J., Kundakovic M., Mitchell A., Akbarian S. *Epigenetic Basis of Mental Illness*. Neuroscientist. 2015 Oct 8. pii: 1073858415608147. [Epub ahead of print]
- 98 Wysokiński A., Gruszczyński W. *Rola genu GAD1 (glutamate decarboxylase 1) oraz jego regulacji epigenetycznej w etiopatogenezie schizofrenii*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2008; 17 (3): 225.228).
- 99 Hettema JM, An SS, Neale MC, Bukszar J, van den Oord EJ, Kendler KS, Chen X. *Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism*. Mol Psychiatry. 2006; 11 (8): 752.762.
- 100 Koenigs M, Grafman J. *Posttraumatic stress disorder: the role of medial prefrontal cortex and amygdala*. Neuroscientist. 2009;15(5):540–8.
- 101 Frankland P.W., Bontempi B., Talton L.E., Kaczmarek L., Silva A.J. *The involvement of the anterior cingulate cortex in remote contextual fear memory*. Science. 2004. 304. 5672:881–883.
- 102 Miller C.A., Gavin C.F., White J.A., Parrish R.R., Honasoge A., Yancey C.R., Rivera I.M., Rubio M.D., Rumbaugh G., Sweatt J.D. *Cortical DNA methylation maintains remote memory*. Nat Neurosci. 2010;13(6):664–666.
- 103 Alarcón J.M., Malleret G., Touzani K., Vronskaya S., Ishii S., Kandel E.R., Barco A. *Chromatin acetylation, memory, and LTP are impaired in CBP+/- mice: a model for the cognitive deficit in Rubinstein-Taybi syndrome and its amelioration*. Neuron. 2004. 24. 42. 6:947-59.

- 104 Wood M.A., Attner M.A., Oliveira A.M., Brindle P.K., Abel T. *A transcription factor-binding domain of the coactivator CBP is essential for long-term memory and the expression of specific target genes*. Learn Mem. 2006. 13. 5:609-17.
- 105 Fischer A., Sananbenesi F., Wang X., Dobbin M., Tsai L.H. *Recovery of learning and memory is associated with chromatin remodelling*. Nature. 2007. 10. 447. 7141:178-82.
- 106 Guan J.S., Haggarty S.J., Giacometti E., Dannenberg J.H., Joseph N., Gao J., Nieland T.J., Zhou Y., Wang X., Mazitschek R., Bradner J.E., DePinho R.A., Jaenisch R., Tsai L.H. *HDAC2 negatively regulates memory formation and synaptic plasticity*. Nature. 2009. 459. 7243:55–60.
- 107 Stepulak A., Stryjecka-Zimmer M., Kupisz K., Polberg K. *Inhibitory deacetylaz histonów jako potencjalne cytostatyki nowej generacji*. Postepy Hig Med Dosw. 2005; 59: 68–74.
- 108 Vigushin D.M., Coombes R.C.: *Histone deacetylase inhibitors in cancer treatment*. Anticancer Drugs, 2002. 13: 1–13.
- 109 Kim H.J., Bae S.C.: *Histone deacetylase inhibitors: molecular mechanisms of action and clinical trials as anti-cancer drugs*. Am. J. Transl. Res., 2011; 3: 166–179.
- 110 Grabarska A., Dmoszyńska-Graniczka M., Nowosadzka E., Stepulak A. *Inhibitory deacetylaz histonów – mechanizmy działania na poziomie molekularnym i zastosowania kliniczne*. Postepy Hig Med Dosw. 2013. 67: 722-735.
- 111 Gräff J., Rei., Guan J-S., Wang W-Y., Seo J., Hennig K.M., Nieland T.J.F., Fass D.M., Kao P.F., Kahn M., Su S.C., Samiei A., Joseph N., Haggarty S.J., Delalle I., Tsai L-H. *An epigenetic blockade of cognitive functions in the neurodegenerating brain*. Nature. 2012. 483. 222–226.
- 112 Matsumoto Y., Morinobu S., Yamamoto S., Matsumoto T., Takei S., Fujita Y., Yamavaki S. *Vorinostat ameliorates impaired fear extinction possibly via the hippocampal NMDA-CaMKII pathway in an animal model of posttraumatic stress disorder*. Psychopharmacology (Berl) 2013;229(1):51–62.
- 113 Whittle N., Singewald N. *HDAC inhibitors as cognitive enhancers in fear, anxiety and trauma therapy: where do we stand?* Biochem Soc Trans. 2014 Apr;42(2):569–81.
- 114 Fischer A., Sananbenesi F., Mungenast A., Tsai L.H. *Targeting the correct HDAC(s) to treat cognitive disorders*. Trends Pharmacol Sci. 2010. 31(12):605-17.
- 115 Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. *Rozwój potraumatyczny - charakterystyka i pomiar*. Psychiatria 2010, tom 7, nr 4. 129-142.
- 116 Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun L.G. *Posttraumatic growth: Conceptual issues*. W: R.G. Tedeschi, C.L. Park, L.G. Calhoun (red.). Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis (1–22). Mahwah, NJ. Erlbaum 1998.
- 117 Tedeschi R.G., Calhoun L.G. *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*. Psychol Inquiry 2004. 15:1-8.
- 118 Dekel S., Mandl C., Solomon Z. *Is the Holocaust implicated in posttraumatic growth in second-generation Holocaust survivors? A prospective study*. J Trauma Stress. 2013. 26. 4:530–3.

Summary

The influence of ancestors' experiences on the development and functioning of a human being has been in the centre of attention of numerous researchers for the last ten years. From experimental studies on animals, as well as from studies carried out among humans, it is known that apart from the inheritance of genes, we also inherit the memory of anxiety, various mental disorders or the susceptibility to physical illnesses. It results in epigenetic changes in which gene expression is altered. This process consists in the chemical modification of the nuclear material with the use of specific enzymes. It leads to transgenerational transmission and biological changes arising in the offspring, due to stress that affects their parents. Cellular memory causes our body cells to remember different variables in the environment, among others: temperature, pressure or food availability. As a result, the environment may also influence offspring physiology without any changes in the genome sequence. Through our lifestyle and through the emotions we experience, either beneficial or adverse changes in the genome can be provoked. Harmful environmental factors, stress, aggression, anxiety, traumatic experiences, toxins, medications, diet and the like, affect the future mother and father as well as leave an imprint on the next generations. Parents' trauma directly affects the offspring through epigenetic changes in the oocytes and the sperm cells, in the environment of a pregnant uterus, in the stem cells and in the central nervous system. Moreover, the experiences of parents and grandparents alter the anatomy and function of the nervous system in the next generations. Researchers' efforts head towards the creation of new drugs that would help in coping with transgenerational trauma. Evidence from preclinical studies shows that changes in histone acetylation, by for example vorinostat, entinostat, trichostatin A and others, cause the disappearance of anxiety and protect from the return of anxiety attacks.

However, it should be remembered that traumatic experiences, as a result, can also cause post-traumatic growth that leads to functioning on a higher level than before the trauma. Such people notice their enhanced abilities to perform well and survive in extreme conditions. They also notice new opportunities in life and set their sights on doing something new. Presumably, it is the only benefit to be expected from the trauma, as this positive transformation is also to be inherited.

Introduction

The functioning of a human being on all levels – physical, mental and spiritual, depends on a number of well-known factors. The least explored among them is the influence of ancestors' experiences on the functioning of an individual.

From the experiences of whole generations, one may assume that the history of our parents, grandparents and maybe even great-grandparents or earlier ancestors influences our lives to a great extent.

«Is it possible that the fear I experience, while looking at the fireplace is caused by the fear of my father, who as a child received a message about his father's tragic death during a fire in a mine» – we sometimes hear in conversations. «Is it possible

that I have nightmares about inevitable death in a concentration camp because my grandfather died in Auschwitz?»

Why do the fortunes of people we do not even know, have an impact on our lives, on the way we are? The scientists try to find the answers to these and similar questions using more and more advanced research methods.

Until a short while ago, it was assumed that the offspring, every time receives a set of genes in which the impact of environmental factors related to previous generations is erased. These ideas are a continuation of earlier philosophical thought from the ancient times. Then, it was presumed that human soul after birth is a blank slate – «tabula rasa» and is being filled with notes throughout one's life, during collecting new experiences. The term «tabula rasa» was first used by Aristotle in the treatise «On the Soul» and later disseminated by Thomas Aquinas and others. In a fragment considered to be a modern formulation of the concept of «tabula rasa», Locke wrote that the mind at the moment of birth is a «blank slate, not filled with any signs». Such a mind waits for being filled with experience and education. [1]

Currently, scientific research with the use of the most modern methods of brain neuroimaging and with the use of genetic and epigenetic methods demonstrates that the environmental influence reaches much deeper and further. It was proved with no doubt that traumatic experiences of a mother during pregnancy may cause functional and anatomical damage to the brain of a child in the foetal life, thus influencing the pathological functioning of an organism also in the later period, even in adulthood. [2] However, this is not everything. Even if the pregnancy goes well and mother's emotions in this period are positive, one can inherit fears, susceptibility to mood changes and earlier traumatic experiences of their ancestors. It turns out that the process of inheritance takes place not only through genes but also «beyond them». Modern explorations of such «non-genetic» inheritance are mostly based on epigenetic studies. These studies concern the influence of environmental factors on changes in gene expression, i.e. the functioning of genes (despite the lack of changes in the structure of the whole gene set), i.e. so-called «cellular memory», «metabolic memory», «epigenetic memory». For instance, only the epigenetic studies can explain the differences in susceptibility to various diseases among monozygotic twins, despite the fact that they inherit the same gene set.

At present, it can be stated with full responsibility that genes do not determine everything. On the one hand, while inheriting our ancestors' history, we are «helpless». On the other hand, the awareness of these phenomena can help in recognizing these fears, in a better understanding of their origin and, as a result, in coping with them better. The results of epigenetic studies prove that we are responsible for what our children and grandchildren inherit from us. That is why we should consciously cope with our fears and emotions as well as shape our thoughts.

Trauma

From the history of ancient men, people have recorded their experiences and emotions. First, in a form of cave paintings, later using writing to describe their adven-

tures. The experiences of generations were transmitted orally or in a form of writing, often as legends, beliefs and myths. As an example, one can discuss the Greek myth of Medusa. Its content can be related to the interpretation of trauma and its influence on humans. Medusa and her sisters were perceived as one of the most terrifying monsters in Greek mythology. They had arms of bronze, hands of gunmetal and wings of gold. Their necks were covered with dragon scales, in the mouth they had horrible fangs and whirls of snakes were growing out of their heads.

Solely Medusa's glance was enough to change each living creature into a stone. Perseus – Danae's son, before his journey to kill the monster, went to seek Athena's advice. She told him that under no circumstances should he look into Medusa's eyes. Taking this guidance into consideration, Perseus used a polished shield to reflect deadly Medusa's look and protect himself from her eyesight. Because of it, he escaped death; he could approach her as well as cut off her head. [3] In the myth, one can interpret the experiences of generations related to human behaviour in the face of trauma. Trauma should not be confronted directly; one should protect themselves from its negative influence, so as not to be recklessly exposed to the devastating glance of Medusa.

This myth may be further interpreted. From Medusa's wound two figures emerged: Pegasus – the winged stallion and Chrysaor – the warrior with a golden sword. The horse symbolizes the body and instinct knowledge and his wings are the symbols of transformation. The golden sword represents penetrating truth and brightness. Both these aspects create the archetypal characteristics and resources one needs to find, in order to heal from trauma – the fatal impact of Medusa.

*In another version of the myth, Perseus kept some drops of blood from Medusa's wounds in two vials. These in the first vial had the power to kill. Those in the other one – the power to revive the dead and bring back life. **This message symbolizes the twofold nature of the trauma: the first one – its destructive effect, depriving the victim of the ability to live the life to the fullest, and the other one – the trauma paradox – its power to transform and revive better life.** Depending on how one copes with the trauma, a person will either be destroyed or will regenerate in a better form.*

Despite the experiences of many generations, only in the 19th century, the term «mental trauma» came into the medical language. It was noticed that deep experiences cause the occurrence and persistence of pathological symptoms that cannot be otherwise interpreted or explained.

Trauma from the psychological perspective

It includes «mental condition triggered by the action of external factors threatening the health and life of an individual, leading to profound changes in human functioning». This condition may result in consolidated difficulties in returning to the previous functioning, sometimes creating a syndrome described as post-traumatic stress disorder (PTSD). [4]

Trauma from the medical perspective

Trauma is inseparably linked with the physiological, biochemical and anatomical changes in the whole body. From the perspective of body functionality, the most si-

gnificant changes take place in the brain. From numerous neuroimaging studies of the brain, it is recognized that during experiencing traumatic situations there occur changes in the secretion of neurotransmitters, neurohormones, neuropeptides and even anatomical changes in the structures responsible for emotions and memory. In medicine, the term *traumatic stressor* is often used. It relates to a direct exposition to an experience connected with a serious injury, death or a threat to the integrity of one's own or other people's bodies. At the same time, one experiences the feeling of intense fear, helplessness or terror. The term *direct exposition* includes not only taking part in the event but also receiving a message about a life threat, a violent death or an injury of a loved one. Terms: *traumatic stressor*, *traumatic stress* and *trauma* are used interchangeably to depict a life threatening situation and an immediate reaction to it. According to the classification of the American Psychiatric Association DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) the term *trauma* includes the following conditions:

- one must experience being a participant or a witness to a situation of contact with death or serious injury,
- the following reactions must occur: fear, terror, helplessness. [5]

In May 2013, the American Psychiatric Association introduced changes in the diagnostic criteria for PTSD. They were included in the fifth edition of mental disorders classification (DSM-5). Post-traumatic stress disorder was transferred from the group of anxiety disorders, where it occurred in DSM-IV, to a new group of disorders related to trauma and stress.

Trauma from the social perspective

In sociological papers, the term *trauma* was borrowed from medical sciences and psychology and later transferred to social and humanistic studies. It always appears with the attribute *social*, *cultural*, *socio-cultural* or *social and cultural*. In this perspective, trauma refers to negative consequences of profound socio-cultural changes in various areas of life. In my considerations, I would like to pay attention to the aspect of trauma in the family, as well as to the fact that in this case, social consequences of trauma can be predicted. Traumatic experiences in childhood may cause changes in the human brain to such an extent that one's personality completely changes, sometimes into the antisocial or psychopathic one. Such a person has a low level of empathy and becomes capable of hurting others. To the society, they may be ruthless executioners with no conscience and cause sufferings of sometimes a vast number of other people.

It should be clearly emphasised that in numerous studies, abnormalities in the structure and function of the brain were observed in people with low empathy level as well as in people with personality disorders. [6, 7]

Alice Miller, a Doctor of Psychology, Sociology and Philosophy, an author of publications on the topic of child psychology, works on broadening the collective awareness on the topic of traumatic experiences in childhood. She is an advocate for not using corporal punishment. Her opinion on the issue of traumatic experiences in the

family and their consequences was strongly stated: **«as long as the whole society does not acknowledge that every day numerous spiritual murders are committed, from the consequences of which the whole humanity will suffer, we will be stumbling around in the dark labyrinth».** [8]

Epigenetics (non-genetic inheritance)

The invention of a spatial model of double helix structure of DNA by James Watson, Francis Crick and Rosalind Franklin in 1953 was a breakthrough in genetics. For their discovery, Watson and Crick (unfortunately without Franklin) received a Nobel Prize in Physiology in 1962. The creation of a genome map marked another breakthrough in medicine. A document confirming the sequencing of 99% of the human genome was published in April 2003. It stated that every human being has got 3 billion pairs of nucleotides that make up the 25 thousand genes. Among many examined people, Watson was the first man who received a map of his genome. During this time, many scientists believed that this new knowledge can lead to understanding and treatment of many complex diseases. However, it did not happen. Until today, out of nearly 30 thousand known diseases, we can treat only about 30%.

In 2002, Professor Marcus E. Pembrey presented an important postulate to all scientists dealing with Public Health: **«It is high time the experts on Public Health took into serious consideration the notion of transgenerational inheritance. I assume that we cannot fully understand the prevalence of diseases such as neuropsychiatric disorders, obesity, diabetes and metabolic disorders, if we do not introduce a multigenerational approach.»** [9] Two years later, the general enthusiasm over genetic research slowly began to give way to a new movement. In 2004, a German Professor of Psychosomatics Joachim Bauer, in his book *«The Memory of the Body»* wrote an unusual statement: **«The secret of health in case of a significant number of diseases is not in the genetic material itself, but in the regulation of its activity.»** [10] Further studies revealed that there is a very small group of diseases that is caused solely by only one or a few genes. Professor Rudolf Jaenisch, a biologist, a member of the Whitehead Institute for Biomedical Research in Boston, a pioneer in research on genetically modified organisms, whose research focus is currently on the epigenetic mechanisms involved in the formation of tumours and brain development, said significant words: **«The decade of genetics has already passed. Now we are in the middle of the decade of epigenetics. The most important and the most sensational events in molecular biology occur in this field.»**

Deoxyribonucleic acid (DNA) has so far been regarded as the only source of genetic information. If, however, genes encoding proteins are so important, why they include only 2% of the human genome? Recently, biologists have discovered another record encoded in chromosomes. In addition to the genome in our body cells, there is also an epigenome or a *second code*, which is a controlling superstructure of the *first code* – the genetic code. Nessa Carey in her latest book, *«The Epigenetics Revolution»* depicted in a very vivid way what epigenetics is: **«DNA is like a scenario, but depending on the director, actors and their intentions, even the same scenario can be**

implemented in many different ways.» [11]

Epigenetics controls our genes, development, the functioning of tissues, and susceptibility to diseases and therefore, the environmental factors, such as stress, diet, stimulants and lifestyle have got such a significant impact on our health. Epigenetic studies are currently developing in a very rapid way. An overview of publications in the PubMed database shows that about 98% of articles on research in the field in question were published in the past 15 years. In the last decade of medical developments, a new field of study emerged – **neuroepigenetics**. [12]

10 years ago – in 2006 the Norwegian Nobel Committee awarded the prize in the field of epigenetics for the first time. **Andrew Fire and Craig Mello received the Nobel Prize for their research on RNA interference, by the use of which cells create the epigenetic memory**. Due to their research, the fundamental mechanism of control over the transfer of genetic information that can be used in gene therapy was determined. This is one of the most significant discoveries in the area of molecular biology.

The experiences of individuals, environmental toxins, mother's and father's behaviour, mental or physical stress, learning, anxiety, trauma – all this leads to chemical changes and changes in the three-dimensional structure of the DNA. Therefore, the experiences of certain events regulate epigenetic mechanisms.

The epigenetic changes regulating gene expression do not relate to the DNA sequence itself, but consist in chemical modification: DNA cytosine methylation, active cytosine demethylation, hydroxymethylcytosine formation, histone posttranslational modifications (lysine acetylation, serine/threonine phosphorylation, monoubiquitination), ATP-dependent chromatin remodelling (SWI-SNF), etc. [13]

- One can briefly state that the second code functions using the "epigenetic transmitters": Methyl groups bind directly to the DNA and alter the function of particular genes (however, the genes stay the same);
- Chemical changes occur in proteins around which the DNA strands coil; Very short molecules of ribonucleic acid – microRNA (miRNA) have a significant role. They do not allow the already read genetic code to lead to the formation of proteins by the cells. These molecules do not encode, but they take part in the regulation of nearly 30% of human genes; [14]

At present, it is known, that epigenetics plays a crucial role in the maturation and ageing of the organism as well as in the process of carcinogenesis. Epimutations may also contribute to the development of many complex disorders, among others: diabetes, schizophrenia, bipolar affective disorder etc.

To conclude, it can be stated that epigenetic studies prove that:

- we are a product of genes as well as of cellular and environmental interactions,
- there is a kind of cellular memory that can be transferred to the offspring cells,
- a new-born inherits not only the genes of his or her parents but also a part of their life stories.

Cellular memory = Epigenetic memory = Metabolic memory

The latest research results demonstrate that there is a new kind of memory – cellular memory. It is sometimes referred to as epigenetic memory or metabolic memory. It refers to the fact that our body cells memorize different environmental variables such as: temperature, pressure, food availability, etc. Because of it, the environment may influence the offspring physiology without changing the genome sequence. Recently, numerous reports on the topic of epigenetic changes in various disorders have appeared. This inquisition concerns mostly depression and other psychiatric disorders, eating disorders, addictions, cardio-metabolic diseases and others.

Cardio-metabolic diseases regard mostly patients simultaneously suffering from type 2 diabetes and circulatory system disorders. The epidemiological data show that their recent occurrence has increased to such an extent that these disorders were recognized as a global epidemic. The results of clinical trials demonstrate that environmental changes play a crucial role in epigenetic changes in these patients. For example, the modification of histones in which histone deacetylases take part, occurs in patients suffering from diabetes. They regulate various aspects of metabolism, inflammatory condition and vascular functions as well as play a key role in metabolic memory. [15]

A number of experimental studies conducted earlier in animals also confirmed that animals form cellular memory about the temporary increase of glucose in the blood. Among dogs and rats with experimentally induced diabetes, intensive therapy resulting in glycaemia normalization prevented the development of diabetic retinopathy only when the treatment was implemented quickly, up to two months from the moment of hyperglycaemia occurrence. After this time, despite proper treatment of hyperglycaemia, complications in a form of diabetic retinopathy appeared. The authors suggest that complications appeared apparently because of the already existing cellular memory. [16, 17]

Recent research results were very surprising to the scientists. It occurred that patients with diabetes, properly treated, with systematic control of glucose blood concentration that was within normal limits for several years, simultaneously exhibited an increased incidence rate of cardiovascular complications. It was stated that the phenomenon of «metabolic memory» may result from epigenetic modifications of the nuclear material (DNA, histone proteins, enzymes). [18] Professor Dembińska-Kieć claims: «as a consequence of the occurrence of an even relatively short period of hyperglycaemia, metabolic memory explains a part of its long-term sequelae, among others, e.g. metabolic complications in adult life of children whose mothers suffered from gestational diabetes, or the lack of clinical improvement of its normalization». [18]

The development of molecular research on hyperglycaemia generated by epigenetic changes of the nuclear material helped in understanding the mechanism of persistent change in gene expression, in spite of the normoglycemia. Moreover, this exploration emphasises the role of the environmental influence, including the impact of diet on our genome in the development of diabetes complications, especially of type 2. [19, 20]

In turn, constantly looking for new antidiabetic drugs, it was examined in which genes connected with diabetes the epigenetic changes occur. The analysis of human genome revealed a connection of the loci regions 6q21 and 19q13 with diabetes. One can also find genes of histone deacetylases in these regions: HDAC 2 and SIRT 2 that are connected with the silencing of gene expression. SIRT-1 gene is responsible for preventing of mutation formation in the body, i.e. damages. It is also called «the longevity gene», so the modification of the activity of this gene is already an object of searches for new groups of antidiabetic drugs. [21, 22] The influence of the environment and the role of epigenetics are the topics currently absorbing scientists all over the world, also in the aspect of neoplastic diseases, in which epigenetic mechanisms play a role. It was proved that epigenetic silencing of the MLH1 gene is connected with some neoplasms of the colon and the rectum. [23] The so far research results indicate a different level of micro RNA (miRNA) expression in neoplasms, in comparison to the level of their expression in a normal tissue. It is presumed that epigenetic mechanisms have an influence on these changes. [24, 25]

The profile of miRNA expression in neoplastic cells can be also useful in diagnosing and monitoring patient's response to the kind of implemented therapy. [26] In the last ten years, the inquiry has developed to such an extent that in 2014 there appeared a notion of **epigenetic predispositions to developing various cancers**, among others ovarian, stomach and colon cancer. [27]

In the newest experimental studies from 2015 conducted in insects, it was proved that **neoplasm may appear in offspring due to epigenetically inherited profiles of gene expression induced by parents' stress**. The authors assert that selected insects can be used as models of human neoplastic diseases, since the molecular mechanisms underlying DNA methylation, histone acetylation and microRNA expression are evolutionarily preserved. [28]

This type of analysis, as well as many others, constitutes the evidence of the inheritance of stress and can be useful in discovering the sources of new methods of neoplasms treatment. One tries to connect the inhibitors of methyltransferases and histone deacetylases with the traditional forms of treatment. This new perspective can contribute to the development of individual therapies. [29]

Researchers also emphasise another positive aspect of the future medicines: contrary to mutations, epigenetic modifications are reversible. Therefore, they can be a potential aim of action of various drugs restoring the normal expression of genes, crucial to the proper functioning of cells. [30]

Very interesting research results were published in connection with the hereditary predispositions to obesity resulting from epigenetic changes. A series of publications appeared on the topic of the influence of chloro-organic pesticides and methoxychlor on the formation of obesity. Both these compounds did not cause obesity in the first generation but increased the incidence rate of obesity in their descendants in the third generation, despite the fact that these individuals were never exposed to these substances. The author of the scrutiny alleges that **the influence on body weight of individuals in the third generation was caused by epigenetic changes in the stem cells that were introduced in the first generation**. [31]

Other authors also investigated the methylation of the DNA and confirmed the appearance of epigenetic changes that can be related to the development of obesity. [32, 33] In the exploration of obesity with the use of phthalates it was shown that epigenetic changes occur in the sperm cells. Thus, they contribute to the transgenerational inheritance of obesity. [34] The chemical substances, as well as their influence on epigenetic changes in obesity, were also examined. The effects of the following substances were assessed: tributyltin, polycyclic aromatic hydrocarbons and diphenyl ether in a form of DNA methylation and histone modification in the altered structure of chromatin. It was revealed that exposition to chemical agents in the environment which interferes with the endocrine regulation, can cause permanent changes in the epigenome and lead to the increase of adipogenesis and obesity, even in subsequent generations. [35] Current progress in the field of epigenetics led to the discovery of **epigenetic obesity markers** that can be detected just after birth, informing about the risk of obesity development in later years. Interestingly, **despite the fact that the phenotype of obese people is similar, each substance causing epigenetic changes has a unique pattern of epimutation in the sperm cells, even in the third generation**.

Beginnings of research on trauma inheritance

20 years ago in Israel, I met many people who survived the Holocaust. They already had their own children, but were constantly tormented by characteristic, similar problems with everyday functioning. One of them, when she was 13, together with a friend from the concentration camp, managed to escape from «death march» during KL Auschwitz evacuation in 1945. A few years after the war, she got to know that the only survivor of her relatives was alive – a cousin, living somewhere in Germany. Together with her husband, she went there to find the extant «treasure». During their train travel, she felt asleep. In Berlin, a conductor approached her and gently woke her up asking for tickets. Then, an astonishing thing happened. When she saw the conductor, a person in a uniform, speaking German, she got a panic attack and screamed for so long that the train had to be stopped, a doctor had to be called for and she received an injection of a sedative. This woman told me that she had dreams about her stay in the camp very often. These dreams woke her up screaming and with a panic attack. She also could not struggle successfully with the guiltiness. She claimed that she did not deserve to live, as in her family she was the ugliest and the least intelligent of all, and others, «better ones» died. Since the war, she had suffered from an awkward ailment. Every Friday, she would suffer from diarrhoea and an increase of body temperature up to 38–39°C. Her family members would leave the house at that time so that she could «rest» and cope with her state in silence in a dark room. She did not treat these complaints, as she knew they resulted from the trauma. She also claimed to cope with its consequences quite well. In turn, her daughter told me that she had identical dreams as her mother did. She also had the same somatic ailments but with lower intensity. What is more, she noted that in their circle of friends there were many people like her – with terrifying dreams about inevitable death in the camp and with many problems of mental and physical character.

A friend of that woman, together with whom they had escaped from the transport, a gifted artist, dealt with painting. Her pictures were solely related to concentration camps. Once, she submitted her paintings for an exhibition organized for the former Auschwitz prisoners. When she received a phone call informing her about winning the first prize – she fainted. Not because she won the competition but because she could not handle it emotionally while hearing the words «Welcome to Auschwitz». Her daughter and son suffered from severe diseases and they both complained about having nightmares about tortures and rapes. They were haunted by various phobias, they could not form well-functioning families and their professional life was also not satisfactory. It should be emphasized that these both escapees never depicted the details of their camp past to anyone.

Then, I did not understand it; I only intuitively felt that the process of inheritance of traumatic experiences must exist as otherwise one could not explain these authentic stories. I believed that people had always noticed this fact but could not explain it rationally.

Today, I know much more.

Currently, in the era of epigenetics, we are able to explain a lot; however in front of us, there is still a very long way to understanding the precise mechanisms of the ongoing phenomena.

The development of research on trauma began after the World War II, when it was observed that people who survived the concentration camps, participated in the war in Vietnam, Korea or were imprisoned in Stalinist labour camps had the same clinical symptoms: mood deprivation, increased anxiety levels, recurring fears and painful memories, nightmares, inability to establish normal relationships, guiltiness, frequent and diverse physical diseases. [36, 37, 38]

Many of them were treated in psychiatric hospitals and had similar mental and physical symptoms that were later recognized as post-traumatic stress disorder – PTSD. This syndrome was then treated as a disease entity and introduced into the classification of mental disorders of the American Psychiatric Association DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III) in 1980.

Later, subsequent generations of these people were examined and it was determined that they also suffered from PTSD more often in a population than people among whose ancestors there were no people with such a tragic history. Hence, it was concluded that the susceptibility to response with PTSD symptoms to trauma is presumably hereditary. [39, 40]

What is more, suffering parents probably sensitize their children to the action of various stressors acting in their later life.

In 1986, the team of an American physiologist John Mason examined a group of war veterans suffering from PTSD and other veterans suffering from severe depressive disorders, bipolar affective disorder and paranoid schizophrenia. They demonstrated that war veterans suffering from PTSD exhibit persistent, increased concentration of catecholamines in the urine, but ... – which was surprising – significantly lower concentration of cortisol in the urine. [42]

These observations were later confirmed by other researchers. James Bremner

examined women who were sexually abused in childhood and later in adulthood suffered from PTSD. It was confirmed that among abused women with PTSD there occurred lower concentration of cortisol in the afternoon (12.00 p.m. – 8.00 p.m.), in comparison to abused women without PTSD and in comparison to women who were not abused and did not suffer from PTSD. [43, 44]

*The research of Rachel Yehuda, a Professor of Psychiatry, concentrated on similar neuroendocrine disorders among people who survived the Holocaust and suffered from PTSD and among their children. She demonstrated that in such children there is lower cortisol concentration in the saliva and in the 24-hour cortisol urine test than in children of people who also survived the Holocaust but did not suffer from PTSD. In all cases, the concentration of cortisol correlated with the intensity of PTSD symptoms. **The more severe the PTSD symptoms in the parents were – the lower was the cortisol urine concentration in their children.** [45] Finding low and stable cortisol concentration in patients with PTSD is particularly surprising, since if patients in chronic stress but with no PTSD symptoms are examined, they have very high concentration of cortisol. The norm is sometimes exceeded even 10 times. In patients with PTSD, it is the opposite. Professor Rachel Yehuda explains this phenomenon in the following way: probably, low concentration of cortisol in mothers suffering from PTSD influences the early stadium of their children development. As early as in the foetal life, the transgenerational transmission that programmes the cortisol concentration in the foetus occurs. [45]*

*These bold proposals have solid grounds in the results of her earlier studies. In 2005, she published a paper in which she presents the research results concerning the observation of women who on 11th September 2001 survived the attack on the World Trade Center in New York and later suffered from PTSD. Several years after the attack, when these women got pregnant, she also examined their children. She was mostly interested in cortisol blood concentration in mothers and children. Blood cortisol concentration in all mothers with PTSD was lowered in all three pregnancy trimesters equally. In turn, in all examined children, blood concentration levels were slightly higher than in the mothers, but lower than in the children of mothers who also survived the attack, but did not suffer later from PTSD. Furthermore, the more severe the PTSD symptoms in the mothers were – the lower cortisol concentration occurred in their children. The inquiry results also demonstrated that these children reacted to noise with an increased anxiety level and were more withdrawn, in comparison to children of women who did not experience this tragedy. By examining the concentration of stress hormone in their blood, she showed that in all children cortisol concentration was below the normal limit. **Low cortisol concentration is, therefore, present in the early stadium of development and this fact can influence the programming of glucocorticosteroids secretion as early as in the uterus.** Because of the fact that low cortisol concentration is particularly connected with the presence of PTSD in mothers, these results suggest the involvement of epigenetic mechanisms. It can also be assumed that in adulthood, these mothers' children will be more susceptible to depression or neurosis. These data also advocate that **if a mother suffers from PTSD and has a lowered cortisol level in the blood, then in her child, very early, in the foetal life,***

one can observe biological threat of PTSD. [46, 47]

Far-reaching consequences of trauma for women who survived the attack on WTC were also examined by other authors. Gertrud Berkowitz demonstrated that children of mothers who during pregnancy survived the attack have a lower birth weight in comparison to children of mothers not exposed to the attack. [48]

Detailed examination of people who experience chronic traumatic stress but do not suffer from PTSD showed that both, the exposition to stress during pregnancy as well as diminished placental activity of the enzyme which catalyses fast metabolism of maternal cortisol to neutral cortisone (11beta-hydrocorticosteroid dehydrogenase – type 2), caused the increased exposition of the foetus to glucocorticosteroids. It results in a low birth weight and in further development of the metabolic syndrome and other diseases. [49]

In mothers with the symptoms of PTSD, low cortisol concentration occurs. The activity of the placental enzyme of 11beta-hydrocorticosteroid dehydrogenase – type 2 may programme the lowering of the activity of the stress axis – hypothalamus-hypophysis-adrenal glands - in the offspring, already in the uterus. [48]

Other investigators are of the same opinion. In their research on trauma, they stated that low cortisol concentration is connected with the risk of PTSD in the offspring, since then there is an increased inhibition of negative feedback of cortisol secretion. [50]

In 2015, Professor Yehuda published epigenetic studies of people who survived the Holocaust and of their children. These people were imprisoned in the concentration camps, experienced torture or were witnesses to it. She collected DNA from these people. She also collected DNA from people who during World War II constantly had to hide away in order to survive. Jewish families who lived outside Europe during World War II constituted the control group. In all of them, she investigated cytosine methylation in FK506 gene which is connected, among others, with the regulation of stress hormones. From the research, it is known that there is a connection between the activity of FK506 gene with the increased risk of post-traumatic stress, depression and anxiety attacks. It turned out that people who survived the Holocaust had a different pattern of cytosine methylation in the selected gene – it was much higher in comparison with the control group. In children of the victims, this pattern also was not within the normal limits, but methylation in the selected gene region was lower. Between these two patterns, there was a clear correlation. During further analysis, the possibility that epigenetic changes were a result of mental trauma that the descendants experienced themselves was excluded. **Epigenetic changes in the children DNA were clearly connected with mental trauma of their parents.** In no person from the control group, nor in their children, similar epigenetic changes were observed. **The research results are evidence to epigenetic inheritance in people and suggest that serious mental trauma can have transgenerational consequences.** [51] However, it is still not clear enough, in what way a given methylation pattern, informing about a particular gene activity, can be transferred from a parent to a child. It is only known, that the fact whether this gene is active or inactive has an enormous influence on how much of the stress hormone is produced in the body and how the organism deals with stress.

Formerly, it was assumed that genetic information in the sperm cells and egg cells should not be influenced by environmental factors, as all epigenetic changes are removed from the zygote directly after conception. As it appears from the 2015 studies, some epigenetic «markers» can escape the process of «erasing» during conception, so it may lead to epigenetic reprogramming already in the beginning of the human embryonic line (embryonic line – these are the cells of the early embryonic development of the blastocyst that have the ability to differentiate into all other types of cells). At the beginning of the human embryonic line, methyl groups joined to particular parts of the DNA are removed. DNA demethylation happens in a similar fashion as a «reset» button on an electronic device works. This process was exhibited in mice and for the first time in human embryonic cells. **However, the researchers observed that some regions of the genome are resistant to epigenetic reprogramming in embryonic cells. These regions can comprise the base to transgenerational epigenetic inheritance and transmit the parents' history to the offspring.** [52]

It is still not clear, whether inherited changes in gene expression can persistently influence healthy children and whether some of these changes have a stronger and others a weaker impact. It is not known, how epigenetic changes influence the size of brain structures. The only verified issue is the fact that some structures decrease during stress (the hippocampus, the prefrontal cortex) and others enlarge (the amygdalae).

With the use of functional magnetic resonance (fMRI) it was stated that children of women who during pregnancy experienced trauma had enlarged amygdalae – the brain structures which regulate emotional reactions, are responsible for the feelings of anxiety, panic and aggression. **The stronger mother's stress was – the greater volume their children amygdalae had.** [53] Similar exploration results were observed in patients with PTSD. Increased activation in the amygdala was exhibited, in comparison with the control group, consisting of people without traumatic experiences. In addition, stimulation of the amygdalae escalates anxiety behaviour. [54, 55]

Patients with PTSD simultaneously exhibit decreased activation in the prefrontal cortex, especially in reaction to strong stressors, including battle noises. [56] This differentiated response to stress from the amygdalae and the prefrontal cortex is particularly important in patients with PTSD, as it suggests a negative correlation between these structures. The prefrontal cortex which in physiological conditions should inhibit the activity of the amygdalae does not bring the expected results then. [57] Hypertension of the amygdalae or hypofunction of the prefrontal cortex may be a part of a pathophysiological process that provokes or sustains the symptoms of PTSD and may influence the next generations.

Research on trauma inheritance in animals

In order to explain the mechanisms of inheritance of trauma and anxiety, as in all medical disciplines, first, experiments on animals are performed, so that they can be later referred to people and so that particular substances can be examined in specific regions of the body.

Research on animals most often consists in the conditioning of fear.

Fear is a concrete phenomenon, it is something we know – for example, one can be afraid of injections because earlier they have experienced pain related to them; one can be afraid of fire because earlier they got burnt. Anxiety is something different. It is a negative emotional state connected with the anticipation of danger coming from the outside or coming from the inside of the body, manifesting itself as a concern, a feeling of tension, a constraint or a threat. In contrast to fear, it is an internal process, not related to a direct threat or pain. [2]

Experiments on animals consist in correlating a neutral stimulus (e.g. light, sound or smell) with a pain stimulus (most often striking with electricity). Next, in subsequent generations, anxiety is examined in a moment when the animal is in contact only with neutral stimulus, without the pain one. In anxiety conditioning in animals, a significant role is performed by the following structures: the amygdalae and the brain basal nuclei. [58] In numerous experiments on rodents, but also in humans, it was demonstrated that social anxiety is also connected with stimulation of the amygdala. [59, 60, 61]

In 2014, Jacek Debiec and Regina Sullivan studied the inheritance of anxiety by conducting an experiment in mice that can be classified as an epigenetic one. Female mice, before fertilization, underwent an experiment consisting in atomising a neutral scent of mint that was correlated with an electric stimulus causing pain. Next, the females were fertilized and after giving birth, they were placed in one glass vessel together with their offspring. The scent of mint was again atomised in the vessel, this time with no electric stimulus. The smell was felt both, by the female rats as well as by their offspring. The control group were the female rats which were not stimulated by electricity, but only smelled the mint. Next, in order to minimize the imitation of mother's behaviour by their children, the young mice from both experimental groups were placed in one vessel where the scent of mint and the odour of the scared mother were atomized. Thus, all young mice inhaled both scents simultaneously. In mice which mothers were earlier stressed the concentration of corticosterone in the blood was significantly higher in comparison to the mice of non-stressed mothers. Apart from the increase in corticosterone level, the researchers observed defensive mechanisms in a form of escape, aggression and fears. [62]

*In the same time, Dias and Ressler wanted to know which consequences of stress occur in the subsequent, third generation. They conducted a different experiment in mice. They correlated the scent of cherry blossom (in which the active substance is the acetophenone) with anxiety. They sprayed the scent of cherry blossom in the mice cage and simultaneously they stimulated them with electricity, causing them pain. After a few trials, mice learned to react and evolved a conditioned reflex in a form of visible terror on the very scent of cherry blossom. This is not a new phenomenon as a similar process of reflex conditioning was earlier conducted by Pavlov. What was new in this experiment was the fact that when these mice had offspring it was also a subject to the olfactory trial. It occurred that the small mice, only smelling the cherry scent, with no electrical stimulation, started to act nervously. Furthermore, the same terror was experienced by their offspring in the third generation. **For the first time, Dias***

and Ressler proved that not only concrete features in a form of eye colour or nose length are inherited but also the memories, feelings and emotions. In addition, the researchers stated, in the same experiment that in the offspring of rat mothers which before fertilization were stimulated by electricity there occurs the hypertrophy of the amygdalae, similarly as in their mothers. This effect was not observed when the nerve fibres were cut and the amygdalae were deprived of their activity. Similar effects were obtained after applying the blocking agent of GABA-A receptor – muscimol which was injected through a cannula, directly to the amygdalae. Therefore, inactivation of the amygdalae protects the offspring from inheriting anxiety. [63]

*The studies were not the last ones. The researchers were curious, whether the experienced anxiety induced any changes in genes responsible for the feeling of anxiety. Moreover, they did not know what the mechanism of transferring this information was. After further research, to an enormous surprise, it appeared that pathological changes occurred in the genetic information that was contained in the semen of males. Then, it was possible to explain a number of phenomena that so far had been only hypothetical. Children of the male rats stimulated by electricity inherited anxiety of their parents and in their brains an extensive neuronal network was formed. This network was equipped with the M71 receptors which are sensitive to this, and no other, particular smell, and coded by Olfr151gene. In the following part of the experiment, to eliminate all behavioural and social influences of the parents, the analysts conducted the in vitro fertilization. To do this, they connected the oocytes of non-stimulated females with the sperm cells of stimulated males. They also performed a molecular examination of the males' semen. The results demonstrated hypo-methylation of the Olfr151gene in the sperm cells of males, but also hypo-methylation of this gene in the sperm cells of males in the next generations. **This study proved that decreased methylation of Olfr151 gene before fertilization, as a result of a negative correlation of a smell stimulant with pain, was inherited.** Next generations of mice, bred in the same way, also reacted with anxiety to the smell of cherry blossom, and in the cerebral cortex of the two subsequent generations of animals, the number of receptors M71 was increased. On the grounds of the above research, one can claim that anxiety at the smell of cherry blossom could appear in subsequent generations only as a result of epigenetic inheritance. In the next generations of mice, an increased number of M71 receptors were discovered in their brains, since in the genes responsible for smell recognition, in all three generations, the hypo-methylation occurred. Thus, memory about an event was transmitted to next generations. **The experiment on mice proves that some experiences and fears not only can be inherited, but also the experiences of parents and grandparents alter the anatomy and function of the nervous system in the next generations.** [63]*

A psychiatrist and a neurologist Eric Nestler conducted another interesting study on animals. For ten days, he exposed male mice to the attacks of another, bigger and more aggressive male. As a result of this exposition, intimidated males became withdrawn and depressed. They presented typical symptoms of uncontrolled stress, i.e. so-called 'learned helplessness'. In the next stage of the experiment, he paired off the intimidated males with normal females. He also separated their offspring from

their fathers so that they could not acquire certain behaviours through imitation. It occurred that the offspring of fathers who experienced violence, despite the fact of not having seen their fathers ever before, in the social contacts were equally withdrawn as their fathers and additionally, highly sensitive to stress.

Also, the latest research proves that parental traumatic experiences can induce neuroanatomical adaptations and connected behavioural predispositions in their offspring. As a result of parents' pathological anxiety, behavioural predispositions and anatomical changes in the brain can be inherited in a form of mental disorders, such as post-traumatic stress disorder or various phobias. [63, 64, 65, 66]

In order to prove epigenetic inheritance, another interesting investigation was performed; this time in rats. Pregnant rats were given vinclozolin – a plant protection product which, among others, destroys male reproductive organs in mammals. The descendants of these female rats were admittedly fertile, but in a much lesser extent than animals with no vinclozolin application. What was most surprising to the researchers was the fact that these defects were transmitted to male descendants up to the third generation. It happened despite the fact that the proper genetic code was intact and only the DNA methylation in the cells of the embryonic line was altered. The researchers performed an enormous work, examining gene methylation mostly in the hippocampus and the amygdalae. The effect of their work was a statement that in all three generations of males the expression of 92 genes in the hippocampus and of 276 genes in the amygdalae was altered. [67]

It was also proved that in the foetal life, the programming of the activity of genes regulating the functioning of the stress axis–hypothalamic–hypophysial–adrenal (HPA) occurs. It is responsible, among others, for the secretion of the stress hormone – cortisol. Pregnant rats were assembled in two experimental groups. In the first group, female rats were stressed before fertilization, in the second they were not. In the offspring of the stressed mothers, in the hippocampus, the methylation of cytosine in exon 17 of the gene promoter for the cortisol receptor as well as altered histone acetylation were demonstrated. Such effects were not noted in the offspring of the non-stressed mothers. These differences appeared in the new-born rats just after birth and were present in their adult life. Later, the inhibitor of histone deacetylase was injected into the hippocampus. The effect was the reversal of stress effects as well as the elimination of differences between both groups of rats' offspring. [68]

In another experimental research, it was shown that epigenetic changes in the brain are not only affected by cortisol but also by the neurotransmitters such as oxytocin, vasopressin, serotonin, dopamine and noradrenaline. Oxytocin and vasopressin are called <the hormones of cuddling> since they are released while fondling and friendly communication. It occurs that female rats which are intimidated, aggressive and do not care about their offspring secrete less vasopressin in the brain, in comparison to female rats which are caring mothers. Moreover, lack of vasopressin in the brains of not caring rat mothers is a reason for the fact that female rats in the next generations, in the future, become mothers which neglect their offspring and also are intimidated and aggressive. Researchers claim that too low concentration of this neurotransmitter in the brain may also be one of the reasons for postpartum depression in humans. [69]

In animal models of post-traumatic stress, it was stated that epigenetic changes take part and have a crucial role in the long-lasting memory of anxiety. An important role is here attributed to brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and its receptors of tyrosine kinase B – TrkB. In the experiment consisting in anxiety conditioning in rats, the level of histone acetylation in the promoter of BDNF gene was investigated. In rats that survived chronic stress, an increase of mRNA BDNF as well as an increase of protein BDNF concentration in the hippocampus, were demonstrated. These changes were accompanied by an increase in the acetylation of histones H3 and H4 in the promoter of the gene for BDNF. Furthermore, the concentration of TrkB protein in the hippocampus of the stressed rats was significantly higher than in the non-stressed rats. Since all the above changes took place in the hippocampus, i.e. in a brain structure, in which the consolidation of memory occurs, i.e. the transformation of short-term memory into the long-term memory, it can be assumed at least partially that the increase of BDNF concentration at least partially influences the long-term memory about anxiety in patients with PTSD. [70]

In turn, in a situation of stress but with no PTSD symptoms, brain-derived neurotrophic factor – BDNF acts differently. Professor David Sweatt, together with his team, conducted such research in rats. He showed that in small rats kept barely for a week in stressful conditions there occur epigenetic changes that deactivate the gene regulating the level of the protein responsible for memory and emotional balance – BDNF. The author notices that a significant insufficiency of BDNF often occurs also in people suffering from schizophrenia and bipolar affective disorder. [71]

During stress (with no PTSD symptoms) the increased concentration of glucocorticosteroids inhibits the secretion of BDNF that is responsible for, among others, the formation and plasticity of neurons. Administering antidepressant drugs increases the BDNF concentration that stimulates neurogenesis and restores proper hippocampus size after a period of minimum four weeks, as this is the time required for the formation of new neurons. [72]

The hippocampus is only one part of the brain in which epigenetic changes connected with memorizing the trauma occur. It was also proved that experiences from the foetal life can fall into emotional memory for many years, sometimes for the whole life and be the reason of incomprehensible fears. [73]

The mechanisms of anxiety inheritance were also examined by a Professor of Neuroepigenetics Isabelle Mansuy, together with her team. She exposed male mice to stress and additionally, restricted their contact with their mother for the first two weeks after birth. The mice became restless, intimidated and helpless. However, it occurred that two next generations of their descendants exhibited the same behaviours, despite the fact that they grew up in normal conditions, without stress and under the care of their mothers. By examining epigenetic changes, she proved that genes were subject to methylation not only in fathers' semen but also in the cells of embryonic lines and in the neurons of the central nervous system in children. [74]

In another experiment, it was displayed that when female rats are exposed to the long action of stress, their offspring exhibit atypical behaviour and disturbed mood. The differences turned out to be correlated with the level of DNA methylation in the

hippocampus and in the prefrontal lobe, which suggests that prolonged father's stress may cause epigenetic changes resulting in an altered behaviour of the offspring. [75]

A number of experimental studies prove that epigenetic patterns in the genome are a result of not only maternal but also paternal and environmental influences mutually affecting one another.

Until now, very often in medical and psychological textbooks, the attention was paid only to the influence of mother to her offspring. Because of the later discoveries from the field of epigenetics, it is known that these opinions must be completely revised. It is clearly visible that detrimental environmental factors, stress, aggression, anxiety, traumatic experiences, toxins, drugs, diet, etc. affecting both, the future mother and the future father, will leave an imprint on the next generations.

The only positive piece of information on the topic of molecular-biological processes is the fact that they are reversible. If the neglected, intimidated and aggressive rats are given such chemical substances that alter both, the structure of histones as well as the pattern of methylation and thereby the epigenetic code of the nervous cells – the rodents begin behaving normally. One may hope that understanding of the neuronal and molecular mechanisms controlling the transgenerational transmission of anxiety may lead to developing better methods of preventing and treating many disorders also in humans.

Transgenerational transmission in humans

Studies reveal that a similar type of inheritance of memory of the events that occurs in animals also occurs in humans.

Epidemiological research carried out on a large scale showed that diet and nutritional status of fathers and grandfathers may have a transgenerational influence on their sons and grandsons through epigenetic changes. It was found that the slow growth period (SGP) before the pre-pubertal peak (8–12 years) is a sensitive period in which differentiated food availability causes various transgenerational transmissions. The data indicate that easier availability of food for grandfathers at the time they were 8–12 years old is related to the risk of diabetes and cardiovascular diseases in their grandsons. No similar effects were observed in granddaughters. [76, 77] Other studies revealed that exposure of future fathers to different toxins, chemicals or drugs that disturb the hormonal balance is associated with altered behaviour development of their children, even when other potentially interfering lifestyle variables are taken into account. For example, cigarette smoking by future fathers is connected to an increased body mass index of their children, while alcohol intake by future fathers is related to a decreased birth weight of their offspring. [77, 78, 79]

In 2016, there was an article published in which the term intergenerational transmission was introduced, based on the conclusions of many previous scientific works. According to this concept, biological changes resulting from parents being exposed to stress affect the offspring directly, through changes in the gametes and in the environment of a pregnant uterus. [80] It was observed that the beginning of intergenerational transmission takes place during the intrauterine life. Mothers under-

going traumatic events secrete then large amounts of stress hormones, which affects the development of the placenta and the foetus. The study was carried out in a socially and demographically diverse group of 295 pregnant women. Traumatic experiences of mothers from the period of their childhood were examined through questionnaires. Then, the concentration of corticotrophin-releasing hormone (CRH) in the blood and placentas of mothers at several stages of their pregnancies was studied. The results show that the more CRH a mother secretes, the more CRH is produced by the placenta. In mothers traumatized as children the concentration of CRH in placentas at the end of pregnancies was increased by 25% compared with the control group consisting of mothers without traumatic experiences. Moreover, the trajectory of the placental CRH was doubled in the 19th week of gestation, compared with the control group. This discovery is the first report linking the exposure of mothers to trauma with the physiology of the placenta and the foetus and identifying a potentially new pathway of biological intergenerational transmission that may be in operation as early as during the intrauterine life. [81] It is believed that the inheritance of effects of parents' trauma by children takes place also via programming of glucocorticosteroid signalling. [82] It was shown that individuals experiencing chronic anxiety in response to stressful experiences and to the increase of glucocorticosteroids secretion exhibit thinner cortex in the central prefrontal area, atrophy of neurons in the hippocampus and growth of dendrites causing a subsequent growth of the amygdalae. These changes are mainly caused by the increased concentration of cortisol. More and more studies demonstrate that these disorders are inherited. [83, 84, 85, 86]

Until recently, scientists thought that the appearance and operation of the entire body depend mainly on the sequence of letters in the DNA code. Today, it is known that the fact whether a given gene is active is also significant, i.e. it depends on the so-called gene expression. In epidemiological studies, a meta-analysis of articles published in MEDLINE database, related chiefly to twins diagnosed with depression, was conducted. It confirmed that individual variability in susceptibility to depression results from complex interactions between genetic and environmental factors. [87]

In other studies of monozygotic twins, it was noted that during exposure of the twins to violent events, such as assault, rape or attack, PTSD symptoms closely associated with epigenetic modifications occur. These mechanisms are also involved in the pathogenesis of other psychiatric disorders such as depression. In 84 pairs of monozygotic twins the serotonin transporter gene (SLC6A4), the key gene studied in depression, was examined. The study revealed that **the variability of the methylation level of the promoter region of the serotonin transporter gene is related to different depressive symptoms between the twins.** The authors believe that these findings may provide an opportunity for the development of new methods for the prevention and treatment of depression as epigenetic processes are potentially reversible. [88]

Research conducted on intergenerational transmission demonstrates that in people who experienced traumatic events in concentration camps, a different manner of stress hormones release was found than in people without such experiences. The different profile of glucocorticosteroids secretion, in the form of reduced cortisol concentration, on the one hand, predisposes them in the future to many anxiety disorders,

on the other hand, lower levels of cortisol help them more easily return to normal after subsequent injuries. These of the survivors who suffered from PTSD have an even lower concentration of cortisol than those who survived but did not suffer from PTSD. In addition, people who survived the Holocaust also have low levels of an enzyme decomposing cortisol. According to Rachel Yehuda, the sense of such adaptation is as follows: the reduction in the enzyme activity leads to an increase of free cortisol in the body, allowing for an increase of glucose stocks in the liver, in the case of prolonged hunger and other threats. The research also shows that the younger a person experiencing the trauma was – the lower was the enzyme concentration in their body in adulthood. These studies prove that effects of traumatic experiences from childhood and adolescence may be permanent and affect the whole life of an individual, and even be passed on from generation to generation. [45]

Among the offspring of Holocaust survivors, mothers suffering from PTSD were the cause of an increased risk of PTSD developing in their children, and fathers suffering from PTSD were the cause of a greater risk of their children suffering from depressive disorders. [89] Such a difference in parents' impact on trauma inheritance was the reason for expanding the studies after several years by epigenetic studies. In parents who survived the Holocaust and in their children the glucocorticosteroid receptors sensitivity and susceptibility to psychiatric disorders were examined. Detailed analyses pertained to the impact of parents' trauma on the DNA methylation of the promoter in exon 1F of the glucocorticosteroid receptor (GR-1F) of NR3C1 gene in peripheral blood cells and its effects on the sensitivity of the glucocorticosteroid receptor in the next generation. The results of the studies surprised the researchers. It appeared that when a mother did not and only the father did suffer from PTSD, their offspring was found with a larger methylation of GR-1F gene promoter than in the case where both parents suffered from PTSD. **This is the first study that demonstrated a change in methylation of the promoter of GR-1F receptor in the cells of the next generation of children whose fathers suffered from PTSD.** The fact that in cases where mothers also suffered from PTSD the methylation was lower shows an inhibitory effect on methylation in offspring inheriting PTSD from both parents. The above suggests the existence of different mechanisms of trauma-associated inheritance that are not yet understood. [90]

Regarding the offspring of trauma survivors, there were also other very interesting data published. It appears that in these children the levels of the enzyme decomposing cortisol are indeed reduced, but unlike in their parents, the concentration is slightly higher. Thus, adaptation to new conditions probably takes place already in the foetal life. This enzyme is normally present in large quantities in the placenta and serves a protective role for the foetus against an elevated concentration of cortisol in the maternal blood. If a mother experiences trauma during her pregnancy and there is a low concentration of this enzyme in the placenta, then a greater amount of cortisol is transported into the foetus and the foetus subsequently begins its own production of the enzyme at a higher level, in order to save itself. In this case, however, epigenetic changes serve to prepare the foetus to the conditions in which its parents lived, which is not beneficial from a biological point of view. **Low cortisol concentration and high**

levels of the enzyme decomposing it cause the descendants of parents who experienced trauma to be more prone to develop PTSD. In addition, they are more at risk of suffering from obesity, hypertension and insulin resistance. [45, 91]

Epigenetic changes also take place in the hippocampus, so in a place responsible for many mental disorders. The hippocampus of people abused in childhood was examined by having their brains investigated posthumously. It was showed that in people who were abused during childhood, later in the adulthood, it was possible to observe methylation in exon 1F of the gene promoter for the glucocorticosteroid receptor (NR3C1) in the hippocampus. [92]

Despite the fact that most of the studies on transgenerational transmission of trauma effects emphasize maternal influence, the influence of a father is also of certain significance. A Finnish Doctor of Psychology Eija Palosaari examined the consequences of war-time trauma among Palestinian families (240 children and their parents). The parents were asked about the number and kind of traumatic experiences in a time when they did not have children, and again when their children were 10-12 years old. The children also reported about their war-time traumas, depression, aggression, symptoms of post-traumatic stress and the experience of mental abuse. Research results confirmed the earlier hypothesis, proposed by Doctor Palosaari, that **trauma experienced in the past by a father was connected with his negative attitude towards his child, lack of emotional bond and even with mental ill-treatment.** Contrary to the father, trauma experienced by a mother does not influence the formation of depressive symptoms or aggression in a child so severely. Mental abuse was also significantly less frequently reported in this case. The author of this research emphasises that **fathers who experienced traumatic events in the past may pose a threat to their children in a form of mental abuse.** [93]

Currently, it is well documented that stressful events such as abuse, injuries, life-threatening situations, participation in battles, etc. generate epigenetic modifications and are also connected with the susceptibility to mental disorders. [94, 95]

Thorsten Klengel from the Harvard Medical School, in his newest paper from 2016 assumes that **probably the risk factors of mental disorders may be transmitted to next generations through epigenetic mechanisms, thus contributing to the onset of mental disorders.** He claims that research conducted in this area may allow for the creation of new methods of prophylaxis as well as therapies for mental disorders. [96]

A similar view is shared by other scientists who claim that mental disorders occur as a result of epigenetic modifications in specific regions of the brain. Basing on a number of studies in animals and on the posthumous examination of ill patients' brains they concluded that traces of epigenetic changes are visible in such diseases as: depression, schizophrenia and bipolar affective disorder. It again indicates that the scientific perception of both, the etiology and the treatment of these disorders may be altered. [97]

Epigenetic changes also concern the neurotransmitters in the brain; those that play an inhibitory role and have a proved contribution to the etiopathogenesis of various mental disorders. One of the most prevalent inhibiting neurotransmitters in

the brain is gamma-aminobutyric acid (GABA). The results of conducted research with the use of the analysis of single nucleotide polymorphism (SNP) suggest that incidence of depressive disorders, general anxiety disorder, agoraphobia, social anxiety disorder, panic disorder and schizophrenia may be related to abnormalities of GABA neurotransmission. Mutation of the gene of glutamate decarboxylase (GAD1) occurs in the process of epigenetic mutations, in a form of DNA and histone methylation. Doctor Wysokiński and Professor Gruszczyński claim that there is no doubt that these phenomena constitute only a tiny part of the broad spectrum of the etiopathogenetic process of these disorders. [98, 99]

In the best laboratories in the world, scientists constantly look for the possibility of increasing their knowledge in the topic of epigenetics' role in maintaining persistent memories in people with trauma, for instance suffering from PTSD. It is known that after traumatic events there occurs increased activation of the amygdala as well as changes in the prefrontal cortex. In the amygdala, there is the centre of memory that plays a crucial role in many mental disorders. [100] Other authors emphasize the role of subsequent structures in memorizing the anxiety. These are: the hippocampus and anterior cingulate cortex that according to Paul Frankland play a crucial role in memory in relation to the contextual conditioning of fear. [101] In the research on rats that underwent fear conditioning it was stated that distant memory of fear is caused by increased DNA methylation in the hippocampus.

Pharmacological inhibition of methylation for a period of one month caused serious interference in distant memory. [102]

Recently, new knowledge on the topic of cerebral cortex has been obtained. It appears that this region, believed by most scientists to be a place where higher cognitive functions take place, also fulfils an important role in the emotional learning process. The understanding of mechanisms through which the prefrontal cortex, amygdalae, hippocampus, anterior cingulate cortex and other structures store painful memories for several months or even years has a significant clinical relevance. By using adequate tools and animal models to examine anxiety disorders one may be able to have a critical insight into the evaluation of biomarkers of pathological memory impairment and because of it create new methods of treatment.

Treatment of transgenerational trauma

From the studies conducted in the last ten years, it appeared that every traumatic experience leaves a 'trace' in the brain that is very difficult to erase. Painful memories of war, childhood abuse, moral abuse, mobbing or other traumatic experiences are recorded in a form of chemical interference in the DNA and the histones. It causes that the treatment of anxiety disorders is particularly challenging, which is best experienced by psychiatrists who treat patients with the symptoms of PTSD.

Additionally, it is known that epigenetic changes progress with time causing the painful memories to 'become rooted'. The older they are the more difficult they are to erase.

Traumatic experiences are a cause of overexpression of histone deacetylase (HDAC), which causes deficits in learning of contextual fear, disorders not only in

the synaptic plasticity but also in the structure of synapses and long-term memory. [103, 104]

This discovery caused the formation of new, promising drugs that are the inhibitors of HDAC.

HDAC inhibitors promote histone acetylation and change the synaptic architecture of dendrites, which allows for the recreation of memory. They improve the neuronal plasticity, cognitive functions and contribute to an increase of the synapses number. Brain plasticity increases then and the organ becomes more susceptible to creating new, stronger memories that obscure the old traumatic ones. [105, 106]

HDAC inhibitors were of particular interest to oncologists. Since it appeared that they also have anti-carcinogenic properties, both, in vitro and in vivo, and simultaneously exhibit low toxicity. Oncologists claim that they can be used as a new generation of cytostatic drugs. [107, 108]

In the recent years, hundreds of clinical trials have been undertaken that used these compounds in monotherapy or in correlation with other drugs in patients with various haematological neoplasms as well as with solid tumours. Already, more than 15 HDAC inhibitors can be found on the list of potential medicines. [109, 110] The HDAC inhibitors used in the treatment of neoplasms may potentially form a new group of drugs that can also be administered to patients with anxiety disorders and post-traumatic stress disorder.

At this stage, one may encounter experiments in animals that give hope for creating a completely new treatment strategy for many disorders in humans in the future.

Let's go back for a moment to the research on animals.

To provoke post-traumatic stress disorder in mice, the analysts made the rodents associate a loud acoustic signal with an electric shock. After a while, the rats froze every time they only heard the sound even if it was not accompanied by the painful stimulus. At this stage of the conditional reflex, the animals were divided into two groups. The next day after the reflex conditioning, the first group was exposed to the sound in a friendly environment, because of which the rodent stopped associating the sound with pain. In the second group, this therapy was introduced after a month from the moment of creation of the conditional reflex. After such a period, using the sound signal in a friendly environment did not bring any beneficial results. The memories managed to 'become rooted', as the epigenetic changes had already appeared. However, when the mice from the second group were given the inhibitors of histone deacetylase (HDAC) before the process of quenching, they quicker stopped reacting negatively to the signal associated with pain. The scrutiny proposes that if the treatment with HDAC inhibitors is introduced very early after the trauma, before the epigenetic changes appear, then there is a chance for faster struggling with anxiety. [111]

In another research on animals, where the experimental model of PTSD was used, it was proved that the treatment with HDAC inhibitor – vorinostat, alleviates the anxiety symptoms in PTSD as it increases histone acetylation and through this leads to quenching of the old memories. [112]

The newest publications advocate that HDAC inhibitors have already been used in preclinical trials of people in the treatment of anxiety and disorders connected with

anxiety such as: phobias, panic and PTSD. The evidence from preclinical studies suggests that changes in histone acetylation by for example vorinostat (suberani-lohydroxamic acid – SAHA), entinostat (synthetic benzamide), trichostatin A and others cause the extinction of anxiety and protect from the recurrence of anxiety attacks. [113]

There is a clear need for developing new strategies of treatment of the effects of traumatic events such as, among others, long-term fears and automatic, pathological recurrence to painful memories as well as creating a specific form of long-term memory.

However, there is a need for further studies, if only to define the specific participation of particular isoenzymes HDAC or their combination. An additional important aim is gaining broader knowledge on the topic of pharmacokinetic parameters and penetration of HDAC inhibitors through the brain-blood barrier. With this information, it may be also possible to rationally exclude the non-specific action of HDAC isoforms and thus, reduce the potential negative side effects. [114]

Beneficial transgenerational aspects of trauma

A traumatic event experienced in the past can also paradoxically trigger positive changes. Some features favour coping with trauma: extraversion, positive relationships in the family and in a circle of friends, self-confidence, confidence in one's abilities to cope with stress, resistance to unexpected and undesirable situations. From our own experience or from the experience of people we know we can conclude that traumatic experiences may enhance self-esteem and accelerate emotional maturity. They can cause that an individual is not afraid of various challenges as they claim that if they coped with an extreme situation they have enough strength to cope with other challenges as well. In exceptional cases, trauma may strengthen and intensify the relationships with relatives and with the surrounding environment. Sometimes it causes a change in the hierarchy of values, in life philosophy; it opens people up to other people's problems, encourages to undertaking social initiatives and helping others, those more in need.

In some people, trauma may contribute to personal development, a phenomenon called the *post-traumatic growth*. Then, such a person undergoes a kind of transformation and gains access to a higher than before the trauma level of functioning. It is manifested among others in a better sense of well-being or in greater life awareness. Such individuals notice their increased abilities to cope with and survive in extreme conditions; they notice new possibilities in life and set their sights on doing something new. According to Professor Nina Ogińska – Bulik, post-traumatic growth may lead to the sense of a more fulfilled life, which is not equal to the feeling of happiness or carefreeness. Post-traumatic growth does not mean either that traumatic experiences are something that should be desired or necessary for the development or making changes. Admittedly, it is a rather frequent phenomenon; its appearance is estimated at the level of 30–90%. However, it does not mean that every person who survives trauma will experience development. Neither is this development a necessary

condition for full recovery after a traumatic event. It should also be acknowledged that it is not the trauma itself that causes the development. These are the remedial strategies undertaken by an individual as a result of trauma as well as their positive effect. [115,116]

According to the theory of R.G. Tedeschi and L.G. Calhoun, post-traumatic growth is manifested in positive psychological changes experienced as a result of effective coping with the traumatic event, which enables the development on even a higher level than the one from the period preceding the experience. [117]

Post-traumatic growth is also an aim of prospective studies in successive generations of people whose parents or grandparents experienced the trauma. In Israel, adult children of the Holocaust survivors were examined. Among them, there were men, veterans of the Yom Kippur War from 1973 who were examined twice: 30 and 35 years after the Yom Kippur War (in 2003 and in 2008). A hypothesis was formulated that people from the second generation of parents who survived the Holocaust will more often suffer from PTSD than people from the control group. Contrary to expectations it occurred that in the second generation of veterans a lower number of people suffering from PTSD was found, in comparison with the control group. The authors of the research claim that transmitting of the trauma from one generation to another is not always connected with the incidences of PTSD in further generations. Sometimes, in the next generations, the post-traumatic growth is also observed. [118]

Conclusion

It is commonly believed that people inherit genes from their ancestors and that they determine our appearance, behaviour, temperament, etc. This is true; however, people also have an influence on activating or quenching gene expression.

Through our lifestyle and through our emotions we can provoke beneficial or adverse changes. Bad eating habits can destroy us but good habits can rebuild us. Stress that cannot be coped with may be the reason for numerous diseases and suffering, but effective coping with stress can protect us from a number of its negative consequences. Physical activity or the lack of it generates different reactions in the body. In all the enumerated examples of behaviour, genes are either activated or deactivated.

However, can a human who survived a deep trauma in childhood or at a later age pass it onto their children and grandchildren so that the next generations will *have to* suffer, despite their efforts to lead a healthy lifestyle? The answer to this question can be provided by epigenetic research concerning transgenerational effects of trauma.

Today, it is already known that epigenetic changes in the genome cause transgenerational transmission and biological changes resulting from the exposure of parents to stress. Parents' trauma directly influences the offspring through changes in the gametes (male and female) as well as through changes in the environment of a pregnant uterus and in the central nervous system. Traumatic experiences and other environmental factors may influence both, the future father as well as the future mother even before the conception of a new individual. Then, one inherits the memory of anxiety,

mental disorders and susceptibility to various physical diseases. It also should be noted that both, the addictions to a particular substance as well as behavioural addictions (pathological gambling, workaholism, shopaholism, addiction to computer, sex, physical exercises, mobile phone) may cause changes in the expression of various genes and what is worse, these changes may be transmitted to the offspring, giving them predispositions to the occurrence of similar disorders.

It should also be remembered that traumatic experiences, as a consequence, may cause post-traumatic growth that leads to functioning on a higher level than before the trauma. Positive information that can be obtained from the researchers all over the world is the assertion that in subsequent generations one can also expect these beneficial transformations.

However, in my opinion, the results of epigenetic research explaining trauma inheritance are only the tip of the iceberg in comparison to all information on the topic. It is possible that in the future, the research of interdisciplinary teams, in which I think physicists will have a leading role, will lead to more extensive knowledge and much more important and useful conclusions.

References

- 1 Locke J. *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*, ks. II, rozdz. I, §2, Warszawa: PWN, 1955.
- 2 Joško – Ochojska J. *Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej na losy jej dziecka*. W: *Lęk – nieodłączny towarzysz człowieka od początku aż do śmierci*. Red. Joško – Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2013.
- 3 Graves R. *Mity greckie*. Warszawa. Państwowy Instytut Wydawniczy. 1974.
- 4 Zawadzki B., Strelau J. *Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu*. Nauka. 2008. 2: 47–55.
- 5 *American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition*. Text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association. Washington. 2000.
- 6 Joško – Ochojska J. *Neurofizjologia empatii – o tym, jak człowiek kształtuje człowieka*. W: *Zrozumieć drugiego człowieka. Empatia w medycynie i komunikacji społecznej*. Red. Joško – Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2015.
- 7 Joško – Ochojska J. *Kat w domu, czyli o molestowaniu moralnym w rodzinie*. W: *W przestrzeni stresu i lęku. Stres nasz codzienny*. Red. Joško-Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2014.
- 8 Miller A. *Zniwoloné dzieciństwo*. Media Rodzina. Poznań. 1980.
- 9 Pembrey M.E. *Time to take epigenetic inheritance seriously*. European Journal of Human Genetics. 2002. 10. 669–671.
- 10 Bauer J. *Das Gedachtnis des Korpers*. Piper. Monachium. 2004.
- 11 Carey N. *The Epigenetics Revolution: How Modern Biology is Rewriting Our Understanding of Genetics, Disease and Inheritance*. Columbia University Press. 2012. 352.
- 12 Sullivan S.E., Vaissière T., Miller C.A. *Neuroepigenetic Regulation of Pathogenic Memories Neuroepigenetics*. 2015. 1. 1. 28–33.

- 13 Sweatt J.D. *The Emerging Field of Neuroepigenetics*. Neuron. 2013 30. 80(3): 10.1016/j.neuron.2013.10.023.
- 14 Bartel D.P. *MicroRNAs: genomics, biogenesis, mechanism, and function*. „Cell”. 2004. 116. 2. 281–297.
- 15 Yiew K.H., Chatterjee T.K., Hui D.Y., Weintraub N.L. *Histone Deacetylases and Cardio-metabolic Diseases*. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2015. 35. 9:1914–9.
- 16 Brasacchio D., Okabe J., Tikellis C., Balcerzyk A., George P., Baker E.K., Calkin A.C., Brownlee M., Cooper M.E., El-Osta A. *Hyperglycemia induces a dynamic cooperativity of histone methylase and demethylase enzymes associated with gene-activating epigenetic marks that coexist at the lysine tail*. Diabetes 2009. 58: 1229–1236
- 17 Engerman R.L., Kern T.S. *Progression of incipient retinopathy during good glycemic control*. Diabetes 1987. 36: 808–812.
- 18 Dembińska-Kieć A. *Pamięć metaboliczna - epigenetyczne modyfikacje materiału jądrowego jako przyczyna powikłań cukrzycy*. Diagnostyka laboratoryjna. Journal of Laboratory Diagnostics. 2011. 47. 3. 263–268.
- 19 Ceriello A., Ihnat M.A., Thrope J.E. *Clinical review 2: The metabolic memory is more than just tight glucose control necessary to prevent diabetic complications?* J Clin Endocrin 2009. 94: 410–415.
- 20 Ling C., Groop L. *Epigenetics: a molecular link between environmental factors and type 2 diabetes*. Diabetes. 2009. 58: 2718–2725.
- 21 Haberland M., Montgomer T.L., Olson E.N. *The many roles of histone deacetylases in development of physiology: implications for disease and therapy*. Nat Rev Genet 2009. 10: 32–34.
- 22 Guarente L. *Sirtuins as the potential target for metabolic syndrome*. Nature. 2006. 444: 868–874.
- 23 Egger G., Liang G., Aparicio A., Jones P.A. *Epigenetics in human disease and prospects for epigenetic therapy*. 2004. Nature. 429:457–463.
- 24 Rouhi A., Mager D.L., Humphries R.K., Kuchenbauer F.: *MiRNAs, epigenetics, and cancer*. Mamm. Genome, 2008; 19: 517–525.
- 25 Zhang L., Volinia S., Bonome T., Calin G.A., Greshock J., Yang N., Liu C.G., Giannakakis A., Alexiou P., Hasegawa K., Johnstone C.N., Megraw M.S., Adams S., Lassus H., Huang J., Kaur S., Liang S., Sethupathy P., Leminen A., Simossis V.A., Sandaltzopoulos R., Naomoto Y., Katsaros D., Gimotty P.A., DeMichele A., Huang Q., Bützow R., Rustgi A.K., Weber B.L., Birrer M.J., Hatzigeorgiou A.G., Croce C.M., Coukos G.: *Genomic and epigenetic alterations deregulate microRNA expression in human epithelial ovarian cancer*. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 2008; 105: 7004–7009.
- 26 Lynam-Lennon N., Maher S.G., Reynolds J.V.: *The roles of microRNA in cancer and apoptosis*. Biol. Rev. Camb. Philos. Soc., 2009; 84: 55–71.
- 27 Yamaguchi K., Matsumura N., Mandai M., Baba T., Konishi I., Murphy S.K. *Epigenetic and genetic dispositions of ovarian carcinomas*. Oncoscience. 2014. 22. 1. 9:574–9.
- 28 Mukherjee K., Twyman R.M., Vilcinskis A. *Insects as models to study the epigenetic basis of disease*. Prog Biophys Mol Biol. 2015. 118. 1–2:69–78.
- 29 Flis S., Flis K., Splawiński J. *Modyfikacje epigenetyczne a nowotwory*. Nowotwory Journal of Oncology. 2007. 57. 4. 427–434.
- 30 Mukesh V, Sudhir S. *Epigenetics in cancer: Implications for early detection and preven-*

- tion. *Lancet Oncol.* 2002. 3: 755–63.
- 31 Skinner MK. *Endocrine disruptor induction of epigenetic transgenerational inheritance of disease.* *Mol Cell Endocrinol.* 2014;398(1–2):4–12.
 - 32 Skinner MK, Manikkam M, Tracey R, Guerrero-Bosagna C, Haque M, Nilsson EE. *Ancestral dichlorodiphenyltrichloroethane (DDT) exposure promotes epigenetic transgenerational inheritance of obesity.* *BMC Med.* 2013;11(1): 228.
 - 33 Manikkam M, Haque MM, Guerrero-Bosagna C, Nilsson EE, Skinner MK. *Pesticide methoxychlor promotes the epigenetic transgenerational inheritance of adult-onset disease through the female germline.* *PLoS One.* 2014;9(7): e102091.
 - 34 Manikkam M, Tracey R, Guerrero-Bosagna C, Skinner MK. *Plastics derived endocrine disruptors (BPA, DEHP and DBP) induce epigenetic transgenerational inheritance of obesity, reproductive disease and sperm epimutations.* *PLoS One.* 2013;8(1): e55387.
 - 35 Stel J., Legler J. *The Role of Epigenetics in the Latent Effects of Early Life Exposure to Obesogenic Endocrine Disrupting Chemicals.* *Endocrinology.* 2015 Oct;156(10):3466–72.
 - 36 Bomba J. *Trauma i stres – znaczenie dla medycyny.* *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej.* 2002. Tom 2, nr 4. 225–227.
 - 37 Kępiński A. *Tzw. KZ Syndrom. Próba syntezy.* *Przegl. Lek.* 1970. 26 (1): 18–23.
 - 38 Orwid M. *Psychospołeczna perspektywa Holocaustu.* *Dialog.* 2002. 11: 28–32.
 - 39 Yehuda R., Schneider J., Giller E.L., Siever L.J., BinderBrynes K. *Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adults offspring.* *Am. J. Psychiatry* 1998. 155: 841–3.
 - 40 Yehuda R., Schmeidler J., Wainberg M., Binder-Brynes K., Duvdevanti T. *Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors.* *Am. J. Psychiatry* 1998. 155: 1163–1171.
 - 41 Yehuda R. *Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder.* *Can J Psychiatry* 1999. 44. 1: 34–9.
 - 42 Mason J.W., Giller E.L., Kosten T.R., Ostroff R.B., Podd L. *Urinary free-cortisol levels in posttraumatic stress disorder patients.* *J. Nerv. Ment. Dis.* 1986. 174. 145–149.
 - 43 Bremner J.D., Vermetten E., Kelley M.E. *Cortisol, dehydroepiandrosterone (DHEA), and estradiol measured over 24 hours in women with childhood sexual abuse-related post-traumatic stress disorder (PTSD).* *J Nerv Ment Dis.* 2007. 195 (11). 919–927.
 - 44 Young E.A., Abelson J., Lightman S.L. *Cortisol pulsatility and its role in stress regulation and health.* *Front Neuroendocrinol.* 2004. 25. 2:69–76.
 - 45 Yehuda R, Bierer L.M. *Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk.* *Prog Brain Res* 2008. 167: 121–135.
 - 46 Yehuda R., Engel S.M., Brand S.R., Seckl J., Marcus S.M., Berkowitz G.S. *Transgenerational effects of PTSD in babies of mothers exposed the WTC attacks during pregnancy.* *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2005. 90. 4115–4118.
 - 47 Yehuda R. *Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder.* *Psychiatr Clin North Am* 2002. 25:341–368.
 - 48 Berkowitz G.S., Wolff M.S., Janevic T.M., Holzman I.R., Yehuda R., Landrigan P.J. 2003. *The World Trade Center disaster and intrauterine growth restriction.* *JAMA* 290:595–596.
 - 49 Reynolds R.M., Walker B.R., Syddall H.E., Andrew R., Wood P.J., Whorwood C.B., Phillips D.I. *Altered control of cortisol secretion in adult men with low birth weight and*

- cardiovascular risk factors.* *J Clin Endocrinol Metab* 2001. 86:245–250.
- 50 Yehuda R., LeDoux J. *Response Variation following Trauma: A Translational Neuroscience Approach to Understanding PTSD.* *Neuron.* 2007. 56, 1,4. 19–32.
 - 51 Yehuda R., Daskalakis N.P., Bierer L.M., Bader H.N., Klengel T., Holsboer F., Binder E.B. *Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation.* *Biological Psychiatry.* 2015. Article in Press.
 - 52 Tang A.W.C., Dietmann S., Irie N., Leitch H.G., Floros V.I., Bradshaw C.R., Hackett J.A., Chinnery F.P., Suran M.A. *A Unique Gene Regulatory Network Resets the Human Germline Epigenome for Development.* *Cell.* 2015. 161. 6. 1453–1467.
 - 53 Lupien S.J., Parent S., Evans A.C., Tremblay R.E., Zelazo P.D., Corbo V., Pruessner J.C., Seguin J.R. *Larger amygdala but no change in hippocampal volume in 10-year-old children exposed to maternal depressive symptomatology since birth.* *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America,* 2011; 108: 14324–14329.
 - 54 Rauch S.L., Shin L.M., Phelps E.A. *Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future.* *Biol. Psychiatry,* 60 (2006). 376–382.
 - 55 Bremner J.D. *Functional neuroimaging in post-traumatic stress disorder.* *Expert Rev. Neurother.,* 7 (2007). 393–405.
 - 56 Shin L.M., McNally R.J., Kosslyn S.M., Thompson W.L., Rauch S.L., Alpert N.M., Metzger L.J., Lasko N.B., Orr S.P., Pitman R.K. *Regional cerebral blood flow during script-driven imagery in childhood sexual abuse-related PTSD: A PET investigation.* *Am. J. Psychiatry,* 156 (1999). 575–584.
 - 57 Shin L.M., Wright C.I., Cannistraro P.A., Wedig M.m., McMullin K., Martis B., Macklin M.L., Lasko N.B., Cavanagh S.R., Krangel T.S. *A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder.* *Arch. Gen. Psychiatry,* 62 (2005). 273–281.
 - 58 Debiec J., Díaz-Mataix L., Bush D.E., Doyère V., LeDoux J.E. *The amygdala encodes specific sensory features of an aversive reinforcer.* *Nat Neurosci.* 2010. 13(5):536–7.
 - 59 Olsson A., Phelps E.A. *Social learning of fear.* *Nat Neurosci.* 2007. 10. 9:1095–1102.
 - 60 Jeon D., Jeon D., Kim S., Chetana M., Jo D., Ruley F.E., Lin S-Y., Rabah D., Kinet J-P., Shin H-S. *Observational fear learning involves affective pain system and Cav1.2 Ca²⁺ channels in ACC.* *Nat Neurosci.* 2010. 13. 4:482–488.
 - 61 Kim E.J., Kim E.S., Covey E., Kim J.J. *Social transmission of fear in rats: The role of 22-kHz ultrasonic distress vocalization.* *PLoS ONE.* 2010. 5. 12: e15077.
 - 62 Debiec J., Sullivan R.M. *Intergenerational transmission of emotional trauma through amygdala-dependent mother-to-infant transfer of specific fear.* *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2014. 19. 111. 33:12222–7.
 - 63 Dias B.G, Ressler KJ. *Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations.* *Nature Neuroscience* 2014. 17. 89–96.
 - 64 Bosquet Enlow M., Kitts R.L., Blood E. *Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation.* *Infant Behav Dev.* 2011. 34. 4:487–503.
 - 65 Roberts A.L., Galea S., Bryn Austin S., Cerda M., Wright R.J., Rich-Edwards J.W., Koenen K. *Posttraumatic stress disorder across two generations: Concordance and mechanisms in a population-based sample.* *Biol Psychiatry.* 2012. 72. 6:505–511.

- 66 Murray L., de Rosnay M., Pearson J., Bergeron C., Schofield E., Royal-Lawson M. Cooper P.J. *Intergenerational transmission of social anxiety: The role of social referencing processes in infancy*. *Child Dev.* 2008. 79. 4:1049–1064.
- 67 Skinner M.K., Anway M.D., Savenkova M.I., Gore A.C., Crews D. *Transgenerational epigenetic programming of the brain transcriptome and anxiety behaviour*. *PLoS ONE* 2008. 11. 3745.
- 68 Weaver I.C., Cervoni N., Champagne F.A., D'Alessio A.C., Sharma S., Seckl J.R., Dymov S., Szyf M., Meaney M.J. *Epigenetic programming by maternal behavior*. *Nat. Neurosci.*, 2004. 7. 847–854.
- 69 Bosch O.J., Neumann I.D. *Brain vasopressin is an important regulator of maternal behavior independent of dam's trait anxiety*. *PNAS*. 2008. 105.
- 70 Takei S., Morinobu S., Yamamoto S., Fuchikami M., Matsumoto T., Yamawaki S. *Enhanced hippocampal BDNF/TrkB signaling in response to fear conditioning in an animal model of posttraumatic stress disorder*. *J Psychiatr Res.* 2011;45(4):460–8.
- 71 Sweatt J.D., Meaney M.J., Nestler E., Akbarian S. *Epigenetic Regulation in the Nervous System*. Basic Mechanisms and Clinical Impact. Academic Press. 2013.
- 72 Masi G, Brovedani P. *The hippocampus, neurotrophic factors and depression: possible implications for the pharmacotherapy of depression*. *CNS Drugs*. 2011; 1; 25: 913–31.
- 73 Bredy TW, Wu H, Crego C, Zellhoefer J, Sun YE, Barad M. *Histone modifications around individual BDNF gene promoters in prefrontal cortex are associated with extinction of conditioned fear*. *Learn Mem.* 2007; 14: 268–276.
- 74 Mansuy I.M., Masdoodh R., Champagne F.A. *Transgenerational Inheritance in Mammals*. In: *Epigenetic Regulation in the Nervous System Basic Mechanisms and Clinical Impact*. Academic Press. 2013. 323–338.
- 75 Mychasiuk R., Harker A., Ilnytsky S. Gibb R. *Paternal stress prior to conception alters DNA methylation and behaviour of developing rat offspring*, *Neuroscience*. 2013. 241. 100-105.
- 76 Kaati G, Bygren LO, Pembrey M, Sjöström M. *Transgenerational response to nutrition, early life circumstances and longevity*. *Eur J Hum Genet.* 2007;15:784–90.
- 77 Pembrey ME, Bygren LO, Kaati G, Edvinsson S, Northstone K, Sjöström M, Golding J. *Sex-specific, male-line transgenerational responses in humans*. *Eur J Hum Genet.* 2006;14:159–66.
- 78 Little RE. *Mother's and father's birthweight as predictors of infant birthweight*. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1987;1:19–31.
- 79 Curley J.P., Mashoodh R., Champagne FA. *Epigenetics and the origins of paternal effects*. *Horm Behav.* 2011 Mar;59(3):306-14.
- 80 Bowers M.E., Yehuda R. *Intergenerational Transmission of Stress in Humans*. *Neuropsychopharmacology.* 2016. 41. 1:232-44.
- 81 Moog N.K., Buss C., Entringer S., Shahbaba B., Gillen D.L., Hobel C.J., Wadhwa P.D. *Maternal Exposure to Childhood Trauma Is Associated During Pregnancy with Placental-Fetal Stress Physiology*. *Biol Psychiatry.* 2015. Sep 3. pii: S0006-3223(15)00731-3. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.08.032. [Epub ahead of print].
- 82 Yehuda R., Seckl J. *Stress-related psychiatric disorders with low cortisol levels: a metabolic hypothesis*. *Endocrinology* 2011. 152:4496–4503.
- 83 Collados Z. J. : *Depresja u dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo ESPE, Kraków 2002.
- 84 Cooper P.J., Fearn V., Willetts L., Seabrook H., Parkinson M.. *Affective disorder in the*

- parents of a clinic sample of children with anxiety disorders*. *Journal of Affective Disorders.* 2006. 93. 205–212.
- 85 Egeland B., Jacobvitz D., Sroufe L.A. *Breaking the cycle of abuse*. *Child Development.* 1988. 59. 1080.
- 86 Warner V., Wickramaratne P., Weissman M.M. *The role of fear and anxiety in the familial risk for major depression: A three-generation study*. *Psychological Medicine.* 2008. 38. 1543–1556.
- 87 Sullivan P.F., Neale M.C., Kendler K.S. *Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis*. *Am J Psychiatry.* 2000. 157:1552–62.
- 88 Zhao J., Goldberg J., Bremner J.D., Vaccarino V. *Association between promoter methylation of serotonin transporter gene and depressive symptoms: a monozygotic twin study*. *Psychosom Med.* 2013. 75. 6:523-9.
- 89 Yehuda R., Bierer LM. *Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk*. *Prog Brain Res* 2008. 167: 121-135.
- 90 Yehuda R., Daskalakis N.P., Lehrner A., Desarnaud F., Bader H.N., Makotkine I., Flory J.D., Bierer L.M., Meaney M.J. *Influences of maternal and paternal PTSD on epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor gene in Holocaust survivor offspring*. *Am J Psychiatry.* 2014. 171. 8:872-80.
- 91 Rodriguez T. *Descendants of Holocaust Survivors Have Altered Stress Hormones*. *Scientific American.* 2015.
- 92 McGowan P.O., Sasaki A., D'Alessio A.C., Dymov S., Labonté B., Szyf M., Turecki G., Meaney M.J. *Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse*. *Nat Neurosci* 2009. 12:342–348.
- 93 Palosaari E., Punamäki R.L., Qouta S., Diab M: *Intergenerational effects of war trauma among Palestinian families mediated via psychological maltreatment*. *Child Abuse Negl* 2013. 37:955–968.
- 94 Labonté B., Azoulay N., Yerko V., Turecki G., Brunet A. *Epigenetic modulation of glucocorticoid receptors in posttraumatic stress disorder*. *Transl Psychiatry.* 2014. 4. 4:e368.
- 95 Yehuda R., Flory J.D., Bierer L.M., Henn-Haase C., Lehrner A., Desarnaud F., Makotkine I., Daskalakis N.P., Marmar C.R., Meaney M.J. *Lower methylation of glucocorticoid receptor gene promoter 1F in peripheral blood of veterans with posttraumatic stress disorder*. *Biol Psychiatry.* 2015. 15. 77. 4:356-64.
- 96 Klengel T., Dias B.G., Ressler K.J. *Models of Intergenerational and Transgenerational Transmission of Risk for Psychopathology in Mice*. *Neuropsychopharmacology.* 2016. 41. 1:219–31.
- 97 Nestler E.J., Peña C.J., Kundakovic M., Mitchell A., Akbarian S. *Epigenetic Basis of Mental Illness*. *Neuroscientist.* 2015 Oct 8. pii: 1073858415608147. [Epub ahead of print]
- 98 Wysokiński A., Gruszczyński W. *Rola genu GAD1 (glutamate decarboxylase 1) oraz jego regulacji epigenetycznej w etiopatogenezie schizofrenii*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2008; 17 (3): 225.228).
- 99 Hettema JM, An SS, Neale MC, Bukszar J, van den Oord EJ, Kendler KS, Chen X. *Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism*. *Mol Psychiatry.* 2006; 11 (8): 752.762.
- 100 Koenigs M, Grafman J. *Posttraumatic stress disorder: the role of medial prefrontal cortex*

- and amygdala. *Neuroscientist*. 2009;15(5):540–8.
- 101 Frankland P.W., Bontempi B., Talton L.E., Kaczmarek L., Silva A.J. *The involvement of the anterior cingulate cortex in remote contextual fear memory*. *Science*. 2004. 304. 5672:881–883.
- 102 Miller C.A., Gavin C.F., White J.A., Parrish R.R., Honasoge A., Yancey C.R., Rivera I.M., Rubio M.D., Rumbaugh G., Sweatt J.D. *Cortical DNA methylation maintains remote memory*. *Nat Neurosci*. 2010;13(6):664–666.
- 103 Alarcón J.M., Malleret G., Touzani K., Vronskaya S., Ishii S., Kandel E.R., Barco A. *Chromatin acetylation, memory, and LTP are impaired in CBP+/- mice: a model for the cognitive deficit in Rubinstein-Taybi syndrome and its amelioration*. *Neuron*. 2004. 24. 42. 6:947-59.
- 104 Wood M.A., Attner M.A., Oliveira A.M., Brindle P.K., Abel T. *A transcription factor-binding domain of the coactivator CBP is essential for long-term memory and the expression of specific target genes*. *Learn Mem*. 2006. 13. 5:609-17.
- 105 Fischer A., Sananbenesi F., Wang X., Dobbin M., Tsai L.H. *Recovery of learning and memory is associated with chromatin remodelling*. *Nature*. 2007. 10. 447. 7141:178-82.
- 106 Guan J.S., Haggarty S.J., Giacometti E., Dannenberg J.H., Joseph N., Gao J., Nieland T.J., Zhou Y., Wang X., Mazitschek R., Bradner J.E., DePinho R.A., Jaenisch R., Tsai L.H. *HDAC2 negatively regulates memory formation and synaptic plasticity*. *Nature*. 2009. 459. 7243:55–60.
- 107 Stepulak A., Stryjecka-Zimmer M., Kupisz K., Polberg K. *Inhibitory deacetylaz histonów jako potencjalne cytotatyki nowej generacji*. *Postepy Hig Med Dosw*. 2005; 59: 68–74.
- 108 Vigushin D.M., Coombes R.C.: *Histone deacetylase inhibitors in cancer treatment*. *Anticancer Drugs*, 2002. 13: 1–13.
- 109 Kim H.J., Bae S.C.: *Histone deacetylase inhibitors: molecular mechanisms of action and clinical trials as anti-cancer drugs*. *Am. J. Transl. Res.*, 2011; 3: 166–179.
- 110 Grabarska A., Dmoszyńska-Graniczka M., Nowosadzka E., Stepulak A. *Inhibitory deacetylaz histonów – mechanizmy działania na poziomie molekularnym i zastosowania kliniczne*. *Postepy Hig Med Dosw*. 2013. 67: 722-735.
- 111 Gräff J., Rei., Guan J-S., Wang W-Y., Seo J., Hennig K.M., Nieland T.J.F., Fass D.M., Kao P.F., Kahn M., Su S.C., Samiei A., Joseph N., Haggarty S.J., Delalle I., Tsai L-H. *An epigenetic blockade of cognitive functions in the neurodegenerating brain*. *Nature*. 2012. 483. 222–226.
- 112 Matsumoto Y., Morinobu S., Yamamoto S., Matsumoto T., Takei S., Fujita Y., Yamavaki S. *Vorinostat ameliorates impaired fear extinction possibly via the hippocampal NMDA-CaMKII pathway in an animal model of posttraumatic stress disorder*. *Psychopharmacology (Berl)* 2013;229(1):51–62.
- 113 Whittle N., Singewald N. *HDAC inhibitors as cognitive enhancers in fear, anxiety and trauma therapy: where do we stand?* *Biochem Soc Trans*. 2014 Apr;42(2):569–81.
- 114 Fischer A., Sananbenesi F., Mungenast A., Tsai L.H. *Targeting the correct HDAC(s) to treat cognitive disorders*. *Trends Pharmacol Sci*. 2010. 31(12):605-17.
- 115 Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. *Rozwój potraumatyczny - charakterystyka i pomiar*. *Psychiatria* 2010, tom 7, nr 4. 129-142.
- 116 Tedeschi R.G., Park C.L., Calhoun L.G. *Posttraumatic growth: Conceptual issues*. W: R.G. Tedeschi, C.L. Park, L.G. Calhoun (red.). *Posttraumatic growth: Positive changes*

in the aftermath of crisis (1–22). Mahwah, NJ. Erlbaum 1998.

- 117 Tedeschi R.G., Calhoun L.G. *Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence*. *Psychol Inquiry* 2004. 15:1-8.
- 118 Dekel S., Mandl C., Solomon Z. *Is the Holocaust implicated in posttraumatic growth in second-generation Holocaust survivors? A prospective study*. *J Trauma Stress*. 2013. 26. 4:530–3.

prof. dr hab. n. med. Janusz H. Skalski
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

WYBRANE ZAGADNIENIA Z DZIEJÓW ETYKI I DEONTOLOGII LEKARSKIEJ W PIERWSZEJ RZECZPOSPOLITEJ

SELECTED PROBLEMS FROM THE HISTORY OF MEDICAL ETHICS AND DEONTOLOGY IN THE FIRST POLISH REPUBLIC

Streszczenie

Praca jest próbą przedstawienia w skondensowanej formie refleksji na temat etyki lekarskiej jakie pojawiały się w Polsce od czasów średniowiecza. Są to szkice, odnoszące się do postaci i formułowanych przez nich uwag, kierowanych do medyków i na ich temat, przez wybitnych uczonych z polskim rodowodem w pierwszej Rzeczypospolitej.

Etyka lekarska dojrzewała przez stulecia, korzystając przynajmniej w części, z prastarych zasad hipokratesowej przysięgi. Zastanawiano się nad tym co medykowi wolno a co w jego postępowaniu uznaje się za naganne i nieakceptowalne. Wyznaczano ramy zachowań niedozwolonych nawet w kwestiach pozazawodowych. W średniowieczu pojawił się pierwszy tekst dotyczący etyki w ówczesnym leczeniu. Pochodzi nie od medyka, ale humanisty, kronikarza – Wincentego Kadłubka (1150/60–1223). W jego tekstach znajdują się ogólne zalecenia medyczne, wkraczające w pole deontologii.

Kilku z najznamienitszych przedstawicieli sztuki medycznej w XIII i XIV-wiecznej Polsce zasłużyło na szczególne podkreślenie m.in. Witelon, biskup Tomasz z Wrocławia, Jan z Pawii de Saccis. Kontynuacja ich zasad deontologicznych miała miejsce później, w renesansowych realiach, za sprawą Miechowity, Sebastiana Petrycego, Wojciecha Oczki, Jana Chrościejowskiego i potem kolejnych znaczących uczonych. Pewien przełom w podejściu do zasad deontologii lekarskiej wiąże się z aktywnością Jana z Pawii de Saccis († 1433/34), organizatora i współtwórcy wydziału lekarskiego Akademii Krakowskiej. Wprowadził pierwsze zapisane prawem akademickim zalecenia dla medyków. Były wśród nich poważne obowiązki i reguły ograniczające swobodę działania. Wymagano wedle tych ustaw moralnego prowadzenia się, logicznego myślenia niezbędnego do uprawiania zawodu i dobre-

go zdrowia. Zobowiązywano do zachowywania tajemnicy lekarskiej, do prawdomówności, pilności, moralnego prowadzenia się i surowo zabraniano obmawiania innych, kłótności, gwałtowności i zarozumiałstwa.

W epoce renesansu postacią najgodniejszą przypomnienia w kontekście zaleceń deontologicznych był Sebastian Petrycy z Pilzna (1554–1626) lekarz i filozof. Pozostawił cenny dorobek intelektualny dotyczący nie tylko praktycznego wykonywania zawodu lekarza, ale także etyki, filologii, filozofii, politologii. Był lekarzem o wyjątkowym podejściu do etyki w lekarskim zawodzie – a uczył swoim własnym przykładem, a ponadto słowem pisanym – jako autor tekstów moralizatorskich. Wojciech Oczko (1537–1599), autor ważnego dzieła wenerologicznego «Przymiot» (1581) – nowatorskiego i twórczego, miało do spełnienia dodatkową misję – przekazania uwag moralizatorskich. Oczko wytykał zepsucie obyczajów i zbyt częste przekraczanie norm etycznych. Pochylał się też nad filozoficznym sensem choroby jako ludzkiego nieszczęścia, które z niezbadanych przyczyn doświadcza człowieka.

Jan Hieronim Chrościejowski (1555–1628), który zebrał teksty wykładów swojego nauczyciela, włoskiego uczonego H. Mercurialisa dotyczące pediatrii i wydał rozprawę o chorobach dzieci (1583). W dziele tym lituje się nad słabością i bezbronnością dzieci, ale równocześnie ubolewa z powodu nieuctwa lekarzy, którzy przynoszą raczej śmierć niż pomoc choremu dziecku.

W dobie baroku Jan Jonston (1603–1675) lekarz i polihistor – z pochodzenia Szkot, urodzony w Szamotułach, pozostawił dorobek z różnych dziedzin, głównie z zakresu zagadnień przyrodniczych i medycyny. Z jego osobą wiąże się przesłania z kręgu etyki lekarskiej:

Lekarz wyżej stawiający swoje dobro nad dobro ludzkości, nie składa należnego hołdu boskiemu pochodzeniu lekarskiego posłannictwa.

Rafał Józef Czerwiakowski (1743–1816), ojciec polskiej chirurgii i położnictwa, jako pierwszy rozpowszechnił w polskim środowisku chirurgów zasady społecznictwa i etyki w chirurgii. Walczył o należyłą pozycję chirurgii w kraju. Głosił zasady etyki i kwalifikacji moralnych, co do których wymogi dla chirurga miały być wyjątkowo wysokie. Współcześnie mu działający Ludwik Perzyna (1742–1812) – chirurg w stanie zakonnym, należący do zgromadzenia bonifratrów, swym podręczniku chirurgii zawarł szereg uwag moralizatorskich, pisał o powinnościach i o tym jakimi cechami charakteryzować się winien chirurg, jak powinien się szkolić, aby właściwie wykonywać swój zawód.

Franciszek Ksawery Ryszkowski (1746–1805), stworzył świetny uniwersalny poradnik «Stán człowieka zdrowego» (1786). Wydaje się, iż uwzględniona w treści filozofia medycyny i zalecenia deontologiczne (pt. «O zdaniu czyli krytyce lekárskiej») są największą wartością tej książki.

Abstract

The paper constitutes an attempt at presenting in a condensed form reflections on medical ethics that were appearing in Poland since the Middle Ages. These are sketches referring to individuals and remarks they formulated, the said remarks being directed at physicians or focusing on physicians and authored by eminent scientists of Polish extraction in the First Polish Republic.

Medical ethics has been developing for centuries, building – at least in part – on the ancient principles of the Hippocratic Oath. Much thought was devoted to what was permissible for a physician to do and what in his conduct was deemed reprehensible and unacceptable. A scope of prohibited behaviors was determined, including even non-professional issues. The first text on ethics in the then practiced medicine appeared in the Middle Ages. It was authored not by a medician, but by a humanist, a chronicler – Wincenty Kadłubek (1150/60–1223). His writings include general medical recommendations that extend to the field of deontology.

Several of the most eminent representatives of the art of medicine in Poland of the 13th and 14th centuries deserve a special emphasis, viz. Witelon, Bishop Thomas of Wrocław, John of Pavia de Saccis. Their deontological principles were continued in later years, in the Renaissance reality, through the writings of Miechowita, Sebastian Petrycy, Wojciech Oczko and Jan Chrościejowski, followed by subsequent scientists of importance. A breakthrough of sorts in the approach to principles of medical deontology was associated with the activity of John of Pavia de Saccis (†1433/34), an organizer and co-founder of the Medical Faculty of the Krakow University. He introduced the first regulated by academic law recommendations for medicians, which included serious duties and rules restricting their leeway. In keeping with the statutes, moral conduct was required, along with logical reasoning necessary to practice the profession, and good health. Medicians were obliged to observe the physician-patient privilege, be truthful in their statements, diligent and conduct themselves in a moral manner; slander, contentiousness, violence and conceit were strictly forbidden.

During the Renaissance period, the personage most worthy of recalling in the context of deontological recommendations was Sebastian Petrycy of Pilzno (1554–1626), a physician and philosopher. He left valuable intellectual output addressing not only practical issues involved in practicing the profession of a physician, but also ethics, philology, philosophy and political science. Petrycy was a physician with an exceptional attitude to ethics in medical profession – and he taught by his own example, but also by his writings, as the author of moralistic texts. Wojciech Oczko (1537–1599), the author of an important, novel and creative venereological text «Przymiot (Syphilis)» (1581), was to accomplish an additional mission of conveying moralistic remarks. Oczko deplored depravity and too common deviations from ethical norms. He also dwelled on the philosophical sense of a disease as a human misfortune that for unknown reasons befell a human being.

Jan Hieronim Chrościejowski (1555–1628) collected the texts of lectures on pediatrics presented by his teacher, an Italian scientist H. Mercurialis, and published

an essay on diseases of children (1583). There, he pitied the frailty and helplessness of children, but at the same time deplored the ignorance of physicians, who would rather than help, bring death to a sick child.

In the Baroque period, Jan Jonston (1603–1675), a physician and polyhistor, a Scott by descent, but born in Szamotuły, wrote treatises addressing various fields of science, but mainly pertaining to life sciences and medicine. His person is associated with messages from the realm of medical ethics:

A physician setting his own good above the good of humanity does not pay appropriate homage to the divine origin of medical mission.

Rafał Józef Czerwiakowski (1743–1816), the father of Polish surgery and obstetrics, was the first to propagate among Polish surgeons the principles of community spirit and ethics in surgery. He battled for a proper place of surgery in the country. Czerwiakowski proclaimed the principles of ethics and moral qualifications; for surgeons, the latter were to be exceptionally high. His contemporary Ludwik Perzyna (1742–1812) – a monastic surgeon in the Hospitaller Order of the Brothers of Saint John of God, included in his textbook of surgery numerous moralizing remarks; he wrote about responsibilities and properties that should characterize a surgeon, as well as about the way he should train to practice his profession appropriately.

Franciszek Ksawery Ryszkowski (1746–1805) wrote an excellent, universal compendium «The State of a Healthy Man» (1786). It seems that the philosophy of medicine contained in the text, as well as deontological recommendations (entitled «On opinion or medical criticism») represent the highest value of the book.

Quid essent medici sine moribus?

Etyka lekarska, jest ważnym wyznacznikiem norm dla naszego zawodu, ale i odrębną dziedziną nauki, sztuki i obyczaju lekarskiego. Nigdy nie dość przypominać o konieczności jej przestrzegania. Warto też przyjrzeć się jak dawno temu etyka lekarska dojrzewała korzystając, przynajmniej w części, z prastarych zasad hipokratesowej przysięgi. Dziś, w specjalnościach wymagających niepospolitych umiejętności, szerokich horyzontów i ogromnej pracy nad sobą, stresów i fizycznej pracy, bynajmniej nie można oczekiwać złagodzenia kodeksu etycznego, jakiegokolwiek pobłażliwości.

Rozwiązywanie współczesnych dylematów etycznych w medycynie musi oprócz osiągnięć naukowych i wynikających z nich konsekwencji uwzględnić szereg dodatkowych czynników, wśród których sekularyzacja zarówno całego społeczeństwa jak i związanych z medycyną grup zawodowych ma kolosalne znaczenie. Dlatego, że stan ten doprowadził w dobie aktualnej do zaniedbywania norm moralnych i obyczajowych obowiązujących dawniej. Głównie odnosi się to do przykazań, które wynikały z dekalogu i norm chrześcijańskich ale też zanikającej tradycji przestrzeganej na szczęście przez większość wykształconych medyków. To krytyczne stwierdzenie odnosi się do wielu specjalności klinicznych, niestety i do mojej. Na szczęście znane są liczne wyjątki od tej reguły.

Myśląc z troską i — nie ukrywam — ze wstydem o współczesnym zaniedbywaniu norm etyki w zawodzie lekarza — z pokorą i podziwem śledziłem to co na temat etyki lekarskiej wypowiadali przed laty uczeni z polskim rodowodem. Moje spostrzeżenia powstały podczas pisania szerszego opracowania na temat najstarszych dziejów medycyny polskiej, w ramach przygotowywanego ostatnio do druku opracowania. Poszukując źródeł tekstowych łatwo było dostrzec wzmianki lub obszerniejsze teksty odnoszące się do zaleceń deontologicznych, wskazówek dla medyków i cyrulików. Wszak od najdawniejszych czasów zastanawiano się nad tym co medykowi wolno a co w jego postępowaniu uznaje się za naganne i nieakceptowalne. Co więcej, wyznaczano ramy zachowań niedozwolonych nawet w kwestiach pozazawodowych.

Średniowieczne zalecenia deontologiczne

Wincenty Kadłubek

Na odnotowanie zasługuje pierwszy tekst dotyczący lecznictwa, chociaż pochodzący nie od medyka, ale humanisty, kronikarza i teologa – Wincentego Kadłubka (1150/60–1223). W tekstach kronikarza Wincentego pojawiają się ogólne zalecenia medyczne, wkraczające w pole deontologii. Radzi aby rozpocząć leczenie choroby we wczesnym jej stadium. Przestrzega, że leczenie nie powinno prowadzić do pojawienia się dolegliwości gorszych, niż wynikają z samej istoty choroby. W przypadku uszkodzeń ciała – wskazuje na konieczność rzetelnej oceny rany pacjenta przed ewentualnym zaniechaniem jej leczenia. A była to w owym czasie częsta praktyka. Podkreśla, że lekarzowi nie zawsze udaje się pacjenta wyleczyć (*medicus non semper sanabit*) co nie może być traktowane jako złe wypełnianie obowiązków. A z drugiej strony - nierozważnie wdrożona metoda lecznicza jest jak miecz w rękę obłąkanego (...*gladius in manu furiosi*). Jednym z najciekawszych wątków jest wskazanie celowości psychicznego oddziaływania na pacjenta – przez stwarzanie miłej atmosfery i nawet rozweselania chorego (*praesertim cum hilaritate medentis aeger nonnunquam hilarescat*) [1]. Była to najwcześniej ujęta w Polsce zasada psychicznego oddziaływania na chorego – aby ulżyć w cierpieniu i usprawnić proces leczenia. Zapis ten, pochodzący od wszechstronnie wykształconego myśliciela i humanisty, będącego autorytetem moralnym swej epoki mógł mieć silniejszą moc sprawczą niżli zalecenia podane przez jakiegokolwiek ówczesnego lekarza. Czy przyczynił się do kształtowania postaw lekarskich, w tym i późniejszym czasie, nie wiemy. Ale zasady te przyjmujemy dziś ze zrozumieniem i szacunkiem.

W XIV wieku na terenie całej Polski działało zaledwie 33 wykształconych lekarzy. Większość, bowiem 19 z nich, praktykowało w Krakowie – wyprzedzając Wrocław. Pozostali działali w Raciborzu, Brzegu, Wrocławiu, Włocławku i Poznaniu [2]. Należy przypuszczać, że wraz z wprowadzaniem przez Wrocław a zapożyczonym z zachodu regułom prawnym związanym z zawodem lekarza, przeszczepiano też systemy wartości, które wraz z wiedzą zawodową przywozili z uniwersytetów europejskich adepci medycyny. Rzecz tutaj o zapożyczaniu wzorców postaw moralnych i początkach deontologii, które u nas były jeszcze nieznanne, a w czołowych

ośrodkach kształcenia medycznego średniowiecznej Europy stawiano je już wysoko. Kilku z najznamienitszych przedstawicieli sztuki medycznej w XIII i XIV-wiecznej Polsce, omówionych dalej, dało się poznać jako krzewiciele etyki lekarskiej w średniowiecznym wydaniu. W zapisach starych tekstów odnajdujemy pierwsze informacje o tym, jakie mieli podejście do cierpienia ludzkiego w duchu chrześcijańsko-hipokratejskim, o ich przykładanej postawie i posłudze chorym. Zasłużyli na szczególne podkreślenie m.in. Witelon, biskup Tomasz z Wrocławia, Jan z Pawii de Saccis. Każdy z wymienionych zapisał się godnie, a kontynuacja ich zasad deontologicznych miała miejsce później, w renesansowych realiach, za sprawą Miechowity, Petrycego, Oczki, Chrościejowskiego i kolejnych znaczących uczonych.

Witelon

Najważniejszym wśród polskich uczonych ery średniowiecza i najwyżej cenionym w Europie był Witelon, błyskotliwy umysł, wymieniany na równi z takimi współczesnymi mu uczonymi jak Roger Bacon, William Ockham czy Vincent z Beauvais, a w kontekście dokonań z dziedziny optyki, fizyki, astronomii geometrii i matematyki – według znawców dorównywał najwybitniejszym w tej dziedzinie i to na przestrzeni kilku stuleci.

Z punktu widzenia medycznych walorów prac Witelona na przypomnienie zasługuje krótka rozprawa „List o pierwotnej przyczynie pokuty w ludziach i o naturze demonów” (*Epistola de causa primaria poenitentiatae in hominibus et de natura daemonum*)[3]. Traktat ten napisany w formie listu został odnaleziony w British Muzeum w 1923 r. Wbrew scholastycznym zwyczajom, autor listu informuje, że nie chce sprzeciwiać się zasadom religii chrześcijańskiej, ale zamierza dociekać prawdy „metodą naturalną i możliwą” (*viam naturalem et possibilem*). Pogląd Witelona, iż można i należy odróżniać prawdę objawioną od prawdy przyrodniczej, opartej na doświadczeniu, okazuje się twierdzeniem ponadprzeciętnie odważnym, a w każdym razie wykraczającym poza epokę średniowiecznego scholastyizmu. Zapytuje on dalej, czym są widziadła demonów, o których ludzie rozprawiają? Są według niego subiektywnym urojeniem, nie posiadającym żadnego oparcia w rzeczywistości, skutkiem stanów chorobowych, zwłaszcza schorzeń mózgu lub krwi. Píše też o urojeniach powstających na skutek przewrażliwienia i podatności do ulegania nastrojom [4]. Co do omamów zmysłowych i wyobrażeń demonów, Witelon wyraża opinię, że zjawiska te wiązane błędnie z siłami nadprzyrodzonymi mają całkiem naturalne przyczyny.

Jego poglądy na temat zaburzeń percepcji były w istocie wyrazem racjonalnego dostrzeżenia chorób psychicznych i ich znamion. Podejście Witelona do zaburzeń w psychice potwierdza, że był obserwatorem o analitycznym umyśle, śmiałym, znacznie wyprzedzającym epokę i sprzeciwiającym się przesądom [5].

Tomasz z Wrocławia

Kolejnym koryfeuszem polskiego średniowiecza w naukach medycznych był Tomasz z Wrocławia (1297–1378), biskup tytularny Sarepty [6]. W latach 1360–1363 biskup Tomasz wydał we Wrocławiu słynne dzieło pt. *Michi Competit* [7], będące

formą encyklopedii lekarskiej, zwane «Kanonem Biskupa Tomasza», albo «Śląskim Kanonem Avicenny» oraz «Porządki Medycynalne» zbiór rozporządzeń dotyczących sztuki lekarskiej i aptekarskiej.

Zabierał w nich głos w sprawach terapii w obliczu beznadziejnej i nieuleczalnej choroby, w przypadku której radził aby lekarz szczerze wypowiedział się o ewentualnym złym rokowaniu i zagrażającej śmierci, nie podejmował wówczas leczenia i odszedł z honorem. Zaś w długotrwałym przebiegu takiej choroby dostrzegał możliwość udzielenia niektórym pacjentom pomocy paliatywnej, aby osłabić skutki choroby, ulżyć w cierpieniu i przedłużyć życie. Marne możliwości finansowe chorego wymagały według niego modyfikacji leczenia, środkami tańszymi, ale nie widział uzasadnienia dla leczenia podrzędnego, *dosł. secundum artem*. To bowiem wykraczałoby poza uczciwość lekarską. Zwracał też uwagę, że jedną z powinności lekarza jest dbałość o wygląd zewnętrzny.

Jakby nieśmiała próba przełamania scholastycznego traktowania wiedzy okazują się rozważania biskupa Tomasza na temat stosunku doświadczenia (*experimentum*) do teorii (*ratio*). Cytując klasyków podaje przewagę doświadczenia w sytuacji, kiedy stoi w sprzeczności z wiedzą teoretyczną. Zastrzega jednak, że eksperyment bez uwzględniania wiedzy, stwarza niebezpieczeństwo [8].

Ważne okazują się słowa Tomasza o godności profesji medyka, o honorze lekarskim, o wymogach zachowywania dobrych obyczajów, postępowaniu wedle sztuki. Pisał o potrzebie pewnej niezależności materialnej, bowiem «ten lekarz może chwalebnie prowadzić leczenie, który podejmuje się tego dobrowolnie»[9]. W końcowej części swego największego dzieła w rozdziale *De directionibus (Capitulum 112)* pisał jeszcze o radach dla lekarzy – aby obserwowali wszystko co związane z pacjentem, jego otoczeniem, w kontekście stanu psychofizycznego [10]. A krytycyzm dla własnych sądów i pokorę dla niedoskonałości swego własnego dzieła zawarł już w tytule dzieła *Michi competit* i dalej na jego kartach, informując, że liczy się z możliwością popełnienia błędów. Poprawienie ich pozostawia czytelnikom. Nieczęsto taka samokrytyka cechuje mistrza, a w średniowieczu była niespotykaną osobliwością.

Jan z Pawii

Jan z Pawii de Saccis (†1433/34), wybitny profesor medycyny i rektor uczelni, organizator i współtwórca wydziału lekarskiego Akademii Krakowskiej, wprowadził pierwsze ustawy wydziałowe. Zawierały pionierskie, zapisane prawem akademickim zalecenia dla medyków. Z jego inicjatywy, 19 stycznia 1433 r. zwołano przez kanclerza uniwersytetu biskupa krakowskiego Zbigniewa Oleśnickiego walne posiedzenie wszystkich doktorów i dziekanów, na którym odczytano owe ustawy. Przyjęte zostały jednomyślnie, a miesiąc później nastąpiło ich zatwierdzenie, po udoskonaleniu tekstu [11]. Były to pierwsze znane nam regulacje lekarskie w krakowskiej uczelni. Pozostaje jednak niepewność czy przypadkiem nie były dopełnieniem ustaw dawniejszych, które nie dochowały się do naszych czasów. Ustawy uwzględniały zasady działalności medycznej, zakres prowadzenia praktyk medycznych, etyki, trybu uzyskiwania stopnia naukowego doktora medycyny oraz wytyczne dla organizacji studiów lekarskich. Warunkiem podjęcia starań o dokto-

«Ten lekarz może chwalebnie prowadzić leczenie, który podejmuje się tego dobrowolnie.»
Tomasz z Wrocławia

rat było wcześniejsze uzyskanie stopnia magistra nauk wyzwolonych. Aby uchronić się przed błędami w zawodzie wprowadzono stosowne ograniczenia. Miały zapobiec wykonywaniu zawodu przez osoby nieprzygotowane. Pod karą klątwy kościelnej nie mogły (w Krakowie i diecezji krakowskiej) wykonywać zawodu osoby, które nie uzyskały promocji doktorskiej w fakultecie medycznym w Krakowie. Doktor medycyny promowany gdzie indziej nie miał zatem prawa praktykować. Imponująca była zatem dbałość o zapewnienie prestiżu i wysokiej pozycji zawodowej dla wypromowanych w krakowskiej uczelni. Oczywiście nie same splendory i przywileje spadały na wysoko uhonorowanych rodzimych lekarzy. Były i poważne obowiązki i ciężące surowe reguły ograniczające nieco swobodę działania, sprowadzające na ziemię bardziej krnąbrnych. Ustawy przykładowo zabraniały kategorycznie doktorom przyrządzania i stosowania trucizn i środków poronnych (pod karą piekła i wykluczenia z fakultetu). Wymagano ustawowo moralnego prowadzenia się, logicznego myślenia niezbędnego do uprawiania zawodu i dobrego zdrowia. Mógł się ubiegać o doktorat wyłącznie adept wyróżniający się pięknymi przymiotami, dobrym zdrowiem, po uznaniu przez fakultet wymagane przygotowania fachowe oraz po skrupulatnym zbadaniu jego życia i postępowania jako człowieka. Zobowiązywano go do zachowywania tajemnicy lekarskiej, do prawdomówności, wierności zasadom, pilności, moralnego prowadzenia się i surowo zabraniano obmawiania innych, kłótności, gwałtowności i zarozumiałstwa. W przypadku gdyby starający się uraził członka fakultetu, nie mógł być tolerowany, dopóki nie przeprosił i nie otrzymał przebaczenia. Musiał także złożyć przysięgę, że będzie okazywał cześć starszym doktorom, w szczególności promotorowi, że będzie dbał o dobro Akademii i nie będzie ubiegał się o stopnie akademickie w innym uniwersytecie. Szlachetne to przymioty, które przez wieki nie straciły na aktualności, a zasada wierności wysokim zasadom moralnym, wraz z przestrzeganiem lojalności w zakresie dydaktyki i pracy naukowej dla swojej *Almae Matris* przypomina jest jako warunek afiliacji w wielu współczesnych uczelniach.

Cyrulicy

Nie zapominajmy, że kodeks zachowań deontologicznych zawarty był w statutach cechów cyrulików, z tradycją sięgającą XV wieku. Powstały wówczas pierwszy w Polsce cech chirurgów i balwierzy gdańskich, dysponujący od 1454 r. własnym statutem (pierwszym w Polsce), istotnie wpłynął na dalszy ogólny rozwój medycyny silnie wspieranej przez dbających o dobrą renomę chirurgów. Cechy w tym zawodzie przewidywały przestrzeganie określonych zasad. Zasady przewidziane dla cyrulików gdańskich w XVIII wieku precyzowały, iż „chirurg powinien być sumienny, rzetelny, nieskazitelny, rozsądny, zręczny i nie antypatyczny”. Kim zatem ma być chirurg wedle wymogów cechowych? „Chirurg jest to sługa natury, który przy pomocy rękoczynów, odpowiednich narzędzi, skutecznych środków lekarskich i wygodnych opatrunków leczy zewnętrzne uszkodzenia ciała ludzkiego...”

Aptekarze

Równoległe z dojrzewaniem deontologii w zawodzie lekarza pojawiały się zalecenia dla aptekarzy. Konieczność zdefiniowania ich ram wymusiły zdarzające się nagminnie przykłady nieuczciwości w przygotowywaniu i handlu lekami. Jakiśkolwiek by nie były, a wiadomo, że daleko im było od doskonałości. Ważną była inicjatywa podjęta przez profesora medycyny w Gdańsku i Królewcu Jana Placotomusa (1514–1577), który w połowie XVI w. zwracał uwagę na celowość określenia zasad deontologicznych dla aptekarzy. Uznawany jest on za twórcę, albo jednego z twórców deontologii w tym zawodzie [12].

Sprawdzanie umiejętności fachowych i dbałość o poziom świadczonych usług w cechach cyrulickich stały w pewnej opozycji do swobodnego wykonywania zawodu aptekarskiego, chociaż była to druga, prócz chirurgii, działalność medyczna pozostająca w strukturze cechowej. Od aptekarzy nie wymagano wykształcenia, a prowadzenie renesansowej apteki zależało od nabycia praw własności apteki (w drodze spadku lub kupna). Mogli ją prowadzić zarówno mężczyźni jak i niewiasty, nawet małoletni. Cechy nie przewidywały przygotowania fachowego dla sprzedaży leków (traktowano ich jak korzenników i kramarzy), wymagały jedynie subordynacji cechowej, wnoszenia opłat itd. Ten stan oczywiście nie wpływał korzystnie na poziom fachowości polskiego aptekarstwa XV–XVIII wieku, obwiniano nawet o zacofanie.

Do aptek udawano się nie tylko po leki, ale też po słodkie smakołyki: konfekt (cukierki, owoce w cukrze), małmazje, marcepany, wina przyprawiane, wódki, przyprawy korzenne, miody, pierniki itd. [13] A bywało i tak, że pod szyldem «leczenia» skład korzenno–aptekarski był miejscem upijania się mieszczan. Zajmowano się tam wypiekiem ciast, pierników, wyrobem alkoholi i wyszynkiem wódek. Ale przede wszystkim aptekarz sprzedawał leki – sprowadzał je lub sam je produkował.

Zdarzało się, że aptekarz stawiał bańki, założył opatrunek, albo wykonywał lewatywę, zastępując w tym względzie cyrulika-balwierza. Aptekarze dworscy mieli jeszcze za zadanie zaopatrywać spiżarnie dworskie w owoce południowe, a kancelarie (królewskie) w воск i lak do pieczęci, inkaust i świece.

O ile nie sprawdzano fachowości aptekarza, to pomyślano jednak o kontrolowaniu jakości i przydatności sprzedawanych środków medycznych, bowiem zdarzało się, że przetrzymywane zbyt długo były zwietrzałe, stare i bezwartościowe, szczególnie leki sprowadzane z daleka. Kontrola towarów aptekarskich została usankcjonowana w niektórych miastach i tam sprawował ją lekarz (fyzyk) miejski. Niestety znany był też proceder fałszowania sprzedawanych medykamentów [14]. Pół biedy jeśli fałszerstwa dotyczyły takiego remedium, które nie miało żadnego terapeutycznego działania – wówczas zastąpienie oryginału fałszywym odpowiednikiem nie miało dla pacjenta znaczenia, jeśli tylko nie szkodził. O wiele gorzej jeśli dobry lek np. ziołowego pochodzenia, oszuści zastępowali ziołami bezwartościowymi lub ziołem o działaniu niepożądanym.

Renesans

Sebastian Petrycy

W epoce renesansu postacią najgodniejszą przypomnienia w kontekście zaleceń deontologicznych i przypominania etycznych ram zawodu lekarskiego okazuje się Sebastian Petrycy z Pilzna (1554–1626), lekarz i filozof. Po studiach w Krakowie wyjechał do Padwy aby kontynuować studia madyczne i tam uzyskał doktorat w roku 1590. Należał przy tym do czołówki polskich filozofów renesansowych. Był wybitnym przedstawicielem nauki polskiej w okresie przełomu renesansu i baroku, postacią często niedocenianą.

Pozostawił wielowątkowy, cenny dorobek intelektualny dotyczący nie tylko medycyny i praktycznego wykonywania zawodu lekarza, ale także etyki, filologii, filozofii, słowotwórstwa filozoficznego i politologii. Miał niespokojne życie, najeżone piętrzącymi się trudnościami, a przy tym był niewiarygodnie pracowity i sumienny. Niestety w odróżnieniu od innych, współczesnych mu profesorów krakowskich [15]. Przyszło mu działać w atmosferze niechęci skostniałego, krakowskiego środowiska akademickiego, dalekiego w swych poglądach od otwartości naukowej, której zaznał podczas medycznych studiów w Padwie. Niezrozumiałe uprzedzenie i zawiść wobec szczerego i prostolinijnego charakteru Petrycego, stanęły na drodze do jego inkorporacji do Akademii Krakowskiej. Został inkorporowany dopiero w roku 1607. Nie wytrzymał jednak presji i nieustannie podsycanych konfliktów z miejscowym gronem profesorskim, tkwiącym w dogmatyzmie naukowym i manifestującym awersję do jego otwartości umysłu. Zrezygnował z funkcji akademickich w 1616 r. i poświęcił się praktyce lekarskiej. Za życia zaznał krzywd i złośliwości ze strony uczelni, a jego walory, jako uczonego i prawego człowieka doceniono dopiero po latach. Był bowiem lekarzem o wyjątkowym podejściu do etyki w lekarskim zawodzie – a uczył swoim własnym przykładem, a ponadto słowem pisanym – jako autor wartościowych tekstów moralizatorskich.

Figurka Sebastiana Petrycego, będącego wzorem szlachetności i doskonałości lekarza wieńczy dziś insygnium uniwersyteckie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Statuetką tego uczonego ozdobiono mianowicie berło dziekańskie ufundowane w latach 1860–1861 podczas rektoratu Józefa Dietla, w ramach przygotowywania obchodów 500–lecia krakowskiej uczelni. Umieszczenie statuetki Petrycego na berle dziekańskim było wyjątkową nobilitacją. Petrycy znalazł się w towarzystwie Kazimierza Wielkiego, Mikołaja Kopernika i św. Jana Kantego, zdobiących inne dziekańskie berła. Projekt statuetki był autorstwa architekta krakowskiego Feliksa Księżarskiego i rzeźbiarza Franciszka Wyspiańskiego (ojca Stanisława) [16].

Wojciech Oczko

W zakresie leczenia syfilisu, plagi XVI wieku, znamienity lekarz Wojciech Oczko (1537–1599), autor najważniejszego polskiego dzieła wenerologicznego doby renesansu, zasługuje na wyjątkowe miejsce w dziejach medycyny. A jego dzieło *Przy-*

miot (1581) – nowatorskie i twórcze, miało jeszcze do spełnienia pewną dodatkową misję – przekazania uwag moralizatorskich. Oczko wielokrotnie wytykał zepsucie obyczajów i zbyt częste przekraczanie norm etycznych. Pochylał się też nad filozoficznym sensem choroby jako ludzkiego nieszczęścia, które z niezbadanych przyczyn doświadcza człowieka. Nie traktował jednak choroby wenerycznej, jako kary boskiej za grzech nieczystości. Dla niego, osoby głęboko religijnej posługa lekarska jest wypełnieniem chrześcijańskiego obowiązku w imię miłości bliźniego. Będąc doświadczonym praktykiem doceniał rolę psychologii lekarskiej podczas terapii, zdobycia zaufania chorego, niezbędnego współdziałania i podporządkowania się uciążliwościom związanym z przestrzeganiem zaleceń. Wszystko dla uzyskania jak najlepszego wyniku leczenia: *«...nam niechay ufa, a to, co mu radzić lepszego będziem, y nas siebie nie oszukuywając, z pilnością y z chęcią wszelaką czyni»* [17].

Jan Hieronim Chrościejewski

Włoski uczonego Hieronim Mercurialis, prekursor i współtwórca pediatrii, cieszący się sławą wybitnego medyka, proponował uczniom opracowywanie swych wykładów, a jego słuchaczami było kilku zdolnych polskich lekarzy [18]. Do grona jego zaufanych uczniów należał polski lekarz Jan Hieronim Chrościejewski v. Chrościejewski (1555–1628), który zebrał teksty wykładów dotyczące pediatrii i wydał w 1583 roku rozprawę o chorobach dzieci. Tym sposobem Chrościejewski, publikując wykłady swojego mistrza, przeszedł do historii jako autor (wspólnie z Mercurialisem), pierwszego polskiego podręcznika pediatrii [19]. Było to dzieło będące obszernym kompendium ówczesnej wiedzy o chorobach dzieci, powszechnie uznane i poszukiwane, tłumaczone na języki europejskie i sześciokrotnie wznawiane. Przez ponad 150 lat było niezmiennie aktualne i obowiązujące w ośrodkach medycznych całej Europy [20]. W spisanych przez Chrościejewskiego wykładach Mercurialisa poddana została krytyce panująca powszechnie doktryna, jakoby leczenie dziecka należało pozostawić samej naturze, chociażby dlatego, że ciała niemowląt są zbyt delikatne by mogły znieść trudy leczenia. Powoływano się na tradycję, iż od czasów starożytności nie było lekarzy chorób dziecięcych, a leczeniem zajmowały się kobiety przysposobione do zajmowania się dzieckiem. Autor dalej lituje się nad słabością i bezbronnością dzieci, ale równocześnie ubolewa z powodu nieuctwa lekarzy, którzy przynoszą raczej śmierć niż pomoc choremu dziecku [21].

Dwuwieczce XVII i XVIII

Jan Jonston

Najważniejszym polskim przedstawicielem medycyny doby baroku był Jan Jonston (1603–1675) lekarz i polihistor – z pochodzenia Szkot, urodzony w Szamotułach [22]. Dzieła Jonstona były i są ozdobą księgozbiorów w całym świecie, a wyszły spod ręki lekarza i nauczyciela gimnazjum z prowincjonalnego Leszna. Jego twórczość oceniamy jako dorobek wybitnego encyklopedysty, który posiadłszy rozległą wiedzę z różnych dziedzin, ciążył w kierunku zagadnień przyrodniczych i medycyny. Nie był natomiast odkrywcą, nie przyczynił się więc do rozwoju nauk lekarskich,

jako że osiągnąć odkrywczych nie miał [23] Z osobą tego nieprzeciętnego przyrodnika, imponującego mrówczą pracą całego życia wiążą się jeszcze jego przesłania z kręgu etyki lekarskiej: *...czegoż lekarz powinien w praktyce unikać? Przede wszystkim chciwości, która niegodna jest lekarza [24]. Lekarz wyżej stawiający swoje dobro nad dobro ludzkości, nie składa należnego hołdu boskiemu pochodzeniu lekarskiego posłannictwa [25].*

Rafał Józef Czerwiakowski

Niemal wniósł do kształtowania się etyki lekarskiej Rafał Józef Czerwiakowski (1743–1816), jak go później słusznie określono – ojciec polskiej chirurgii i położnictwa. Bodaj jako pierwszy rozpowszechniał w polskim środowisku chirurgów zasady społecznictwa i etyki w chirurgii. Czerwiakowski walczył o należyta według niego pozycję chirurgii w Polsce. W *Dysertacji o szlachetności, potrzebie i użytku chirurgii z 1791 r.*, która przygotowana została dla uczczenia imienia Stanisława Augusta Poniatowskiego, gorąco akcentując swoje racje zabiegał u króla o podniesienie rangi zawodu chirurga. Chirurgię podsuwał królowi jako naukę *...która ma za cel ratunek uszkodzonego nieszczęśliwymi a tysiącami w życie przygodami Ciała Ludzkiego: które to nauki założenie Panowaniu i Woli Tego Mądrego Króla winniśmy. Mówię to o Nauce Chirurgji, Nauce, o której potrzebie i użytku oświecone w Europie Narody będąc przekonane, żadnego nie oszczędzają starania i nakładu, coby tylko do iéy wzrostu i uzaczenia przyłożyć się mogło.* Owa dysertacja wydana drukiem okazała się odzwierciedleniem szlachetności jej autora i deklaracją najszczerzej intencji dla tworzenia i udoskonalania polskiej chirurgii. Z perspektywy lat tenże manifest etyki w zawodzie chirurga jest jednym z najpiękniejszych tekstów z kręgu deontologii lekarskiej do czasów współczesnych. Głosił zasady etyki i kwalifikacji moralnych, co których wymogi dla chirurga miały być wyjątkowo wysokie. Uważał, że chirurg powinien okazywać choremu szacunek i miłość, bezinteresowność, porzucając dumę, opryskliwość i pazerność: *...nad to powinien on jeszcze starać się, o uformowanie swojego serca i obyczajów, równie mu do tego celu, iak i samé wiadomości potrzebnych. Potrzeba więc, aby miał serce przeniknione miłością Ludzi, z kąd rodzi się ów tak wielki, a w Towarzystwie Lekarskim każdy osobistej zasłudze, zaletę nadający przymiot, bydź użytecznym bez wyjątku każdemu; potrzeba aby wykorzenił zupełnie z serca swojego, iuż to ową srogość, której iest skutkiem nieznośne obchodzenie się z chorym, iuż ową zuchwałą dumę zbytniego o sobie rozumienia z pogardą innych, której ofiarą częstokroć pada cierpiący; iuż owe podłe i nienasycone łakomstwo, ubiegające się tylko za blaskiem Złota, a głuche na skwierk nieszczęśliwego ubóstwa. Te to razem zebrane przymioty z strony oświecenia rozumu i uformowania serca stanowią dopiero podług mego przekonania prawdziwie użytecznego chirurga, iakiego dla pomocy i ulgi cierpiący Ludzkości Kraiowi życzyć należy [26].* Czerwiakowski był głosiicielem i przykładnym realizatorem humanistycznej etyki lekarskiej. *Stawiał wysokie wymagania dla chirurgów: stateczność i czułość, cierpliwość i wyrozumiałość, skromność, niechciwość, wstrzemięźliwość życia i ochędność, czyli czystość osobistą oraz zachowanie czystości w czasie zabiegów lekarskich zawodu lekarskiego [27].*

Ludwik Perzyna

Chirurgiem, który przyczynił się do popularyzacji wiedzy medycznej i unowocześnienia polskiej chirurgii w drugiej połowie XVIII wieku był żyjącym współcześnie z Rafałem Czerwiakowskim Ludwik Perzyna (1742–1812) – polski lekarz pozostający w zakonnym stanie, należący do zgromadzenia bonifratrów. Wydał wiele podręczników: pięć dzieł w siedmiu tomach, przeznaczonych głównie dla cyrulików i położników. A była to nowoczesna na owe czasy, świetnie podana wiedza praktyczna z zakresu chirurgii ogólnej, wojskowej, anatomii topograficznej, położnictwa, medycyny sądowej, a nawet psychiatrii. Perzyna usiłował do chirurgii wprowadzać nowości opierając się na doświadczeniu własnym i zapożyczonym od europejskich autorytetów. W swym najważniejszym dziele – podręczniku chirurgii (*Nauki cyrulickiey...*) [28] zawarł szereg uwag moralizatorskich, pisał o powinnościach i o tym jakimi cechami charakteryzować się winien chirurg, jak powinien się szkolić, aby właściwie wykonywać swój zawód, bowiem niedokształceni cyrulicy: *...gubią ludzi przez swoją niewiadomość, których zuchwalstwo tak dalece zachodzi, że się i w Doktorskie kuracye, w umiejętność tak wiela dowcipu i tak wielą nauki potrzebującą, wdaią (...)* Często cyrulik zprowadzony sam nie wie co ma z pacjentem począć, często robi rzeczy przeciwne lub niepożyteczne, często niewydaiającej nieumiejętności ludzi przytomnych, co po tym dożywotnim kalectwem lub śmiercią pacyenci przyplacać muszą (...). *Uczeń każdy zbierający się do Nauki Cyrulickiey powinien mieć zdrowy rozsądek czyli rozum...*

Perzyna wymieniając niezbędne przymioty chirurga tak oto zaleca: *...uczeń Cyrulickiey nauki nie powinien być papinkowaty, ni obrzydliwy, ni niechluiowaty, ni też zbyt gadatliwy, owszem skromny, roztropny, wesoły, we wszystkim obrotny i na wszystko przytomny. — Uczeń Cyrulickiey Nauki ma umieć dobrze po Polsku czytać i pisać, cokolwiek rachować, i w ięzyku Łacińskim chociaż pomiernie być biegłym powinien...*

W podręczniku *Lekarz dla włościan* [29] pisał m.in.: *Lekarz uczony i biegły ma twarz szczerą i przysurowszą, bywa rzetelny, nie chwalcący się, miny nie stroi, ani byczenia się na nim nie widać, niewiele obiecuie, a za nic nie ręczy (...)* Uczonego i biegłego lekarza szacują sobie wszyscy uczeni i roztropni ludzie, którego szarlatan, bałamut i niedouczony, dla siebie dla nich nie znajdzie (...). *Do wykurowania chorego, bardzo wiele się przykłada zadufanie chorego na Doktorze, i nawzajem, powolność i rzetelność pacyenta, wiąże przychyłność Doktora do pacyenta, i do naddokładniejszego o zdrowie iego, pobudza do starania, gdyż pacjent wyobrażać sobie powinien Lekarza, jako przyjaciela i opiekuna swego, nie zaś iako nieprzyjaciela, którego się strzedz i podchwytywać należy...*

Franciszek Ksawery Ryszkowski

Franciszek Ksawery Ryszkowski (1746–1805), profesor medycyny w krakowskiej uczelni stworzył świetny jak na owe czasy uniwersalny poradnik *«Stán człowieka zdrowego»* [30]. Niestety książka nie została należyście doceniona. W dziełku Ryszkowskiego znalazł się skondensowany kurs anatomii człowieka i mądrze podane skrótowe omówienie wiedzy fizjologicznej, zalecenia dietetyczne, higieniczne

i odnoszące się do wyglądu zewnętrznego i stanu psychicznego człowieka («ochędostwa»), poczucia zdrowia i choroby. Z grubsza ujmuje ono najnowsze osiągnięcia nauk schyłku wieku XVIII, podpierając za każdym razem przytaczane teorie naukowe nazwiskami najwybitniejszych uczonych i odkrywców – a znalazło się ich w tekście kilkadziesiąt. Wydaje się jednakże, iż uwzględniona w treści filozofia medycyny i zalecenia deontologiczne (*O zdaniu czyli krytyce lécarskiej*) są największą wartością tej książki: *O tém, coby czynić powinién Lékarz; O tém, czegoby się chronić powinien Lékarz; O naukach, których się uczyć powinién Lékarz.*

Ryszkowski w tej części zamieszcza często przypominany aforyzm, jako że lekarz musi mieć predyspozycje aby swój zawód wykonywać i nie każdy do tego się nadaje:

*Fingit se Medicum quisque Idiota, Profanus,
Judaeus, Monachus, Histio, Tonsor Anus —
Každy chce byđ Lékarzem —
Nieuk, Świecki, Lada Żyd, Mnich, Xiądz,
Kuglárz, Balwierz lub Niewiašt gromada [31]*

Hołdując wprowadzonemu przez Hermanna Boerhaave stylowi medycyny klinicznej «przy łożu chorego» wypowiada się także Ryszkowski w tej kwestii, popierając łączenie teorii z praktyką: «*Praktyka od teorii różni się tak, iak n.p. mosiądz od złota: w Praktyce albowiém trąfiá się częstokroć coś takowégo, co ani opowiedzieć, ani opisać można; wszystkie nawet bezmała choroby, léczą się w katedrze i xiązkach: nie wszystkie zaś w łózkach, w których chorzy náyczęściey umiérają. Doświadczeniá przeto, które duszą iest i matką Medycyny: i niby sędzią i probiérskim kamiéniém, nabywadź takowy niech się stará Lékarz, chorych łóžka niespracowaná pilnością odwiedzając (...) iak náydokładniey byđź może, uważaiąc; z Lékarzami praktykami, osobliwie podeszłémi przestając; i z niemi się naradzając...*» [32]

Stanisław Staszic

Zamykając wątek omawiania wybitnych polskich lekarzy i chirurgów XVIII wieku wypowiadających swoje zdanie na temat etyki w zawodzie lekarza, dodajmy dla porządku, że jeszcze w tym czasie pokutowało przekonanie o celowości rozdziału chirurgii od nauk lekarskich. Pogląd taki wydawał się do tego stopnia zakorzeniony, że wygłaszały go nawet osoby wykształcone i opiniotwórcze. Należał do nich Stanisław Staszic, żywo interesujący się medycyną i wielokrotnie wypowiadający swe poglądy na temat medycyny, który chirurgii nie traktował jako dziedziny równorzędnej nauce lekarskiej [33]. Stawiał ją na poziomie nauki praktycznej, dostępnej nawet dla wszystkich(!). Pozycję lekarza stawiał zaś znacznie wyżej w hierarchii, twierdząc, że ten zawód wymaga szczególnych predyspozycji i umiejętności. Z drugiej strony uważał, że nauka lekarska wkroczyła na fałszywą drogę, kładąc zbyt ni akcent na teorię, z zaniedbywaniem praktycznego przygotowania lekarza do zawodu [34].

Piśmiennictwo

- 1 cyt. z *Vincentii Kadlubkonis, Historia Polonica*; wg J. Borówki, Polska etyka lekarska przed powstaniem Akademii Krakowskiej (Wincenty Kadłubek, Witelon, Tomasz z Wrocławia), [w:] *Studia z historii filozofii*, 2/2011, ISBN 2083–1978, s.182–183.
- 2 J. Borówka, *Polska etyka lekarska przed powstaniem Akademii*, op. cit. s. 181.
- 3 *Był to list napisany do znajomego, magistra Ludwika z Lwówka Śląskiego*
- 4 A. Czermiański, *Światło Witelona*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice, 1964, 67–70.
- 5 J. Burchardt, *Kosmologia i psychologia Witelona*, Polska Akademia Nauk, Instytut Historii Nauki, Zakład Badań Kopernikańskich (Studia Copernicana, XXX), Wydawnictwa IHNOT, PAN, Ossolineum, Warszawa, 1991, 73–196.
- 6 *W uznaniu zasług papież Klemens VI nadał Tomaszowi tytuł biskupstwa Sarepty (obecnie Safarand, w Azji Mniejszej), w której zresztą nigdy nie był. Biskupstwo takie miało znaczenie symboliczne, w Sarepcie bowiem, wg opowieści biblijnej, prorok Eliasz dokonał cudu wskrzeszenia chłopca.*
- 7 *Michi competit w dosłownym tłum. znaczy «mnie to odpowiada», «jest przydatne dla mnie», ale równocześnie jest jakby wybiegiem na wypadek, gdyby treść nie odpowiadała czytelnikowi.*
- 8 E. Hudyka–Kurek, *Wskazówki lekarskie Tomasza z Wrocławia*. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny, 64 (2–3), 2001, s. 115–125.
- 9 Ibidem, s. 124–125.
- 10 Th. J. Antry, *Thomae de Wratislavia Practica Medicinalis. A critical edition of the «Practica Medicinalis» of Thomas of Wrocław, premonite bishop of Sarepta (1297–c.1378)*, Polish Academy of Sciences, The Institute for the History of Science, Education and Technology, Centre for Copernican Studies (Studia Copernicana, XXVII). Wrocław, Ossolineum, 1989, s. 470–483.
- 11 M. Skulimowski, *Pierwsze ustawy Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Krakowskiego z r. 1433*, Archiwum Historii i Filozofii Medycyny, 1960, t. 23, nr 2, s. 223–224.
- 12 *Pharmacopoea in compendium redacta per Johannem Placotomum (Bretschneider), ejusdem dispensatorum usitatissimorum hoc tempore medicamentorum descriptiones continens*, Antverpiae, 1560 r.
- 13 J. Rostafiński, *Medycyna na Uniwersytecie Jagiellońskim w XV wieku*, Kraków, 1900, s. 74–75.
- 14 J. Lachs, *Dawne aptekarstwo*, op. cit., s. 26.
- 15 H. Barycz, *W blaskach epoki odrodzenia*, PIW, Warszawa, 1968, s. 297, 319.
- 16 A. Karbowski, *Ubiory profesorów i uczniów w Uniwersytecie Jagiellońskim w związku z współczesnymi zwyczajami (1364-1889)*, odbitka z «Przeglądu Lekarskiego», Kraków, 1889, s. 99.
- 17 H. Suchowierski, *Rozpoznawanie i leczenie chorób wenerycznych według «Przymiotu» Wojciecha Oczki (1581)*, Nakładem Polskiej Akademii Umiejętności, Kraków, 1952, s. 70–73.
- 18 J. Fritz, *Z dziejów pediatrii XVI wieku. Jan Hieronim Chrościejowski*, Archiwum Historii i Filozofii Medycyny, t. I, zes. 3–4, 1924, s. 246.
- 19 *De morbis puerorum tractatus locupletissimi, variaq; doctrina referti non solum medicis, verumetiam Philosophis magnopere utiles; ex ore Excellentissimi Hieronymi Mercurialis*

- Foroliuensis Medici clarissimi diligenter excepti, atque in Libros tres digesti: opera Iohannis Chrosczyoioskij, Cum licentia, et privilegio*, Wenecja, 1583 (w wydaniu frankfurckim z 1584 r. tytuł dzieła został zmodyfikowany: *De puerorum morbis tractatus...*).
- 20 K. Surdyk, *Stan pediatrii polskiej w świetle traktatu «De morbis puerorum» Jana Hieronima Chróściejowskiego opartego na wykładach Mercurialisa*, *Kwartalnik Historii Nauki i Techniki*, 55/1, 2010, s. 147–148.
 - 21 J. Fritz, *op. cit.* s. 252, 254.
 - 22 R. W. Gryglewski, Jan Jonston (1603–1675), [w:] *Zasłużeni dla medycyny. Europejczycy związani z polską ziemią*, J.H. Skalski, R.W. Gryglewski, red., Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, s. 51–53.
 - 23 T. Bilikiewicz, Jan Jonston (1603–1675) *Żywot i działalność lekarska*, Kasa im. Mianowskiego, Instytut Popierania Nauki, Warszawa, 1931, s. 225.
 - 24 *Ex faciendis sunt I. Dei cultus et inovatio, sine quo nihil rite, nihil providenter homines auspicantur* (cyt. z *Syntagma universae medicinae practicae Libri XIV*, 1673, s. 1108).
 - 25 T. Bilikiewicz, *op. cit.*, s. 142.
 - 26 R. J. Czerwiakowski, *Dyssertacya o Szlachetności, Potrzebie i Użytku Chirurgii w Pożyciu Ludzkim, w Woysku, Przy Półgach i w Nauce Lekarskiej: na roczny Obchód Imienin Najyasniejszego Króla Stanisława Augusta w Sali Jagiellonskiej na Posiedzeniu Publicznem Szkoły Głównej Koronnej*, 12 Maia Roku 1791, s.1–2, 5.
 - 27 E. Grzelak, Wstęp [w:] *Chirurgia praktyczna Rafała Józefa Czerwiakowskiego*, Wydawnictwo MON, Warszawa, 1969, s. 19.
 - 28 L. Perzyna, *Nauki cyrulickiey krótko zebranej, to iest: Nauki dla chcących się uczyć cyrulickiey umiętności dokładnie napisaney. Wszystkim oraz Gospodarzom i wszystkim Zgromadzeniom tak Duchownym iako i Świeckim nieuchronnie potrzebney, a dla łatwieyszego każdego poięcia w Pytaniach i w Odpowiedziach ułożonej przez... w Narodowym ięzyku napisana w Kaliszu w drukami J.O. Xcia Jmci Prymasa Arcy Biskupa Gnieźnieńskiego*, t. 1–3, Kalisz, 1792/1793.
 - 29 L. Perzyna, *Lekarz dla włoscian, czyli rada dla pospolstwa w chorobach i dolegliwościach naszymu Kraiowi albo właściwych albo po większej części przyswoionych każdemu naszego Kraiu Mieszkańcowi do wiadomości do wiadomości potrzebna*, w *Dukarni J.O. Xcia MCi Prymasa Arcy Biskupa Gnieźnieńskiego*, Kalisz, 1793.
 - 30 *Stan człowieka zdrowego naturalny. Podług pism sławnych nauk mężów. Przez Franciszka Xawerego Ryszkowskiego, w Akademiach: Krakowskiej Nauk Wyzwolonych i Filozofii, w Bonońskiej zaś medycyny Doktora oyczystym ięzykiem określony*. W Krakowie 1786 w Drukarni Szkoły Głównej Koronnej.
 - 31 *Ibidem*, s. 203.
 - 32 *Ibidem*, s. 234.
 - 33 Swoje zdanie w tych kwestiach zawarł Staszic w *Uwagach nad życiem Jana Zamoyskiego, kanclerza i hetmana wielkiego koronnego*, wydanym w 1785 r. i *Dzienniku podróży* z lat 1789–1804; wg: Z. Włocha, *Stosunek Stanisława Staszica do medycyny*, *op. cit.*, s. 103.
 - 34 Z. Włoch, *Stosunek Stanisława Staszica do medycyny i zasługi jego jako współorganizatora i przełożonego pierwszej akademickiej Szkoły Lekarskiej w Warszawie*, *Archiwum Historii i Filozofii Medycyny oraz Historii Nauk Przyrodniczych*, t. 14, Poznań, 1934, s. 113–114.

Marie – France Marin, PhD
Behavioral Neuroscience Program
Instructor, Department of Psychiatry,
Harvard Medical School
Assistant in Research, Department of Psychiatry,
Massachusetts General Hospital

IMPACT OF STRESS AND STRESS HORMONES ON EMOTIONAL MEMORY: A DYNAMIC PROCESS

Abstract

When one perceives a threat, a hormonal cascade is triggered in order to release the two main classes of stress hormones: catecholamines and cortisol. These hormones have the capacity to modulate, either directly or indirectly, the function of various brain regions that are known to be involved in an array of cognitive processes, one of them being memory. Through stress exposure paradigms and pharmacological protocols that aim to modulate stress hormone levels, the literature has taught us about the dynamic relationship that exists between stress hormones and the formation of emotional and traumatic memories. The effects of cortisol and catecholamines on memory consolidation and retrieval, as a function of the valence of the information encoded, have been documented for many years. Overall, stress and stress hormones have been shown to promote memory consolidation, especially for emotional material, and to impair memory retrieval. More recently, it has been demonstrated that when a consolidated memory trace is recalled (reactivated), it becomes active and sensitive to modifications before stabilizing again in the long-term memory system. Given that stress and stress hormones are known to influence the initial round of consolidation, their impact on reactivated memories has been assessed in healthy populations. Recent results suggest that modulating stress hormone levels at the time of memory reactivation could modify the amplitude of already consolidated memories in a long-lasting manner. These findings are particularly relevant for trauma-exposed individuals who exhibit significant post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms. The clinical and the neuroscience fields are trying to combine efforts and to assess whether modulation of stress hormone levels at the time of trauma reactivation could yield beneficial effects on the traumatic memory trace and decrease symptom severity. Although promising, the findings are not unequivocal. More studies are needed in order to better identify the parameters that could lead to optimal traumatic memory modulation. Future studies should

also take into consideration various factors that are known to influence both the stress system and the brain structures involved in emotional and fear memories.

Stress and stress hormones

From cellular to behavioral studies, stress has been extensively studied in the last decades to understand its causes, its physiology, and its effects on the body and the brain. Psychological stress has been the main focus of interest in human research. Novelty, unpredictability, a decreased sense of control, and threat to one's ego are the four characteristics that have been identified as triggers of a stress response [1–3]. In fact, upon perception of at least one of these characteristics, a hormonal cascade is triggered by the activation of two main stress systems: the sympathetic–adrenal–medullar (SAM) axis and the hypothalamic–pituitary–adrenal (HPA) axis.

The initial signal for both axes is initiated by the hypothalamus. On one hand, there is a quick reaction via the SAM system where the hypothalamus signals to the adrenal medulla, which upon stimulation secretes catecholamines, notably adrenaline and noradrenaline. In parallel to the SAM axis activation, the hypothalamus also activates a slower stress system, the HPA axis. Corticotropin–releasing hormone (CRH), released from the hypothalamus, binds at the level of the anterior pituitary, which in turns secretes adrenocorticotropin hormone (ACTH). ACTH is released in the bloodstream and binds to its receptors on the adrenal cortex, which then releases glucocorticoids (GCs). Cortisol is the main GC in humans whereas corticosterone is the main GC in rodents. Importantly, cortisol follows a circadian rhythm with levels rising around awakening time, peaking about 30 to 60 minutes following awakening and then gradually decreasing throughout the rest of the day [4].

Given their liposoluble properties, GCs easily cross the blood-brain barrier where they bind to two distinct receptor types: the mineralocorticoid receptor (MR or Type I) and the glucocorticoid receptor (GR or Type II). These two types of receptors differ with regards to their affinity and their distribution in the brain. Firstly, MRs have a much higher affinity for cortisol – about 6 to 10 times higher relative to the GRs' affinity [5]. Therefore, in non-stressful conditions, endogenous cortisol occupies about 90% of the MRs whereas GRs are only occupied at about 10%. During a stress response, however, MRs are completely saturated and GRs' occupation varies between 67 and 74% [6]. MRs are exclusively present in the limbic system, with a preferential distribution in the hippocampus, the hippocampal gyrus, and the entorhinal and insular cortex. GRs, on the other hand, are also present in the subcortical regions, notably in the paraventricular nucleus of the hypothalamus, the hippocampus, and the parahippocampal gyrus, but also in cortical regions, notably in the prefrontal cortex [7–12]. Importantly, GR receptors are involved in the HPA's negative feedback loop, which allows maintaining the homeostasis [13].

Stress, emotions, and memory

As illustrated by the distribution of receptors in the brain, cortisol acts on brain regions known for their role in memory, emotions and emotion regulation. Consequently, many studies have prioritized delineating the relationship between stress and memory. In order to understand this dynamic process, important nuances must be made. One pertains to the valence of the memory, whereas the other one refers to the different memory phases.

Characteristics of emotional memories

It is false to assume that the brain treats all memories equally. Not all memories will be encoded and stored in the brain, and those that will be might be to different degrees. It is now well-established that emotional memories are better remembered than neutral memories [14, 15]. The amygdala seems to be the key player responsible for this phenomenon. In fact, patients with lesions to the amygdala do not exhibit this bias towards emotional information; rather, they treat them the same way that they treat neutral information [16]. Studies have demonstrated that the co-activation of the hippocampus with the amygdala results in this potentiated memory for emotional information [17, 18].

Based on the scientific literature, it appears that the brain does not scan the environment equally when facing emotional stimuli compared to neutral ones. In fact, when arousal levels are high, central information seems to have an advantage over peripheral information. This is known as the «weapon-focus phenomenon.» This was first observed by police officers who noticed that witnesses of criminal scenes were able to remember the weapon but were unable to give a description of the assailant. Since then, researchers have replicated this phenomenon in laboratory settings [19]. Another important aspect that differentiates emotional memories from neutral ones pertains to the difference in retention intervals. Studies often show that emotional information is better remembered after a certain delay than immediately after encoding. The opposite seems to be true for the recall of neutral memories, which usually tend to decrease over time [20].

Impact of stress on memory encoding and memory consolidation

Now that the main differences between emotional and neutral memories have been highlighted, it is important to disentangle the different memory phases. Overall, we could divide the memory process into three distinct phases: attention and encoding, consolidation, and retrieval. Stress has been shown to have a distinct influence on all three processes [for a review, see 21]. To a certain degree, stress hormones can be beneficial to the process of attention by increasing vigilance. By being more vigilant, one is more likely to pay attention and encode pertinent information so that it can then be consolidated and available for retrieval later. Under high stress, however, the attention is usually biased towards threatening or negative information in order to maximize survival. Following initial encoding, the memory trace has to be consolidated. Memory consolidation refers to the process by which unstable

memories that are in the short-term memory system are transferred and stabilized in the long-term memory system [22]. Multiple studies have attempted to examine the effects of stress on memory consolidation. Importantly, in order to have an impact on memory consolidation, the modulation of stress hormone levels must happen close to the time of encoding. If they are modulated before encoding, the consolidation process will be affected; but one must keep in mind that this could also affect the encoding process. On the other hand, if stress hormone levels are modulated immediately after encoding, only the memory consolidation process is affected [for a review, see 21].

In general, it has been shown that an increase in cortisol promotes memory consolidation [23–28]. Some studies have, however, reported an inverted-U relationship between stress hormones and memory consolidation, suggesting that moderate cortisol levels are optimal for promoting the consolidation process [29, 30]. Here again, it is critical to consider the valence of the to-be-remembered material. For example, exposure to a psychosocial stressor has been shown to increase the consolidation of neutral information [23]. On the other hand, another study has shown that exposure to a psychosocial stressor had a positive impact on the consolidation of emotional memories, but it did not promote the consolidation of neutral memories [27]. Although these results may seem contradictory, it is important to mention that only neutral information was presented in one case, whereas both emotional and neutral information were presented in the other. When both types of information are presented, stress hormones appear to act as facilitators of the emotional memory consolidation process, but this may come with a cost for the consolidation of neutral information. On the other hand, when only neutral information is presented, stress hormones may by default promote the consolidation of that information.

As mentioned earlier, it is important to keep in mind that a stress response leads to the release of two different classes of stress hormones: catecholamines and cortisol. In order to understand the contribution of each of these systems to the memory consolidation process, pharmacological protocols that block the secretion of each class of hormones separately have proven extremely helpful. Maheu and colleagues performed a study in which they exposed participants to both neutral and negative information [31]. Participants were randomly assigned to one of the three following conditions: propranolol administration (to block noradrenaline), metyrapone administration (to block cortisol), or placebo. Short-term and long-term memory were then evaluated. Results showed that noradrenaline blockade impaired both short-term and long-term memory of the emotional material. Conversely, cortisol blockade had a detrimental effect on the long-term memory of both neutral and emotional information. Taken together, these results suggest that noradrenaline is critical for the immediate tagging of emotional information whereas cortisol is necessary for the consolidation of both neutral and emotional memories [31].

Impact of stress on memory retrieval

Once a memory trace has been consolidated in the long-term memory system, it is available for retrieval. The impact of stress on memory retrieval (also referred to as memory recall) has been investigated quite extensively. The vast majority of studies have reached the conclusion that an elevation in stress hormone levels usually impairs the memory retrieval capacity [32–40]. Contrary to memory consolidation, the effect seems to apply to both emotional and neutral information. In fact, one study even suggested that the recall of emotional memories would be even more affected by stress exposure than neutral memories [38]. Importantly, this impact of stress on memory retrieval does not follow a linear relationship. In fact, metyrapone administration (which blocks the synthesis of cortisol) decreases memory retrieval [41]. Taken together, these results support the proposition of an inverted-U shaped relationship between circulating cortisol levels and memory performance [42].

Notably, the impact on memory retrieval is thought to be transient. In other words, when stress hormone levels return to baseline, the performance should be restored. For a long time, it was actually thought that once memories were consolidated, they were unalterable. Therefore, any impact on memory retrieval should not persist beyond the time of stress hormone levels modulation. On the contrary, recent studies have demonstrated that memory retrieval induces memory reactivation during which the memory trace is again unstable and sensitive to modulation. This means that when one recalls (reactivates) a memory trace, it becomes unstable and is subject to modifications before it is transferred again in the long-term memory system through the process of memory reconsolidation. This suggests that modulation of stress hormone levels at the time of memory retrieval (memory reactivation) may have more than transient effects and may impact the memory trace in a long-lasting manner.

Impact of stress on reactivated memories

The fact that memories are again active following their recall opens up an array of possibilities regarding interventions that could be performed after the initial round of consolidation has been completed. Knowing that stress and stress hormones influence memory consolidation, we were particularly interested in understanding the impact of stress on a reactivated memory trace. To do so, we recruited healthy men and women and exposed them to a short video clip depicting both neutral and negative scenes. Participants then went home and we waited two days before bringing them back to the laboratory. During that second visit, all participants were asked to recall everything that they could remember from the video clip (free recall). This memory test was used to induce memory reactivation. Immediately following this memory reactivation process, participants were randomly assigned to a psychosocial stressor condition or to a control non-stressful condition. A free recall test of the video clip was administered to all participants following the stress (or control) condition. Five days later, participants returned to the laboratory and memory of the video clip was once again assessed. Immediately following the stress or control task, cortisol levels were found to be higher in the stress-exposed gro-

up as compared to the control group. This confirms that our stress protocol was effective at increasing stress hormone levels. In terms of memory performance, both groups had an equivalent performance at the time of memory reactivation. Immediately after the stress task (or the control condition), the stress-exposed group had enhanced memory of the negative information as compared to the control group. No significant differences were observed between the two groups for the neutral material. This result suggests that a modulation in stress hormone levels at the time of memory reactivation increases the negative memory trace. The intriguing question is whether this stress-induced increased memory trace represents a transient effect that does not persist beyond the time of the stress response or whether this could have a lasting effect. When the participants came back to the laboratory five days later, no group differences were observed in terms of cortisol levels. We found, however, that the potentiated negative memory trace was still present in the stress-exposed group [43]. Taken together, these results suggest that stress administration following memory reactivation has the capacity to increase the emotional memory trace, and that this effect persists beyond the time that stress hormone levels are modulated [43]. To verify that this effect was specific to reactivated memories, we recruited another group of participants who did not recall (reactivate) the memory of the video clip prior to exposure to the psychosocial stress procedure. Results showed that their memory of the emotional material was not potentiated immediately after the stressor nor five days later. This confirms that stress can enhance emotional memories in a long-lasting manner only when these are reactivated prior to the stress task administration [43].

It is important to point out that different results have been reported in the literature. Zhao and colleagues recruited abstinent heroin addicts, brought the subjects to the laboratory, and exposed them to 30 words with different valence (10 positive words, 10 neutral words, and 10 heroin-related negative words) [44]. The next day, participants were asked to retrieve the words (memory reactivation). They were then immediately randomized to a stress task or a control non-stressful condition. The next day (Day 3), memory of the words was tested in all subjects. The results showed that on Day 3, memory for the positive and the heroin-related negative words were lower in the stress-exposed group when compared to the control group. No effect was observed for the neutral words [44].

Although the results described above appear to contradict our findings, important differences exist between the two studies that could explain the mixed findings. Firstly, the recruited populations differed between the two studies. Secondly, the stimuli used probably probed a different neural circuitry. Although the heroin-words were negative, they likely activated the reward system, which was probably not the case in our study. Finally, our study performed an immediate recall test following the stressor as well as a delayed recall test, whereas Zhao only assessed the long-term effects on memory. One cannot exclude the possibility that the recall test following stress exposure contributed to increasing the memory trace. Importantly, both studies found that the neutral memories were not affected. In conclusion, stress exposure and stress hormones can modulate reactivated emotional memories.

The exact parameters needed to induce either an increase or a decrease of that memory trace still require further research.

Impact of lowering cortisol levels at the time of memory reactivation

Based on our finding that exposure to a psychosocial stressor at the time of memory reactivation led to an augmented negative memory trace, we were interested in further investigating that question. Firstly, given that exposure to a stressful paradigm involves the secretion of various stress hormones and also induces a change in mood, it is difficult to know if the memory modulation observed in the study described above is due solely to a variation in stress hormones. In order to determine whether cortisol modulation was responsible for this effect, we pharmacologically lowered cortisol levels at the time of memory reactivation [45]. We recruited 33 healthy men. Visit 1 was identical to the study described above: participants were exposed to a video clip containing both neutral and negative scenes. Three days later (Visit 2), participants were randomly assigned to one of the three following conditions: placebo, single dose of metyrapone (1 x 750mg), or double dose of metyrapone (2 x 750mg). As mentioned earlier, metyrapone is known to block the synthesis of cortisol by preventing the conversion of 11-deoxycortisol to cortisol. This pharmacological manipulation thereby induces a drastic reduction in levels of cortisol levels and an increase of its precursor, 11-deoxycortisol. Following the pharmacokinetics of the drug and the doses administered, the memory test was performed at the time that cortisol levels were expected to be at their lowest. This memory test served as the reactivation test. Four days later (Visit 3), all participants performed a free memory recall test to evaluate their memory of the video clip once again. Results showed that metyrapone administration induced a significant decrease in cortisol levels for the double-dose group when compared to the placebo group. In terms of memory performance, results showed that memory performance for the negative material was significantly lower at Visit 2 in the double-dose group relative to the placebo group. At Visit 3, which occurred four days after metyrapone administration, cortisol levels were comparable for all three groups. Interestingly, memory performance for the negative material was still significantly lower in the double-dose group when compared to the placebo group. At both time points when memory was assessed (Visit 2 and 3), the recall performance for the neutral material did not differ amongst all three groups. These results suggest that inhibition of cortisol secretion, via the administration of two doses of metyrapone, led to a significant reduction in the memory retrieval (reactivation) of the negative material. This effect was long-lasting, persisting four days later when cortisol levels were back to baseline [45]. Unlike the initial study with stress exposure, it was impossible to perform the initial memory retrieval (reactivation) in a drug-free state for all three groups. In fact, in the first study, all participants first reactivated the memory before being randomized to a stress or a control condition. Here, participants were initially randomized to one of the three conditions and were tested for their memory when cortisol levels were already modulated. Following memory reactivation, there is a short time-window during which the memory is again unstable and sensi-

tive to modifications before it stabilizes in the long-term memory system. Given that metyrapone takes about 90 minutes to reach its maximal effect and that a certain delay is necessary between the administrations of the two doses, the first few hours following reactivation would not be affected by stress hormone modulation. Therefore, the likelihood of obtaining a modulatory effect on memory is considerably reduced, if not completely abolished.

By combining these findings with those of the previous study that used a psychosocial stressor, results tend to suggest that cortisol modulation at the time of memory reactivation can modify the amplitude of an already consolidated memory trace. This effect seems to apply only to emotional material, which in this case was negatively charged material. Notably, this effect is long lasting.

Impact of modulating the noradrenergic system at the time of memory reactivation

As mentioned previously, the noradrenergic system has been shown to be essential for promoting the consolidation of emotional memories [18, 46]. Increasing noradrenaline levels has been shown to increase the formation of fearful memories and make them more resistant to extinction [47]. In fact, the role of the noradrenergic system is thought to be key in promoting the initial consolidation of traumatic memories. Some studies have tested the impact of beta-blockers, such as propranolol, on memory formation. When administered close to the time of memory encoding, beta-blockers can interfere with the consolidation of fearful memories in healthy humans [31, 48, 49]. This crucial finding led to the idea of administering propranolol to trauma-exposed individuals immediately following trauma exposure [50]. Findings have shown some promise with lower rates of post-traumatic stress disorder (PTSD) and less severe symptomatology in individuals who were treated with propranolol as compared to those who received a placebo [50]. This method of administering beta-blockers close to the time of trauma exposure can be seen as an early intervention technique to reduce the likelihood of developing PTSD. This method does, however, have some caveats. In order to modulate the consolidation of the traumatic memory trace, there is a limited window of opportunity. The feasibility of this method is thus problematic given that many trauma victims are not going to seek help or present themselves in an emergency room immediately after the traumatic experience. Moreover, one must remember that this early intervention technique targets all trauma victims, including those who might not have developed PTSD in the end. This could pose some challenges from an ethical point of view.

For all these reasons, the scientific field has shifted its attention towards methods that can be applied after the initial round of consolidation is complete. As is the case with the examples with cortisol modulation mentioned above, scientists have tried to administer beta-blockers at the time of memory reactivation to impair the reconsolidation of that memory trace. Some preclinical human studies have demonstrated the efficacy of propranolol in blocking the reconsolidation of emotional and fearful memories [51–53]. Other studies have failed to replicate this effect [54].

A meta-analysis was recently conducted in order to document the evidence that propranolol blocks the consolidation and the reconsolidation of emotional memories in healthy humans. Based on 18 studies (10 meeting the criteria for memory consolidation and 8 meeting the criteria for memory reconsolidation), the authors reached the conclusion that propranolol administration significantly interferes with both memory consolidation and reconsolidation of emotionally charged material [55]. Importantly, the authors also questioned whether this effect could be observed for stronger emotional memories and whether this could result in a long-term decrease of symptom severity for individuals suffering from PTSD [55].

Dampening traumatic memories: targeting retrieval, new learning or reconsolidation?

Based on animal literature and some human preclinical studies, modulation of stress hormones levels has been used to decrease fearful and traumatic memories in trauma-exposed individuals exhibiting significant PTSD symptom severity. Different approaches have been used, all taking into consideration the dynamics between stress hormones and the various memory processes.

One such line of research relies on the principle that elevated levels of cortisol are detrimental for memory retrieval. Based on this finding, researchers hypothesize that daily administration of cortisol to individuals presenting PTSD symptoms could prevent the constant retrieval and re-experiencing of their traumatic memories. Following the same logic, by preventing the initial retrieval (reactivation) of the traumatic memory, one also prevents the traumatic memory trace from being reconsolidated in a stronger form. This may prevent promotion of symptom maintenance [56, 57]. For a 3-month period, the researchers asked PTSD patients to rate on a daily basis the intensity and frequency at which they re-experienced symptoms, the physiological distress associated with traumatic memories, as well as their nightmares [58]. During the 3-month period, the patients received a low-dose of cortisol orally for one month and were given a daily placebo for the other two months (the order of placebo vs. cortisol administration was randomized and patients were blind to the condition). Beneficial effects were observed on all three variables during the month when cortisol was administered. The next logical question is whether the traumatic memory trace had been modulated or whether cortisol needs to be constantly administered to maintain such effect. In other words, is cortisol simply blocking retrieval/reactivation or is it also preventing the traumatic memory trace from reconsolidating in a stronger form? Interestingly enough, the authors reported that the re-experiencing symptoms were at their lowest during the month when cortisol had been administered. During the last month (when placebo was administered), the symptoms were still lower than those reported in the baseline month (before any cortisol administration). This suggests that cortisol probably has some modulatory effects on the traumatic memory trace that persist beyond the time of action of the drug to at least some degree.

Another line of research focuses on increasing the consolidation of the extinction memory trace. Exposure-based therapies are currently recommended for the treatment of PTSD and anxiety disorders [59–61]. This type of therapy relies on the principle of fear extinction learning. Instead of trying to modulate the same memory trace (through blocking its reactivation and/or its reconsolidation), the therapy aims to form a strong safety memory that can compete with the fear memory. During therapy, a safety memory trace is formed. This new memory trace then competes for expression against the original fear memory that still exists. Both memories co-exist and compete with each other. The expression of one over the other depends on various factors, notably the strength of each memory trace. The idea is to boost extinction learning, which should result in safe memory expression and fear memory silencing. Importantly, multiple pharmacological compounds have been tested as adjuncts to extinction learning [for reviews, see 62–65]. Among these different adjuncts to therapy, cortisol has received some attention. The idea is based on the well-documented finding that cortisol promotes memory consolidation of neutral and emotional information. If cortisol is administered immediately following extinction learning that occurs during therapy, then this should promote the consolidation of this safety memory trace. By increasing the consolidation process, that memory trace should be stronger and more likely to be expressed when competing against the fear-related memory trace. Suris and colleagues tested this question in individuals suffering from PTSD [66]. They demonstrated that cortisol increased extinction in PTSD individuals, with lower avoidance/numbing symptoms observed in the cortisol-treated group compared to the placebo group one week later. Importantly, the effect vanished one month later. It remains to be determined whether multiple extinction sessions should be paired with cortisol in order to achieve more lasting effects [66]. Importantly, this procedure has also been tested in various anxiety disorders, such as specific phobia; in these studies, the pairing of cortisol administration with extinction therapy sessions improved the efficacy of therapy [67, 68].

Other studies have administered propranolol when reactivating the traumatic memory trace in order to block its reconsolidation. One such study showed that the administration of propranolol immediately after the reactivation of the traumatic memory trace leads to lower physiological responses during a trauma-related script-driven imagery protocol one week later in individuals suffering from PTSD as compared to in placebo-treated individuals [69]. Similar effects were obtained in a group of individuals suffering from PTSD who had to reactivate their traumatic event at six different time points, where each reactivation was paired with propranolol administration. When tested four months later, the lower physiological response to the trauma-related script-driven imagery persisted [70]. Unfortunately, these studies did not have a non-reactivation control group. The addition of this type of group is of great importance if one wants to demonstrate specific effects of propranolol on the memory reconsolidation process. Wood and colleagues have tested this question by administering propranolol to two groups of military-related PTSD patients: one group received propranolol at the time of reactivating

the traumatic memory trace whereas the other group did not reactivate their traumatic memory [71]. The physiological responding to the trauma-related script-driven imagery procedure was similar in both groups. This suggests that the effects of propranolol may be non-specific and may not be acting directly on the process of memory reconsolidation [71]. It is, however, necessary to consider that the samples of the two studies were quite different in terms of sex composition (the study by Wood only included men and all of them had military-related trauma whereas the studies by Brunet included men and women with a variety of traumatic events). Nonetheless, more studies are needed in order to elucidate exactly the mechanism by which propranolol can lead to lower physiological responding in PTSD individuals.

Where do we go from here?

As illustrated throughout this manuscript, stress hormones play a critical role in various memory processes. By understanding their dynamics in healthy controls, one can then try to translate this knowledge to clinical populations who exhibit significant symptoms that are related to traumatic memories. The examples mentioned above highlight the complexity of translating the question into clinical populations; and even the research that has attempted to do so has had inconsistent findings across studies. As we keep trying to identify the network and the exact mechanisms for modulating traumatic memories, more knowledge about the interaction between stress and memory is being generated. We must continue searching for the optimal parameters for modulating traumatic memories; in addition, we must begin to integrate this newfound knowledge into these studies that aim at modulating traumatic memories.

Firstly, some molecules are administered because of their known effects in promoting learning and consolidation. For example, cortisol is used as an adjunct to extinction learning. On the other hand, other molecules are used to block the reconsolidation of the traumatic memory trace upon its reactivation. It is crucial to carefully document the parameters that, upon recall of the memory trace, lead to either memory reconsolidation or to memory extinction. In fact, if one administers cortisol with the objective of promoting extinction learning, there is a potential risk that extinction may not take place and reconsolidation does. If such is the case, cortisol might act by further strengthening the reconsolidation of the traumatic memory trace.

Sex differences and sex hormones are also important factors to consider [72–74]. Firstly, biological sex unequivocally has an impact on how traumatic memories are acquired and become more or less resistant to extinction. In fact, women are more vulnerable than men against PTSD development [75–78]. Beyond the simple differentiation between men and women, the hormonal milieu should also be considered [72–74]. For example, women suffering from PTSD who also have low estrogen levels exhibit higher startle during extinction compared to low estrogen traumatized-exposed non-PTSD women. The difference between the two groups

of trauma-exposed women (differing on PTSD status) is not present in women with high estrogen levels [79]. This study suggests that low estrogen levels may be a vulnerability factor in women for PTSD development [79].

Several key structures involved in both the stress response and memory formation, such as the amygdala, the hippocampus and the prefrontal cortex, are densely populated with estrogen receptors [80]. Not surprisingly, there are important interactions between the hypothalamus-pituitary-gonadal (HPG) axis and the HPA axis. When exposed to a given stressor, men and women react differently (source?). Moreover, the stress response differs across women when one takes into consideration the phase of the menstrual cycle as well as the use of oral contraceptives [81-84]. Imaging studies have also confirmed that the fear network is activated differently based on these factors [85-88].

Not only is the crosstalk between the HPG and the HPA axes important, but also the impact of propranolol (which acts mostly on the SAM axis) as a function of sex and the hormonal milieu. In fact, estrogen levels have been shown to play an important role in the regulation of adrenergic receptor expression [89]. This suggests that using propranolol as a memory modulator could yield distinct effects depending on the sex of the individuals and the levels of estrogen at the time of testing.

It also remains to be determined whether all traumatic memories are equal in terms of the neurocircuitry that is involved and potentially dysregulated. Factors such as the type of trauma, the age at which the trauma occurred, and the chronicity of the trauma (one occurrence vs. multiple occurrences of the traumatic event) must be studied in order to better understand the neural circuitry underlying these factors. The amygdala, the hippocampus, and the prefrontal cortex all follow different developmental trajectories [90]; it is likely that a given traumatic event will have different disruptive effects on the neural circuitry underlying fearful/traumatic memories.

In summary, stress hormones impact how fearful and traumatic memories are acquired, retrieved, extinguished, and reconsolidated. Stress hormones are thus a potential target for modulating the strength of these traumatic memories, which could lead to a better quality of life for trauma victims. More studies are needed in order to fully elucidate the mechanisms by which such an effect could best be achieved. Important factors that could influence these effects, such as sex, sex hormones, and trauma history, should be taken into account in order to better understand the dynamic and complex relationship that exists between stress hormones and traumatic memory modulation.

References

- 1 Mason JW. *A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system*. Psychosom Med. 1968; 30. 576-607.
- 2 Mason JW. *A review of psychoendocrine research on the sympathetic-adrenal medullary system*. Psychosom Med. 1968; 30. 631-53.

- 3 Dickerson SS, Kemeny ME. *Acute stressors and cortisol responses: a theoretical integration and synthesis of laboratory research*. Psychol Bull. 2004; 130. 355-91.
- 4 Nelson RJ. *An Introduction to Behavioral Endocrinology*. Second. Sunderland: Massachusetts: Sinauer Associates; 2000.
- 5 Reul JM, de Kloet ER. *Two receptor systems for corticosterone in rat brain: microdistribution and differential occupation*. Endocrinology. 1985; 117. 2505-11.
- 6 De Kloet ER, Oitzl MS, Joëls M. *Stress and cognition: are corticosteroids good or bad guys?* Trends Neurosci. 1999; 22. 422-6.
- 7 Diorio D, Viau V, Meaney MJ. *The role of the medial prefrontal cortex (cingulate gyrus) in the regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress*. J Neurosci. 1993; 13. 3839-47.
- 8 McEwen BS, De Kloet ER, Rostene W. *Adrenal steroid receptors and actions in the nervous system*. Physiol Rev. 1986; 66. 1121-88.
- 9 McEwen BS, Weiss JM, Schwartz LS. *Selective retention of corticosterone by limbic structures in rat brain*. Nature. 1968; 220. 911-2.
- 10 Meaney MJ, Sapolsky RM, McEwen BS. *The development of the glucocorticoid receptor system in the rat limbic brain*. II. An autoradiographic study. Brain Res. 1985; 350. 165-8.
- 11 Sarrieau A, Dussailant M, Sapolsky RM, Aitken DH, Olivier A, Lal S, et al. *Glucocorticoid binding sites in human temporal cortex*. Brain Res. 1988; 442. 157-60.
- 12 Sánchez MM, Young LJ, Plotsky PM, Insel TR. *Distribution of corticosteroid receptors in the rhesus brain: relative absence of glucocorticoid receptors in the hippocampal formation*. J Neurosci. 2000; 20. 4657-68.
- 13 Brown RE. *An introduction to neuroendocrinology*. Fifth. Cambridge: University Press; 1999.
- 14 Cahill L, McGaugh JL. *A novel demonstration of enhanced memory associated with emotional arousal*. Conscious Cogn. 1995; 4. 410-21.
- 15 Heuer F, Reisberg D. *Vivid memories of emotional events: the accuracy of remembered minutiae*. Mem Cognit. 1990; 18. 496-506.
- 16 Anderson AK, Phelps EA. *Lesions of the human amygdala impair enhanced perception of emotionally salient events*. Nature. 2001; 411. 305-9.
- 17 McGaugh JL, Cahill L, Roozendaal B. *Involvement of the amygdala in memory storage: interaction with other brain systems*. Proc Natl Acad Sci U S A. 1996; 93. 13508-14.
- 18 Roozendaal B, Barsegyan A, Lee S. *Adrenal stress hormones, amygdala activation, and memory for emotionally arousing experiences*. Prog Brain Res. 2008; 167. 79-97.
- 19 Christianson S-Å, Loftus EF. *Remembering emotional events: The fate of detailed information*. Cogn Emot. 1991; 5. 81-108.
- 20 Kleinsmith LJ, Kaplan S. *Paired-associate learning as a function of arousal and interpolated interval*. J Exp Psychol. 1963; 65. 190-3.
- 21 Marin MF, Lupien SJ. *Stress and glucocorticoid effects on learning and memory: Human studies*. In: Handbook of Stress: Neuropsychological effects on the brain. Conrad, C. England: Blackwell Publishing; 2011.
- 22 McGaugh JL. *Memory—a century of consolidation*. Science. 2000; 287. 248-51.
- 23 Beckner VE, Tucker DM, Delville Y, Mohr DC. *Stress facilitates consolidation of verbal memory for a film but does not affect retrieval*. Behav Neurosci. 2006; 120. 518-27.

- 24 Buchanan TW, Lovallo WR. *Enhanced memory for emotional material following stress-level cortisol treatment in humans*. Psychoneuroendocrinology. 2001; 26. 307–17.
- 25 Kuhlmann S, Wolf OT. *Arousal and cortisol interact in modulating memory consolidation in healthy young men*. Behav Neurosci. 2006; 120. 217–23.
- 26 Cahill L, Gorski L, Le K. *Enhanced human memory consolidation with post-learning stress: interaction with the degree of arousal at encoding*. Learn Mem. 2003; 10. 270–4.
- 27 Payne JD, Jackson ED, Hoscheidt S, Ryan L, Jacobs WJ, Nadel L. *Stress administered prior to encoding impairs neutral but enhances emotional long-term episodic memories*. Learn Mem. 2007; 14. 861–8.
- 28 Schwabe L, Bohringer A, Chatterjee M, Schachinger H. *Effects of pre-learning stress on memory for neutral, positive and negative words: Different roles of cortisol and autonomic arousal*. Neurobiol Learn Mem. 2008; 90. 44–53.
- 29 Andreano JM, Cahill L. *Glucocorticoid release and memory consolidation in men and women*. Psychol Sci. 2006; 17. 466–70.
- 30 Abercrombie HC, Kalin NH, Thurow ME, Rosenkranz MA, Davidson RJ. *Cortisol variation in humans affects memory for emotionally laden and neutral information*. Behav Neurosci. 2003; 117. 505–16.
- 31 Maheu FS, Joobor R, Beaulieu S, Lupien SJ. *Differential effects of adrenergic and corticosteroid hormonal systems on human short- and long-term declarative memory for emotionally arousing material*. Behav Neurosci. 2004; 118. 420–8.
- 32 De Quervain DJ-F. *Glucocorticoid-induced inhibition of memory retrieval: implications for posttraumatic stress disorder*. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1071. 216–20.
- 33 De Quervain DJ, Roozendaal B, McGaugh JL. *Stress and glucocorticoids impair retrieval of long-term spatial memory*. Nature. 1998; 394. 787–90.
- 34 De Quervain DJ, Roozendaal B, Nitsch RM, McGaugh JL, Hock C. *Acute cortisone administration impairs retrieval of long-term declarative memory in humans*. Nat Neurosci. 2000 ; 3. 313–4.
- 35 Buchanan TW, Tranel D, Adolphs R. *Impaired memory retrieval correlates with individual differences in cortisol response but not autonomic response*. Learn Mem. 2006; 13. 382–7.
- 36 Buchanan TW, Tranel D. *Stress and emotional memory retrieval: effects of sex and cortisol response*. Neurobiol Learn Mem. 2008; 89. 134–41.
- 37 Tollenaar MS, Elzinga BM, Spinhoven P, Everaerd W. *Immediate and prolonged effects of cortisol, but not propranolol, on memory retrieval in healthy young men*. Neurobiol Learn Mem. 2009; 91. 23–31.
- 38 Kuhlmann S, Piel M, Wolf OT. *Impaired memory retrieval after psychosocial stress in healthy young men*. J Neurosci. 2005; 25. 2977–82.
- 39 Kuhlmann S, Kirschbaum C, Wolf OT. *Effects of oral cortisol treatment in healthy young women on memory retrieval of negative and neutral words*. Neurobiol Learn Mem. 2005; 83. 158–62.
- 40 Het S, Ramlow G, Wolf OT. *A meta-analytic review of the effects of acute cortisol administration on human memory*. Psychoneuroendocrinology. 2005; 30. 771–84.
- 41 Lupien SJ, Wilkinson CW, Brière S, Ménard C, Ng Ying Kin NMK, Nair NPV. *The modulatory effects of corticosteroids on cognition: studies in young human populations*. Psychoneuroendocrinology. 2002; 27. 401–16.

- 42 Lupien SJ, McEwen BS. *The acute effects of corticosteroids on cognition: integration of animal and human model studies*. Brain Res Brain Res Rev. 1997; 24. 1–27.
- 43 Marin MF, Pilgrim K, Lupien SJ. *Modulatory effects of stress on reactivated emotional memories*. Psychoneuroendocrinology. 2010; 35. 1388–96.
- 44 Zhao L-Y, Zhang X-L, Shi J, Epstein DH, Lu L. *Psychosocial stress after reactivation of drug-related memory impairs later recall in abstinent heroin addicts*. Psychopharmacology. 2009; 203. 599–608.
- 45 Marin MF, Hupbach A, Maheu FS, Nader K, Lupien SJ. *Metyrapone administration reduces the strength of an emotional memory trace in a long-lasting manner*. J Clin Endocrinol Metab. 2011; 96. E1221–7.
- 46 McGaugh JL, Roozendaal B. *Role of adrenal stress hormones in forming lasting memories in the brain*. Curr Opin Neurobiol. 2002; 12. 205–10.
- 47 Soeter M, Kindt M. *Stimulation of the noradrenergic system during memory formation impairs extinction learning but not the disruption of reconsolidation*. Neuropsychopharmacol. 2012; 37. 1204–15.
- 48 Cahill L, Prins B, Weber M, McGaugh JL. *Beta-adrenergic activation and memory for emotional events*. Nature. 1994; 371. 702–4.
- 49 Van Stegeren AH, Everaerd W, Cahill L, McGaugh JL, Gooren LJ. *Memory for emotional events: differential effects of centrally versus peripherally acting beta-blocking agents*. Psychopharmacology. 1998; 138. 305–10.
- 50 Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, Healy AR, Cheema F, Lasko NB, et al. *Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol*. Biol Psychiatry. 2002; 51. 189–92.
- 51 Soeter M, Kindt M. *Dissociating response systems: erasing fear from memory*. Neurobiol Learn Mem. 2010; 94. 30–41.
- 52 Soeter M, Kindt M. *Disrupting reconsolidation: pharmacological and behavioral manipulations*. Learn Mem. 2011; 18. 357–66.
- 53 Kindt M, Soeter M, Vervliet B. *Beyond extinction: erasing human fear responses and preventing the return of fear*. Nat Neurosci. 2009; 12. 256–8.
- 54 Spring JD, Wood NE, Mueller-Pfeiffer C, Milad MR, Pitman RK, Orr SP. *Prereactivation propranolol fails to reduce skin conductance reactivity to prepared fear-conditioned stimuli*. Psychophysiology. 2015; 52. 407–15.
- 55 Lonergan MH, Olivera-Figueroa LA, Pitman RK, Brunet A. *Propranolol's effects on the consolidation and reconsolidation of long-term emotional memory in healthy participants: a meta-analysis*. J Psychiatry Neurosci. 2013; 38. 222–31.
- 56 De Quervain DJ-F. *Glucocorticoid-induced reduction of traumatic memories: implications for the treatment of PTSD*. Prog Brain Res. 2008; 167. 239–47.
- 57 De Quervain DJ-F, Margraf J. *Glucocorticoids for the treatment of post-traumatic stress disorder and phobias: a novel therapeutic approach*. Eur J Pharmacol. 2008; 583. 365–71.
- 58 Aerni A, Traber R, Hock C, Roozendaal B, Schelling G, Papassotiropoulos A, et al. *Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry. 2004; 161. 1488–90.
- 59 Foa EB. *Prolonged exposure therapy: past, present, and future*. Depress Anxiety. 2011; 28. 1043–7.

- 60 Vervliet B, Craske MG, Hermans D. *Fear extinction and relapse: state of the art*. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013; 9. 215–48.
- 61 McNally RJ. *Mechanisms of exposure therapy: how neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders*. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27. 750–9.
- 62 Hofmann SG, Fang A, Gutner CA. *Cognitive enhancers for the treatment of anxiety disorders*. *Restor Neurol Neurosci*. 2014; 32. 183–95.
- 63 Marin M-F, Lonak SF, Milad MR. *Augmentation of Evidence-Based Psychotherapy for PTSD With Cognitive Enhancers*. *Curr Psychiatry Rep*. 2015; 17. 39.
- 64 Ressler KJ, Rothbaum BO, Tannenbaum L, Anderson P, Graap K, Zimand E, et al. *Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear*. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61. 1136–44.
- 65 Singewald N, Schmuckermair C, Whittle N, Holmes A, Ressler KJ. *Pharmacology of cognitive enhancers for exposure-based therapy of fear, anxiety and trauma-related disorders*. *Pharmacol Ther*. 2015; 149. 150–190.
- 66 Suris A, North C, Adinoff B, Powell CM, Greene R. *Effects of exogenous glucocorticoid on combat-related PTSD symptoms*. *Ann Clin Psychiatry*. 2010; 22. 274–9.
- 67 Soravia LM, Heinrichs M, Winzeler L, Fislser M, Schmitt W, Horn H, et al. *Glucocorticoids enhance in vivo exposure-based therapy of spider phobia*. *Depress Anxiety*. 2014; 31. 429–35.
- 68 De Quervain DJ-F, Bentz D, Michael T, Bolt OC, Wiederhold BK, Margraf J, et al. *Glucocorticoids enhance extinction-based psychotherapy*. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011; 108. 6621–5.
- 69 Brunet A, Orr SP, Tremblay J, Robertson K, Nader K, Pitman RK. *Effect of post-retrieval propranolol on psychophysiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery in post-traumatic stress disorder*. *J Psychiatr Res*. 2008; 42. 503–6.
- 70 Brunet A, Thomas É, Saumier D, Ashbaugh AR, Azzoug A, Pitman RK, et al. *Trauma reactivation plus propranolol is associated with durably low physiological responding during subsequent script-driven traumatic imagery*. *Can J Psychiatry Rev*. 2014; 59. 228–32.
- 71 Wood NE, Rosasco ML, Suris AM, Spring JD, Marin M-F, Lasko NB, et al. *Pharmacological blockade of memory reconsolidation in posttraumatic stress disorder: Three negative psychophysiological studies*. *Psychiatry Res*. 2015; 225. 31–9.
- 72 Graham BM, Milad MR. *The study of fear extinction: implications for anxiety disorders*. *Am J Psychiatry*. 2011; 168. 1255–65.
- 73 Maeng LY, Milad MR. *Sex differences in anxiety disorders: Interactions between fear, stress, and gonadal hormones*. *Horm Behav*. 2015; 76. 106–17.
- 74 Glover EM, Jovanovic T, Norrholm SD. *Estrogen and extinction of fear memories: implications for posttraumatic stress disorder treatment*. *Biol Psychiatry*. 2015; 78. 178–85.
- 75 Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma*. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55. 626–32.
- 76 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. *Arch Gen Psychiatry*. 1995; 52. 1048–60.
- 77 Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, et al. *Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women*.

- J Consult Clin Psychol*. 1993; 61. 984–91.
- 78 Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. *National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria: DSM-5 PTSD Prevalence*. *J Trauma Stress*. 2013; 26. 537–47.
- 79 Glover EM, Jovanovic T, Mercer KB, Kerley K, Bradley B, Ressler KJ, et al. *Estrogen levels are associated with extinction deficits in women with posttraumatic stress disorder*. *Biol Psychiatry*. 2012; 72. 19–24.
- 80 Lebron-Milad K, Milad MR. *Sex differences, gonadal hormones and the fear extinction network: implications for anxiety disorders*. *Biol Mood Anxiety Disord*. 2012; 2. 3.
- 81 Kirschbaum C, Kudielka BM, Gaab J, Schommer NC, Hellhammer DH. *Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis*. *Psychosom Med*. 1999; 61. 154–62.
- 82 Kudielka BM, Kirschbaum C. *Sex differences in HPA axis responses to stress: a review*. *Biol Psychol*. 2005; 69. 113–32.
- 83 Childs E, Dlugos A, De Wit H. *Cardiovascular, hormonal, and emotional responses to the TSST in relation to sex and menstrual cycle phase*. *Psychophysiology*. 2010; 47. 550–9.
- 84 Stephens MAC, Mahon PB, McCaul ME, Wand GS. *Hypothalamic-pituitary-adrenal axis response to acute psychosocial stress: Effects of biological sex and circulating sex hormones*. *Psychoneuroendocrinology*. 2016; 66. 47–55.
- 85 Lebron-Milad K, Abbs B, Milad MR, Linnman C, Rougemont-Bücking A, Zeidan MA, et al. *Sex differences in the neurobiology of fear conditioning and extinction: a preliminary fMRI study of shared sex differences with stress-arousal circuitry*. *Biol Mood Anxiety Disord*. 2012; 2. 7.
- 86 Zeidan MA, Igoe SA, Linnman C, Vitalo A, Levine JB, Klibanski A, et al. *Estradiol modulates medial prefrontal cortex and amygdala activity during fear extinction in women and female rats*. *Biol Psychiatry*. 2011; 70. 920–7.
- 87 Hwang MJ, Zsido RG, Song H, Pace-Schott EF, Miller KK, Lebron-Milad K, et al. *Contribution of estradiol levels and hormonal contraceptives to sex differences within the fear network during fear conditioning and extinction*. *BMC Psychiatry*. 2015; 15. 295.
- 88 Bayer J, Schultz H, Gamer M, Sommer T. *Menstrual-cycle dependent fluctuations in ovarian hormones affect emotional memory*. *Neurobiol Learn Mem*. 2014; 110. 55–63.
- 89 Herbison AE, Simonian SX, Thanky NR, Bicknell RJ. *Oestrogen Modulation of Noradrenaline Neurotransmission*. In: Organizer DJC, Goode JA, editors. *Neuronal and Cognitive Effects of Oestrogens*. John Wiley & Sons; 2000.
- 90 Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. *Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition*. *Nat Rev Neurosci*. 2009; 10. 434–45.

prof. dr. hab. n. med. Wojciech Gruszczyński,
Andrzej Dryja
Katedra Psychologii Zdrowia i Klinicznej
Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

DUCHOWOŚĆ W PRAKTYCE PSYCHOLOGICZNO – PSYCHIATRYCZNEJ

SPIRITUALITY IN PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC PRACTISE

Streszczenie

Jako autorzy mamy pełną świadomość, że nasza znajomość problematyki duchowości oparta jest na bardzo słabych i wątpliwych podstawach teoretycznych, nie mówiąc już o empatii. To co teologowie duchowości zgłębiają przez lata my znamy wyłącznie z niektórych publikacji, nie zawsze źródłowych ale przekazów współczesnych badaczy. Ponadto w zrozumieniu problemu barierą trudną do pokonania był utrwalony przez lata sposób postrzegania psychiki ludzkiej w aspektach biologicznych, nawet w skali całego świata, najczęściej w kontekście różnych religii, które w XXI wieku zaczynają decydować o jego losach. Nasza hipoteza dotycząca duchowości ma swoje korzenie w rozumieniu etiopogenezy chorób somatycznych, zwłaszcza psychosomatycznych. Skoro coś nieuchwytnego materialnie jak stres psychologiczny (zwłaszcza tzw. bodźce psychospołeczne BP) mogą wywoływać ciężkie, często śmiertelne choroby somatyczne (cywilizacyjne), to czy duchowość jako ważny element wiary (religii) nie może zmienić biologii mózgu i całego organizmu?

Autorzy publikacji odstąpili od klasycznego, tradycyjnego zakończenia pracy w postaci omówienia i dyskusji oraz wniosków. Na obecnym etapie naszej wiedzy poznawczej bazującej na koncepcjach i poglądach innych cytowanych autorów, nie czujemy się kompetentni wyrażać nasze stanowisko i prezentować własnych poglądów. Reprezentując inne gałęzie wiedzy (medyczna i psychologiczna) nie mamy pewności czy nasza publikacja spotka się z zainteresowaniem Uczestników Konferencji poświęconej «Medycznym i społecznym aspektom traumy». W cytowanej literaturze niniejszej pracy nie mogliśmy dokonać analizy porównawczej z innymi publikacjami poświęconymi problematyce duchowości w medycynie i psychologii.

Przedstawione przez nas w części I pracy własne doświadczenia, refleksje i przemyślenia na temat roli duchowości mają charakter bardziej intuicyjny (wycucia, przeczucia) niż naukowy. Co prawda tzw. intuicjonizm jest doktryną epistemolo-

giczną, która uważa intuicję za najwartościowsze źródło poznawcze. Może tak być, jeżeli wiedza w danej dziedzinie jest głęboka, specjalistyczna i w miarę pełna. Biorąc pod uwagę przedstawione dylematy autorów zwracamy się z prośbą do Czytelników, aby swoje uwagi, wątpliwości, spostrzeżenia i oceny (zwłaszcza krytyczne) byli uprzejmi przesyłać drogą e-mailową na adres andrzejdryja@o2.pl

Abstract

As authors we are fully aware of the fact that our knowledge of the issues related to spirituality is based on very weak and fragile theoretical foundations, not to mention empathy. What spirituality theologians study for many years we know only from some publications and sources of contemporary researchers. Moreover, a barrier in the understanding of the problem, which was hard to overcome, was the established manner of perceiving the human psyche in biological aspects, even on a worldwide scale, most often in the context of various religions that are beginning to decide about the fate of mankind in the 21st century. Our hypothesis regarding spirituality has its roots in the understanding of the aetiopathogenesis of somatic, especially psychosomatic, diseases. Although something as materially elusive as psychological stress (especially the so-called BP psychosocial stimuli) may cause severe and often fatal somatic (civilisation) diseases. Therefore, can spirituality – as an important element of faith (religion) – change the biology of the brain or the entire organism?

The authors of the publication resigned from a classic and traditional ending of the paper in the form of presentation, discussion and conclusions. At the current state of our cognitive knowledge based on the concepts and opinions of other quoted authors, we do not feel competent to express our standpoint and present our own opinions. By representing other branches of science (medicine and psychology), we are not certain whether our publication will be of any interest to the participants of the conference dedicated to the «Medical and social aspects of trauma». In the quoted literature of this paper, we were not able to perform a comparative analysis with other publications dedicated to the matter of spirituality in medicine and psychology.

Own experiences, reflections and thoughts on the role of spirituality, presented in Part I of the paper, are only of a more intuitive (senses, premonitions) rather than scientific nature. As a matter of fact, the so-called institutionalism is an epistemological doctrine, according to which intuition is the most valuable cognitive source. This may be so if the knowledge in a given field is deep, specialist and extensive. Taking into account the presented dilemmas of the authors, we hereby ask the readers to send their remarks, doubts, observations and opinions (especially the critical ones) to the following email address: andrzejdryja@o2.pl.

Wstęp

Bezpośrednią inspiracją do podjęcia przez autorów (psychiatra i student psychologii) indywidualnych dociekań na temat duchowości był 168 Zjazd Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) który odbył się w dniach 16–20 maja 2015

roku w Toronto. Przewodnim przesłaniem spotkania 14 tysięcy uczestników z całego świata było : «Integracja ciała i umysłu, serca i duszy».

W trakcie obrad podkreślano istotną rolę psychiatrów w terapii chorób «neuropychiatrycznych», jednak w taki sposób żeby nie utracić jej «serca i duszy». Należy w tym miejscu podkreślić, że coroczne zjazdy APA odbywające się w stolicach poszczególnych stanów USA mają charakter ogólnosiwiatowy i dla środowiska psychiatrycznego stanowią cenny drogowskaz pod względem naukowym jak również postępowania diagnostyczno–terapeutycznego. Autor (psychiatra) niejednokrotnie miał przyjemność uczestniczyć we wspomnianych spotkaniach, jednak dopiero Zjazd w 2015 roku tak mocno i dobitnie wyeksponował jako swoje motto problematykę «duszy» w terapii psychiatrycznej. Dotychczas psychiatria światowa, w tym również polska za główny cel badań naukowych stawiała sobie wyjaśnienie biologicznych mechanizmów powstawania i przebiegu zaburzeń psychicznych i zachowania. Stąd wielkie nakłady finansowe na badania mózgu w ostatnim 10–leciu zarówno w Stanach Zjednoczonych AP (3,5 miliarda dolarów) oraz Unii Europejskiej (4,5 miliarda euro). Jednak codzienna praktyka psychiatryczna zarówno w zakresie nowoczesnej diagnostyki (na poziomie biochemicznym) jak i różnego rodzaju metod terapeutycznych (farmakologia, psychoterapia i inne) nie potwierdzały, a nawet przeczyły powszechnie uznawanej teorii naukowej o danej chorobie. Wówczas sądziliśmy, że dalszy postęp nauki i wiedzy o mózgu pozwoli na szybkie wyjaśnienie i poznanie patomechanizmu danej choroby psychicznej i zrozumienie zaburzeń psychopatologicznych i zachowania obecnie niewytłumaczalnych naukowo.

168 Zjazd APA i jego przesłanie zwróciło naszą uwagę na zagadnienia duchowości jako ważnego problemu naukowego w dziedzinie psychiatrii.

W polskim piśmiennictwie psychiatrycznym problematyka duchowości była mówiąc delikatnie do tej pory niedoceniana i marginalizowana. Jak wspomniano nasze kilkumiesięczne studiowanie literatury naukowej głównie z zakresu teologii duchowości pozwoliło z jednej strony na zrozumienie i wyjaśnienie niektórych zjawisk psychopatologicznych obserwowanych u pacjentów, z drugiej natomiast strony uświadomiło nam, że w tej dziedzinie pozostajemy nadal na początku drogi poznania «duszy» człowieka chorego. Nasz obecny stan wiedzy omawianej problematyki odzwierciedla wiersz «Westchnienie» ks. Jana Twardowskiego [1]

*«Duchu stale pobożny twardy i uparty
jesteś - a przecież nigdy cię nie widać
bo przez grzeczność udajesz że cię wcale nie ma
choć chcemy oglądać ręce oczy uszy
robić miny na pokaz żeby się podobać
żenić się by po kwiatkach kupować jarzyny*

*bądź już taki jaki jesteś
lecz nie odchodź od nas
bo czas coraz prędszy
znów wiara niestała*

*od samego siebie najdalej do nieba
a ciało wciąż nie może uspokoić ciała»*

«Wiedza
o tym kim jest
cierpiący
na daną chorobę
jest cenniejsza
niż wiedza
o tym jaka to
choroba.»
sir William Osler

Mottem naszej publikacji jest powiedzenie angielskiego lekarza sir Wiliama Oslera (1891): «Wiedza o tym kim jest cierpiący na daną chorobę jest cenniejsza niż wiedza o tym jaka to choroba».

Celem zasadniczym pracy jest zwrócenie uwagi i zainteresowanie Czytelników z grupy zawodów medycznych i psychologicznych tematyką szeroko rozumianej duchowości.

Współczesna medycyna «uniwersytecka» ma charakter «naprawczy» (*narządowo–aparaturowy*) i osiąga w tej dziedzinie znaczące sukcesy czego przykładem może być transplantologia. Czynniki psychiczne i duchowe pozostają nadal drugoplanowe, niedoceniane a niekiedy pomijane w codziennej działalności lekarskiej.

Z drugiej strony współczesna medycyna przynajmniej w teorii (oficjalnie) akceptuje i docenia takie zjawiska jak «cudowne ozdrowienia» (np. w procesach be-
atyfikacyjnych) «efekt placebo» czy też popularne powiedzenia : «wiarą czyni cuda», «w zdrowym ciele zdrowy duch» itp.

Najwybitniejszy lekarz wszech czasów Arystoteles (384–322p.n.e) twierdził, że dusza i ciało są dwoma aspektami rzeczy ożywionych. Tymczasem o czynnikach psychicznych i duchowych współczesna medycyna jakby zapomniała. Potwierdzeniem takiego stanowiska jest wzrost popularności, zainteresowania i powszechność tzw. medycyny niekonwencjonalnej (alternatywnej), która wbrew opinii środowiska lekarskiego «przebiła się» do mediów i zyskała uznanie społeczne. Tzw. medycyna psychosomatyczna szczególnie eksponowana w USA to kierunek naukowo–
badawczy zajmujący się chorobami psychosomatycznymi (o etiologii psychogennej) jest przedmiotem wykładanym w uniwersytetach medycznych i krajach tzw. Byłej Europy Zachodniej. Np. w Niemczech są Wydziały Medycyny Psychosomatycznej i szpitale uniwersyteckie z oddziałami (klinikami) psychosomatycznymi. W Polsce pozostaje tematem nieznanym zarówno lekarzom, studentom i stażystom, a NFZ nie przewiduje kontraktów z wieloma oddziałami psychosomatycznymi szpitali prywatnych.

Prezentowana praca składa się z dwóch zasadniczych części a mianowicie:

- 1/ Przedstawia przejawy duchowości pacjentów w doświadczeniach zawodowych autorów;
- 2/ Omawiająca duchowość jako dziedzinę nauki;

Część I : Przejawy duchowości pacjentów w doświadczeniach zawodowych autorów;

A/ Psychiatrii. (Gruszczyńskiego W.)

Dotyczy omówienia przypadków kazuistycznych w niektórych zaburzeniach psychicznych w których zjawisko duchowości podmiotu pomaga w zrozumieniu trudnej problematyki diagnostyczno–terapeutycznej.

1/ Z zakresu problemów związanych z alkoholem.

Truizmem jest stwierdzenie, że zagadnienia związane z alkoholem stanowią problem społeczny, a badania naukowe mają charakter interdyscyplinarny.

Aspekt medyczny w tym psychiatryczny wydaje się być jednym z ważniejszych. Generalnie metody leczenia choroby alkoholowej (zespołu zależności alkoholowej ZZA) nadal uznaje się za mało skuteczne. Coraz szersza oferta psychoterapeutyczna, wzrost liczby grup samopomocowych (AA) również nie rozwiązały problemu leczenia ZZA. Zakładany cel psychoterapii – utrzymanie dożywotniej abstynencji jest osiągalny dla niewielkiego odsetka pacjentów [2, 3]. Przekonałem się o tym osobiście konsultując górali z Zakopanego i okolic, u których rozpoznawałem pełnoobjawową chorobę alkoholową.

Od dzieciństwa znam to środowisko gdyż pochodzę z Małopolski i często odwiedzam rodzinny Kraków. Przyznaję, że nie mogłem pochwalić się skutecznością terapii odwykowej, a nasilenie objawów choroby alkoholowej nie dotyczyło tylko aspektów medyczno–psychiatrycznych, ale również społeczno–prawnych, w tym głównie kręgu rodzinnego. Kto zna górali ten doskonale rozumie co kryje się powyższymi stwierdzeniami.

Dużym zaskoczeniem graniczącym z «szokiem» zawodowym była dla mnie sytuacja gdy «moi» podopieczni z powodu «przymusu zewnętrznego» (poku-
ta po spowiedzi) decydowali się na złożenie ślubów abstynencyjnych w Kościele Jezuitów na tzw. «Górcie» w Zakopanem (okolice Gubałówki). Ślubowanie abstynencji Matce Boskiej Tatrzańskiej odbywało się bardzo uroczyście w obecności rodziny, sąsiadów danej wioski, przeważnie w czasie Mszy Świętej. Ślubujący, przykładowo «Józek Gąsienica» (odpowiednik Jana Kowalskiego w Polsce) otrzymywał imienny certyfikat z wizerunkiem Matki Boskiej Tatrzańskiej w którym zapisano kiedy i na jaki czas złożył przyrzeczenie pełnej abstynencji. Gdy spotykał swoich kolegów – górali, którzy zapraszali go na tzw. «kielicha» pokazywał «Certyfikat» tłumacząc swoją odmowę. Po pewnym czasie nikt mu już nie proponował spotkań alkoholowych gdyż sam popełniłby ciężki grzech. Nie tylko rodzina ale również lokalne środowisko pilnowało i wspierało «Józka Gąsienicę» w dotrzymywaniu złożonego przyrzeczenia. Zdecydowana większość górali nie tylko wytrwała w abstynencji, ale również przedłużała ją ślubowaniem na kolejne okresy.

Od momentu złożenia ślubowania nie korzystali oni z porad psychiatrycznych (ani psychologicznych) i co było dla mnie niezrozumiałe nie występowały u nich w żadnym okresie abstynencji zespoły odstawienne (wczesne lub późne) charakterystyczne dla rozpoznania uzależnienia alkoholowego. Prawidłowo funkcjonowali w życiu rodzinnym, społecznym, zawodowym, nie zgłaszały żadnych skarg psychopatologicznych ani psychosomatycznych. Ponieważ zjawisko miało charakter dość powszechny w mojej praktyce psychiatrycznej – «tatrzańskiej», początkowo sądziłem, że «cudowne uzdrowienie» wynikało po części z mojego błędu diagnostycznego. Być może moimi pacjentami nie byli «alkoholicy» a «pijacy». Różnicę między pijaństwem a alkoholizmem w sposób lakoniczny, ale bardzo precyzyjny określa stare francuskie powiedzenie: «Pijak mógłby przestać pić gdyby chciał – alkoholik chciałby przestać pić gdyby mógł.» Jeszcze raz dokładnie przeanalizowałem doku-

mentację lekarską w tym psychiatryczną uzależnionych od alkoholu górali i obecnie u zdecydowanej większości ponownie postawiłbym to samo rozpoznanie czyli ZZA. Moje przemyślenia skłaniają mnie do poglądu, że górale swoje zdrowienie w chorobie alkoholowej zawdzięczają szeroko rozumianej duchowości. Podkreślam «szeroko rozumianej» gdyż w teologii konsekwentnie należałoby rozróżnić pomiędzy życiem wewnętrznym, duchowością, a życiem duchowym. Zdaniem ks. Chmielewskiego M (2001) przez życie wewnętrzne należy rozumieć całokształt wrażliwości i aktywności człowieka w płaszczyźnie poznawczo-emocjonalnej, która za podmiot nie koniecznie musi mieć Absolut czy jakkolwiek pojętą transcendencję. Jeżeli własne życie wewnętrzne skoncentrowane jest na Transcendencji z wyraźnym nastawieniem soteriologicznym* wówczas można mówić o duchowości.

**Soterologia* – to gałąź teologii zajmująca się zbawieniem jako skutkiem działania bóstwa; część dogmatyki chrześcijańskiej o odkupieniu i Chrystusie jako Odkupicielu (Kopoliński W: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych. Wiedza Powszechna, Warszawa 1980 s. 5)

Z kolei życie duchowe stanowi szczególną postać duchowości ukierunkowanej ku Bogu osobowemu objawionemu przez Jezusa Chrystusa w Duchu Świętym [4].

W okresie późniejszym będąc uwrażliwionym przez opisane powyżej zjawisko obserwowałem wśród rdzennej ludności Podhala przejawy duchowości w okresach tzw. Postu przed najważniejszymi świętami chrześcijańskimi (katolickimi) dotyczące wszystkich substancji psychoaktywnych łącznie z nikotyną. Z rozmów z przyjaciółmi góralami wynikało też, że bardziej sobie cenią turystów (ceprów) przestrzegających ich tradycji i wiary niż ich «dudki» (pieniądze).

W Polsce centralnej nie obserwowałem u swoich pacjentów tak dominującego znaczenia duchowości w terapii uzależnień. Dotyczyło to zwłaszcza dużej grupy lekarzy uzależnionych od alkoholu, którzy są pacjentami nietypowymi i bardzo trudnymi w prowadzeniu terapii. Swoje doświadczenia i obserwacje wielokrotnie przedstawiałem pełniąc od 2007 roku obowiązki Pełnomocnika Wojskowej Izby Lekarskiej do spraw zdrowia lekarzy i lekarzy dentyków [5,6]. Potwierdzają to również wieloletnie badania naukowe Wolniak S (2016) wykonane w ramach rozprawy doktorskiej pod moim kierownictwem naukowym (promotor).[7]

Z mojej wieloletniej praktyki psychiatrycznej wynika, że problematyka duchowości w zdrowieniu osób uzależnionych nie dotyczy tylko alkoholu, ale również innych środków psychoaktywnych w tym z grupy narkotyków.

Na zakończenie zagadnień duchowości w uzależnieniach pragnę zwrócić uwagę na ostatnie moje spostrzeżenie, które początkowo wywołało uśmiech i rozbawienie, a chwilę potem refleksję o tematyce duchowości. Kilka spotkanych na ulicy kobiet w wieku 20–35 lat, na białych, dużych płóciennych torbach miało wydrukowany bardzo widoczny czarny napis:

*Spraw Boże
żebym kupiła tylko to
po co przyszłam*

Skojarzył mi się on z moimi pacjentkami cierpiącymi na uzależnienie II generacji o typie zakupoholizmu. Uzależnienie bardzo trudne w terapii zwłaszcza w sytuacjach permanentnych wyprzedaży «hitów cenowych», «super okazji» i ogólnie dostępnych kredytów tzw. «chwilówek» lub «miniratek»

Zastanawiam się czy bardziej wierzyły Bogu niż terapeutycie uzależnień?

2/ W zaburzeniach typu schizofrenii

Od końca lat 90-tych ubiegłego wieku wspólnie z dr hab. Konstantinosem Tsirigotsem – psychologiem klinicznym prowadzimy badania naukowe nad strukturą potrzeb i hierarchią wartości u osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną [8, 9]. Zaowocowały one wydaniem monografii: Tsirigotis K. Gruszczyński W. 2005 [10]

Recenzent prof. dr. dab. med. Adam Bilikiewicz napisał m. innymi:

«Praca stanowi obszerne studium psychologii potrzeb ludzkich i wartości, z przeglądem najważniejszych koncepcji autorów polskich i zagranicznych. Książka wypełnia lukę w piśmiennictwie światowym na temat struktury, potrzeb i hierarchii wartości u osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną».

Nie wdając się w szczegółowe omówienie wyników można stwierdzić, że grupa badana (GB) z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej różniła się istotnie statystycznie od populacji osób zdrowych (grupa kontrolna GK), zarówno w zakresie struktury potrzeb jak i hierarchii wartości. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii silnie odczuwały potrzeby: bezpieczeństwa, porządku, „wymiaru”, pomocy i oparcia, uległości i poniżania się, mniej intensywnie odczuwane były potrzeby: hedonistyczne, agresji, dominacji i osiągnięć.

Rozpatrując hierarchię wartości można stwierdzić, że preferują one wartości o orientacji społecznej niż osobistej, moralne niż indywidualne. Niżej cenią gratyfikację bezpośrednią, hedonizm życiowy i ekspresję siebie niż gratyfikację odroczonej i samoograniczenie.

Preferują również wartości allocentryczne niż egocentryczne. Wyżej cenią wartości ogólnoludzkie, odwieczne, transcendentne niż wartości przyjemne i codzienne.

W strukturze czynnikowej hierarchii wartości u osób ze schizofrenią paranoidalną wyróżnia się: zycliwość wobec innych, wartości związane z bezpieczeństwem, afirmacja i miłość

Analiza uzyskanych wyników była dla autorów (Tsirigotis K., Gruszczyński W.) zaskakująca i nieoczekiwana. Wbrew wynikom innych autorów (Suchańska A. (1984) nie potwierdzono tendencji agresywnych i ekshibicjonistycznych, egocentrycznych, zależnościowo-biernościowych i wielu innych. Należy podkreślić, że zastosowane metody zdaniem wszystkich recenzentów były trafne i rzetelne, a badania przeprowadzono w okresie pełnej remisji objawów psychotycznych.

W omówieniu i dyskusji zwrócono uwagę na różne koncepcje dotyczące natury i przebiegu schizofrenii z uwzględnieniem teorii biochemicznych i metod neuroobrazowania. Obecnie wydaje się, że nie zauważyliśmy wówczas bardzo ważnego czynnika duchowości mianowicie: afektywnego wymiaru doświadczenia ducho-

wego chorych (pojęcie afektywności duchowej). Wśród uczuć duchowych najważniejsze to uczucie miłości, które jest ruchem ku wyższym wartościom i jako takie podbudowuje wszystkie przeżycia emocjonalne [4]. Wspomniana powyżej wieloletnia praca naukowo-badawcza stanowiła dla nas nie tylko przeżycie intelektualno-poznawcze, ale również duchowe, zmieniając nasze postrzeganie i stosunek do osoby chorej psychicznie. Samo nasuwa się retoryczne pytanie, czy chorych z rozpoznaniem schizofrenii można generalnie określać jako osoby niepełnosprawne?

Każda choroba w tym również psychiczna ma w swoim przebiegu i dynamice zaostżenia i normy. Obecnie w psychiatrii nowoczesne metody farmakologiczne, psychoedukacja i psychoterapia powodują u większości pacjentów nawet wieloletnie remisje, w których nie obserwuje się objawów deficytu osobowości. Dotyczy to zwłaszcza chorych których leczenie rozpoczynamy wcześniej na etapie objawów zwiastunowych (prodromalnych).

Z przedstawionych powyżej badań wynika, że pod względem etyczno-moralnym, humanitaryzmu oraz innych cech i wartości zasygnalizowanych w niniejszej pracy, osoby z rozpoznaną schizofrenią w okresie remisji prezentują wyższy poziom szeroko rozumianej duchowości niż osoby uznawane za tzw. zdrowe psychicznie. To my – lekarze, psychologowie, orzecznicy, a także szeroko pojęta opinia społeczna skazujemy ich na izolację, wykluczenie, wyobcowanie, marginalizację poprzez etykietyzację chorobą psychiczną i rentowaniem tych osób.

Moim zdaniem wymienione w poprzednim zdaniu czynniki są długodziałającymi stresorami, powodując społeczne i psychiczne skutki przewlekłego stresu.

Wyniki badań przekładają się bezpośrednio na codzienną praktykę psychiatryczną o ile lekarz – psychiatra sam prezentuje podobne cechy osobowości (duchowości) jak jego pacjent. Spotykam się z tym wielokrotnie i dlatego chciałbym po krótko przedstawić typowy (statystyczny) przypadek kazuistyczny, chorego u którego schizofrenia paranoidalna współlistniała z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego lekkiego (z pograniczem umiarkowanego).

Adam S. 30-letni, kawaler, mieszkający z rodzicami jest moim wieloletnim pacjentem. Początkowo dominującymi objawami były zaburzenia psychotyczne z zaburzeniami zachowania. W wyniku leczenia neuroleptykami ustąpiły ostre objawy psychotyczne (pozytywne). Jednak nadal utrzymywały się zaburzenia zachowania głównie agresji słownej i fizycznej w stosunku do rodziny i otoczenia. Mimo stosowania maksymalnych dawek neuroleptyków (Olanzapina 30mg/d, Haloperidol w formie depot (Decaldol) 150mg co 10–14 dni domięśniowo nie obserwowano żadnej zmiany zachowania. Rodzice z uwagi na zagrożenia izolowali go od środowiska społecznego. Pewnego dnia w trakcie rutynowej konsultacji spytałem chorego, czy jest osobą wierzącą. Uzyskałem odpowiedź potwierdzającą, a na dowód usłyszałem automatyczne, szybkie i nie w pełni wyraźne słowa modlitwy: «Zdrowaś Mario...», «Ojczy Nasz...» Wówczas zaproponowałem Adamowi S. aby codziennie rano chodził do kościoła na Mszę Świętą i modlił się za zdrowie dla siebie i swoich bliskich. Za dwa miesiące na kolejnej wizycie z relacji matki wynikało, że syn codziennie chodzi do kościoła, jest do końca na Mszy Świętej, a jego zachowanie zmieniło się diametralnie (o 180°) pod względem całkowitego ustąpienia agresji fizycznej.

Jedynym niepokojącym matkę dylematem był fakt, że syn codziennie przyjmuje Komunię Świętą, bez spowiedzi i w tym względzie jest bardzo stanowczy i nieustępliwy. Na zakończenie wizyty matka poinformowała mnie, że w dowód wdzięczności zamówiła mszę w intencji zdrowia lekarza i jego rodziny. Przyznaję, że często pytam swoich pacjentów, czy są wierzącymi, jeśli potwierdzają proszę ich aby w trakcie leczenia tak samo wierzyli lekarzowi i mówili prawdę o systematyczności przyjmowanych leków. Sądzę, że «więź duchowa» z chorym ma znaczący wpływ na jego zdrowienie. W tym względzie psychiatra jest również «lekarzem duszy».

3/ W zakresie zaburzeń depresyjnych

Powszechnie uważa się, że zaburzenia depresyjne niezależnie od klasyfikacji nozologicznej zalicza się do chorób ogólnoustrojowych z różnie nasilonymi komponentami: somatycznym (psychosomatycznym), psychopatologicznym i wegetatywnym. Diagnostyka i leczenie depresji jest domeną psychiatrów i psychologów klinicznych. Zaburzenia najczęściej dotyczą sfery emocjonalno-wolitionalnej osobowości człowieka.

Puszyński S. (2004) wybitny polski psychiatra, specjalizujący się w tej dziedzinie uważa, że termin depresja ma treść wieloznaczną: w języku codziennym jest stosowany do określenia złego samopoczucia, obniżonego nastroju, przygnębienia niezależnie od przyczyn tego stanu.

W psychiatrii terminem tym określa się szczególnego rodzaju zaburzenia nastroju i emocji, mianowicie takie, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej. Roczna chorobowość z powodu depresji ocenia się na 4% [11].

W połowie XX wieku w piśmiennictwie psychiatryczno-psychologicznym pojawiło się i utrwaliło pojęcie inteligencji emocjonalnej (EQ) w życiu człowieka w pełni ona rolę dominującą i w 80% decyduje o jakości życia. Aby lepiej zrozumieć dalsze rozważania należy przypomnieć znaczenie podstawowych pojęć z zakresu sfery uczuciowej a mianowicie:

Emocja: używana jest w zasadzie jako synonim polskiego wyrażenia «uczucie»
Afekt: ma dwa znaczenia:

- 1/ Pojedyncze uczucie o znacznym nasileniu;
- 2/ Ogół afektów, afektywność, afektywne składniki życia psychicznego; nastrojów i wzruszeń.

Nastrój – to stan uczuciowy towarzyszący ogółowi przeżyć i spostrzeżeń utrzymujący się przez dłuższy czas.

W tym miejscu pragnę przypomnieć motto 168 Zjazdu APA (Wstęp), w którym do «integracji ciała i umysłu» włączono jeszcze «serce i duszę».

Pojęcie «serca» nie należy utożsamiać w tym przypadku z narządem anatomicznym, ale wywodzi się ono z teologii duchowości. Cały Biblijny i patrystyczny (nazwa pierwszego okresu filozofii chrześcijańskiej do XII wieku) przekaz wiąże przejawy życia wewnętrznego człowieka z «sercem» rozumianym jako centrum osobowe to znaczy jako właściwy podmiot doświadczenia duchowego. W tym rozumieniu

«serce» jest siedliskiem i źródłem uczuć cielesnych, psychicznych oraz duchowych tak peryferycznych jak i centralnych. Uczucia cielesne i psychiczne stanowią zatem obszar serca w szerszym znaczeniu, zaś uczucia duchowe stanowią właściwe centrum sfery afektywnej, gdyż w nich ujawnia osobowe «ja». [4]

Jest rzeczą oczywistą, że współczesna nauka lokalizuje sternictwo naszego życia uczuciowego (afektywności) w mózgu. Jednak w potocznym przekazie nadal funkcjonują powiedzenia: «miej serce i patrz w serce»; «miękkie serce» a nawet rozpoznania jak «nerwica serca»; «zespół serca»; «zespół serca żołnierskiego» itp.

W religii katolickiej dla określenia najwyższego rozwoju emocjonalnego osobowości, modelu i wzorca do którego ma dążyć w życiu doczesnym człowiek jest pojęcie «Serce Jezusowe».

Moje doświadczenia psychiatry w diagnostyce i terapii pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi, zwłaszcza zaś z jej ciężkimi epizodami i objawami psychotycznymi wskazują na znaczący czynnik duchowości w ich obrazie psychopatologicznym. W moim gabinecie każdy pacjent z podejrzeniem depresji wypełnia samodzielnie «Skalę Depresji Becka». [12]

W punkcie F Skali Depresji Becka badany ma wskazać stopień nasilenia «poczucia karania» przez wybór jednej z 4 opcji, a mianowicie:

Punkt F Skali Depresji Becka:

0 — Sądzę, że nie zasługuję na karę;

1 — Sądzę, że zasługuję na karę;

2 — Spodziewam się ukarania;

3 — Wiem, że jestem karany(a) lub ukarany(a).

Pacjenci, a zwłaszcza kobiety z ciężkim epizodem przeważnie wskazują na wariant 3 mimo, że nigdy nie miały konfliktów z prawem, rodzinnych lub zawodowych itp. Na pytanie dlaczego i przez kogo są karane, nie odpowiadają: zamykają się w sobie, unikają wzroku, milczą, niekiedy płaczą. Po pewnym czasie odpowiadają, że nikt nie może im pomóc, nawet lekarz gdyż przekracza to jego kompetencje i możliwości. Zapytanie wprost «czy czują się karane chorobą przez Boga za popełnione grzechy» potwierdzają i najczęściej jako przyczynę podają dokonanie w przeszłości aborcji. Wówczas rozmowa lekarza psychiatry o życiu duchowym badanej, przypomnienie, że Bóg jest miłosierny, a samobójstwo jest ciężkim naruszeniem piątego przykazania powoduje poprawę kontaktu interpersonalnego zarówno intelektualnego jak i emocjonalnego.

W okresie zdrowienia pacjentki często przypominają lekarzowi tę rozmowę, twierdząc, że poczuły się wówczas „rozgrzeszone” a tendencje samobójcze ustąpiły. Wydaje się, że terapia zaburzeń depresyjnych obok konieczności leczenia farmakologicznego wymaga również diagnostyki i terapii zaburzonego życia wewnętrznego i duchowego.

Ciężkie zaburzenia depresyjne często są główną przyczyną zamachów samobójczych (32–64%). Pawłowski S., Gruszczyński W. (2015) stwierdzają, że doktryna Kościoła Katolickiego w sprawie oceny moralnej problematyki samobójstwa od 1980 r. (św. Jan Paweł II) zmieniła się diametralnie. Współcześnie nie ocenia się

negatywnie podmiotu (osoby) nie podważając dogmatu potępienia samego czynu samobójczego. [13]

Brak miejsca nie pozwala na rozwinięcie tematu duchowości u niedoszłych samobójców.

Podsumowanie (psychiatry)

Zasygnalizowano niektóre tylko przykłady zaburzeń psychicznych w których duchowość odgrywa znaczącą rolę nie wyczerpuje omawianych problemów. Pominęto bardzo ważną, z punktu widzenia społeczno–zdrowotnego rolę przewlekłego stresu w powstawaniu zaburzeń i chorób psychosomatycznych (dawniej nazywanych nerwicowymi). Liczne publikacje prasowe w 2015 roku zwracały uwagę na tzw. «zespół przewlekłego zmęczenia(CFS–chronic fatigue syndrom)» (Gazeta Wyborcza «Tylko zdrowie...2015, 28 październik s. 4–8», Nesweek 2015,12–18 październik,s. 51–53)

Autorzy obu doniesień prasowych alarmują, że aż 15% badanych, głównie młodych Polaków deklaruje w badaniach objawy omawianego zespołu. Problem dotyczy znacznej części populacji europejskiej i amerykańskiej. Powoduje on poważne zaburzenia funkcjonowania społecznego w tym głównie zawodowego z powodu nasilonych zaburzeń psychomotorycznych, w tym głównie permanentnego zmęczenia zarówno fizycznego jak i psychicznego. Cytowane są poglądy różnych lekarzy i terapeutów z tytułami naukowymi, którzy przedstawiają różne hipotezy etiopatogenetyczne, jednocześnie przyznając, że problem jest zagadką.

Z punktu widzenia psychiatrycznego moim zdaniem (Gruszczyński W. 2010, 2012) jest on uwarunkowany przewlekłymi czynnikami stresogennymi i na tym początkowym etapie przejawia się zaburzeniami psychosomatycznymi o obrazie różnych objawów psychopatologicznych (nerwicowych) pod postacią somatyczną jak: nerwica serca, nerwica żołądka, zespół jelita drażliwego, pęcherz neurogeny, przewlekłe zespoły bólowe mięśni itp. [14, 15]

Przewlekłe i nasilone objawy psychiczne i somatyczne charakterystyczne dla «zespołu przewlekłego zmęczenia» na tym etapie nie wykazują żadnych zmian «organicznych» dostępnymi metodami diagnostycznymi. Dopiero po wielu latach funkcjonowania w warunkach przewlekłego stresu ujawniają się tzw. choroby psychosomatyczne (cywilizacyjne) jak np. nadciśnienie tętnicze (z udarami mózgu), choroba wieńcowa(z zawałami mięśnia sercowego), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy (z perforacjami wrzodu), cukrzyca t.2 tłuszczycza i wiele innych (teoria stresu).

Dopiero obecnie, po wstępnym poznaniu podstawowego piśmiennictwa o duchowości mój pogląd jest szerszy, pełniejszy bo uzupełniony o ważny element życia duchowego rozumianego po «frankłowsku»

Frankl V.E (1946) pisał w swoim dziele «człowiek w poszukiwaniu sensu» o trzech potencjalnych źródłach sensu życia, a mianowicie; [74]

- 1/ Twórczości (w tym także pracy)
- 2/ Relacjach z innymi osobami
- 3/ Transcendencji – rozumianej jako wiara w rzeczy nieprzemijające

Człowiek współczesnej cywilizacji mówiąc bardzo ogólnie nie znajduje czasu na: refleksję, kontemplację, racjonalny wypoczynek, «wyciszenie» emocjonalne i duchowe, być może dlatego coraz więcej ludzi sukcesu (zawodowego i finansowego) wybiera na urlopowy wypoczynek celę zakonną, z całkowitą izolacją informacyjną jak np. w Klasztorze Benedyktynów w Tyńcu pod Krakowem. Niekwestionowany postęp medycyny (uniwersyteckiej) w dziedzinie przedłużania życia biologicznego, nie koreluje pozytywnie z jego szeroko rozumianą jakością.

B. Student psychologii ze specjalnością kliniczną (Dryja A.)

Jestem studentem trzeciego roku psychologii. Od czterech lat pracuję w Schronisku dla bezdomnych mężczyzn Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta w Łodzi. W pracy zajmuję się koordynacją i realizacją projektu resocjalizacyjnego ludzi zagrożonych i dotkniętych wykluczeniem społecznym. Jestem także certyfikowanym instruktorem terapii uzależnień. Współdziałam ze schroniskową grupą AA.

Zapewne większość ludzi w swoim życiu doświadczyła życia poza domem wyjeżdżając na urlop, przeżyła także niedługą rozłąkę z rodziną oraz najbliższym środowiskiem. Ale jaka była by reakcja gdybyśmy mieli opuścić dom, rozstać się z bliskimi na stałe, stracić nadzieje na powrót do takiego «luksusu»? W dzisiejszych czasach wielu Polaków nie jest w stanie wyobrazić sobie sytuacji w której bylibyśmy pozbawieni dachu nad głową, bez przestrzeni w której moglibyśmy się swobodnie zamknąć by odpocząć. Wiele osób nie byłoby w stanie funkcjonować bez wygodnego łóżka, w którym moglibyśmy się wyspać, a także życia bez łazienki, w której codzienne dbamy się o higienę.

Strona internetowa Polskiego Wydawnictwa Naukowego przytacza definicję bezdomności jako «zjawisko społeczne polegające na braku domu lub miejsca stałego pobytu gwarantującego jednostce lub rodzinie poczucie bezpieczeństwa, zapewniającego schronienie przed niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi i zaspokojenie podstawowych potrzeb na poziomie uznawanym w danym społeczeństwie za wystarczający».

Bezdomność w ujęciu psychologicznym wg. Kowalczyka A. to «kryzysowy stan egzystencji osoby nie posiadającej faktycznego miejsca zamieszkania, pozbawionej środków niezbędnych do zaspokojenia elementarnych potrzeb, trwale wykorzezonej ze środowiska w wyniku rozpadu więzi społecznych i akceptującej swoją rolę społeczną. Jako stan ewidentnej i trwałej deprywacji potrzeb mieszkaniowych w sytuacji, gdy dotknięta bezdomnością osoba nie jest w stanie jej zapobiec, wiąże się z poważnym upośledzeniem psychicznego i społecznego funkcjonowania człowieka.» [70]

W mojej pracy podopieczni stanowią bardzo liczną grupę, gdyż biorąc pod uwagę obecnie cztery działające placówki «męskie» w okresie zimowym liczba pensjonariuszy przekracza 400 osób. Grupa mężczyzn, z którymi pracuję jest bardzo zróżnicowana przez co pomaganie im nie jest łatwe. Rozpiętość wiekowa waha się od 18 do nawet 75 roku życia. Pod względem wykształcenia też widzę prawie każdą możliwość, gdyż zaczynając od ludzi którym nie udało się zdobyć w «pełni» wy-

kształcenia podstawowego, przebywają także ludzie z wykształceniem zawodowym, średnim, zauważam rosnącą liczbę ludzi z wyższym wykształceniem – obecny jest w schronisku jeden przypadek osoby będącej w przeszłości nauczycielem akademickim ze stopniem dr. hab. Sporą część mieszkańców stanowią ludzie z różnymi stopniami niepełnosprawności – ludzie na wózkach inwalidzkich, niewidomi, głusi, po udarach niedokrwiennych, zawałach serca (często dwukrotnych), cierpiących na polineuropatie cukrzycowe i alkoholowe (hepatopatie, encefalopatie). Zdarzają się często ludzie chorzy psychicznie – niejednokrotnie interweniowałem wraz z ratownikami medycznymi, czasem z konieczności także z policją do mężczyzn z objawami psychoz, a także zdiagnozowanych «schizofreników paranoidalnych», którzy zaniechali brania leków i stawali się agresywni. Dużą część moich podopiecznych stanowią mężczyźni, którzy mieli w przeszłości konflikty z prawem. Kilkakrotnie podopieczni w wywiadach zgłaszali mi myśli samobójcze.

Stan bezdomności może mieć wymiar własnego wyboru w związku z czym jednostka żyje według własnych przekonań i predyspozycji. Może także przybrać wymiar niezgodny z wolą człowieka, niosąc za sobą konsekwencje na tle psychicznym.

Częstym i zarazem wzbudzającym we mnie smutek zjawiskiem w mojej pracy jest wyraźnie widziane zjawisko alkoholizmu i problemów z nim związanych. Za często występujące powody bezdomności mogą wskazać nierozwiązane pozytywnie sytuacje krytyczne w życiu: rozwody, eksmisje, problemy z prawem, przemoc w rodzinie, bezrobocie, nagle zachorowania na poważne schorzenia etc. Takie sytuacje życiowe są głęboko zakorzenione w pamięci bezdomnych. Są one w wielu przypadkach często wspominane i mają bardzo żywy wymiar nawet po upływie wielu lat. Widocznym wtedy staje się u bezdomnych poczucie bezsilności, oraz brak akceptacji sytuacji, w której się znajdują. Najczęściej takie doświadczenia jak niezłatwiony problem z przeszłości są źródłem lęku i bolesnych wspomnień. Alkohol lub inne używki spełniają w takich momentach rolę wygaszającą powstający ból psychiczny. W wielu poznanych przeze mnie historiach ludzkich tragedii zauważam prawidłowość, która dotyczy mechanizmu świetnie znanego przez specjalistów leczenia uzależnień: uzależnienie nie buduje się samo z siebie, do tego potrzebny jest jakiś bodziec wywołujący rozwój tej choroby. Podane wyżej przyczyny bezdomności są dla mnie «zapalnikiem» lub wstępem do uzależnienia. Tym samym, wydaje mi się, że ludzie wraz z pogłębianiem się problemu alkoholowego zaczynają tracić swojego «ducha»: problem alkoholowy zaczyna wpływać na świadomość chorego stopniowo i konsekwentnie ją deformując. Wielu pacjentów podkreśla, że wraz z rozwojem uzależnienia, traci poczucie wolności i niezależności, będących w moim przekonaniu składowymi duchowości. Czy zatem człowiekiem pogrążającym się w alkoholu zaczyna rządzić cielesność?

Wydaje mi się, iż uzależnienie grozi ludziom; nieuduchowionym, «słabym psychicznie», z życiowymi problemami, osobom z deficytami umiejętności społecznych, samotnym, zamkniętym w sobie etc.

W czasie kilkuletniej pracy zauważyłem, że wśród ludzi bezdomnych istnieje pewien odsetek ludzi, którzy uważają się za ludzi praktykujących wiarę chrześcijańską. Duchowość bezdomnych przejawia się nie tylko w praktykowaniu wiary,

ale i także w działaniach. Zdumiewają mnie takie sytuacje, gdy przyglądam się grupie kilku dojrzałych mężczyzn zdiagnozowanych przez specjalistów jako chorych na ZZA, którzy pomagają przedostać się na drugi koniec miasta koledze inwalidzie na wózku, by mógł wraz z nimi dotrzeć do siostr zakonnych na rekolekcje. Dziwi mnie takie sytuacje gdyż znając naturę tych ludzi wiem, że jako alkoholicy są mocno skupieni na sobie.

Od jakiegoś czasu widzę także tendencję, iż bezdomni którzy zaczynają udzielać się religijnie, w pewnym stopniu redukują sytuacje w których sięgają po alkohol. Kilkakrotnie spotkałem się z sytuacjami gdzie alkoholicy pijący kilkanaście lat z przyczyn mi nie znanych zaczynają praktykować wiarę chrześcijańską po czym znikają ze schronisk. Spotykając ich po pewnym czasie na ulicy widzę w nich «innych ludzi» – pracujących, trzeźwych, uśmiechających się.

Zauważyłem także, iż praktykę wiary realizują w specyficzny dla nich sposób. Wierzący bezdomni korzystają często z kaplic, które znajdują się w większości schronisk, noclegowni a także innych placówek. Część z nich praktykuje wiarę w kościołach. Zaskakująco wysokie zainteresowanie można zaobserwować w wydarzeniach organizowanych przez współpracujące ze schroniskami zakony, np. udział w rekolekcjach, spowiedziach itp.

Do aktywności duchowej bezdomnych możemy zaliczyć przede wszystkim działania na gruncie wolontariatu. Część bezdomnych chętnie udziela się przy zbiórkach dóbr materialnych takich jak żywność, odzież dla swoich kolegów i koleżanek również będących w potrzebie, robiąc to bezinteresownie. W schroniskach można także zauważyć działalność duchową bezdomnych w postaci opieki nad chorymi i inwalidami. Przed napisaniem tego artykułu zapytałem się dwóch wolontariuszy, będących mieszkańcami schroniska co widzą w bezinteresownym pomaganiu? Obaj szybko porozumiewając się wzrokiem odpowiedzieli mi, że sami wcześniej o tym rozmawiając zrozumieli, że jest to dla nich ostatnia możliwość na pokazanie sobie, że potrafią jeszcze robić coś dobrego. Jeden z nich tłumaczył mi, że po wszystkich przejściach życiowych i niemoralnych czynach, w tym odnajduje siłę, energię i chęć do życia. Ja zrozumiałem po tej rozmowie, że to przejaw ich duchowości. **Duchowości jako czynnika który nawet w beznadziejnych warunkach i okolicznościach życiowych potrafi nadać człowiekowi tor działania i sens życia.**

Kolejnym przejawem duchowości jaki udało mi się wychwycić w pracy z bezdomnymi miał miejsce w sezonie wakacyjnym 2015 roku. Na rozmowę motywacyjną zgłosił się do mnie 35 letni pan Tomasz; alkoholik, hazardzista. To mężczyzna który jest byłym wychowankiem domu dziecka (DDA – oboje rodzice byli alkoholikami). W swojej przeszłości zanim trafił do schroniska dwukrotnie odbywał wyrok pozbawienia wolności z powodu napadów i pobić po spożyciu alkoholu. ZZA zdiagnozowano u niego we wrześniu 2009 roku.

Okazją do przeprowadzenia z panem Tomaszem rozmowy motywacyjnej był okres w którym przerwał tygodniowy ciąg picia. Z wywiadu okazało się, że powodem picia pana Tomasza były nasilone emocje i lęk spowodowane zagrożoną ciążą jego partnerki. Szanse na przeżycie dziecka wg. lekarzy były niewielkie.

W czasie rozmowy pan Tomasz wydedukował, że jedyną alternatywą jaka mu zostaje do wyboru to picie alkoholu i modlitwa. Polecając mu między innymi rozmowę z księdzem udało mi się prawdopodobnie pobudzić jego duchowość. Z niedowierzaniem przysłuchiwałem się jego relacjom. W miarę upływu czasu w głębi siebie nie wierzyłem w to o czym relacjonował mi odwiedzając schronisko. Uwierzyłem dopiero wtedy, kiedy zobaczyłem go już przyszedł z partnerką i dzieckiem. Przeżyłem szok słuchając relacji jego partnerki i widząc młodą, szczęśliwą parę z dzieckiem. Pan Tomasz, to przykład pacjenta który w ciężkiej dla niego chwili, zawierzył swoje problemy Bogu na zasadzie kontraktu jeśli Bóg mu pomoże ocalić dziecko to on się zmieni. Pan Tomasz rozwijając się duchowo diametralnie się zmienił. Moja pomoc była w jego przypadku znikoma. W przeciągu kilku miesięcy zdołał on prawie samodzielnie przekonstrować swoje życie: regularnie praktykuje wiarę, znalazł pracę, opuścił schronisko, podtrzymuje abstynencję, uczęszcza na zjazdy AA. Dzięki możliwości poznania przypadku tego pacjenta zacząłem przypuszczać, że rozwój duchowy swój początek może mieć w odwadze, która jest ważna w szukaniu prawdy o sobie.

Bliski moim przekonaniom jest artykuł Urbańskiego S. który w swojej publikacji na temat: «Duchowość nadziei przeciw duchowości lęku» przytacza nowy wymiar duchowości określając go «duchowością nadziei». Tłumacząc ideę duchowości nadziei jako najbardziej widoczny wymiar duchowości w czasach współczesnych odwołuje się do słów encyklik Papieża Jana Pawła II, który podkreśla szerzący się lęk u ludzi. Ojciec Święty określa współczesne bytowanie ziemskie mianem „dramatu” oraz «nieodpartej tęsknoty za nadzieją». Autor podkreśla także, iż, przewaga lęku w naszym życiu staje się «autośrodowiskiem» które kreuje nasz sposób bycia i uniemożliwia wyjście z alienacji. Uważa także, że «autośrodowisko» jest budowane przez nadzieję, idącą w kierunku ucłowieczania życia ludzkiego. Za Urbańskim S. należy przyjąć fakt, iż rozumienie nadziei w ten sposób kieruje człowieka na ścieżkę transcendencji. Ta z kolei weryfikuje duchowość człowieka. [76]

W podsumowaniu moich przemyśleń i doświadczeń z pracy zawodowej wyobrażam sobie człowieka przeżywającego rozwój duchowy: przypuszczam, że to osoby, które przechodzą rozwój duchowy zawdzięczają go odwadze w szczerym rozliczeniu swojej postawy. Także mam wrażenie, że to ludzie, których coraz mniej interesują sprawy materialne, przyziemne i codzienne, a zaczynają ich interesować zagadnienia moralne, etyczne oraz te związane z własnym odbiorem. Intuicyjnie wyobrażam sobie proces «uduchowiania» jako zjawisko podobne do dojrzewania. Jako zmianę człowieka, który żyje ze sobą w niezgodzie, często w kłamstwie i obrzydzeniu samego siebie, zniewoleniu. Z początku widzący tylko fizyczne pokusy i lenistwo. Pod wpływem różnych i trudnych do sprecyzowania sytuacji człowiek zaczyna dojrzewać poprzez rozwój duchowości, prowadzącej do bardzo intensywnego i głębokiego wglądu w samego siebie, pracy nad sobą, szukania nowych wyzwań, aż do samorealizacji.

Część II

Duchowość jako dziedzina nauki

Eulogio de la Virgen del Carmel w swoim odczycie wygłoszonym podczas III Kongresu Duchowości w Salamance pt. «Proceso historico de la formacion de la teologia espiritual como ciencia» (1960) historię teologii duchowości jako nauki podzielił na następujące okresy: (z Chmielewski M 2001r.)

- a) *pre historia lub prehistoria* – jest to okres pierwszych wieków chrześcijaństwa i wczesnego średniowiecza, kiedy tworzyły się pojęcia, nazwy i wyrażenia teologiczne typowe dla duchowości;
- b) *dzieciństwo* – to pierwszy okres historii sięgający od XII do XIV wieku kiedy rodziła się właściwa teologia duchowości w wyniku systematyzacji i naukowej organizacji całości wiedzy teologicznej. Wówczas teologia duchowości wcielona w całość wiedzy teologicznej nie miała jeszcze swojej fizjonomii oraz „osobowości” naukowej i wchodziła w skład ówczesnej teologii;
- c) *młodość* – czyli drugi okres jej historii trwający od XIV do końca XVI wieku, kiedy podejmowane były pierwsze próby wyodrębnienia się teologii duchowości jako samodzielnej dyscypliny naukowej;
- d) *dojrzałość* – przypadająca na XVII wiek, kiedy nastąpiło całkowite wyodrębnienie się nowej niezależnej dyscypliny i stworzenie jej struktur;
- e) *odrodzenie* – w wyniku formalnego usankcjonowania jej przez Kościół jako przedmiotu studiów uniwersyteckich, które nastąpiło pod koniec XIX wieku po długim okresie zastoju. [4]

Jako źródła i instytucja wiedzy naukowej wymienia się między innymi:

Dokumenty Kościoła przed Soborem Watykańskim II; Posoborowe dokumenty Kościoła; Uczelnie rzymskie; Uczelnie poza Rzymem – wchodzące w skład struktur uczelni katolickich lub państwowych.

W Polsce najbardziej znane to: Prymasowski Instytut Życia Wewnętrznego, Instytut Teologii Duchowości Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego (KUL) i Sekcja Teologii Duchowości Akademii Teologii Katolickiej (ATK).

Definicje

W rysie historycznym duchowość była ściśle powiązana z teologią moralną. W latach dwudziestych ubiegłego wieku badacze zainteresowani duchowością postawili sobie za cel wyodrębnienie duchowości jako samodzielnej dyscypliny naukowej. Nie udało się tego jednak dokonać w pełni, z racji ścisłego związku z teologią moralną. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci można zaobserwować stale rosnącą ilość publikacji, badań naukowych, powstawanie nowych placówek związanych z badaniem duchowości. Taką tendencję zawdzięczamy głównie wyodrębnieniu się duchowości jako samodzielnej dziedziny naukowej.

Co jednak współcześnie możemy rozumieć pod pojęciem duchowości?

Duchowość może nam się kojarzyć wieloznacznie, przez wielu naukowców jest taktowana jako „najwyższy poziom psychiki” lub jako nie do końca rozumiane zjawisko ponad wrodzone, nadnaturalne. Są nawet przypuszczenia, że duchowość może być złożona do wzoru którego rozwiązaniem jest oświecenie i przejście na wyższe poziomy rozwoju. Obecnie rozpatrując pojęcie duchowości możemy wskazać podział na definicje powiązane z Bogiem lub Siłą Wyższą, lub takie które tą rolę pomijają:

Teologia tłumaczy to zjawisko opierając się między innymi na Instrumentum Laboris VIII Zwyczajnego Synodu Biskupów, który głosi że «słowo duchowość oznacza pewien styl życia albo życie według Ducha, postępowanie według Ducha, zespół serc pobudzonych przez Ducha, a mianowicie przekonań, motywacji, decyzji.» [16]

Słomka W. (1993) w pozycji «Teologia Duchowości Katolickiej» zwraca uwagę, iż duchowość jest zbiorem postaw przez które rozumiemy «względnie stałe ustosunkowanie, które wyraża się w gotowości podmiotu do pozytywnych lub negatywnych relacji intelektualno – orientujących, emocjonalno – motywacyjnych oraz behawioralnych wobec jej przedmiotu.» [17]

Dziewiecki M.(2013) w artykule «Czym jest duchowość» wskazuje definicję: «Duchowość to zdolność człowieka do zrozumienia samego siebie, czyli do znalezienia odpowiedzi na pytanie: kim jestem, skąd się wzięłem, dokąd zmierzam, w oparciu o jakie więzi i wartości mogę osiągnąć cel mojego życia?» [18]

Dziewiecki M.(1996) w artykule «Choroba alkoholowa a zniewolenie strefy duchowej» definiuje duchowość jako «zdolność człowieka do zrozumienia samego siebie. Innymi słowy dzięki sferze duchowej człowiek potrafi postawić sobie podstawowe pytania, dotyczące jego własnej tajemnicy i szukać na nie pogłębionych zasadnych odpowiedzi. Duchowość to zatem rodzaj superinteligencji.» [19]

Definicje pomijające Boga lub Siłę Wyższą:

Definicja Doyle'a (1992) «poszukiwanie egzystencjalnego sensu» [20]

Dla Shafranske i Gorsucha(1984) to «transcendentny wymiar ludzkiego doświadczenia, odkrywany w chwilach, w których jednostka podważa sens swojej egzystencji i próbuje odnaleźć się w szerszym ontologicznym kontekście» [21]

Naukowcy badający zjawisko duchowości wychycili problem związany z terminologią w literaturze tej dziedziny. Chmielecki M.(1993) uważa, że we współczesnej literaturze pojawia się dużo synonimów pojęcia «duchowość» wymienia między innymi: «doskonałość» «pobożność» «życie wewnętrzne» «życie duchowe» etc. Słusznie ma rację, twierdząc, iż to «pojęciowe zamieszanie» należy poddać krytycznej ocenie. [22]

Duchowość jako forma wiary w religię

Na dzień dzisiejszy nie sposób się nie zgodzić, iż panuje podział na duchowość związaną z religią, oraz tą niezależną. Niezależność duchowości Wulff D. (1999) w pozycji «Psychologia religii. Klasyczna i współczesna» przypisuje zjawisku religijności. [23]

«Relifikacja – urzeczowienie, filoz. kategoria antropologii filozoficznej, oznaczająca utrwalenie się ludzkiej działalności w postaci jej materialnych wytworów lub urzeczowionych stosunków społecznych». [24]

Zarys duchowości katolickiej

Pierwotne chrześcijaństwo

Teologia chrześcijańska jest ściśle powiązana z teologią duchowości. Zajmuje się ona kontaktami człowieka z Bogiem, z Absolutem. Okres starożytności chrześcijańskiej ukazuje duchowość w Starym Testamencie, jako objawienie Boga nawołującego człowieka do życia w doskonałości. Stary Testament uświadamia ludzi, iż są oni stworzeni na podobieństwo Boga, a co za tym idzie każdy człowiek ma ogromną godność. Człowiek jako jedyny jest w stanie kontaktować się z Bogiem. Pisma Nowego Testamentu objawiły i urzeczywistniły to, co Bóg chciał nam przekazać pod postacią Chrystusa. Dlatego początki duchowości chrześcijańskiej miały silny charakter chrystocentryczny. [25]

W pierwotnym chrześcijaństwie dużą rolę odegrał wiek IV, gdyż na terenach Egiptu i Syrii rozwinął się monastycyzm chrześcijański. Była to forma duchowego życia Chrześcijan. Gdy ten ruch zaczął zreszczać coraz większą liczbę wiernych, zaczęto wybierać tzw. «Ojców» Ich zadaniem było przewodzenie nad pracą duchową wiernych. W V wieku na duchowy wymiar monastycyzmu duże oddziaływanie wywarł rozpowszechniający się styl życia mnichów. Mnisi chrześcijańscy naśladowali starotestamentalnych proroków poprzez życie w duchu, ubóstwie, czystości i posłuszeństwie. Ponadto ich charakter duchowy był widoczny w bardzo częstych modlitwach i kontemplacjach.

W czasach pierwotnego chrześcijaństwa dużą rolę odegrała działalność Klemensa z Aleksandrii. Był on teologiem chrześcijańskim i znawcą filozofii greckiej. Klemens z Aleksandrii w swoich poglądach na temat teologii wyróżnił dwa typy chrześcijaństwa. Dosłowne rozumienie Pisma Świętego przez wiernych było fundamentem pierwszego typu. Drugi bazował na Słowie i filozofii antycznej. Ten podział doprowadził do rozróżnienia dwóch rodzajów chrześcijan: na zwykłych wierzących i na «doskonałych» lub «gnostyków», którzy swą wiarę praktykowali przez pryzmat filozofii. [26]

Na duchowość pierwotnego chrześcijaństwa znaczny wpływ wywarł także św. Bazyl Wielki. Wraz z św. Grzegorzem z Nisy głosili kult trzech Osób Boskich. Św. Bazyl został nazwany Ojcem mnichów oraz wszystkich wiernych. Stworzył także reguły praw zakonnych. W swoich przekonaniach głosił, że wszelkie działania człowieka powinny być skupione na osiągnięciu szczęścia w życiu po śmierci. [27]

Na Zachodzie duchowość rozwijał św. Ambroży, który namawiał wiernych by upodobniali się do Chrystusa, i wyrzekli świata. Św. Augustyn uznawał Boga za najwyższe dobro, które może uszczęśliwiać człowieka. Dla św. Augustyna bardzo istotną była rola modlitwy, gdyż zbliżała ona człowieka do Stwórcy. Za istotę doskonałości przyjął miłość która była darem od Boga. Propagował także koncepcję rozwoju miłości. W «De sermone Domini in monte» Św. Augustyn zawarł życie

duchowe w siedmiu etapach działalności Ducha Świętego. Rozwój duchowości zakończył na kontemplacji doskonałości Bożych. W kontemplacji wyodrębnił trzy fazy opierając się na analogii zdobycia górskiego szczytu: przygotowania, wejścia i zejścia z góry. Przygotowanie oznacza wysiłek poszukiwania. Wejście na górę symbolizuje dotarcie do Boga, zejście z góry oznacza ograniczenia człowieka w strefie poznania. [28]

Do życia duchowego pierwotnych chrześcijan przez swoje nauczanie dużo wprowadził św. Leon I Wielki. Wiele miejsca poświęcił tajemnicy natury Chrystusa. Jego dorobkiem było zestawienie nauk łacińskich Ojców Kościoła. Propagował życie w ubóstwie, pozbywanie się dóbr materialnych, albowiem taki styl życia rozwija wewnętrzną pokorę. [29] Św. Grzegorz I Wielki na przełomie starożytności kościelnej i średniowiecza rozwinął duchowość o nową tematykę związaną z «powrotem do utraconego raj». Pomocą do pogłębiania duchowości było według niego Pismo Święte.

Grzegorz I Wielki uważał, iż pogłębianie wiedzy zawartej w Piśmie Świętym prowadzi do rozwoju duchowości i nadaje kierunek człowiekowi wobec miłości doskonałej. Zastrzegł jednak, iż taki wzrost jest możliwy tylko wtedy, gdy człowiek gorliwie kontempluje. Zaznacza również, że rozwój uduchowienia osiąga człowiek, który potrafi zharmonizować swoje życie na ziemi z kontemplacją. Jest to wyznacznik adekwatnego rozwoju duchowego. [30]

Średniowiecze

Teolodzy uważają średniowiecze za epokę wielkiego i głębokiego uduchowienia. Zwłaszcza na początku średniowiecza nastąpił duży rozwój zakonów mniszych, kontemplacyjnych. Rozwijała się tendencja na przestrzeganie dyscypliny i życia w ubóstwie. Życie w zakonie miało przede wszystkim zbliżać zakonników do Boga. Droga którą wybrali zakonnicy, w średniowieczu była porównywana do wygnania. Duchowni utrwalali się w przekonaniu, że ascetyczne pielgrzymowanie jest także właściwą formą rozwoju duchowego. Pielgrzymowanie rozważane było pod kątem stylu życia. W konsekwencji jednak pomysł ten zderzył się z ostrą krytyką np. św. Anzelma z Centerbury, gdyż pielgrzymi wystawieni byli na wiele pokus, dochodziło do częstych wypaczeń i nadużyć. Idea pielgrzymowania w samotności zaczęła powoli zanikać. [31] Wpływ na reformy życia zakonnego odegrał św. Romuald, założyciel kamedułów. Wzorował się na poglądach św. Benedykta, a także innych świętych.

W odzewie na racjonalizm zrodził się nowy nurt mistyczny nawołujący do kontemplacji i intuicji, bowiem panowało przekonanie, że to najlepsza metoda na poznanie Boga. W paryskim opactwie kanoników regularnych przy kościele św. Wiktora za sprawą Hugona i Ryszarda powstało nowe podejście mistyczne bazujące na gruncie platońsko – augustyńskim. Założenia Ryszarda wywarły ogromny wpływ na cały okres średniowiecza. Zakładano wtedy, iż Boga można poznać w samym sobie, jak i w tworach kontemplacji. Każda stworzona istota nosi w sobie dzieło Boga. Dużą rolę odegrał Chrystus. Uważano Go za nadprzyrodzony znak, który ludzie powinni naśladować. Twierdzono, iż podążając drogą kontemplacji na

temat miłości zbliżamy się do Boga. Wpływowym teologiem XII wieku był Bernard z Clairvaux. Był mistrzem życia mistycznego oraz twórcą spekulatywnej mistyki. Zakładał, iż najważniejszym elementem budującym w człowieku obraz Boga jest wolność od konieczności i przymusu. Uważał, że człowiek nosi w sobie podobieństwo Boga pod postacią łac. «appetens supernorum» czyli dóbr wyższych. Jednak w rezultacie grzechu pierwotnego dokonał wyboru dóbr ziemskich. Św. Bernard podkreśla za istotny element życia chrześcijan miłość, jako element rozwoju duchowego człowieka. Miłość wg niego harmonizuje się z Łaską Bożą. Do pełni zjednoczenia z Bogiem może nam pomóc trenowanie pokory i praktykowanie umartwień. Św. Bernard swoją działalnością wywołał silne interakcje. Jedną z najważniejszych było zainicjowanie mistyki cystersów. [32]

W wieku XII rozwijał się zakon cystersów i norbertanów. Norbertanów założył św. Norbert, był to zakon, który wyróżniał się swoim odłamek żeńskim. Kultem duchowości norbertanów był Grób Pański, jako dowód na zmartwychwstanie Chrystusa. [33]

W wieku XIII obserwuje się tendencję do powstawania zakonów żebraczych: franciszkanów i dominikanów. Powstanie tych zakonów wprowadziło nową formę życia duchowego. Dzięki tym zakonom chrześcijaństwo uniknęło rozpado- wi – schizmie. Przewodnie znaczenie odegrała postać św. Franciszka z Asyżu. Duchowość św. Franciszka odzwierciedla się głównie w naśladowaniu Chrystusa. Św. Franciszek fascynował się Boską dobrocią. Uważał, że należy naśladować postawę Chrystusa pod kątem życia w ubóstwie, czystości. Szkoła franciszkańska brała natchnienie z ducha Ewangelii, w której wzorem był Chrystus. Według franciszkanów, naśladowanie Chrystusa jest jedyną drogą do poznania Boga. By go poznać człowiek musi zacząć od wejścia na drogę pokuty, wyzwolić się od dóbr materialnych tego świata. Fundamentem franciszkańskiej duchowości uznaje się ich wiarę, że Bóg z Trójcy Świętej jest źródłem największej miłości i źródłem najwyższej dobroci. Przyjęli także wobec Boga postawę jako ich Ojca. Zaczął być nazywany jako Bóg Ojciec. W myśl tej idei franciszkanie uważali się za dzieci Boga, a ich największym bratem stał się Chrystus. Postawa Franciszka jest dobrze rozpoznawalna po służbie ubogim i schorowanym. Uważał on, iż natura nieożywiona i wszystkie ziemskie stworzenia są jego braćmi. Bracia zakonnicy propagowali znaczenie uczuć i serca w związku z tajemnicami życia Chrystusa. W kategorii modlitwy skupiali się na dziękowaniu Bogu za wszelkie napotkane dobra. [34]

Szkoła dominikańska funkcjonująca w średniowieczu bazowała na Ewangelii. Strukturę życia zakonnego usystematyzował przede wszystkim św. Dominik Guzman. Oparł się na przekazie Nowego Testamentu oraz osobistych doświadczeniach. Dominikanie zawdzięczają św. Tomaszowi z Akwinu odkrycie własnego charyzmatu w kierowaniu wiernych ku prawdzie. Duchowość dominikańska jest skoncentrowana na apostołacie słowa i przeświadczeniu prowadzącym do Boga przez życie w ubóstwie. Mnisi wierzyli, że ubóstwo pomoże im skutecznie nieść posłannictwo ewangeliczne, ułatwi swobodnie głoszenie słowa. Brak posiadania przez nich dóbr materialnych był postrzegany jako ułatwienie w podróżowaniu. Wewnętrzne ustalenia zakonne zobowiązywały duchownych do niemalże nie-

ustannej kontemplacji i studiowania pism. Za główne składowe życia duchowego dominikanów uważa się profesję rad ewangelicznych, wspólne sprawowanie liturgii, a także godzin kanonicznych. Istotnym celem działalności było osiągnięcie doskonałości przez posługę apostołską. [35]

Pod koniec wieku XIII powstała nadreńska szkoła mistyczna którą utworzył Mistrz Eckhart. Jego głównym założeniem było twierdzenie, że u człowieka wierzącego Bóg rodzi się w sercu i duszy czyli łac. unio mystica (jedność mistyczna). Uważał, że w życiu powinniśmy nie zwracać uwagi na rzeczy przemijające, a jedyne co nas powinno interesować to Bóg i wiara w niego. Twierdził, że ogołocenie i pustka jest przejawem boskiego bytu w człowieku. Traktuje się to jako przejaw pokory, który można osiągnąć w kontekście pełni, daje to ludziom łaska. Zdaniem Eckharta ludzie są powołani do zjednoczenia z Bogiem w głębi jego istnienia. Uważał, że całkowicie połączyć się z Bogiem można w wieczności, w której człowiek będzie uczestnikiem boskiej natury Chrystusa. [36]

Odmienne poglądy do Ekhartha prezentował błogosławiony Henryk który wskazywał trójczłonowy schemat dróg rozwoju duchowości. Przejął go od Pseudo – Dionizego. Najczęściej spotykaną drogą było oczyszczenie. Wskazuje życie Chrystusa za drogowskaz który należy wykorzystać do rozwoju duchowości człowieka na wszystkich płaszczyznach. [37]

W XIV wieku jako wybitny kaznodzieja niemiecki, ukazuje się Jan Tuler. Głosił on, iż fundamentem rozwoju duchowego jest zjednoczenie mistyczne. W każdym cytowanym przez niego fragmencie Pisma Świętego zachęcał do rozwijania zjednoczenia mistycznego. Tauler uważał za autora życia duchowego, oraz drogi prowadzącej do niej samego Boga. Uważał, że Bóg towarzyszy nam cały czas, od początku dając człowiekowi natchnienie, aż do końca czyli zjednoczenia ze sobą. Wyraźnie podkreślał, iż stopnie zjednoczenia z Bogiem są różne, a o ich poziomie decyduje sam Stwórca. [37]

Na terenie ziem Niderlandzkich w XIV–XV wieku zainicjowany został nowy styl pogłębiania wiedzy duchowej. Przewodniczył mu i dał początek Gerard Groot. Utworzył on dobrowolne stowarzyszenie którego zwolenników określano mianem Braci Wspólnego Życia. Nie chcąc żebrać upodobali sobie pracę szczególnie jako kucharze, nauczyciele dzieci oraz kopiści manuskryptów. Głównym celem przewodnim tego stowarzyszenia było doskonalenie cnót, oraz praca. Wierzyli, że to będzie rozwijało ich pobożność. Ziemskie życie Chrystusa było ich wzorem. W ich interpretacji człowiek powinien wzorować się na Chrystusie przez codzienne refleksje nad uczuciami i przeżyciami, potrzebie samotności i milczenia. [24]

Okres nowożytny

Okres ten bez wątpienia związany był z burzliwymi przemianami w świecie Kościoła Katolickiego. Nie przeszkodziło to jednak w bujnym rozkwicie duchowości. Obecne wydarzenia w epoce renesansu i reformacji przyniosły ze sobą nowe spojrzenie na człowieka. Ludzkie istnienie rozważano optymistycznie. Powstało podejście humanistyczne. Człowieka rozpatrywano pod kątem podobieństwa do Boga. Nowe idee zdynamizowały rozwój duchowości. W tym okresie próbowano

powiązać humanizm z chrześcijaństwem. Zasadniczą osobą która w swoich działaniach chciała do tego doprowadzić to Erazm z Rotterdamu. Duchowość rozwijała się w różnych kierunkach w zależności od odłamu Chrześcijaństwa: ewangelicko–luteranckiego, ewangelicko–reformowanego i anglikańskiego. [37]

Wpływ na rozwój duchowości chrześcijańskiej w XIX wieku wywarł myśliciel i filozof włoski Antonio Rosmini–Serbati. Jego przekonania były wzorowane na myślach Platona, św. Augustyna oraz św. Tomasza. Głosił on tezy o nieusuwalnych przymiotach każdego człowieka. Były to prawa naturalne, jak np. prawo do posiadania, co nie podobało się socjalistom i komunistom. Rosmini obrał za cel stworzenie filozofii chrześcijańskiej obejmującej wszystkie płaszczyzny. Podkreślał także grzeszną naturę człowieka, oraz nawoływanie Boga do świętości. [38]

Szkoła Ignacjańska

Była metodą kształcenia i stylem życia duchowego chrześcijan. Bazowała na sugerowanych przez Ignacego Loyolę ćwiczeniach duchowych. Loyola publikując «Ćwiczenia duchowe» zwrócił na siebie duża uwagę, zapoczątkował ruch który szybko przeobraził się w wymiar szkoły. Szkoła ignacjańska wyznaczała kilka sztywnych i podstawowych kierunków którymi powinien podążać człowiek wierzący. Loyola wprowadził trzypunktowe medytacje. Podkreślał wagę łączności z Bogiem. Najważniejszym dogmatem było przyjęcie Chrystusa za Mesjasza, Wcielonego Syna Bożego. [39]

W przeżywaniu duchowości szkoła ignacjańska wyróżnia się podporządkowaniem wobec zasad panujących w Kościele Rzymskokatolickim. Przyglądając się głównym wyznacznikom duchowości ignacjańskiej, w postaci trzydziestodniowych ćwiczeń duchowych, można odnaleźć powiązanie z ideą rozwoju duchowego Towarzystwa Jezusowego (Jezuitów). Czterotygodniowe rekolekcje miały różne cele i metody. Zależało to głównie od wieku, stopnia wiedzy i zdolności wiernego. Pierwszy tydzień ćwiczeń był poświęcony rozważaniom na temat celu życia człowieka. W drugim tygodniu ćwiczeń rozważano pod kątem ostatecznych rzeczy człowieka. W trzecim tygodniu kontemplacja dotyczyła Ostatniej Wieczery oraz Męki Pańskiej. Ostatni czwarty tydzień był poświęcony zmartwychwstaniu Chrystusa i Jego połączeniu z Bogiem. Jezuiti mieli jasno określone idee. Zamiast na liturgii skupiali się przede wszystkim na modlitwie, ćwiczeniach oraz rachunku sumienia. Ważna ideą, którą praktykowali była walka ze złem. Zło widzieli w sobie, jako w ludziach, nieustannie pracowali nad jego przewyciężeniem, a także widzieli je na zewnątrz np. w pogańskich ideach. [40]

Szkoła karmelitańska

Szkoła karmelitańska swoje korzenie czerpie z Palestyny i związana jest z tajemnicą góry Karmel. Do dziś jest uważana za jedną z najlepiej rozwiniętych szkół duchowości w związku ze swoją doktryną. Opiera się ona na duchowym dorobku braci karmelitanów i karmelitanów bosych. Entuzjastami tego nurtu byli przede wszystkim św. Teresa z Avila i św. Jan od Krzyża. Szkoła ta propagowała połączenie ascezy z mistyką. Jest to widoczny powrót do idei panujących na początku

średniowiecza. (41)

Św. Teresa w teologicznej autobiografii pt. «Księga Życia» z zamiłowaniem opisuje swoje stanowisko na temat rozwoju duchowego: Pierwszy etap nazwany «kontemplacją myślną» jest dla świętej odłączeniem duszy od ciała, a także kontemplacją na temat Męki Pańskiej i żalem za grzechy. Drugi etap to «kontemplacja w ciszy», w nim święta dokonuje podziału na wolną wolę człowieka, którą oddaje się Bogu z racji swojej natury i pochodzenia od Stwórcy. Z kolei rozum, pamięć i wyobrażenia rozpraszane są przez otaczający nas świat. Autorka podkreśla znaczenie spokoju za bardzo ważny stan. Jako «trzeci» święta podaje «pobożne zjednoczenie». Uznaje go za stan nadprzyrodzony, określa mianem ekstazy. Nadaje mu charakter zjednoczenia rozumu człowieka z Bogiem. W tym stanie pamięć i wyobrażenia jest wolna, pozostawiona sama sobie. Św. Teresa odnajduje w tym stanie sny wyższych sfer duszy i zachwyty miłością Boga. Jako ostatni etap i zarazem najwyższy do osiągnięcia podaje «oddanie się ekstazie lub uniesieniu». Jest dla niej stanem biernym, szczytem doświadczeń mistycznych, w którym żywot cielesny zanika. Przez wiarę ciało łączy się z duszą w poczuciu słodkiego bólu, który przynosi szczęście. Autorka przytacza naprzemienne występujące stany przerażenia, niemocy utraty świadomości, a nawet poczucie lotu w przestrzeń kosmiczną. [42]

Św. Jan od Krzyża razem z św. Teresą uważani są za założycieli Karmelitów Bosych. Św. Jan jako kontynuator idei Pseudo – Dionizego uważał, iż do zjednoczenia z Bogiem może doprowadzić warunek ogołocenia duszy zarówno w strefie zmysłowej jak i duchowej. Św. Jan negował dociekanie rozumu w kierunku rozwoju duchowości, propagował ćwiczenie cnót.(43)

Szkoła oratońska

Jako przedstawiciele tej szkoły wyróżnić możemy przede wszystkim duchowość oratorianów włoskich i francuskich. Za twórcę duchowości oratoriańskiej uważa się św. Filipa z Neri. Jego główną ideą było doświadczanie Boga przez Chrystusa w Duchu Świętym. Ważnym przeżyciem były dla niego także Zielone Święta, które były jednoznaczne z doświadczeniem Bożej miłości. Duchowość według św. Filipa powinna mieć charakter chrystocentryczny. Charakterystyczną cechą duchowości oratoriańskiej jest pobożność wobec Maryi matki Chrystusa. Święty Filip uważa, iż życie duchowe dotyczy całego człowieka. Według niego bycie pokornym w życiu, to przejaw własnej swobody oraz swobody ducha. Sprawdzianem pokory jest postawa wobec duchowych przełożonych. Za dar łaski św. Filip uważał wewnętrzną radość, która była dla niego dowodem czystości serca.(44)

Duchowość św. Franciszka Salezego

Św. Franciszek był biskupem Genewy. Swoje przekonania na temat duchowości zawarł w dwóch dziełach. Rozpoznawalnymi cechami duchowości św. Franciszka były optymizm i łagodność. Śmierć Chrystusa na krzyżu, otwierała człowiekowi drogę do zbawienia. Uważał on także, że wszyscy świeccy są w stanie osiągnąć najwyższy poziom duchowości. Proponował ludziom częste przyjmowanie sakramentu Eucharystii, by unikali najcięższych grzechów a co za tym idzie, osiągnęli doskonałość.

Uważał, że człowiek powinien przyjąć postawę jako przybrane dziecko Boga, a nie biczującego się i zamartwiającego niewolnika. (45)

Duchowość salezjańska

Towarzystwo Salezjańskie lub Towarzystwo św. Franciszka Salezego zostało założone przez księdza Jana Bosko. Głównym założeniem towarzystwa była kontynuacja pracy z dziećmi i młodzieżą. Ksiądz Jan Bosko zgadzał się w większości założeń z biskupem Franciszkiem Salezym. Idea która ich poróżniła to była asceza. Ksiądz Jan Bosko uważał, że w czasie ziemskiego żywota, człowiek powinien kierować się rozsądną ascezą. Przyjął, iż przez widzialny Kościół przemawia sam Bóg. Słowa Kościoła są dla księdza wyznacznikiem moralnym którym powinien kierować się człowiek wierzący. Podkreślał znaczenie pracy i powściągliwości jako czynników zapewniających kontrolę i czuwanie nad sobą. Ważnymi przymiotami życia chrześcijan określił naśladowanie Chrystusa przez działanie w miłości. Ksiądz Jan swoje życie poświęcił dzieciom i młodzieży, tworząc oratoria – miejsca pracy, nauki i modlitwy. (46)

Duchowość pallotyńska

Źródła pallotyńskiej duchowości odnajdujemy w pismach św. Wincentego Pallottiego. Był to nurt charakterystyczny. Podkreślał on za główną cechę swych poglądów teocentryzm. Widział Boga jako nieskończone źródło miłości, sprawiedliwości i miłosierdzia. Twierdził także, iż dusza człowieka ma wymiar nieskończony z racji tego, iż ludzie powstałi na podobieństwo Boga. Pallotti nawiązuje w swych rozważaniach do związku i podobieństw człowieka z Bogiem. Przejawem duchowości pallotyńców jest kult Serca i Męki Chrystusa. Za przejaw naśladowania Chrystusa uważano modlitwę, pracę i głoszenie Ewangelii. [47]

Czasy najnowsze

Przedmiotem zainteresowania współczesnych badaczy są trzy głównie wyodrębnione nurty: mistyczno-kontemplacyjny, biblijno-liturgiczny, chrystocentryczno-eklezyjalny. We współczesnym rozumieniu katolickiej koncepcji duchowości Dziewiecki M. (2006) uważa za punkt wyjścia rozwoju duchowego zadawanie sobie podstawowych egzystencjalnych pytań: o normy moralne i aspiracje, o ideały. Weryfikuje on stopień rozwoju duchowego jako rozumienie własnej cielesności i postawę wobec ciała. Uważa, że dojrzały duchowo człowiek nie podlega dyktaturze ciała ani nie ogranicza się do strefy swojej cielesności. [48]

Duchowość jako cecha ludzka

Duchowość jest postrzegana w życiu człowieka jako zjawisko nadnaturalne. Jest to rodzaj daru który otrzymujemy od Boga lub Natury. Dzięki temu jesteśmy w stanie przekroczyć wymiar cielesny i bytowanie. Na dzisiejszym poziomie wiedzy z zakresu duchowości wiemy, że nasz rozwój duchowy kończy się wraz ze śmiercią. Nikt nie zbadał dokładnie kiedy zaczyna się duchowość w człowieku rozwijać. Istnieją różne teorie tłumaczące początkowy próg duchowości u człowieka. Przykładem

wartym uwagi jest stanowisko filozofa scholastycznego, Św. Tomasza z Akwinu. Św. Tomasz uważał, że dusza kształtuje zrodzenie i wzrost płodu. Do czasu, gdy poczęcie osiągnie formę doskonałą, w nasieniu ojca jest najpierw sama dusza wegetatywna, potem, w procesie, który prowadzi do poczęcia, ustępuje ona duszy, która jest i wegetatywna i zmysłowa. W dalszej kolejności, o ile dojdzie do poczęcia, dusza przybiera postać absolutną tzw. «forma perfecta», która przeobraża się i osiąga wymiar wegetatywnej, zmysłowej i rozumnej. Rozumienie duszy i duchowości nabiera kolejnego wymiaru jakim jest transcendencja ([łac.], istnienie na zewnątrz, poza granicami czegoś; w sensie antycznym transcendencja Boga wobec świata; w sensie poznawczym transcendencja przedmiotu wobec świadomości, lub jak u I. Kanta «rzeczy samej w sobie») [49].

Dużą uwagę poświęcili tej problematyce neoscholastycy. Uważali, że dusza to substancja duchowa, która jest zarówno transcendentna, jak i niewynikająca z czynnika zewnętrznego. Neoscholastycy transcendencję duszy ludzkiej sprowadzili do duchowości jej natury. Dzisiaj wiemy, że człowiek bez duchowości przestałby w pełni być człowiekiem. Z dorobku wiedzy wynika, że jest to wyłącznie cecha ludzka. [50]

Zarys duchowości buddyjskiej

Keowyn D (1997) w pozycji „Buddyzm. Bardzo krótkie wprowadzenie.” Zaznacza, iż słowo „buddyzm” wprowadzono stosunkowo niedawno przez zachodnich badaczy. Wcześniej to pojęcie występowało pod nazwami: dharma, sasana lub buddhasasana.

Rozpatrując pojęcie religii, jako wiary w bóstwa, oddawanie im czci, dochodzimy do wniosku, że buddyzm ciężko nazwać religią. Z drugiej strony wierzą w istnienie istot nieposiadających fizycznego ciała o nadludzkich zdolnościach. Wierzą także w życie pozagrobowe – reinkarnację. Problem z zakwalifikowaniem buddyzmu jako religii rozstrzygnięto określając go mianem «religi nieteistycznej». Budda Siakjamuni przekazał wiedzę swoim uczniom. Historia buddyzmu opiera się na przekazie słownym. Dopiero po śmierci Buddy uczniowie spisali wszystkie nauki i doktryny. Słowo «buddha» w sanskrycie oznacza dosłownie «przebudzony». Siddhārtha Gautama sam nadał sobie taki przydomek w momencie gdy zaczął nauczać ludzi. [51]

Historia buddyzmu

Żołycielem religii buddyjskiej był Siddartha Gautama. W opowiadaniach mających charakter mitologiczny są wzmianki o tym, iż przebywał we wcześniejszych wcieleniach pod wieloma postaciami. Mając 16 lat ożenił się z Jasiodrą i miał z nią syna Rahulę. Jako syn króla żył w dostatku, dobrobycie i luksusie. Nie doświadczał trosk, bólu poważnych problemów życiowych. W wieku 29 lat jego życie zmieniło się. Legendy głoszą, że rozmyślając o naturalnych przyczynach chorób i śmierci dostąpił objawienia. Ukazały mu się tzw. «cztery znaki». Uważa się, iż w czasie czterech podróży zagranicznych spotykał jedną istotną postać powiązaną

ze znakami. Spotykał on kolejno: starca podpierającego się laską, ciężko chorego człowieka, ciało zmarłego niesionego na stos kremacyjny. Ostatnią osobą był uśmiechnięty mnich. Spotkanie pierwszych trzech ludzi wywarło na nim bardzo duże wrażenie, przeżył wstrząs. Ukojenie i spokój odnalazł w towarzystwie wesołego mnicha. Te doświadczenia odmieniły jego życie. Postanowił przyodziać szaty mnicha i opuścić rodzinny pałac. W pierwszej kolejności wędrując w kierunku południowym dotarł do dwóch mistrzów medytacji. Podania głoszą, iż od pierwszego nauczył się medytacji która pozwalała wejść w «sferę nicości». Uważa się ten stan za chwilowe oddzielenie człowieka od świata. Od kolejnego mistrza nauczył się wchodzić w «stan postrzegania, oraz braku postrzegania». Następnie podczas swojej wędrówki napotkał pięciu pustelników, którzy byli ascetami. Mieszkając w leśnych pustelniach na co dzień praktykowali surowe umartwianie się. Praktykując ich poglądy doprowadził się do skrajnego wyczerpania. To doświadczenie pomogło mu dojść do wniosku, że to umysł steruje ciałem. By uzyskać wyzwolenie twierdził, że należy trenować umysł. Kolejnym istotnym faktem z życia Gautama było dotarcie w efekcie poszukiwań do miasta Gaja. Znajdowało się tam drzewo które później nazywano «drzewem życia». Pod owym drzewem złożył śluby, że nie podniesie się i nie odejdzie od drzewa dopóki nie osiągnie oświecenia. Po 49 dniach medytacji, twarzą w kierunku słońca osiągnął najwyższy poziom uduchowienia zwanym «bohdi». Od tego momentu stał się Budda. Tłumaczył oświecenie jako pojęcie wiedzy w trzech dziedzinach: opanował doświadczenia ze swoich poprzednich wcieleń, zrozumiał jaki jest sposób przewycięzania niewiedzy i pożądania, pojął prawo tzw. współzależnego powstawania oraz cztery szlachetne prawdy. Pierwsza szlachetna prawda mówi o wszechobecności dukkha. Dukkha jest rozumiana jako zbiór wszystkich nieprzyjemnych doświadczeń jak np. ból, choroby, rozpacz, irytacja etc. Druga szlachetna prawda że przyczyną dukkha w życiu człowieka jest pragnienie. Źródła podają trzy natury tego zjawiska: niechęć, iluzja i chciwość. Trzecia szlachetna prawda mówi, iż dukkha można pokonać. Czwarta szlachetna prawda ukazuje środek za pomocą którego można tego dokonać. Po głębokim przeanalizowaniu tej wiedzy Budda postanowił, iż będzie się dzielił zdobytą wiedzą z ludźmi. W tym celu założył koło nauki. Pierwszy raz podzielił się swoją wiedzą z pięcioma uczniami w Parku Jeleni w Saranath. Przekazał swoim uczniom wtedy Cztery Szlachetne Prawdy. W następstwie nauczania swoich uczniów podjął decyzję, że wyrusza w podróż, aby nauczać ludzi spotkanych po drodze. Ta wędrówka zajęła mu 45 lat. Skupiał wokół siebie rzesze słuchaczy. Budda prze śmiercią głosił, że jego nauka będzie niezrozumiała ulegnie zniekształceniom i wypaczeniom. Przewidywał, iż stanie się to nie dłużej niż tysiąc lat po jego śmierci. Nie mylił się, widać, iż współcześnie część buddystów popadła w rytualizm zastępując tym samodyscyplinę, inni wybrali drogę modlitw kosztem dochodzenia i poszukiwania zrozumienia.

Głównym zamysłem Buddy było utworzenie szkoły filozoficznej. Charakterystyczną cechą Buddy jest omijanie tematu Absolutu. Motywem przewodnim była ludzka egzystencja w kontekście świata. Za mądrość Buddy uważa się głoszone przez niego mądrości które posiadał w wyniku medytacji. Jako ruch religijny zacerpnął pewne elementy z hinduizmu. [52, 53]

Dziewiecki M. (2006) analizując duchowe ujęcie buddyzmu pokazuje jedną z głównych zasad duchowości: nikomu nie wolno stwarzać cierpienia. Dotyczy to roślin, zwierząt, ludzi. Ten pogląd krytykuje i nazywa «utopią», ponieważ żyjąc na tym świecie człowiek po prostu nie jest w stanie żyć nie zadając cierpienia nikomu i niczemu. Przytacza także przykład samego Buddy, który wyruszając w wędrówkę trwającą ponad czterdzieści lat, zadaje cierpienie swojej żonie i synowi opuszczając ich na długie lata. Za drugą zasadę duchowości buddyjskiej. Przytacza założenie, że cierpienie jest największym nieszczęściem. Tymczasem w buddyzmie nie rozważa się kategorii, iż cierpienie jest cenną życiową lekcją, która nas uczy odróżnić co nas rozwija, a co nas krzywdzi. Porównując buddyzm do chrześcijaństwa zaznacza, iż chrześcijaństwo proponuje człowiekowi większe ideały, buddyzm zawęży się natomiast do powstrzymywania od krzywdzenia. [54]

Dziewiecki M. (2006) w swoim artykule pisze «Buddyzm jest jedynie namiastką duchowości również dlatego, że w wielu aspektach nie respektuje logicznej zasady niesprzeczności, a przecież istotą duchowości jest zdolność do odkrycia prawdy o człowieku, a nie zatrzymywanie się na poziomie enigmatycznych i wewnętrznie sprzecznych ogólników. Medytacja buddyjska polega bardziej na skupieniu się danego człowieka na jego oddechu, niż na odkrywaniu sensu ludzkiego istnienia. W obliczu nieuchronności i cierpienia, które system ten ukazuje za największe zło, proponuje zło jeszcze większe, mianowicie zubożenie człowieka na własny los.» [55]

Zarys duchowości islamskiej

W 2010 roku „Pew Research Center” prowadząc badania oceniło iż na świecie do wiary w islam przyznaje się aż 1,57 miliarda ludzi. Jako religia monoteistyczna zajmuje drugie miejsce pod względem liczby wyznawców. [56]

Nazwa «islam» w języku arabskim oznacza «poddanie się Allahowi». Warto podkreślić, że islam ma wspólne korzenie z judaizmem i chrześcijaństwem.

Świętą księgą islamu jest Koran. Wyznawcy wierzą, że wersety Koranu zostały stopniowo przekazane Mahometowi za pomocą Archanioła Gabriela.

Kim był Mahomet?

Postać Mahometa łączy się z genezą islamu. Był mieszkańcem Mekki i trudnił się przewodnictwem karawan kupieckich. Panuje przekonanie, iż ok 610 roku naszej ery Mahomet przebywając dłuższy czas na pustyni miał doświadczyć niezwykłego doznania na górze Hira. Wyznawcy islamu wierzą, iż pewnej nocy Mahometowi objawił się sam Archanioł Gabriel z kawałkiem brokatu, na którym było coś zapisane. Archanioł miał przekonać Mahometa do przeczytania tego pisma, ale ten nie umiał czytać. Archanioł sam przeczytał tekst, który mówił o Bogu potężnym. Mahomet uwierzył w to objawienie, uznał się za wybrańca Boga na proroka. Nie kryjąc swojego doświadczenia postanowił głosić objawienie ludziom ze swojego plemienia, następnie wszystkim mieszkańcom Mekki. W rozdziale Islam [57] dowiadujemy się iż pierwsze przekazy Mahometa zawierały stwierdzenia: «a) Allah jest jeden. Jest on wszechmocny, sprawiedliwy i litościwy. b) wszystkich ludzi czeka surowy sąd Boży:

c) bogaci są wezwani do tego, by troszczyli się o biednych, więźniów, niewolników, cudzoziemców i dzielili się z nimi posiadanymi dobrami.» Z początku Mahomet nie znalazł wielu odbiorców, miał bowiem styczność z ludźmi wierzącymi w politeizm. Wielu mieszkańcom Mekki naraził się głosząc swoje objawienie. Z upływem czasu nie było mu łatwiej. W roku 622 ery chrześcijańskiej postanowił opuścić Mekkę razem ze swoimi zwolennikami, ten rok uznaje się za pierwszy w erze muzułmańskiej. Było ich zaledwie 70 osób. Wydarzenie to nazywane jest «hidżra» co można tłumaczyć jako ucieczka. Wraz ze swoimi wyznawcami Mahomet powędrował do znanego mu Jarsib. W Jarsib nie wszyscy byli skłonni uwierzyć Mahometowi, ale zyskał tam wielu zwolenników. Za proroka nie uznały go trzy rody żydowskie. Mahomet polecił ich przegnać z miasta lub zamordować. W krótkim czasie Mahomet objął przywództwo duchowe i polityczne w Jarsib, wykorzystując swoją pozycję przywódczą rozpoczął wojnę z Mekką. Trwający sześć lat konflikt zbrojny zakończył się zwycięstwem armii medyńskiej. Od tamtej pory w Mekce zapanowała religia monoteistyczna. [58]

Islam jest religią monoteistyczną, co oznacza, iż obowiązuje wiara w jednego Boga nazywanego w świętej księdze islamu Allahem. Sura al-Ichlas z Koranu mówi o Allahu: «On jest Bogiem jedynym Bogiem wiekiustym! Nie zrodził nikogo, ani też nie został zrodzony, a nikt nie jest Jemu równy.»

Autor artykułu Zarzycki S.T «Islam» ukazuje, iż od początku kształtowania się islamu widoczne są trzy aspekty konstruktywnej duchowości: prawdy wiary, obowiązki rytualne oraz zasady moralne. [59]

Dogmaty islamu [60]

- 1/ *Wiara w Allaha* – wyznawcy wierzą w jedynego Boga, nie znają jego potomstwa, w odróżnieniu od chrześcijan którzy uznają Chrystusa za Syna Bożego;
- 2/ *Wiara w anioły i demony* – między innymi anioła Gabriela i Michała. W islamie rola i ich znaczenie jest zróżnicowane. Są podzieleni na klasy: jedni stoją najbliżej Boga, inni mają za zadanie pośredniczyć między Bogiem a człowiekiem. Muzułmanie wierzą także w demony – np. Iblis – to zbuntowany anioł będący ucieleśnieniem zła. Wierni wierzą w dniu Sądu Ostatecznego wszystkie demony wraz z Iblisem zostaną osądzone i strącone do czeluści piekła;
- 3/ *Wiara w święte pisma* – najważniejszym pismem wiernych jest Koran. Uważają, iż Koran nie jest dziełem człowieka tylko w całości pochodzi od Boga. Muzułmanie uznają także inne księgi takie jak Tora i Ewangelia, gdyż widzą w nich wcześniejsze objawienia Boga;
- 4/ *Wiara w posłańców Boga* – Islamiści wierzą, że Bóg objawia się ludziom przez proroków i posłańców. Ich rolą było rozpowszechnianie przekazu od Boga. Wg. Koranu linia proroków zaczyna się od Adama. Tzw. «Pieczęcią proroków» Koran nazywa Mahometa;
- 5/ *Wiara w sąd ostateczny i życie wieczne* – wierni wierzą, że wszystkie uczynki człowieka są zapisywane w «księgach niebieskich» przez aniołów, a w dniu sądu ostatecznego będą wręczane ludziom. Koran tłumaczy, że kto dostąpi miłosierdzia Boga będzie mógł wejść do «ogrodu wieczności»

Kolejnym bardzo ważnym czynnikiem w życiu wyznawców islamu jest postawa duchowa człowieka wyrażająca się przez rytualne obowiązki wiernego. Zarzycki S.T pokazuje, iż duchowa wiara opiera się na pięciu filarach [61];

- 1/ *wyznanie wiary* – «Nie ma bóstwa oprócz Boga, a Mahomet jest posłańcem Boga.» Ta formuła nosi nazwę «szahdy». Jej trzykrotne, szczerze wypowiedzenie na głos w obecności innych wiernych jest równoznaczne z przyjęciem do wspólnoty wiernych. Islamiści wierzą, że w czasie inicjacji wszystkie złe uczynki zostają odpuszczone, a człowiek wchodzący do wspólnoty «rodzi się na nowo»;
- 2/ *modlitwa* – głównym przejawem w duchowości islamskiej jest modlitwa. Salat to obowiązkowa modlitwa, a du'a jest modlitwą wynikającą z potrzeby chwili, która może być odprawiana w dowolnym czasie. Salat obowiązuje wszystkich wiernych poza chorymi, ludźmi w podeszłym wieku lub podróżnikami. Musi być odmawiana kilka razy dziennie: rano, w południe, wieczorem oraz z nadejściem nocy. Początkowo wszyscy modlący się muzułmanie kierowali swe modły kierując się w stronę Jerozolimy, po pewnym czasie tradycja uległa zmianie zastępując Jerozolimę Mekką. Modląc się wśród islamistów panuje przekonanie, iż w meczecie Mekki Allah jest «bardziej obecny niż gdziekolwiek indziej».
- 3/ *jałmużna* – jest wśród wiernych islamistów nie tylko filarem duchowej wiary ale także zapisem prawnym. Ideą dawania jałmużny jest wyzbycie się posiadanych dóbr materialnych w celu unikania chciwości i skąpstwa. Panuje przekonanie, że człowiek który pozbywa się majątku, ma o wiele prostszą drogę do rozwoju duchowego np. poprzez modlitwę. Zapis w Koranie obiecuje wiernym praktykującym dawanie jałmużny nagrodę w postaci «szlachetnej nagrody» od Boga. Koran także pokazuje właściwą postawę przy dawaniu jałmużny: zapisy polecają przyjęcie postawy chęci przypodobania się Bogu, ale także nakazuje by dzielenie się dobrami miało charakter szczerzy i dyskretny.
- 4/ *post* – kolejnym wyznacznikiem życia duchowego islamistów jest przestrzeganie postu. Jest to tradycja zaczerpnięta od Żydów i Chrześcijan. Rozpoczyna się od fazy księżycy przypominającej sierp w miesiącu Ramadan i trwa do jego końca. W tym okresie zaleca się ograniczać jedzenie, picie, sięganie po używki, oraz wstrzeźliwość seksualną. Postu nakazuje się przestrzegać od wschodu do zachodu słońca. Islamiści zwalniają z tego nakazu osoby chore, kobiety ciężarne, małe dzieci oraz starców. Warunkiem zwolnienia dla wymienionych grup jest oddawanie jałmużny. Wierni poszczą wspólnie w duchu solidarności, nieprzestrzeganie postu postrzegane jest za brak wiary i może spotkać się z upomnieniami innych wyznawców. Wierny przestrzegający postu swe wyrzeczenia wiąże z jakąś intencją.
- 5/ *pielgrzymka do Mekki* – ten filar wiary głosi, iż każdy, kto ma odpowiednie warunki materialne powinien chociaż raz w życiu odbyć pielgrzymkę do duchowej stolicy, miasta Mekki.. Temu wydarzeniu towarzyszą ścisłe reguły, których należy przestrzegać: np. pielgrzymce powinna towarzyszyć jakaś intencja, istnieją określone zasady ubioru przy wkraczaniu na świętą ziemię.

Droga duchowa wyznawców islamu

Autor artykułu «islam» Zarzycki S.T. (2002) głosi, że w islamie istnieje prawo noszące nawet «szariat», które określa zasady życia we wspólnocie ludzi wierzących w tą religię. Za źródła tego prawa uznaje się świętą księgę Koran oraz spisana tradycję tzw. «hadisach». Obowiązujące prawa w świecie tej religii uznawane są za święte z racji swojego pochodzenia, czyli od samego Boga. Od dawna w wierze islamu osoby pełniące funkcje władz państwowych były również obrońcami prawa Bożego. Prawo w islamie jest tak ważne, że jest praktykowane nauczanie go w oficjalnych szkołach. Nauczaniem prawa zajmują się nauczyciele tzw. «alim», którzy są ekspertami w dziedzinie teologii islamskiej, Koranu. Przez swoje nauczanie mają ogromny wpływ na kształtowanie duchowości młodych islamistów. Wielu islamistów poza przestrzeganiem prawa duchowego szuka głębszych ścieżek rozwoju duchowego, polegającego na znalezieniu Boga w swoim sercu. Kierunek tych poszukiwań duchowych został nazwany przez muzułmanów «sufizmem». Sufizm jako bardziej uduchowiona ścieżka życia skoncentrowany jest na postaci Mahometa, oraz związanymi z jego życiem tradycjami. W zamyśle islamistów Mahomet jest osobą którą upodobał sobie Bóg. W Medyńskim meczecie powstał przejaw praktykowania duchowości w postaci tzw. «ludzi ławy» byli to ludzie ubrani w płaszcze, którzy mieli ciągle towarzyszyć Mahometowi w modlitwie. Ci ludzie brali go za wzór ludzkiej duchowości. Pragnęli go naśladować. Szczególnie ważnym wydarzeniem na którym się skupiali była nocna wędrówka Mahometa do nieba. [62]

Zarzycki S.T. uważa, iż sufizm uwidocznił się wyraźnie w trzecim wieku ery muzułmańskiej, kiedy to zaczęli się formować mistrzowie duchowi sufizmu. Pozwoliło to na dalszy rozwój doktryny w postaci drogi duchowej. Zakładała ona przechodzenie etapów, począwszy od adepta, przez zdobywanie doświadczenia duchowego, aż do poznania wewnętrznej prawdy. Droga rozwoju sufizkiej duchowości była porównywana do człowieka który kolejno staje się: «poszukującym» następnie «podróżującym» aż osiągnie poziom «bycia wtajemniczonym». Droga duchowa adepta sufizmu jest kontrolowana przez duchowego mistrza. Warunkiem wejścia na tę drogę było przestrzeganie prawa, zasad Koranu oraz filarów wiary. W miarę rozwoju tej ścieżki duchowości powstają różne odłamy i bractwa sufizmu.

Bractwo Beksztaszytów za drogę duchowa obiera za cel rozmyślanie nad zaszyfrowaną wartością liter. Wspólnota tańczących derwiszy dąży do pojednania z Bogiem poprzez rytualne tańce oraz muzykę. Każdemu z kierunków towarzyszy surowo przestrzegana asceza. [63]

Duchowość w psychologii

Na przestrzeni ostatnich 25 lat można zauważyć wzmożone zainteresowanie terminem «duchowość». To słowo dobrze znane jest teologom i filozofom. Badacze psychologii zainteresowani są dogłębnym poznaniem tego zjawiska, zwłaszcza psychologowie kliniczni z racji wykonanych już badań i zaskakujących efektów. Przejawy duchowości w życiu człowieka widoczne są jako transcendencja. Rozumiemy ją jako wynik przekraczający to co doświadczamy. Na dzień dzisiejszy w psychologii

występuje wiele koncepcji duchowości, jednak należy podkreślić, iż nie są one do końca zweryfikowane :

- ☞ Maslow A. uważa za duchowość rozwój jednostki, jej doskonalenie oraz «poczucie doskonałości» w pewnych przejawach. [64]
- ☞ Rogers C. twierdzi, że duchowość to jedność procesów integracji i różnicowania
- ☞ podkreśla w sposób szczególny, że każda jednostka jako osoba jest rzeczywistym podmiotem swego istnienia i działania oraz uprawnioną do samookreślenia i u kierunkowania się w sposób niezależny celom zapewniającym pełniejszy jej rozwój, dojrzałość i skuteczne przy stosowanie się do środowiska. [65]
- ☞ Carl Gustaw Jung to pojęcie rozumie jako integracja jaźni i finał procesu indywidualizacji. [66]

Koncepcja Jamesa Averilla:

Uważał, iż duchowość jest składnikiem psychiki. Przypisywał duchowości trzy komponenty: poczucie sensu, poczucie łączności oraz witalność. Rozpatrując te składniki wyznaczył obszary do których można je przydzielić: religijny, świecki lub oba jednocześnie. Przejaw obszarów możemy odnaleźć w kulturze np. literaturze, sztuce, nauce i filozofii. Za przejawy obszarów religijnych uznajemy akty wiary, objawienia, święte pisma. Świecką witalność rozpoznać możemy przez twórczą siłę życia, energię, entuzjazm i zdrowie. Witalność w obszarze religijnym witalność to funkcje duszy, łaski i świętości. Poczucie łączności widoczne jest w znaczeniu świeckim poprzez miłość do konkretnych ludzi i więzi rodzinne. W kontekście religijnym łączność to Kościół, Bóg i transcendencyjne doświadczenia mistyczne. Averill J. tłumaczy, iż pojęcie duchowości rozumie jako procesy prowadzące do rozwoju doświadczeń jednostki przy równorzędnym dekonstruowaniu bieguny przeciwnego – przedmiotowego, oraz na progresie integracji doświadczonych treści przy kurczącym się zakresie zróżnicowania. [67]

Koncepcja duchowości według Viktora E. Frankla

W podejściu Frankla duchowość jest osobistym szczególnym wymiarem. Frankl określa za podstawę trójwymiarowy model działalności człowieka, który jest zaakceptowany dokumentacyjno–empirycznie przez między innymi Popieskiego K.:

Trzy podstawowe wymiary działalności człowieka: biologiczno–fizjologiczny, psychologiczno–społeczny i noetyczno–duchowy. Wymiar noetyczno–osobowy stanowi obszar przyjmowania się «ja» podmiotowo–osobowego. Adekwatnym wskaźnikiem tej składowej jest poczucie sensu życia. Można je równać z wysiłkiem i zaangażowaniem w świat wartości. Działalność twórcza w świecie wartości według Frankla, daje poczucie sensu egzystencji w środowisku kulturowym i społecznym poprzez wywoływanie stanu psychiczno–neotypycznego. Podstawą życia człowieka jest homeostatyczny stan wymiaru neotypczno–duchowego. Poczucie sensu życia jest także podkreślane przez Hesen I. Sęk H. [68]. Uważa poczucie sensu za ważny zasób duchowy człowieka. [69]

Koncepcje naturalistyczne

Duchowość w tej koncepcji nie jest odrębnym wymiarem, a jest rozumiana jako najwyżej rozwinięty poziom psychiki. Duchowość w tym ujęciu jest najdoskonalszą adaptacją ewolucyjną, która pojawiła się tylko u człowieka. W tej koncepcji za przyjęty pogląd uważa się potrzeby jednostki zdeterminowane progiem, jakim jest organizm z mózgiem, a także sposobami jego działania – procesami psychiki dążącymi do zoptymalizowanej adaptacji.

Koncepcja antynaturalistyczna

Istnieje koncepcja której głównym założeniem jest teza że duchowość to trzeci wymiar osoby, poza aspektem fizycznym i psychicznym. Stawiarska P. uważa, iż w koncepcji psychologii egzystencjalnej duchowość to «wielowymiarowy konstrukt teoretyczny często obejmujący problematykę zdrowia i choroby.» [70]

Koncepcja Haliny Romanowskiej – Łakomy

Romanowska – Łakoma H. (1996) uważa, iż istnieje dualizm psychofizyczny. Wyróżnia sferę wewnętrzną określając ją jako subiektywną i intyną. Sferę zewnętrzną określa jako świat obiektywny, którym dzielimy się z ludźmi. Te dwie sfery są wobec siebie autonomiczne, oraz nie korelują ze sobą. Przedstawioną dualność stara się przewyższyć poprzez pokazanie doświadczeń duchowych ludzi. Nazywa go wymiarem jednoczącym. Zajmuje także podobne stanowisko do Frankla przyjmując model funkcjonowania człowieka w płaszczyznach: biologicznej, psychicznej oraz duchowej. Twierdzi, że pierwsze dwie płaszczyzny mają swoje źródło popędowe. Rozwijają się one za pośrednictwem braku deficytów. Natomiast za składnik duchowy uważa «filogenetyczny spadek duchowych archetypów człowieka». Duchowość według niej ma się przejawiać w tzw. nadwyżce, czyli motywacji nadmiaru. Twierdzi, iż w wyniku rozwoju ontogenetycznego poziomy ewaluują do trzech warstw: osobowościowej, osobowej i duchowej. Warstwa duchowa zawiera wszystkie aspekty duchowości. Człowiek doświadczając przez korzystanie ze strefy duchowej, doprowadza do ukazania swojej duchowości za pełnej, inaczej można mówić o tym zjawisku jako duchowe «ja». Duchowe «ja» czasami przejawia się jako prawdziwe i naturalne «ja». [71]

Duchowość a psychologia zdrowia

Z artykułu Heszen-Niejodek I. i Gruszczyńskiej E. pt. możemy się dowiedzieć, że duchowość jest także w ostatnim czasie cenionym zagadnieniem wśród psychologów zdrowia. Interesujące może być powiązanie psychologii zdrowia z duchowością pod względem choroby – jak oddziałują te czynniki idąc w parze? jakie może być zastosowanie duchowości w psychoterapii osób chorych? Autorki odwołują się do duchowości składającej się z trzech składowych wymiarów: somatycznego, psychicznego i społecznego. Uważają także, iż samo badanie duchowości jest zaskakująco interesujące ale bardzo trudne ze względu na wymiar duchowości. Problem w badaniach polega na przeszkodach metodologicznych, gdyż trudno zbadać coś nieuchwytnego. [72]

Badania duchowości

Istotną kwestią, dla której warto badać duchowość jest jej wartość i wpływ w codziennym życiu człowieka szczególnie w strefie procesów motywacyjnych i działaniowych. Istotne jest także znaczenie wpływu duchowości na dobrostan jednostki. Dzisiejsze metody badawcze duchowości wymagają wprowadzenia ulepszeń, gdyż np. kwestionariusze nie są w stanie dokładnie ustalić stanu duchowości oraz jej dynamiki, monitoring kliniczny w postaci PET i SPECT nie dają pełnego obrazu przeżywanej duchowości.

W czasach współczesnych badania nad duchowością opierają się przede wszystkim na metodach samo opisowych takich jak: wywiady psychologiczne, kwestionariusze oraz procedury eksperymentalne.

Heszen – Niejodek I. i Gruszczyńska E. uważają, że w psychologii duchowość ma status konstrukt teoretycznego (podobnie jak inteligencja, osobowość) i nie jest bezpośrednio mierzalna. Może być natomiast mierzona za pośrednictwem wskaźników empirycznych. [73]

Dotyczy to zwłaszcza tzw. metod neuroobrazowania mózgu takich jak: funkcjonalny rezonans magnetyczny (fRM); tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (SPECT), pozytonowa tomografia emisyjna (PET), przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS) protonowej spektroskopii magnetycznej (HMRS).

Metody te wyprzedzają nie tylko zmiany morfologiczne narządu, ale również funkcjonalne i czynnościowe. Ich ocena komputerowa pozwala nawet na poznanie treści naszego myślenia, nie mówiąc już o sferze emocjonalno–popędowej (tzw. charakter) Nie spotkaliśmy prac wykorzystujących te badania do oceny duchowości człowieka, w ścisłym, a nie szerokim rozumieniu tego pojęcia.

Zakończenie

Jako autorzy mamy pełną świadomość, że nasza znajomość problematyki duchowości oparta jest na bardzo słabych i wątpliwych podstawach teoretycznych, nie mówiąc już o empatii. To co teologowie duchowości zgłębiają przez lata my znamy wyłącznie z niektórych publikacji, nie zawsze źródłowych ale przekazów współczesnych badaczy. Ponadto w zrozumieniu problemu barierą trudną do pokonania był utrwalony przez lata sposób postrzegania psychiki ludzkiej w aspektach biologicznych, nawet w skali całego świata, najczęściej w kontekście różnych religii, które w XXI wieku zaczynają decydować o jego losach. Nasza hipoteza dotycząca duchowości ma swoje korzenie w rozumieniu etiopogenezy chorób somatycznych, zwłaszcza psychosomatycznych. Skoro coś nieuchwytnego materialnie jak stres psychologiczny (zwłaszcza tzw. bodźce psychospołeczne BP) mogą wywoływać ciężkie, często śmiertelne choroby somatyczne (cywilizacyjne). To czy duchowość jako ważny element wiary (religii) nie może zmienić biologii mózgu i całego organizmu?

Autorzy publikacji odstąpili od klasycznego, tradycyjnego zakończenia pracy w postaci omówienia i dyskusji oraz wniosków. Na obecnym etapie naszej wiedzy poznawczej bazującej na koncepcjach i poglądach innych cytowanych autorów, nie czujemy się kompetentni wyrażać nasze stanowisko i prezentować własnych

poglądów. Reprezentując inne gałęzie wiedzy (medyczna i psychologiczna) nie mamy pewności czy nasza publikacja spotka się z zainteresowaniem Uczestników Konferencji poświęconej «Medycznym i społecznym aspektem traumy». W cytowanej literaturze niniejszej pracy nie mogliśmy dokonać analizy porównawczej z innymi publikacjami poświęconymi problematyce duchowości w medycynie i psychologii.

Przedstawione przez nas w Części I pracy własne doświadczenia, refleksje i przemyślenia na temat roli duchowości mają charakter bardziej intuicyjny (wyczuć, przeczuć) niż naukowy. Co prawda tzw. intuicjonizm jest doktryną epistemologiczną, która uważa intuicję za najwartościowsze źródło poznawcze. Może tak być, jeżeli wiedza w danej dziedzinie jest głęboka, specjalistyczna i w miarę pełna. Biorąc pod uwagę przedstawione dylematy autorów zwracamy się z prośbą do Czytelników, aby swoje uwagi, wątpliwości, spostrzeżenia i oceny (zwłaszcza krytyczne) byli uprzejmi przesyłać drogą e-mailową na adres andrzejdryja@o2.pl.

Piśmiennictwo

- 1 Twardowski J.: *Jakby Go nie było*, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Warszawa, 2001, 94.
- 2 Gruszczyński W.: *Biologiczne metody leczenia choroby alkoholowej – fakty i mity*, Biuletyn WIL Skalpel 2008,6,10–12.
- 3 Gruszczyński W. (Samo-)diagnostyka problemów związanych z alkoholem. Biuletyn WIL Skalpel 2009,1, 20–22
- 4 Chmielewski M.: *Metodologiczne problemy posoborowej teologii duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 200, 299–300
- 5 Gruszczyński W: *Zdrowie nasze...* Biuletyn WIL Skalpel 2008,5, 27–29
- 6 Gruszczyński W: *Wypalenie zawodowe a problemy związane z alkoholem* Biuletyn WIL WIL Skalpel 4–5, 38–43
- 7 Waleniak S: *Skuteczność w terapii uzależnienia od alkoholu u lekarzy*. Rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny, Łódź, 2016
- 8 Tsirigotis K., Gruszczyński W: *The values hierarchy of paranoid schizophrenic out patients*, Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2001, 3, 2, 15–26
- 9 Tsirigotis K. , Gruszczyński W: *The needs structure of paranoid schizophrenic out patients*. Archives of Psychotherapy. 2001, a, 3, 1, 53–56
- 10 Tsirigotis K. , Gruszczyński W: *Schizofrenia. Psychologia i Psychopatologia (wybrane zagadnienia psychologii w schizofrenii)*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków 2005
- 11 Puzyński S.: *Depresje i zaburzenia afektywne*, PZWL, Warszawa, 2004.
- 12 Puzyński S., Boręsewicz M: *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa, 1993, 250–252
- 13 Pawłowski S., Gruszczyński W.: *Zachowania samobójcze w świetle religii katolickiej*. Psychiatra, 2015, Wydanie specjalne, 46–47
- 14 Gruszczyński W.: *Stres – rosnący problem społeczny XXI wieku. Prewencja i Rehabilitacja*, 2012, 4 (30), 1–4
- 15 Gruszczyński W.: *Algorytm postępowania diagnostycznego zaburzeń psychosomatycznych*

- w ramach prewencji rentowej*. Family Medicine a Primary Care Review 2010, 4, 1121–1129
- 16 Słomka W.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993.
 - 17 Słomka W.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993
 - 18 Dziewiecki M.: *Czym jest duchowość*, Przewodnik katolicki 23, Poznań 2013
 - 19 Dziewiecki M.: *Świat Problemów*, Rok: Numer: 5 / 160, Warszawa 2006
 - 20 Doyle, D. (1992). *Have we looked beyond the physical and psychosocial?* Journal of Pain and Symptom Management, 7, 302–311
 - 21 Shafranske, E., Gorsuch, R. (1984). *Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy*. Journal of Transpersonal Psychology, 16, 231–241.
 - 22 Chmielewski M.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 50
 - 23 Wulff, D. (1999). *Psychologia religii*. Warszawa: KiW.
 - 24 *Nowa Encyklopedia Powszechna PWN* Warszawa 1996, tom 5
 - 25 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 15
 - 26 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 16–17
 - 27 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 17
 - 28 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 18
 - 29 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 18
 - 30 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 18–19
 - 31 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 19–20
 - 32 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 20
 - 33 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 20
 - 34 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 20
 - 35 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 21
 - 36 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 22
 - 37 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 27
 - 38 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 27
 - 39 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw

- Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 27–28
- 40 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 27–29
- 41 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1993, 28–29
- 42 Morilla Delgado Juan Manuel: *Mistyka św Teresy z Avila*, Wydawnictwo eSPe, 2011
- 43 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 28–29
- 44 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 29–30
- 45 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 30
- 46 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 31
- 47 Misiurek J., Walewander E.: *Teologia duchowości katolickiej*, Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 31–32
- 48 Dziewiecki M.: *Choroba alkoholowa a zniewolenie sfery duchowej*, Świat Problemów 5/160, 2006, 2
- 49 *Nowa Encyklopedia Powszechna* PWN, Warszawa 1996 r, tom 5
- 50 Tatarkiewicz W.: *Historia filozofii*, Tom Pierwszy: *Filozofia starożytna i średniowieczna*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Wydanie siódme, Warszawa, 1970, 258–270
- 51 Keowyn D: *Buddyzm. Bardzo krótkie wprowadzenie*. Warszawa: Prószyński i S-ka, 1997, s. 21
- 52 Zarzycki S.T. *Buddyzm*, 99–107.
- 53 Burns D.M. *Buddyjska medytacja i psychologia głębi*, 1–4,
- 54 Dziewiecki M.: *Choroba alkoholowa a zniewolenie sfery duchowej*, Świat Problemów 5/160, 2006, 3
- 55 Dziewiecki M.: *Choroba alkoholowa a zniewolenie sfery duchowej*, Świat Problemów 5/160, 2006, 3
- 56 Pew Research Center – <http://www.pewresearch.org/topics/muslims-and-islam>
- 57 Zarzycki S.T. *Islam* 362–365
- 58 Zarzycki S.T.: *Islam w: Leksykon Duchowości Katolickiej*. Praca zbiorowa Chmielewski M. Wydawnictwo M Lublin – Kraków, 362
- 59 Zarzycki S.T. *Islam w: Leksykon Duchowości Katolickiej*. Praca zbiorowa Chmielewski M. Wydawnictwo M Lublin – Kraków, 362–370
- 60 Zarzycki S.T. *Islam w: Leksykon Duchowości Katolickiej*. Praca zbiorowa Chmielewski M. Wydawnictwo M Lublin – Kraków
- 61 Zarzycki S.T. *Islam w: Leksykon Duchowości Katolickiej*. Praca zbiorowa Chmielewski M. wydawnictwo M Lublin – Kraków, 363
- 62 Zarzycki S.T. *Islam w: Leksykon Duchowości Katolickiej*. Praca zbiorowa Chmielewski M. Wydawnictwo Lublin – Kraków, 365–370
- 63 Zarzycki S.T. *Islam w: Leksykon Duchowości Katolickiej*. Praca zbiorowa Chmielewski M. Wydawnictwo M Lublin – Kraków, 369–370
- 64 Maslow, A. H. *Motywacja i osobowość*. Warszawa, 1990: Instytut Wydawniczy PAX.

- 65 Uchnast Z.: *Uczeń jako podmiot procesu wychowania i uczenia według Carla Rogersa*, *Studia Philosophiae Christianae* 10/2, 183–193, 1974
- 66 Murawski, K. *Jaźń i sumienie. Filozoficzne zagadnienia rozwoju duchowego człowieka w pracach Junga i Kępińskiego*. Wrocław: 1987, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk
- 67 Averill, J. R. (1999). *Spirituality: From the mundane to the meaningful – and back*. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 18, 101–126
- 68 Heszen, I, Sęk, H.. *Psychologia zdrowia*. Warszawa, 2007 Wydawnictwo Naukowe PWN
- 69 Frankl, V. E. (1959). *Homo patiens*. Tłum. Z. J. Jaroszewski, R. Czernecki. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax
- 70 Stawiarska, P. *Duchowość i jej związek ze zdrowiem w ujęciu logoteorii*. 2004, *Przegląd Psychologiczny*, 47(1), 47–60
- 71 Romanowska – Łakoma H.; *Psychologia doświadczeń duchowych*, Seria; Wymiar Duszy, ENETEIA 1996
- 72 Heszen – Niejodek I., Gruszczyńska E. *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, *Przegląd Psychologiczny*, 2004, tom 47, nr 1, 15–31
- 73 Heszen – Niejodek I., Gruszczyńska E. *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, *Przegląd Psychologiczny*, 2004, tom 47, nr 1, 15–31
- 74 Frankl V.E: *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Czarna Owca 2011
- 75 A. Kowalczyk (2005), *Wybrane problemy psychologiczne bezdomności w schizofrenii. Patologia psychiczna a patologia społeczna*, niepublikowana praca magisterska Uniwersytetu Śląskiego, Katowice
- 76 Urbański S.: *Duchowość nadziei przeciw duchowości lęku* (por. EiE 10)

prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński
Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Katedra Psychologii Zdrowia i Klinicznej

TRAUMA A ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

TRAUMA AND POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

Streszczenie

Celem zasadniczym publikacji jest przedstawienie i przypomnienie szerokiemu gronu środowiska medycznego podstawowych informacji i poglądów na temat powszechnie używanego pojęcia tzw.: zespołu stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder PTSD). Jest to o tyle ważne, że termin PTSD staje się powoli pojęciem historycznym w związku z wprowadzoną przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) nową klasyfikacją DSM-5. To rodzi określone zmiany nie tylko w nazewnictwie syndromu, ale również w procedurach diagnostyczno-orzeczniczych.

Praca została skonstruowana w czterech zasadniczych rozdziałach. W rozdziale I autor omawia wieloznaczność pojęcia trauma, które zostało zawłaszczone przez lobby psychiatryczno-psychologiczne. Tymczasem jego pierwotne znaczenie określało «ranę, uraz psychiczny», stąd dziedzina medycyny traumatologia. Trauma wiąże się nierozdzielnie z teorią stresu, którą przypomniano w aspekcie współczesnych poglądów. Termin PTSD został wprowadzony do klasyfikacji APA w 1980 r. w DSM-III, 5 lat po doświadczeniach amerykańskich z wojny wietnamskiej. Stąd w rozdziale II przedstawiono rys historyczny psychiatrii wojskowej ze szczególnym uwzględnieniem dorobku armii amerykańskiej i polskiej z wojen i misji pokojowych XX i XXI wieku.

Rozdział III obejmuje prezentację kryteriów diagnostycznych tzw. Zaburzeń stresowych pourazowych w nowej klasyfikacji APA w DSM-5.

W części praktycznej omówiono procedury stosowania Skali Wpływu Wydarzeń (Impact Event Scale) w wersji polskiej zrewidowanej (IES-R). Skala ta jest najbardziej znanym narzędziem do pomiaru zaburzenia stresowego pourazowego.

W ostatnim IV rozdziale autor przedstawia swoje przemyślenia i rozważania, a także stanowisko polemiczne w sprawie współwystępowania w psychiatrii świa-

towej dwóch klasyfikacji zaburzeń psychicznych; międzynarodowej (ICD) i amerykańskiej DSM, przy czym ta ostatnia ma pozycję dominującą. Rodzi to określone problemy naukowe, edukacyjne, diagnostyczno-orzecznicze i organizacyjne.

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego (PTSD), psychiatria wojskowa, klasyfikacje zaburzeń psychicznych.

Abstract

The main purpose of the publication is to present a large group of medical professionals the basic information and opinions regarding the commonly used term of post-traumatic stress disorder (PTSD). This is particularly important since the very term PTSD is slowly becoming a historic expression with the new DSM-5 classification being introduced by the American Psychiatric Association (APA). This brings about certain changes, not only in the nomenclature of the syndrome, but also in specific diagnostic and medical certification procedures.

The paper has been divided into four main chapters. In chapter I the author discusses the ambiguity of the term trauma, which has been appropriated by the psychiatric and psychological lobby. Meanwhile, its original meaning was «wound, mental injury», hence the name of a field of medicine – traumatology. Trauma is associated inseparably with the theory of stress, which has been discussed in the aspect of contemporary concepts. The term PTSD was introduced into the APA classification in 1980, in DSM-III, 5 years after the American experiences of the Vietnam War. Therefore, chapter II presents a historic outline of military psychiatry, with particular reference made to the experience of the American and Polish armies from the wars and peace missions in the 20th and the 21st century.

Chapter III includes a presentation of diagnostic criteria of the so-called post-traumatic stress disorders in the new classification by APA (DSM-5).

The procedure of using the Impact Event Scale in the revised Polish version (IES-R) was discussed in the practical part. This scale is the most popular tool for the measurement of post-traumatic stress disorder.

In chapter IV the author provides his opinions and deliberations, as well as a polemical standpoint as regards the coexistence in worldwide psychiatry of two classifications of mental disorders, i.e. the international classification (ICD) and the American classification (DSM), with the latter having a dominant position. This leads to specific scientific, educational, diagnostic and certification-related as well as organisational problems.

Wstęp

Autor publikacji jest psychiatrą z długoletnim (a nawet przewlekłym) stażem naukowym, dydaktycznym i praktycznym, w tym 30-letnim epizodem psychiatrii wojskowego.

Problematyka zasygnalizowana w tytule pracy wdaje się być doskonale znana nie tylko specjalistom różnych dziedzin nauki, ale również ogółowi społeczeństwa

współczesnej cywilizacji. Liczbę publikacji naukowych w renomowanych czasopismach (i nie tylko) można liczyć w tysiącach pozycji, a doniesień medialnych praktycznie nikt nie zliczył.

W moim przekonaniu przedstawiona sytuacja jest jednak pozorna, a tematyka budzi nadal wiele wątpliwości, kontrowersji i różnych interpretacji. Odzwierciedla ona odwieczny w nauce problem tzw. «5R», czyli: **Różni** autorzy, badają **Różne** populacje, **Różnymi** metodami, uzyskują **Różne** wyniki i prezentują **Różne** wnioski i poglądy. Rodzi to określone konsekwencje i skutki zarówno medyczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne. Zasadniczym celem pracy jest przedstawienie podstawowych informacji i aktualnych poglądów na temat tzw. zespołu stresu pourazowego (PTSD). Publikacja jest adresowana do szeroko rozumianego środowiska medycznego różnych dziedzin i specjalności z wyjątkiem psychiatrii i psychologii. Analiza semantyczna tytułu pracy sprawia, że nazewnictwo i definicje podstawowych pojęć jest mało precyzyjne, niejednoznaczne i nie w pełni odzwierciedlające ich znaczenie.

Dotyczy to przede wszystkim pojęcia «trauma». W dostępnych słownikach języka polskiego oraz wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych wszystkie eksponują jej znaczenie medyczne jako: «uszkodzenie organiczne (tkanek, narządów) będące następstwem obrażenia ciała». Stąd nazwa *traumatologia*, czyli działu medycyny klinicznej obejmującej leczenie obrażeń ciała wywołanych przez urazy zwłaszcza mechaniczne narządu ruchu (Kliniki i oddziały traumatologii). Słowo trauma pochodzi od greckiego «traumatikos» czyli dotyczy ran (od trauma – rana). Słowniki podają równocześnie, bez komentarza i rozwinięcia, że trauma ma również konotację psychologiczną nazywaną «szokiem (traumatycznym)». W praktyce słowo *trauma* zostało zawłaszczone przez lobby psychiatryczno-psychologiczne (zwłaszcza w USA) i straciło swoje pierwotne znaczenie. Dotyczy to zarówno publikacji naukowych, medialnych jak i w zakresie komunikacji lekarz-pacjent. Jeżeli zapytamy chorego, czy w swoim życiu przeżył «traumę» nikt nie relacjonuje swoich urazów somatycznych (cielesnych) tylko przedstawia przeżycia psychiczne (psychopatologiczne) na sytuację trudną (kryzysową). Wydawać by się mogło, że poruszany problem nazewnictwa ma tylko znaczenie teoretyczne (akademickie), to jednak w moim przekonaniu świadczy o braku jednolitych kryteriów semantycznych, co w badaniach naukowych danego zjawiska lub podmiotu ma znaczenie podstawowe. Można to zobrazować na przykładzie PTSD, który swoje korzenie etiologiczne zawdzięcza dorobkowi psychiatrii wojskowej armii Stanów Zjednoczonych AP. Pojęcie PTSD wprowadzono po raz pierwszy w DSM III w 1980 roku, a więc 5 lat po zakończeniu wojny wietnamskiej. [1] Bardzo bogata amerykańska literatura naukowa, beletrystyczna, a także medialna, w tym z dziedziny kinematografii («Rambo») przedstawiała (i nadal przedstawia) PTSD głównie w aspekcie psychologicznym (psychopatologicznym) i społecznym. Marginalizowano lub pomijano w badaniach żołnierzy, którzy doznali traumy cielesnej, czyli rannych o różnym stopniu ciężkości. Było to w pewnym stopniu zrozumiałe, gdyż liczba rannych była nieporównywalnie mniejsza niż żołnierzy z zaburzeniami psychicznymi. Wynikało to z doskonałego wyposażenia armii zarówno w skali globalnej, jak i pojedynczego

żołnierza(kamizelki kuloodporne, itp.). Dopiero w późniejszych latach na początku XXI wieku podjęto analizy porównawcze częstości występowania zaburzeń psychicznych u żołnierzy, którzy byli ranni do tych którzy nie byli ranni. Zasadniczym wnioskiem z powyższych badań była teza, że występowanie urazu fizycznego jest czynnikiem ryzyka wystąpienia PTSD. [2]

Pozornie wniosek wydaje się słuszny i logiczny, ale dla osoby zajmującej się problematyką stresu zaskakujący, gdyż podważa on podstawowe zasady teorii stresu.

Nie wdając się w szczegółowe rozważania na temat etiologii i patomechanizmu stresu powszechnie uznaje się, że jest to niespecyficzna (nieswoista) reakcja organizmu na stresor psychiczny lub fizyczny, które powodują jednakową, uogólnioną odpowiedź ustroju. Można zatem obrazowo powiedzieć, że stresor fizyczny (trauma) podobnie jak psychiczny powoduje takie same reakcje anatomiczne i biologiczne całego organizmu człowieka, a więc może sam powodować wystąpienie PTSD. Moim zdaniem nie można zatem twierdzić, że jest tylko czynnikiem ryzyka (będzie o tym mowa w dalszej części publikacji). Późniejsze publikacje potwierdzają znaczenie odniesionych ran fizycznych na postawie PTSD jednak jego obraz psychopatologiczny ma swoje charakterystyczne cechy. Badane osoby, które odniosły rany w wyniku ataku terrorystycznego częstość występowania PTSD w dwa lata po zamachu była trzykrotnie większa w porównaniu do badanych, którzy nie byli ranni. Grupa badanych żołnierzy była w pewnym stopniu odmienna, ponieważ u wszystkich z nich starannie oceniano stan psychiczny, a w przypadku stwierdzenia wskazań byli oni leczeni psychiatrycznie już w trakcie hospitalizacji z powodu odniesionych ran. [3]

Wydaje się, że w wielu przypadkach, zwłaszcza w konfliktach zbrojnych etiologia PTSD jest mieszana, a więc wynikająca zarówno z traumy psychicznej jak i fizycznej (somatycznej).

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że dwa Leksykony terminów w dziedzinie psychiatria i zdrowie psychiczne, sygnowane przez Światową Organizację Zdrowia w indeksie haseł nie zawierają pojęcia «trauma». Wymienia się natomiast takie definicje jak: «stresowe zaburzenia pourazowe» oraz «stresujące wydarzenia życiowe» [4, 5]

Drugie (obok traumy) pojęcie użyte w tytule pracy jest powszechnie rozpoznawalne i nazywane «stresem». Cytowanie piśmiennictwa zawierającego słowo kluczowe «stres» przekraczałyby ramy niniejszej publikacji, dlatego podstawowe wiadomości przypominające opracowano w oparciu o niektóre doniesienia autora [6, 7, 8, 9, 10].

Stres definiowany jest jako niespecyficzna, o charakterze adaptacyjnym, uogólniona reakcja ustroju na zaburzoną homeostazę (równowagę), sytuację przedłużającą się rozbieżności pomiędzy oczekiwanym, a faktycznym stanem otoczenia.

Jak już wspomniano niespecyficzna (nieswoista) reakcja oznacza, że niezależnie od bodźca (stresora fizycznego lub psychicznego) zasadnicze mechanizmy są zawsze takie same i mają charakter uogólniony.

Podłoże anatomiczne zaburzeń stresowych

Jest nim głównie mózg człowieka, który odbiera (rejestruje) zewnętrzne czynniki psychiczne (psychologiczne pod postacią tzw. bodźców psychospołecznych [BP])

Wymienione czynniki psychospołeczne (stresory psychiczne) uruchamiają tzw. «oś stresową», która składa się z następujących elementów:

- układu limbicznego (czyli tzw. mózgu emocjonalnego)
- podwzgórza
- przysadki
- nadnerczy

Psychologiczna reakcja na stres

Obejmuje trzy najważniejsze układy człowieka a mianowicie:

- 1/ neuroendokrynologiczny: uwalnianie kortyzolu, ACTH, ketocholamin, beta-endorfin, testosteronu, insuliny;
- 2/ autonomiczno-metaboliczny: układ krążenia, oddychania, nerek, perystaltyka żołądka i jelit, metabolizm tłuszczowy;
- 3/ immunologiczny: stężenie immunoglobulin, liczba leukocytów, limfocytów, stężenie cytokin, wolne rodniki.

Dynamika stresu

Początkowo stres wzmacnia mechanizmy odpornościowe organizmu, mechanizmy immunoprotekcji, mobilizuje zasoby energetyczne oraz wzmacnia sprawność funkcji poznawczych. Jednak, kiedy nasilenie stresu lub jego charakter przekracza możliwości człowieka, dochodzi do rozwinięcia zaburzeń (choroby) psychicznych i (lub) somatycznych.

Należy podkreślić, że w wyniku neurotoksycznego oddziaływania biochemicznych parametrów stresu (głównie kortyzolu i wolnych rodników) dochodzi do uszkodzenia (rozpadu) zarówno neuronów (komórek nerwowych) jak i ich połączeń, głównie kory czołowej i układu limbicznego.

Można zatem obrazowo powiedzieć, że stres wywołany czynnikami psychologicznymi może powodować organiczne uszkodzenie struktur mózgu (poznawczo-emocjonalnych) często nieodwracalnie. Proces ten dotyczy nie tylko mózgu, ale również innych narządów i układów człowieka, w tym również naszego DNA, doprowadzając do niszczenia tzw. telomerów, czyli skuwek chroniących końcówki chromosomów (tzw. zestresowany DNA)

Do przedstawionego poniżej destrukcyjnego oddziaływania parametrów biochemicznych dochodzi również w stanie tzw. odżywiania stresu, czyli przypominania sytuacji katastroficznej.

Odżywianie stresu może być prowokowane przez doniesienia medialne lub sytuacje życiowe przypominające przebyte zdarzenie traumatyczne.

Dynamika stresu (aspekt psychiatryczny)

Przebiega ona generalnie w trzech etapach a mianowicie:

Etap I – to zaburzenia psychopatologiczne zwane dawniej nerwicami, do których należą między innymi: lękowe (fobie społeczne, panika, depresyjno–lękowe), obsesyjno–kompulsywne (tzw. nerwica natręctw) dysocjacyjne (czyli histrioniczne, dawniej nazywane histerycznymi, ostra reakcja na stres [ASD]), zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz złożony zespół stresu pourazowego (DESNOS) nazywany w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD–10 «trwałą zmianą osobowości po przeżyciu sytuacji ekstremalnej»;

Etap II – obok psychicznych ujawniają się zaburzenia pod postacią somatyczną, które w praktyce nazywamy: «nerwicą serca», «nerwicą żołądka», «zespół jelita drażliwego», «pęcherz neurogeny», «przewlekły zespół bólowy kręgosłupa», «ból głowy z napięcia» i wiele innych;

Etap III – dochodzi w nim do rozwinięcia się przewlekłych chorób somatycznych pochodzenia psychogenego, czyli psychosomatycznych. W grupie dominują między innymi: nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa serca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, łuszczyca, cukrzyca t. 2 «dychawica oskrzelowa» i wiele innych obecnie nazywanych chorobami cywilizacyjnymi.

Warto i należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że największym zagrożeniem epidemiologicznym w Polsce jest zachorowalność na nadciśnienie tętnicze. Cierpi na nie 11 milionów Polaków, przy czym u 30% jest ono jeszcze nierozpoznane i nieleczone. Etiologia psychogenna tej choroby nie jest kwestionowana przez naukę i stanowi 95% wszystkich rozpoznanych nadciśnienia tętniczego. Pozostałe 5% to nadciśnienie pochodzenia nerkowego. Nieprawidłowo lub wcale nie leczone powoduje wiele powikłań często śmiertelnych, lub powodujących znaczną niepełnosprawność organizmu. Najbardziej niebezpiecznym jest udar krwotoczny mózgu, powodujący trwale uszkodzenie organizmu. Szacuje się, że rocznie udar krwotoczny mózgu jest przyczyną 80 tysięcy hospitalizacji. Ponadto częstym powikłaniem nadciśnienia tętniczego są również tzw. mikroudary niedokrwienne, które często nie są rozpoznawane, a ich skutkiem są zaburzenia otępienne tzw. naczyńopochodne. Dla psychiatry–praktyka znajdują one swoje odzwierciedlenie w badaniach Rezonansu Magnetycznego, jako tzw. ogniska hipotensyjne [12]. Jak wspomniano rozpoznanie: post traumatic stress disorder (PTSD) powstało w wyniku badań, doświadczeń i analiz psychiatrów i psychologów wojskowych armii Stanów Zjednoczonych AP na podstawie wojny wietnamskiej (1957–1975). Dlatego następny rozdział pracy zostanie poświęcony psychiatrii wojskowej.

II Zarys historyczny psychiatrii wojskowej

Psychiatria wojskowa jest szczególną dziedziną psychiatrii społecznej, gdzie zagadnienia medyczne splatają się z problematyką socjalną i psychologiczną. Za początek

psychiatrii wojskowej przyjmuje się zorganizowanie w 1838 roku pierwszych oddziałów psychiatrycznych w wojsku francuskim, oraz powołaniem w 1861 roku samodzielnej Katedry Psychiatrii Medyko–Chirurgicznej w Akademii w Petersburgu. Należy podkreślić, że pierwszymi kierownikami tej katedry byli Polacy: Jan Baliński (1861–1877) i Jan Mierzejewski (1877–1893), po którym przejął kierownictwo światowej sławy psychiatra Włodzimierz Bechterew. Na dalszy rozwój psychiatrii wojskowej miały duży wpływ informacje o znacznej zachorowalności psychiatrycznej w czasie wojny rosyjsko–japońskiej w latach 1904–1905, a zwłaszcza doświadczenia I wojny światowej, której zakończenie łączy się z wypracowaniem nowoczesnego modelu pomocy psychiatrycznej na polu walki i ugruntowanie świadomości o potrzebie stałego utrzymania wojskowej służby psychiatrycznej także w czasie pokoju. Warto w tym miejscu wspomnieć, że wybitny psychiatra Zygmunt Freud (1856–1936) twórca psychoanalizy, w swojej działalności naukowej miał epizod «psychiatrii wojskowej» gdy badał żołnierzy z zaburzeniami psychicznymi w czasie I wojny światowej.

Za punkt przełomowy w psychiatrii wojskowej uznaje się kwiecień 1916 roku, kiedy to podczas pierwszej bitwy nad Sommą w ciągu kilku tygodni z szeregow walczących żołnierzy angielskich ubyło ponad 1000 osób z powodu «zaburzeń nerwowych». Po przeprowadzeniu śledztwa przez prokuraturę – pierwotnie bowiem posądzono chorych żołnierzy o zbiorowe symulowanie – zdecydowano się utworzyć w służbie zdrowia specjalny pion psychiatryczny oraz znacznie zwiększyć liczbę łóżek psychiatrycznych w szpitalach wojskowych. W czasie II wojny światowej w samych tylko Stanach Zjednoczonych ze względów psychiatrycznych odrzucono podczas poboru 1 850 000 mężczyzn, a w latach 1943–1945 hospitalizowano z tego powodu milion żołnierzy. [13]

Współczesna psychiatria wojskowa ma swój początek w czasie wojny wietnamskiej. W 1968 roku, w najgorętszym okresie wojny, wprowadzono «reakcje wojenne» do drugiej wersji DSM–II i umieszczono je w kategorii «przemijających zaburzeń sytuacyjnych». [14]

Zainteresowanie lekarzy wojskowych, głównie psychiatrów i opinii publicznej odległymi skutkami działań wojennych na żołnierzy powracających z Wietnamu zwiększyło się w latach 70 ubiegłego stulecia. Dla klinicystów stało się jasne, że u dużej liczby żołnierzy wracających z Wietnamu występują przewlekłe trudności z ponownym przystosowaniem do życia w społeczeństwie. W tym okresie klinicyści i badacze rozpoczęli ustalanie kryteriów opisujących objawy psychopatologiczne, co w późniejszym czasie doprowadziło do zdefiniowania «posttraumatic stress disorder» (PTSD) po raz pierwszy włączonego do DSM–III, [1] następnie do DSM–IV [15].

Kolejnymi po wojnie wietnamskiej konfliktami zbrojnymi, w których zaangażowane były siły zbrojne USA to między innymi: «Pustynna Burza», «Pustynna Tarcza», Somalia i w końcu dwie duże operacje sił NATO, w których Stany Zjednoczone miały charakter dominujący a mianowicie: w Afganistanie (Operation Enduring Freedom [OEF]) i Iraku (Operation Iraqi Freedom [OIF]).

W powyższych operacjach brały udział ogromne siły ludzkie, a przypadki stresu pola walki (battle stress [BS]) stanowiły około 20% całkowitej wartości wskaźnika strat bojowych [16]

Głównym rozpoznaniem psychiatrycznym u wracających do kraju żołnierzy, witych jak bohaterowie, był posttraumatic stress disorder (PTSD). Na ich diagnostykę i badanie czekało 70 nowoczesnych tzw. szpitali weterańskich z najlepszą kadrą psychologiczno-psychiatryczną. Powstały nowe publikacje naukowe poświęcone PTSD, których głównym celem badawczym była wielowątkowa analiza czynników ryzyka występowania zaburzeń psychicznych. Drobiazgowo poddano analizie niezliczoną liczbę parametrów: socjologicznych, psychologicznych, medycznych, antropologicznych, ekonomicznych, itp. w etiologii i patomechanizmie PTSD.

Armia amerykańska miała najwyższe notowania zaufania społecznego, a psychiatrzy i psychologowie wówczas najwyższy prestiż środowiska medycznego. Mogłem tego doświadczyć w kilku (corocznych) Zjazdach Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), gdzie oficerowie psychiatrzy mieli zarezerwowane pierwsze rzędy sali konferencyjnej, która mieściła 15 tysięcy uczestników. Ceremonii otwarcia dokonywał V-ce Prezydent Stanów Zjednoczonych AP lub żona Prezydenta. W obradach plenarnych lub w sesjach tematycznych wiodącymi tematami były problemy PTSD, jednak nadal modelem wzorcowym pozostał «syndrom wietnamski PTSD». Po wstąpieniu Polski do struktur Paktu Północno-Atlantyckiego (NATO) miałem okazję do bezpośrednich kontaktów z psychiatrami wojskowymi USA z którymi zorganizowaliśmy trzy kongresy naukowe oświęcone między innymi różnym aspektem PTSD.

Nie sposób szczegółowo omówić tych problemów w ramach niniejszej publikacji, jednak chciałbym zwrócić uwagę na pewne zagadnienia, które były marginalizowane i niedostrzegane w publikacjach psychiatrów amerykańskich, a są mi znane z raportów ogólnowojskowych armii amerykańskiej poświęconych wojnie wietnamskiej.

Niewątpliwie jednym z największych problemów społeczno-zdrowotnych weteranów i ich rodzin związanych z przebyciem PTSD było uzależnienie od substancji psychoaktywnych głównie z grupy narkotyków. Jednym z istotnych czynników etiopatogenetycznych narkomanii u weteranów była organizacja 12 miesięcznej służby w Wietnamie. Każdemu żołnierzowi przysługiwał 14-dniowy urlop, który spędzał w Sajgonie. W tym mieście działały liczne «domy rozrywki», w których młode Wietnamki częstowały «amerykańskich chłopców» narkotykami. Później okazało się, że były one bojowniczkami «Vietkongu», po wojnie odznaczone najwyższymi medalami wietnamskimi. Ponieważ same były uzależnione, kierowano je do ośrodków reedukacyjnych (w tym terapeutycznych) i traktowano je jak bohaterki narodowe. [17]

Drugim czynnikiem powodującym wzrost zachorowalności żołnierzy na PTSD było moim zdaniem obniżenie wymagań i standardów orzecznictwa o zdolności do służby wojskowej, a zwłaszcza pod kątem oceny stanu psychicznego. Kwalifikacje orzecznictwa zostały zmienione w związku ze wzrastającym zapotrzebowaniem na żołnierzy do operacji wojennych. W wojnie irackiej i afgańskiej oferowano możliwość wcielenia do armii amerykańskiej imigrantom w zamian za uzyskanie obywatelstwa amerykańskiego. Wcielano młodych mężczyzn różnych narodowości i kul-

tur, zdrowych fizycznie, ale niekoniecznie sprawnych psychicznie (osobowościowo, intelektualnie). Po krótkim przeszkoleniu kierowano ich na operacje wojenne poza granicami kraju. To musiało rodzić określone predyspozycje niekoniecznie sprzyjające powstawaniu PTSD, ale aktów agresji i przemocy «które kwalifikowały się jako przestępstwa wojenne». Znane na całym świecie przypadki «działalności» oddziału porucznika Calleya w My Lai, czy podwładnych gen. Karpińskiej w więzieniu Abu Grahیب w Iraku mają – według mnie wątpliwy związek z zaburzeniem stresowym pourazowym. Żołnierze ci zostali skazani przez sądy wojskowe armii USA na kary pozbawienia wolności, jednak «mit bohatera wojennego» był tak silny społecznie, że Prezydent Stanów Zjednoczonych ułaskawił ich w krótkim czasie po ogłoszeniu wyroku skazującego. Reasumując można stwierdzić, że PTSD od wojny wietnamskiej aż po dzień dzisiejszy jest jednym z najważniejszych problemów badawczych światowej psychiatrii wojskowej, a także cywilnej, co wynika z zagrożeń tzw. terroryzmu globalnego. Obecnie ludność cywilna jest bardziej narażona i bezbronna na skutki działania ataków terroryzmu niż siły zbrojne i jednostki paramilitarne.

Psychiatria wojskowa w Polsce

Historia psychiatrii wojskowej w polskich siłach zbrojnych datuje się od 1918 roku, kiedy Polska odzyskała niepodległość. W latach 20 statystyka medyczna niedostatecznie odzwierciedlała problemy psychiatryczne w wojsku. Pisano wówczas ogólnie o «chorobach psychicznych», do których zaliczano wszelkie zaburzenia psychiczne, a zatem: wrodzony niedorozwój umysłowy, psychopatia oraz psychozy w ścisłym tego słowa znaczeniu bez względu na ich pochodzenie. Alkoholizm, kokainizm, morfinizm zapisywano w rubryce «zatrucia» a nie choroby psychiczne. Dopiero na początku lat 30 Adolf Malinowski dokonał zestawienia statystycznego chorób w Polsce. [18] W okresie międzywojennym oddziały psychiatryczne szpitali wojskowych znajdowały się w sześciu okręgach, a każdy z nich obsługiwał dwa okręgi. Zlokalizowane one były w miastach, w których istniały kliniki uniwersyteckie (Warszawa, Poznań, Kraków, Lwów, Przemyśl i Wilno)

W okresie międzywojennym zatrudniano 15 psychiatrów wojskowych, którzy mieli do dyspozycji 350 łóżek psychiatrycznych. [19]

Dalszy rozwój psychiatrii wojskowej przerwała II wojna światowa. Psychiatria polska poniosła w okresie II wojny światowej niepowetowane straty, spośród 500 psychiatrów czynnych zawodowo ocalało zaledwie kilkudziesięciu, a spośród psychiatrów wojskowych uratowało się zaledwie kilku. W Katyniu zamordowano jednego z czołowych psychiatrów wojskowych płk.dr.med. Jana Nelkena. [20]

Żadnego z ocalałych psychiatrów wojskowych nie powołano do służby wojskowej po zakończeniu wojny. Leczeniem psychiatrycznym żołnierzy w latach powojennych zajmowali się psychiatrzy cywilni. Stan ten powodował liczne trudności, ponieważ psychiatrzy cywilni nie znali specyfiki służby wojskowej, a ponadto duży problem stanowiło dla nich orzecznictwo wojskowo-psychiatryczne. Dopiero na początku lat 60-tych Ministerstwo Obrony Narodowej, poprzez Departament Wojskowej Służby Zdrowia, zdecydowało się utworzyć wojskową służbę psychiatryczną. Pierwszy oddział psychiatryczny powstał

w 5 Wojskowym Szpitalu Rejonowym w Krakowie, następny w Klinice Psychiatrycznej Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi oraz Poradnia Zdrowia Psychicznego w Warszawie.

Wojskowa służba psychiatryczna uzyskała pełną zdolność działania dopiero w latach 70-tych. Twórcą i pionierem wojskowej psychiatrii był płk. prof. dr hab. med. Zdzisław Rydzyński, długoletni kierownik Katedry Psychiatrii, a następnie Komendant Instytutu Higieny Psychiczej Wojskowej Akademii Medycznej, Naczelny Psychiatra Wojska Polskiego w latach (1964–1991). Z sentymentem i prawdziwą przyjaźnią wspominam w tym miejscu sp. płk. Zdzisława Rydzyńskiego, który był moim przewodnikiem i wzorem w działalności naukowo-badawczej, dydaktycznej i praktycznej. Był moim kierownikiem specjalizacji, promotorem rozprawy doktorskiej i opiekunem habilitacji. W 1975 roku doprowadził do integracji placówek psychologicznych i psychiatrycznych w wojskowej służbie zdrowia, które pod opieką kierowanego przez Niego Instytutu Higieny Psychiczej fachowo nadzorowały dobór kadr oraz zajmowały się prewencją i leczeniem chorób psychicznych żołnierzy i ich rodzin. W tym czasie tzw. pion psychiatryczno-psychologiczny liczył ponad 140 psychiatrów wojskowych w tym 8 samodzielnych pracowników nauki (docentów i profesorów). Realizowano resortowe i międzynarodowe programy badawcze dynamicznie rosła liczba publikacji naukowych w czasopiśmie polskich i zagranicznych, czynnie uczestniczono w licznych zjazdach i kongresach poświęconych nie tylko psychiatrii wojskowej, organizowano co dwa lata konferencje psychiatrów wojskowych z udziałem licznych gości zagranicznych. [21]

Od 1990 roku zmiany społeczno-ustrojowe w Polsce oraz uwarunkowania międzynarodowe spowodowały restrukturyzację i redukcję sił zbrojnych. Zmiany te odbiły się negatywnie na tzw. pionie psychiatryczno-psychologicznym wojskowej służby zdrowia. Zwyciężyła koncepcja lansowana przez polityków: «psychiatra w wojsku, a nie psychiatria wojskowa». Powoli i systematycznie dokonywano redukcji kadrowo-organizacyjnej przez likwidację Instytutu Higieny Psychiczej a zwłaszcza w 2002 roku Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi.

Niezrozumiałe decyzje polityczne podejmowane przez Kierownictwo Ministerstwa Obrony Narodowej, mimo przystąpienia Polski do Paktu Północno Atlantycznego (NATO) w 1999 roku spowodowały faktyczny upadek wojskowej służby zdrowia, w tym pionu psychiatryczno-psychologicznego. Decyzje podjęte pod koniec lat 90-tych okazały się fatalne nie tylko dla psychiatrii wojskowej, ale również dla całej wojskowej służby zdrowia. Po 2002 roku przerwano szkolenie lekarzy wojskowych, blisko 100 psychiatrów wojskowych zostało zwolnionych lub sami złożyli wypowiedzenia stosunku służby. Od tego czasu nie ma w polskich siłach zbrojnych samodzielnego wojskowego pracownika nauki w tej dziedzinie, ani placówki naukowo-badawczej i szkoleniowej.

Udział polskich sił zbrojnych w tzw. misjach pokojowych w Iraku przypadł na szczególnie niekorzystny okres «rozwoju» psychiatrii wojskowej w Polsce.

Odsłoniło ono w całej pełni nieprzystosowanie organizacyjno-kadrowe i merytoryczne psychiatrii wojskowej. Przejawiło się to niewłaściwą i błędną oceną

diagnostyczno-orzeczniczą zaburzeń psychicznych (zwłaszcza PTSD) u polskich żołnierzy. Wynikało ono z realizowanego w tym czasie programu szkolenia przed- i podyplomowego w dziedzinie psychiatrii wojskowej w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania w ICD-10, podobnie jak w uczelniach medycznych w kraju. [11] Tymczasem w siłach zbrojnych NATO obowiązywała (i nadal obowiązuje) Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wg DSM-IV. [15]

W czasie trwania operacji militarnej w Iraku media publiczne, a zwłaszcza prasa, programy telewizyjne i radiowe, w latach 2004–2005 alarmowały opinię publiczną o znacznej zachorowalności na PTSD u polskich żołnierzy misji pokojowej.

Nagłówki ogólnokrajowej prasy («Wyborcza», «Newsweek» i inne) brzmiały bardzo groźnie i złowieszczo, że prawie co trzeci żołnierz powracający do kraju demonstruje objawy PTSD z jego skutkami zdrowotnymi, rodzinnymi (rozwoły) i społecznymi. Dziennikarze pisali wówczas, że «polskie wojsko niechętnie udziela informacji o urazach psychicznych żołnierzy powracających z Iraku» co jeszcze bardziej podgrzewało atmosferę strachu «niepewności i zainteresowania». W tej sytuacji Ministerstwo Obrony Narodowej przeznaczyło środki finansowe dla sanatoriów wojskowych na leczenie i rehabilitację żołnierzy-weteranów oraz realizację programów badawczych. Te ostatnie były wykonywane przez Klinikę Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, spadkobiercy Instytutu Higieny Psychiczej i Kliniki Psychiatrycznej Wojskowej Akademii Medycznej. W Klinice pracowali psychiatry wojskowi «jako pracownicy naukowo-dydaktyczni Wydziału Wojskowo-Medycznego UM.» [22, 23]

Badania naukowe oraz analizy dokumentacji medycznej żołnierzy odbywających służbę na misjach pokojowych w Iraku nie potwierdziły powszechnie rozpoznawanego PTSD jako niezgodnego z kryteriami diagnostycznymi zarówno Klasyfikacji DSM-IV (amerykańskiej) i jak w ICD-10 (międzynarodowej).

Z wniosków w/w badań wynika, że u badanych żołnierzy zawodowych występujące zaburzenia psychiczne można określić wg ICD-10 jako «zaburzenia zachowania i emocji» [F43.25]. Opisane zaburzenia są adekwatne do sytuacji trudnych występujących w czasie misji pokojowej i wymagają pomocy (interwencji) psychologicznej, a nie leczenia psychiatrycznego. Analizując przyczyny ewakuacji medycznej żołnierzy do kraju wynika, że ich powodem były «zaburzenia adaptacyjne typu lękowego». Prawidłowo rozpoznane przypadki PTSD miały charakter incydentalny. W czasie misji pokojowej u polskich żołnierzy (w odróżnieniu od żołnierzy amerykańskich działających w warunkach wojennych) występowały zaburzenia psychiczne, ale spowodowane «zidentyfikowanymi stresorami psychospołecznymi, których natężenie ani nie było niezwykle ani nie miało cech katastrofy». Dlatego brakiem doświadczenia oraz koniecznością diagnozowania zaburzeń psychicznych wg. klasyfikacji DSM-IV należy tłumaczyć zamieszanie w ocenie rozpoznań i epidemiologii zaburzeń psychicznych u żołnierzy misji pokojowych w Iraku. Prezentowanie podsumowanie wyników badań oraz wnioski zostały przedstawione w licznych publikacjach psychiatrów wojskowych «w cywilu». [7, 9, 10, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34]

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że przedstawione problemy dotyczące epidemiologii PTSD u żołnierzy misji pokojowych w Iraku nie występowały w czasie działań wojennych polskich kontyngentów w Afganistanie. Można to tłumaczyć wieloma czynnikami, a mianowicie: lepszym wykształceniem lekarzy psychiatrów, sanitariuszy i ratowników medycznych dla których była to często kolejna misja poza granicami kraju, uczestnictwem w wojnie wyszkolonych i doświadczonych żołnierzy zawodowych oraz o wiele lepszym i sprawniejszym zabezpieczeniem logistycznym. Przedstawiając zagadnienia związane z zaburzeniami psychicznymi w czasie wojny, obok najczęściej występującego PTSD warto zwrócić uwagę na tzw. **zaburzenia impulsywne**. Z klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV wynika, że z punktu widzenia psychiatry wojskowego znaczenie praktyczne mają określone w DSM-IV jako: «Inne zaburzenia kontroli impulsów». Zaburzenia te mieszczą się w zakresie zaburzeń samoregulacji lub kontroli impulsów, do których zalicza się uzależnienia i parafilie. Z tej grupy zaburzeń do najczęściej spotykanych w wojsku należy zespół okresowych zaburzeń agresji (*intermittent explosive disorder*). Kryteria diagnostyczne w/w zespołu są następujące:

- 1/ głównymi objawami zaburzenia są powtarzające się epizody utraty kontroli zachowania, charakteryzujące się agresją w stosunku do innych ludzi i przedmiotów (np. zabytków historycznych, sakralnych);
- 2/ sytuacje wyzwalające zachowanie mogą występować lub nie. Lecz jeśli występują to są nieproporcjonalne, nieadekwatne do zachowania agresywnego;
- 3/ istnieją kontrowersje, czy zaburzenie to występuje niezależnie od innych zaburzeń i czy można je wyodrębnić w diagnostyce różnicowej. Wydaje się, że zaburzenie to stanowi raczej charakterystyczny zestaw objawów uwarunkowanych wieloma czynnikami etiologicznymi, a nie zaburzeniem odrębnym i niezależnym.

Warto zwrócić uwagę, że historia wojska i wojen od starożytności, aż po czasy współczesne pokazuje, że zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) u żołnierzy, występowały we wszystkich armiach świata, bez względu na system społeczno-polityczny, rozwój kultury i cywilizacji, religię rasę, kolor skóry, a nawet na płeć. Wspólną ich cechą jest zawężenie pola świadomości, łatwość ulegania wojennemu, sugestywnemu, oddziaływaniu, co powoduje występowanie działania popędowego pod postacią: stanów masowego podniecenia, prowadzących do bezsensownych grabieży, niszczenia cennych zabytków kultury, pogromów ludności cywilnej, gwałtów, linczów, torturowania jeńców wojennych, aż po akty terroryzmu. [30, 35]

Reasumując przedstawioną problematykę zaburzeń psychicznych w wojsku należy stwierdzić, że grupa żołnierzy zarówno w czasie pokoju, a zwłaszcza w okresie działań wojennych jest szczególnie narażona na specyficzne stresory «zawodowe», które powodują wystąpienie określonych zespołów psychopatologicznych związanych ze stresem. Mając na względzie powyższe uwarunkowania Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego z 1994 roku zalicza służbę wojskową do «**sytuacji stwarzających zagrożenie dla zdrowia psychicznego**». [36]

III Kryteria diagnostyczne wg. DSM-5* – «zaburzenia stresowe pourazowe» (dawniej nazywane PTSD)

Z tytułu powyższego rozdziału(III) wynika, że dotychczasowe nazewnictwo «post traumatic stress disorder» (PTSD wg. DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) zostało «rewolucyjnie» zmienione w nowej, obecnie obowiązującej Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wg. DSM-5*. W związku z tym opisywanie «starych» kryteriów diagnostycznych PTSD byłoby w chwili obecnej przedsięwzięciem «historycznym». Czytelnika zainteresowanego opisami przesłanek diagnostycznych PTSD wg. Klasyfikacji DSM-IV odsyłam do licznych podręczników psychiatrii w języku polskim, szczególnie polecam «Oksfordzki podręcznik psychiatrii». [37] Warto zwrócić uwagę, że nowa Klasyfikacja DSM-5 w zmienionej nazwie PTSD nawiązuje do Klasyfikacji Międzynarodowej ICD-10, w której PTSD odpowiada «zaburzeniom stresowym pourazowym». [F43.10].

Poniżej zostaną omówione problemy rozpoznawania «zaburzenia stresowego pourazowego», w oparciu o podręcznik «Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*». [38]

Zaburzenia stresowe pourazowe (309. 81)

Uwaga: Poniższe kryteria dotyczą osób dorosłych oraz osób dorastających i dzieci powyżej 6 roku życia. W przypadku dzieci w wieku 6 lat i młodszych należy stosować odpowiednie kryteria.

A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualna w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:

- 1/ bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć);
- 2/ bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń;
- 3/ uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe;
- 4/ powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia (wydarzeń) traumatycznego (np. pierwsze osoby zbierające ludzkie szczątki; policjanci stale narażeni na obserwowanie krzywdzenia dzieci).

Uwaga: Kryterium A4 nie dotyczy narażenia za pośrednictwem j mediów elektronicznych, telewizji ani obrazów, chyba że jest to; narażenie związane z wykonywaną pracą.

B. Obecność jednego (lub większej liczby) spośród następujących natrętnych objawów, związanych z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), Występujących po raz pierwszy po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć):

- 1/ nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego i wydarzenia (wydarzeń).

Uwaga: U dzieci w wieku powyżej 6 lat powtarzające się zabawy mogą wskazać na temat lub aspekt traumatycznego doświadczenia (doświadczeń).

2/ nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).

Uwaga: U dzieci mogą wstępować przerażające sny o treści trudnej do zidentyfikowania.

3/ reakcje dysocjacyjne (np. flashback), które powodują, że dana osoba odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia (przeżyć). (Nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią).

Uwaga: U dzieci może wystąpić ponowne odgrywanie urazu w formie zabawy.

4/ nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).

5/ zaznaczona reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).

C. Utrwalone unikanie bodźców związanych z traumą, niewystępujące przed traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), zdefiniowane, jako jedno lub oba z poniższych:

- 1/ unikanie lub próby unikania dręczących wspomnień, myśli lub uczuć dotyczących traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) lub blisko z nim związanych;
- 2/ unikanie lub próby unikania czynników (ludzi, miejsc, rozmów, czynności, przedmiotów, sytuacji, które przywołują dręczące wspomnienia, myśli lub uczucia dotyczące traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).

D. Niekorzystne zmiany w zakresie zdolności poznawczych i w nastroju, związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczane po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako jedno (lub większa liczba) spośród poniższych:

- 1/ trudności w zapamiętaniu ważnych aspektów traumatycznego wydarzenia (wydarzeń) (zwykle z powodu amnezji dysocjacyjnej, a nie innego czynnika, takiego jak uraz głowy, alkohol lub leki);
- 2/ uporczywe i nadmierne negatywne przekonania lub oczekiwania dotyczące samego siebie innych osób lub świata (np. «Jestem złą osobą», «Nikomnie można ufać», «Świat jest bardzo niebezpieczny», «Mój cały układ nerwowy został trwale zniszczony»);
- 3/ utrwalone, zniekształcone postrzeganie przyczyn i skutków traumatycznego wydarzenia (wydarzeń), prowadzące daną osobę do obwiniania samego siebie lub innych osób;
- 4/ utrwalone stany negatywnych emocji (np. lęku, przerażenia, złości, winy lub wstydu);
- 5/ znacząco zmniejszone zainteresowanie lub chęć udziału w ważnych czynnościach;
- 6/ poczucie bycia odseparowanym od innych osób, oziębienia z nimi stosunków;
- 7/ uporczywe trudności w wyrażaniu pozytywnych uczuć (np. niezdolność do wyrażania radości, zadowolenia lub miłości);

E. Wyraźne zmiany w zakresie pobudliwości związane z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), doświadczane po raz pierwszy lub nasilające się po nim, zdefiniowane jako dwa (lub większa liczba) spośród poniższych:

- 1/ drażliwość i wybuchy gniewu (bez bycia prowokowanym), zwykle wyrażane jako agresja słowna lub agresywne zachowania w stosunku do innych osób lub przedmiotów;
- 2/ nieprzemyślane lub autodestruktywne zachowania;
- 3/ nadmierna czujność;
- 4/ wzmożona reakcja na zaskoczenie;
- 5/ problemy z koncentracją;
- 6/ problemy ze snem (np. trudności w zaśnięciu lub w utrzymaniu snu albo sen niedający odpoczynku).

F. Czas trwania zakłócenia (Kryteriów B, C, D i E) wynosi więcej niż miesiąc.

G. Zakłócenie spowoduje znaczące klinicznie cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej i innych ważnych obszarach.

H. Zakłócenie nie jest wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. nadużyciem leków, alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym.

Należy określić, czy:

Z objawami dysocjacyjnymi – spełnione zostały kryteria rozpoznania dla Zaburzenia stresowego pourazowego, a dodatkowo, w odpowiedzi na czynnik stresogenny występują utrzymujące się lub nawracające objawy:

- 1/ **depersonalizacja** – przewlekłe lub nawracające wrażenie bycia oddzielonym od samego siebie, dające się porównać z poczuciem bycia zewnętrznym obserwatorem swoich własnych procesów myślowych lub swojego ciała (np. poczucie bycia w swoim własnym śnie, poczucie nierealności samego siebie lub swojego ciała lub poczucie czasu płynącego powoli);
- 2/ **derealizacja** – przewlekłe lub nawracające poczucie nierealności otoczenia (np. świat dookoła jest postrzegany jako nierealny, podobny do snu, odległy, zniekształcony).

Uwaga: W celu odnotowania tej postaci zaburzenia objawy dysocjacyjne nie mogą być wywołane fizjologicznym działaniem substancji (np. blackout, zachowanie pod wpływem alkoholu) ani innym stanem ogólnomedycznym (np. złożone częściowe napady padaczkowe).

Należy określić, czy:

Z opóźnionym początkiem – kryteria diagnostyczne nie są spełnione w okresie co najmniej 6 miesięcy od traumatycznego wydarzenia (choć początek choroby i niektóre objawy mogą wystąpić natychmiast).

Ograniczone ramy niniejszej publikacji nie pozwalają na dokonanie analizy porównawczej kryteriów diagnostycznych «zaburzeń stresowych pourazowych» wg DSM-5^{*} z kryteriami PTSD wg DSM-IV oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i zachowania wg ICD-10. Pozostawiam to zainteresowanemu Czytelnikowi. Dla ułatwienia przedstawiono poniżej «pomiar zaburzeń

po stresie traumatycznym» – polska wersja «Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń» [39]. Proponuję aby po zastosowaniu w/w Skali u osoby (pacjenta) po przeżyciu zdarzenia traumatycznego ocenić wstępnie wartość wskaźnika, a następnie w oparciu o podstawowe kryteria DSM-5^{*} ustalić diagnozę kliniczną.

Skala Wpływu Wydarzeń (Impact of Event Scale IES) wersja polska zrewidowana (IES-R)

Jednym z najbardziej znanych narzędzi do pomiaru zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) jest Skala Wpływu Zdarzeń. [40]

Składa się ona z 22 twierdzeń opisujących objawy odczuwanego stresu w ostatnich 7 dniach w związku z doświadczonym zdarzeniem traumatycznym. Oceny dokonuje się na 5 stopniowej skali typu Likerta (0–4). Służy ona do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałym specyficznym zdarzeniem.

Ujmuje trzy (3) wymiary PTSD a mianowicie:

- **intruzję** – wyrażającą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą;
- **pobudzenie** – charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi;
- **unikanie** – przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą.

Numery i treść poszczególnych twierdzeń IES-R przedstawiono poniżej:

- 1/ Gdy tylko przypominałem sobie to zdarzenie, wracały emocje...
- 2/ Miałem trudności z przesypianiem całej nocy...
- 3/ Inne rzeczy ciągle skłaniały mnie do myślenia o tym...
- 4/ Byłem poirytowany i zły...
- 5/ Starałem się nie denerwować, gdy sobie o tym pomyślałem lub coś mi o tym przypomniało....
- 6/ Myślałem o tym, mimo, że nie miałem takiego zamiaru...
- 7/ Czułem się, jakby się to nie zdarzyło lub było nierzeczywiste...
- 8/ Starałem się nie przypominać sobie o tym...
- 9/ Obraz tego zdarzenia utkwiał w moim umyśle...
- 10/ Byłem zdenerwowany i załęczony...
- 11/ Starałem się unikać myślenia o tym zdarzeniu...
- 12/ Starałem się nie przejmować emocjami związanymi z tym zdarzeniem, mimo, że je odczuwałem...
- 13/ Emocje związane z tym zdarzeniem były jakby przytłumione...
- 14/ Uświadomiłem sobie, że postępuję lub czuję się tak jakbym cofnął się do chwili, gdy to zdarzenie miało miejsce...
- 15/ Miałem trudności z zasypianiem...
- 16/ Silne emocje związane z tym zdarzeniem pojawiły się i zniknęły...
- 17/ Usiłowałem usunąć to zdarzenie z mojej pamięci...
- 18/ Miałem trudności z koncentracją...

- 19/ Przypominanie sobie zdarzenia wywoływało u mnie takie reakcje jak pocenie się, trudności w oddychaniu...
- 20/ To zdarzenie pojawiło się w moich snach...
- 21/ Miałem odczucie, że stałem się bardziej czujny i ostrożny...
- 22/ Starałem się unikać rozmów o tym zdarzeniu...

Powyższe twierdzenia badany ocenia w 5-stopniowej Skali (0–4) opisując stopień nasilenia twierdzenia wg. poniższego wzoru:

- «0» – wcale nie;
- «1» – w małym stopniu;
- «2» – umiarkowanie;
- «3» – w znacznym stopniu;
- «4» – zdecydowanie tak.

Klucz diagnostyczny IES-R zawiera nazwę podskali oraz numery twierdzeń dla każdej z nich:

- intruzja (osiem twierdzeń) – numery: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20
- pobudzenie (siedem twierdzeń) – numery: 4, 10, 12, 15, 18, 19, 21
- unikanie (siedem twierdzeń) – numery: 5, 7, 8, 11, 13, 17, 22

Obliczanie uzyskanych wyników

Rekomendowane jest ustalenie średnich wyników twierdzeń przypisanych do 3 wymiarów i ogólnego wskaźnika PTSD. Sumy punktów dla poszczególnych wymiarów należy podzielić przez liczbę twierdzeń a więc – 8, 7, 7 (intruzja, pobudzenie, unikanie).

Analogicznie do obliczenia ogólnego wskaźnika PTSD należy podzielić sumę wszystkich punktów Skali przez ogólną liczbę twierdzeń, czyli 22.

W rezultacie uzyskany wynik pozwala na bezpośrednie odniesienie do nasilenia występujących objawów zarówno Intruzji, Pobudzenia, Unikania jak i ogólnego nasilenia objawów PTSD zgodnie z przyjętymi wartościami skali (0, 1, 2, 3, 4). **Wartością graniczną jest wynik 1,5 punktu**, odnoszący się zarówno do poszczególnych wymiarów, jak i ogólnego wskaźnika objawów po stresie traumatycznym. Wyniki przekraczające wartość 1,5 punktu wskazują na co najmniej umiarkowane nasilenie objawów. Zaletą w/w «Pomiaru zaburzeń po stresie traumatycznym» (IES-R) jest możliwość jego wykorzystania nie tylko przez psychologów i psychiatrów, a również przez innych specjalistów zajmujących się stresem w dziedzinie: promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i profilaktyki czy terapii.

Omówiona powyżej skala IES-R powinna znaleźć swoje praktyczne zastosowanie jako jedna z metod badania społecznych aspektów stresu między innymi: bezrobocia, przemocy, agresji, molestowania seksualnego, pedofilii, mobbingu, wypalenia zawodowego, zespołu przewlekłego zmęczenia, terroryzmu globalnego i wielu innych.

Niewątpliwą zaletą skali IES-R jest krótki okres jej wypełniania przez badanego (10–15 minut), możliwość badania indywidualnego i grupowego, jak również

jej zastosowanie w badaniach przesiewowych i skuteczności prowadzonej terapii.

Reasumując przedstawione w rozdziale III zagadnienia rozpoznawania post traumatic stress disorder (PTSD) a wg. nowej, zmodyfikowanej klasyfikacji APA DSM-5 jako «zaburzenia stresowe pourazowe» rodzą określone wymagania zarówno edukacyjne, wdrożeniowe w publikacjach naukowych i w praktyce psychiatrycznej oraz umiejętności różnicowania z innymi zespołami o etiologii stresogennej. Omówione w publikacji «zaburzenia stresowe pourazowe» zostały zakwalifikowane w DSM-5 do grupy nazwanej ogólnie «zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym»

W grupie tej występują również takie rozpoznania jak: «reaktywne zaburzenia więzi», «zaburzenia adaptacyjne», «inne określone zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym», «nieokreślone zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym» oraz inne.

Poznanie i rozpoznanie ich, a zwłaszcza różnicowanie może w początkowym etapie budzić pewne trudności, związane z wieloletnim przyzwyczajeniem i powszechnością używania «starych» terminów jak np. PTSD.

IV Dyskusja

Niniejsza publikacja jest ostatnią, przynajmniej autora, w której użyto pojęcia «post traumatic stress disorder» (PTSD). Obecna klasyfikacja APA DSM-5 nie przewiduje takiej kategorii rozpoznania psychiatrycznego. Dlatego pragnę zwrócić uwagę Czytelnikom, że przygotowanie nowych prac z zamiarem ich publikacji w czasopiśmie z tzw. **IP (Impact-factor)** powinno być oparte na obowiązującej klasyfikacji APA DSM-5. W części T podręcznika DSM-5 pt. «Posługiwanie się podręcznikiem» [38] napisano, że głównym celem DSM-5 jest zapewnienie przeszkolonym lekarzom wsparcia w rozpoznaniu zaburzeń psychicznych. Proces ten stanowi element anamnezy, której powstanie prowadzi do stworzenia świadomego leczenia danego pacjenta. Objawy, opisane w odpowiednich zestawach kryteriów diagnostycznych, nie stanowią pełnej definicji poszczególnych zaburzeń. Obejmują one procesy poznawcze, emocjonalne, behawioralne i fizjologiczne, których złożoność jest zbyt duża, by mogła zostać opisana w tych krótkich podsumowaniach. Ich zadaniem jest raczej przedstawienie charakterystycznych zespołów objawów podmiotowych i przedmiotowych, które wskazują na zasadnicze zaburzenia, z jego swoistym wywiadem rozwojowym, biologicznym i środowiskowymi czynnikami ryzyka, zależnościami neuropsychologicznymi i fizjologicznymi oraz typowym przebiegiem klinicznym.

Pozostałe podrozdziały dotyczą między innymi: «podejścia do oceny przypadku klinicznego», «definicja zaburzeń psychicznych», «elementy diagnozy» i «plany na przyszłość. Narzędzia oceny i monitorowania» wyjaśniają złożoność i podejście holistyczne do problemu chorobowego.

W mojej działalności naukowo-dydaktycznej zawsze intrygował mnie problem podwójnych, odmiennych standardów diagnostycznych przejawiających się współistnieniem dwóch klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Z jednej strony Międzynarodowa

dowa (ICD) z drugiej natomiast strony Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM). Nie były one traktowane równorzędnie i wbrew swoim zasadniczym tytułom ważniejsza i powszechniejsza w użyciu, zwłaszcza świata naukowego była i nadal pozostaje klasyfikacja amerykańska.

Każdy naukowiec dąży do powiększenia swojego dorobku i na kolejne stopnie naukowe jest zmuszony do publikacji swoich osiągnięć w renomowanych czasopiśmie, gdzie obowiązuje klasyfikacja amerykańska a nie międzynarodowa. Tak samo musiały być przygotowane wystąpienia na światowych kongresach, w przeciwnym razie byłyby one dyskwalifikowane i nie publikowane. Tą sytuację można porównać do międzynarodowego języka «Esperanto», który w ogóle wypadł z użycia, a powszechnie wszystkie dziedziny nauki (i nie tylko) porozumiewają się w języku angielskim. Często zadawałem sobie pytanie, czy «jedna» światowa psychiatria nie jest w stanie wypracować wspólnie z Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym jednolitych kryteriów jednej międzynarodowej klasyfikacji?

Truizmem jest stwierdzenie, że psychiatria jako nauka medyczna ma charakter ogólnoludzki i opiera się na osiągnięciach wszystkich naukowców i badaczy, które są sprawdzalne, weryfikowane i uznawane powszechnie przez międzynarodowe organizacje naukowe w krajach cywilizowanego świata. Jako psychiatrzy spotykamy się na tych samych konferencjach i zjazdach, publikujemy wspólne prace, stosujemy jednolite procedury terapeutyczne, mamy podobne poglądy (czasem różne, co jest napędem nauki), korzystamy wspólnie z naszych doświadczeń itp. To jednak dzieli nas w sposób «schizofreniczny» klasyfikacja zaburzeń psychicznych. Wydaje się, że nie można powyższych rozbieżności diagnostycznych tłumaczyć różnicami kulturalnymi, etnicznymi, antropologicznymi etc. gdyż społeczeństwo amerykańskie mimo wielonarodowego pochodzenia, różnic rasowych, koloru skóry itp. jest w miarę jednolite i zintegrowane socjologicznie w sensie wyznawanych ideałów, zasad etyczno-moralnych z ludnością krajów europejskich. Należy również zauważyć, że obu tym klasyfikacjom (ICD i DSM) patronuje i koordynuje ta sama Światowa Organizacja Zdrowia, a nazwiska wybitnych psychiatrów i ekspertów (w tym z USA) figurują jako konsultanci lub autorzy obu klasyfikacji. Jak już wspomniano nawet w instytucjach i organizacjach o zasięgu międzynarodowym, które w swojej działalności muszą brać pod uwagę zaburzenia psychiczne, obowiązuje klasyfikacja amerykańska a nie międzynarodowa. Przykładem takiej organizacji jest Pakt Północno-Atlantycki (NATO), w skład którego wchodzi także Polska. Od 1977 roku w polskiej psychiatrii (cywilnej i wojskowej) obowiązuje międzynarodowa klasyfikacja w ICD-10. Według niej opracowano podstawowe podręczniki psychiatrii, które obowiązują zarówno w okresie studiów, jak i w szkoleniu specjalistycznym. Decyzją polityczną było uczestnictwo polskich sił zbrojnych w wojnie w Iraku i Afganistanie w ramach NATO. W polskich kontyngentach początkowo zwanych misjami pokojowymi pełnili służbę psychiatrzy wojskowi, najczęściej absolwenci Wojskowej Akademii Medycznej (WAM).

W początkowej fazie działań wojennych, kierowali oni żołnierzy z zaburzeniami psychicznymi tzw. stresu bojowego do wielonarodowych szpitali polowych z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych najczęściej o obrazie lękowym.

Psychiatrzy wojskowi armii amerykańskiej byli nie tylko zdziwieni, ale również nie rozumieli pojęcia «nerwica», którego nie uwzględniała żadna z klasyfikacji DSM. Pojęcie «nerwica» nieobecne również w DSM-5, w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta t.1 (41) występuje pod numerami F40–F48 jako: zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną w wyżej wymienionej Klasyfikacji pod numerem F48–«Inne zaburzenia nerwicowe» wymienia się i opisuje kryteria diagnostyczne tzw. neurastenii (nerwica neurasteniczna). Kryteria diagnostyczne «neurastenii» zostały opisane bardziej szczegółowo i obszernie niż tzw. zaburzenia stresowe pourazowe (F43.1), odpowiadające dawnemu rozpoznaniu PTSD wg. DSM-IV

Niektórzy psychiatrzy tłumaczą to do tej pory względami uszanowania tradycji i powszechnie zrozumiałym pojęciem nerwica. Nie jest to pogląd przekonujący, gdyż w starszych podręcznikach psychiatrii były również inne terminy jak: debilizm, imbecyizm i idiotyzm z których z różnych słusznych powodów zrezygnowano.

Termin «nerwica» został pierwszy raz użyty w 1776 roku! przez lekarza szkockiego W. Cullena jako odpowiednik zaburzeń psychicznych «sine-materia» tzn. nerwopochodnych lecz nieuzasadnionych obecnością zmian organicznych mózgu. Sens terminu neurosis zmieniał się kilkakrotnie i aż do chwili obecnej funkcjonuje kilka definicji i jego interpretacji. Nie jest celem publikacji przedstawienie ich, ale chciałbym zwrócić uwagę, że nadal jest on powszechnie używany przede wszystkim przez lekarzy innych niż psychiatria specjalności.

Powoduje to poważne zamieszanie zarówno terapeutyczne jak i orzecznicze, szczególnie wątpliwości budzą takie rozpoznania jak: nerwica wegetatywna, nerwica reaktywna, nerwica płciowa, nerwica wojenna, nerwica uogólniona, nerwica roszczeniowa (odszkodowawcza, rentowa) i wiele innych. [42] Z moich doświadczeń i obserwacji wynika, że od wielu lat psychiatrzy praktycznie zrezygnowali z rozpoznawania «nerwicy» na określenie zaburzeń psychopatologicznych. Ta i inne przesłanki zdają się wskazywać na potrzebę zmiany i/lub poważnych modyfikacji Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10. O wiele ważniejszym od procedur diagnostyczno-terapeutycznych jest problem orzekania osób z rozpoznaniem PTSD (zaburzeń stresowych pourazowych), w szczególności służb mundurowych (tzw. orzecznictwo pozaubezpieczeniowe). Problem ten przedstawia Zyss T. (2009) w podrozdziale «Rozważania orzecznicze o tzw. «rencie wojennej», podręcznika «Orzecznictwo Rentowe»». [43]

Powyżej cytowany autor (psychiatra cywilny) «rozważa» różne dylematy i rozbieżności diagnostyczno-orzecznicze u chorych, którzy są kierowani do Komisji z rozpoznaniem PTSD. Jego zdaniem praktyka orzecznicza przysparza wiele problemów – szczególnie w sytuacji gdy pacjent do tej pory nie leczył się psychiatrycznie i nie rozpoznawano u niego zaburzeń psychicznych. Zwraca również uwagę na rozbieżności natury epidemiologicznej polegające na różnicach między badaniami naukowymi a liczbą osób kierowanych z tym rozpoznaniem do orzecznika.

Takie stanowisko wydaje się niezrozumiałe i nie uwzględniające istoty (sedna) rozpoznania PTSD.

W środowisku psychiatrów wojskowych (zwłaszcza amerykańskich) panuje powszechny pogląd potwierdzony badaniami naukowymi, że przebycie ostrej reakcji na stres (ASD) lub zespołu stresu pourazowego (PTSD) dotyczy: «normalnych», zdrowych ludzi. [44]

Przebycie PTSD z pozytywnym efektem terapeutycznym, może świadczyć o prawidłowo ukształtowanej osobowości żołnierza, a zwłaszcza jego strefy emocjonalno-popędowej. Okazuje się bowiem, że żołnierze z zaburzeniami osobowości kiedyś określanej jako «psychopatyczna», «chłodna uczuciowo» itp. nie będą reagovali na «traumę» zaburzeniami charakterystycznymi dla PTSD. Ten żołnierz zwany potocznie «twardzielem», «prawdziwym żołnierzem» będzie uczestniczył w atakach agresji i przemocy potępianych przez opinię społeczną i dowództwo wojskowe.

Okazuje się, że przebycie PTSD z pozytywnym efektem terapeutycznym wcale nie oznacza całkowitego wyleczenia, a tylko remisję zaburzeń. Po wielu latach normalnego, sprawnego funkcjonowania społecznego (rodzinnego) i zawodowego, na skutek licznych stresorów życia codziennego, a także pogorszenia ogólnego stanu zdrowia somatycznego (np. przewlekłe choroby) następuje «**odżywianie stresu wojennego**» i powracają objawy charakterystyczne dla przebytego PTSD. Z tego typu chorymi (w tym żołnierzami) miałem wielokrotnie do czynienia w swojej praktyce psychiatrycznej.

Negowanie rozpoznania PTSD w aktualnym stanie psychicznym pacjenta uważam za nieuzasadnione. Potwierdza to również bogate piśmiennictwo zwłaszcza dotyczące ofiar Holocaustu.

Na zakończenie pragnę tylko zasygnalizować Czytelnikowi problem związany z postępowaniem terapeutycznym w PTSD. Jak dotychczas nie ma dobrego algorytmu postępowania terapeutycznego, ani rekomendowanych metod psychoterapeutycznych i farmakologicznych. Wiadomo jednak, że nie jest tu skuteczna psychoterapia ani farmakoterapia w pierwszym okresie po zdarzeniu traumatycznym, zwłaszcza w przypadkach przebiegających z amnezją dotyczącą urazu. Stosowana i preferowana przez wojskowych psychiatrów amerykańskich na początku XXI wieku tzw. metoda «Debriefingu» (Dekompresji) okazała się nie zawsze skuteczna, w niektórych badaniach stwierdzano, że może wręcz prowadzić do innych negatywnych następstw u ofiar urazu. [45]

Dotyczy to również zdarzeń traumatycznych (katastrof) o charakterze cywilnym.

Mam pełną świadomość, że prezentowana publikacja, nie porusza wielu jeszcze istotnych problemów zespołu stresu pourazowego (PTSD). Z mojej perspektywy i wieloletniego doświadczenia psychiatry wojskowego ma ona charakter refleksyjny i dyskusyjny. Dla mnie stanowiła okazję do wielu przemyśleń, zrodziła nowe wątpliwości i zainteresowania jak choćby rozbieżność pojęcia «trauma» (Wstęp).

Czy nie byłby bardziej zrozumiałą i adekwatną dla psychiatrii i psychologii termin «psychotrauma», «zdarzenie psychotraumatyczne» nie kojarzony z zakresem pojęciowym «traumatologia»?

Piśmiennictwo

- 1 *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders 3 rd.* red. Washington D.C. American Psychiatric Association, 1980
- 2 Gavande A. *Casualties of war military core for the wounded from Iraq and Afghanistan.* N. Engl. J Hed. 2004, 351 (24): 2471–2475
- 3 Grieger TA, Waldrep OA, Ursano RJ, Lovasz M.: *The enduring impact of terrorism: follow up of Pentagon employees two following the attack.* Psychiatr. Serv 2005, 56 (11) 1374–1378
- 4 *Leksykon terminów: międzykulturowe pojęcia zdrowia psychicznego.* Światowa Organizacja Zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2000
- 5 *Leksykon terminów: psychiatria i zdrowie psychiczne.* Światowa Organizacja Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2001
- 6 Gruszczyński W.: *Stres – rosnący problem społeczny XXI wieku.* Prewencja i Rehabilitacja 2012, 4 (30).
- 7 Gruszczyński W. , Gruszczyński B.: *Zaburzenia psychiczne u żołnierzy i weteranów misji pokojowej w Iraku: W: Jakość życia i opieka zdrowotna weteranów służby w Wojsku Polskim.* Gołuszko M. Kostka T.(red) Uniw. Med. Łódź 2009, 106–116
- 8 Gruszczyński W.: *Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem u żołnierzy*, W: *Zdrowie psychiczne żołnierzy.* Florkowski A., Gruszczyński W. (red.) Wojskowa Akademia Medyczna Łódź, 2000, 55–72
- 9 Gruszczyński W. i wsp.: *Kontrowersje w sprawie rozpoznawania ostrego zaburzenia stresowego (ASD) i zespołu stresu pourazowego (PTSD) u żołnierzy pełniących misję pokojową w Iraku.* W: *Służba żołnierzy i funkcjonowanie służb państwowych wykonujących zadanie w warunkach ekstremalnych.* Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej, Warszawa 2004, 841–48
- 10 Gruszczyński W: *Problem zespołu stresu pourazowego w aspekcie psychiatrii wojskowej okresu wojny i pokoju.* Lęk i Depresja, 2004, T–9, 2, 120
- 11 *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachorowania na JCD–10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne «Vesolius» Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków Warszawa, 1997, 176
- 12 Kaplan N. M.: *Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne.* Redakcja naukowa wydania polskiego: Januszewicz A. /red/Wyd. «Czelej» Lublin 2006
- 13 Gruszczyński W., Florkowski A.: *Psychiatria wojskowa w Polsce.* W: *Psychiatria w Polsce.* Bilikiewicz A., Rybakowski J. (red) Wyd. Via Medica, Gdańsk, 2002, 75–82
- 14 *Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders. 2nded.* Washington D. C. American Psychiatric Association, 1968
- 15 *Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM–IV).* American Psychiatric Association, 1994
- 16 Gruszczyński W.: *Zaburzenia psychiczne w czasie wojny u żołnierzy.* W: *Zdrowie psychiczne żołnierzy.* Florkowski A., Gruszczyński W. (red.) Wojskowa Akademia Medyczna Łódź, 2000, 170–180
- 17 Gruszczyński W.: *Komentarz.* W: *Psychiatria Po Dyplomie: Przemoc i zachowania antyspołeczne u weteranów: Wpływ czynników obecnych przed zwolnieniem z wojska,*

- doświadczeń wojennych i zaburzenia stresowego pourazowego.* Benedek D.M., Grieger T.A. 2007, 4, 1, 27–29
- 18 Malinowski A.: *Psychiatria wojskowa, jej zadania i cele.* Lek. Wojsk. 1936, 9, 539
 - 19 Rydzyński Z.: *Rozwój i dorobek psychiatrii wojskowej w 30-leciu Polski Ludowej.* Lek. Wojsk. 1974, 6, 501
 - 20 Ilnicki S.: *Pamiętnik płk dr med Jana Nelkena znaleziony w Katyniu.* Lek. Wojsk. 1993, 3–4, 206
 - 21 Gruszczyński W.: *Dorobek naukowy, organizacyjny i dydaktyczny Profesora Zdzisława Rydzyńskiego.* Psychiatr. Pol. 1991, XXV, 2, 96–105
 - 22 *Instrukcja: Zasady strategii postępowania psychiatrycznego w aspekcie stresu bojowego.* Klinia Psychiatryczna Dorosłych, Uniwersytet Medyczny Łódź, 2006
 - 23 *Instrukcja: Ostre zaburzenia stresowe (ASD), zespół stresu pourazowego (PTSD) i inne zaburzenia psychiatryczne tzw. Stresu bojowego.* Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny Łódź, 2006
 - 24 Korzeniewski K.: *Zachorowalność i urazowość w populacji żołnierzy narodowości polskiej leczonych w Szpitalu Polowym Wielonarodowej Dywizji w Strefie Środkowo-Południowej w Iraku.* Lek. Wojsk. 2004, 80, 3, 203–207
 - 25 Korzeniewski K.: *Przyczyny ewakuacji do kraju żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego pełniących służbę w Iraku.* Lek. Wojsk. 2005, 81, 3, 163–166
 - 26 Manos J.: *Wpływ misji stabilizacyjnych w Iraku na poziom funkcjonowania emocjonalnego oraz odporność na sytuacje trudne u żołnierzy zawodowych.* Rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny Łódź, 2006
 - 27 Gruszczyński W. Florkowski A. Gruszczyński B.: *Zaburzenia psychiczne u żołnierzy misji pokojowej w Iraku – fakty i mity.* W: *Agresja i Przemoc a Zdrowie Psychiczne.* Bińczycka – Anholcer M. (red.) PTHS. PTS., Poznań, 2004, 85
 - 28 Gruszczyński W.: *Zaburzenia adaptacyjne w aspekcie psychiatrii wojskowej okresu pokoju i wojny.* Lęk i Depresja 2005, T–10, 3, 183
 - 29 Gruszczyński W. Florkowski A. Gruszczyński B.: *Zespół stresu pourazowego w aspekcie misji pokojowej w Iraku.* XIX Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Neurologia i Neurochirurgia Polska, 2005, 1, 457
 - 30 Gruszczyński W.: *Zaburzenia impulsywne w psychiatrii wojskowej okresu wojny i pokoju.* Lęk i Depresja 2006, T–11, 3, 171
 - 31 Gruszczyński W.: *Problemy psychiatryczno-psychologiczne żołnierzy polskiego kontyngentu w misji pokojowej w Iraku.* Lęk i Depresja, 2006, T–11, 3, 186
 - 32 Gruszczyński i wsp.: *Rozpoznanie reakcji na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne u żołnierzy w czasie wojny i pokoju.* Lek. Wojsk. 2007, 83, 2, 35
 - 33 Florkowski A. Gruszczyński W.: *Postępowanie psychiatryczne w zaburzeniach stresowych pourazowych (PTSD).* Psychiatr. Pol. 2007, T XLI, 3, 39
 - 34 Gruszczyński W Florkowski A. Gruszczyński B.: *Syndrom wypalenia zawodowego u żołnierzy a zdolność do działań w warunkach misji pokojowych i wojennych.* Psychiatr. Pol. 2007, T XLI, 3, 48
 - 35 Gruszczyński W. Florkowski A. Gruszczyński B.: *Psychologiczno-psychiatryczne aspekty przemocy w wojsku.* W: *Przemoc i agresja jako zjawiska społeczne.* Bińczycka – Anholcer M. (red.) PTHP, Warszawa, 2003, 282–287

- 36 Dąbrowski S. Kubicki L.: *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień*. Instytut Psychiatrii i Neurologii Warszawa, 1994
- 37 Semple D., Smyth R., Burns J., Dane R., McIntosh A.: *Oxfordzki podręcznik psychiatrii*. Grzywa A. (red.) Wyd. Czelej, Lublin 2007
- 38 Kryteria Diagnostyczne z DSM-5°. *Desk Reference. American Psychiatric Association*. Gałecki P., Świącicki Ł. (red.) Wyd. Edra Urban & Partner, Wrocław, 2015
- 39 Zjuvxyński Z., Ogińska – Bulik N.: *Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja zrewidowanej skali wpływu zdarzeń*. *Psychiatria* 2009, T 6, 1, 15–25
- 40 Lis – Turlejska M.: *Traumatyczny stres. Koncepcja i badania*. Wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa, 1998
- 41 Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Veselius Kraków 2000, 322–332
- 42 Rydzynski Z.: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów psychologii*. Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 1996, 298–311
- 43 Zyss T. *Orzecznictwo rentowe. Ze szczególnym uwzględnieniem psychiatrii*. Wyd. Medyczne Kraków, wyd II, 2009, 141–185
- 44 Manenberg S.: *The role of Critical Incident Stress Debriefing (CISD) in maintaining and effectiveness of the fighting and preventing post-traumatic stress*. III Sympozjum Nauk.–Szkol. Psychiatrii Pol. i OSA Warszawa – Kraków, 2001, 8
- 45 Instrukcja: *Zasady Strategii postępowania psychiatrycznego w aspekcie stresu bojowego*. Klinika Psychiatryczna Dorosłych, Uniwersytet Medyczny Łódź, 2006, 11–1

prof. dr hab. n. med. Hanna Misiótek
 Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
 Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko–Dentystycznym w Zabrze
 Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Hanna Misiótek
 Department of Anesthesiology and Intensive Care
 Faculty of Medicine and Division of Medical–Dental in Zabrze
 Medical University of Silesia in Katowice

JAK ROZMAWIAĆ Z RODZINĄ ZMARŁEGO, POTENCJALNEGO DAWCY NARZĄDÓW DO TRANSPLANTACJI? TRAUMA DLA RODZINY ZMARŁEGO I PERSONELU MEDYCZNEGO

HOW TO TALK WITH THE FAMILY OF THE DECEASED AND A POTENTIAL ORGAN DONOR FOR TRANSPLANTATION? TRAUMA FOR THE FAMILY OF THE DECEASED AND FOR THE MEDICAL PERSONNEL

Streszczenie

Dyskusje na temat pobierania organów od dawców, u których stwierdzono śmierć mózgu, należą do trudnych i społecznie kontrowersyjnych. Nieprawidłowa interpretacja procesów towarzyszących orzekaniu o śmierci, budzi wiele emocji i stanowić może barierę w podejmowaniu inicjatyw zmierzających do podejmowania rozmów z rodziną zmarłego ze strony personelu medycznego. W rezultacie może to skutkować niskim odsetkiem pozyskiwanych organów do przeszczepu.

Dla wielu nieuleczalnie chorych, transplantacja jest jedyną formą przedłużenia życia. Pomimo ciągłego rozwoju medycyny transplantacyjnej, liczba wykonywanych przeszczepów nie zaspokaja potrzeb oczekujących pacjentów.

Chociaż prawo w Polsce, jak i w większości krajów europejskich, przewiduje, że można pobrać narządy od każdego człowieka, który za życia nie wyraził sprzeciwu, istotną rolę w podejmowaniu ewentualnej decyzji o oddaniu organów odgrywa rozmowa z rodziną osoby zmarłej. Rozmowa taka służy między innymi powzięciu informacji od rodziny zmarłego, czy jest w posiadaniu informacji o wyrażonej za życia, pisemnie bądź ustnie, woli zmarłego związanej z ewentualnym oddaniem organów po śmierci.

Pomimo regulacji prawnych oraz wynikającej z nich zasady «zgody domniemanej» na pobranie narządów od zmarłego dawcy, wciąż obowiązuje nas rozmowa z rodziną zmarłego i uzyskanie od nich akceptacji na pobranie narządów.

Dlatego też nie pobiera się komórek, tkanek ani narządów przy zdecydowanym sprzeciwie wyrażonym przez rodzinę zmarłego lub osoby mu bliskie. Podejmowanie decyzji co do pobrania narządów po zmarłym bliskim jest nie tylko trudna dla rodziny, ale również dla personelu odpowiedzialnego za kontakt z bliskimi zmarłego. Personel medyczny uczestniczący w skomplikowanej procedurze transplantacyjnej, jest podzielony na szereg zespołów (zespoły ratujące życie, opiekujące się potencjalnym dawcą, zespoły zaangażowane w uzyskanie zgody na pobranie narządów). W wielu ośrodkach, tę trudną rolę rozmowy z rodziną zmarłego powierza się koordynatorom regionalnych.

Procedura pobierania narządów jest zawsze procesem odbiegającym od regularnej pracy szpitala, z tego względu często odbywa się w godzinach nocnych. Jak wynika z badań lekarze mają trudności z przekazywaniem informacji o śmierci i pytaniem rodziny zmarłego o możliwość pobrania narządów. Często jest to związane z dramatycznymi nieoczekiwanym zgonem pacjenta. Okoliczność taka wymaga, aby lekarz przyjął opiekuńczą postawę wobec jego rodziny, która niejednokrotnie obarcza go odpowiedzialnością za śmierć bliskiego. Lekarze, traktując śmierć pacjenta jako osobistą porażkę, nie zawsze są gotowi do udzielenia pełnych, wyjaśniających odpowiedzi na pytania rodziny dotyczące procedury pobrania narządów.

Kierując się doświadczeniem własnym czy wiedzą uzyskaną na kursach i szkoleniach, personel medyczny stosuje różne strategie postępowania w rozmowie z rodzinami zmarłych pacjentów. Niektórzy rozmawiają tylko z najbliższymi członkami rodziny, inni z kolei włączają w proces decyzyjny dalszą rodzinę oraz przyjaciół zmarłego. Niezależnie od przyjętej metody postępowania, istnieje kilka zasad, którymi powinien się kierować lekarz (koordynator transplantacyjny), pomocnych w nawiązaniu pozytywnych relacji z rodziną i ewentualnym uzyskaniu zgody rodziny na pobranie narządów.

Należą do nich: poświęcenie możliwie jak najwięcej czasu rodzinie, prowadzenie rozmowy bez pośpiechu, okazywanie pełnego zrozumienia dla ewentualnych wątpliwości, zapewnienie rodzinie ustronnego miejsca na rozmowę, jasne wytłumaczenie kryteriów śmierci mózgowej, odczekanie odpowiedniego czasu od momentu poinformowania o śmierci pacjenta do zapoczątkowania rozmowy o ewentualnym dawstwie oraz przeprowadzenie rozmowy na temat dawstwa przez osoby do tego przeszkolone.

Czy sposób rozmowy ma wpływ na decyzję rodziny?

Badania wskazują, że na decyzję o oddaniu organów ma wpływ sposób prowadzenia rozmowy z rodziną zmarłego. Ważne okazują się w tym wypadku umiejętności osób wadzących rozmowę obejmujące odpowiednie przekazywanie informacji o śmierci oraz formułowanie pytania o znajomość woli zmarłego. Profesjonalne przeszkolenie i umiejętność prowadzenia rozmowy, aby nie okazywać niepewności czy niezdecydowania jest jednym z elementów powodzenia i skuteczności działania.

Jacoby i wsp. dowiedli, że rodziny, które nie zgodziły się na pobranie organów od zmarłego krewnego, uważały, że moment, w którym były o to pytane, był niestosowny, dodatkowo nie czuły się również odpowiednio poinformowane o dawstwie i związanych z tym procedurach. Wskazywały na złą kolejność przekazywania informacji, a mianowicie pytanie o znajomość poglądów osoby zmarłej na temat dawstwa często padało przed komunikatem o śmierci mózgowej. Krewni osoby zmarłej często czuli, że personel medyczny był wrogo nastawiony zarówno do nich, jak i pacjentów, którymi nie opiekował się w dostateczny sposób. Z drugiej strony wysoka jakość kontaktu z profesjonalistami służby zdrowia, a zwłaszcza doświadczenie fachowej opieki i wsparcia, miały pozytywny wpływ na zgodę rodziny. Ponadto wśród rodzin, które wyraziły zgodę, występowało znacznie więcej powiązań osobistych z personelem medycznym niż wśród rodzin, które zgody nie wyraziły. Autorzy podkreślają, że rozmowa powinna być dialogiem między lekarzem i przedstawicielami rodziny, a nie jedynie suchym przekazaniem informacji. Lekarz powinien starać się zrozumieć emocje jakie towarzyszą bliskim zmarłego. Ze statystyk przedstawionych przez Winecką wynika, że w Polsce w 2007 roku aż 73 procent społeczeństwa popierało pobranie i przeszczep narządów od zmarłych. Jednocześnie 38 procent wierzyło, iż lekarze są skłonni do uspienia pacjenta, by uzyskać organy do przeszczepu. Stąd najpewniej ciągle zbyt niska liczba przeszczepów w Polsce wynika z niepełnej akceptacji społecznej. Dlatego trzeba uświadamiać ludzi w tej dziedzinie.

Orzekanie śmierci mózgu jest obwarowane wieloma rygorystycznymi przepisami i nie może tu być mowy o zaniedbaniach. Takie orzeczenie podejmowane jest komisyjnie dopiero po przeprowadzeniu licznych badań. Uczciwość takich badań i słuszność idei donacji, jest niekiedy podważana przez osoby o wątpliwych postawach etycznych i merytorycznych, co szkodzi idei transplantacji i wzbudza niepotrzebne emocje, przekładając się bezpośrednio na spadek ilości pobrań. Od 20 lat CBOS regularnie pyta Polaków, jaki jest ich stosunek do transplantacji. Z każdych 100 aż 96 jest na «tak». Trzy czwarte deklaruje, że chce, aby po śmierci ich narządy trafiły do potrzebujących. Tyle że mówią to chyba tylko badaczom. Większość nie rozmawia na ten temat z rodziną. A później, gdy dochodzi do gwałtownej śmierci, bliscy zmarłego nie wiedzą, co robić, czego on by sobie życzył. Tracą głowę, są w szoku, boją się, co ludzie powiedzą. W dodatku z sondaży CBOS wynika, że mimo deklarowanego poparcia dla przeszczepów niemal co czwarty ankietowany sądzi, że bez wątroby czy nerek nie można liczyć na zbawienie. W niektórych jest niechęć: jak tu oddać kawałek ciała kogoś bli-

skiego komuś obcemu? A w innych z kolei przekonanie, że wycięcie narządów to bezczeszczenie zwłok.

Z raportów Poltransplantu, centrum koordynującego przeszczepę, wynika, że w co 10. przypadku rezygnuje się z pobrania, bo jest silny sprzeciw rodziny, obawiają się stygmatyzacji: Rozmowy z rodziną zawsze są trudne. Na ogół pierwsza reakcja to bunt, płacz, czasem krzyk. Rodzinie trudno udźwignąć to, że śmierć przyszła tak nagle. I albo od razu ucinają rozmowę o pobraniu, albo chcą rozmawiać długo, zadając mnóstwo pytań.

Jak dalece posuwać się w informowaniu jednych o losie drugich? To temat stawiany ostatnio nawet na forum Rady Europy. Dyskusja wciąż trwa. A przykład idzie od dawców szpiku, którzy poznają osobiście biorców, często spotykają się. Ale w transplantacji szpiku, zarówno dawca jak i biorca, to osoby żywe.

Osoba, która nie życzy sobie, aby po śmierci, jej tkanki lub narządy mogłyby być przekazane do transplantacji, powinna uczynić wyraźne zastrzeżenie.

Może to uczynić poprzez:

- 1/ dokonanie wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów;
- 2/ oświadczenie pisemne zaopatrzone we własnoręczny podpis;
- 3/ oświadczenie ustne, które zostało złożone w obecności co najmniej dwóch świadków i pisemnie przez nich potwierdzone.

Przepisy wymagają, aby przed pobraniem komórek, tkanek i narządów lekarz lub osoba przez niego upoważniona upewnił się czy istnieje sprzeciw wyrażony w pozostałych formach (mogą ich dostarczyć tylko bliscy zmarłego).

Zadania do zrealizowania w trakcie rozmowy z rodziną zmarłego dawcy narządów

- 1/ Poinformowanie rodziny o aktualnej sytuacji medycznej;
- 2/ Powiadomienie o śmierci pacjenta;
- 3/ Przedstawienie możliwości pobrania narządów do transplantacji;
- 4/ Ustalenie, czy istnieją dowody(ustny przekaz czy pisemny), że zmarły sprzeciwiał się pobraniu narządów;
- 5/ Zebranie informacji o stanie zdrowia i stylu życia zmarłego, które mogą mieć znaczenie dla bezpieczeństwa przeszczepienia narządów;
- 6/ Przekazanie informacji, które są istotne nie tylko z powodów medycznych, ale potrzebne rodzinie dla zrozumienia i zaakceptowania dalszego postępowania z ciałem zmarłego, zarówno w przypadku pobrania jak i odstąpienia od pobrania narządów;
- 7/ Udzielenie rodzinie wsparcia w postaci skupienia uwagi na ich aktualnych emocjach i potrzebach.

Opór rodziny wobec zamiaru pobrania narządów

Często to nie sprzeciw zmarłego ale opór jego rodziny, stanowi przeszkodę wobec pobrania.

Sytuacja śmierci bliskiej osoby jest silnym stresem, a jego konsekwencje ujawniają się m.in. w przebiegu komunikacji interpersonalnej. Tzw. «reakcja na stratę», obejmuje silne emocje i zakłócenia procesów poznawczych.

Rodzinie trudno się pogodzić z sytuacją, protestuje przeciwko doznanej krzywdzie, nie jest skłonna do udzielania innym pomocy, skupia się na sobie.

Ważną kwestią jest niski poziom zaufania do środowiska medycznego.

Negatywne nastawienie krewnych wynika często z odczuwanego przez nich braku wsparcia emocjonalnego ze strony personelu medycznego po doznanej stracie.

Co oprócz aktualnie przeżywanych emocji, utrudnia bliskim zaakceptowanie pobrania ?

W piśmiennictwie dotyczącym przyczyn oporu rodzin wobec pobrania narządów do transplantacji od osoby zmarłej, dominują następujące czynniki:

- trudność w pogodzeniu się ze śmiercią;
- niezrozumienie i niewiedza dotycząca aspektów medycznych transplantacji;
- silna religijność;
- bezrobocie;
- wysoki poziom nieufności wobec ludzi;
- starszy wiek członków rodziny;
- obawy o integralność ciała zmarłego;

Brak informacji o woli zmarłego

Badania wskazują, że jedną z najważniejszych barier w zaakceptowaniu pobrania narządów przez rodzinę, jest nieznanostwo stanowiska zmarłego.

Blisko 75% Polaków nie rozmawia ze swoimi najbliższymi jak mają postąpić na wypadek śmierci. Z perspektywy psychologicznej barierą jest nie tylko brak wiedzy, czyli nieznanostwo medycznych kryteriów rozpoznawania śmierci. Jeśli osoba zmarła „wygląda jakby żyła” (a tak wygląda wówczas, gdy respirator oraz inne urządzenia medyczne, a także leki podtrzymują biologiczne funkcje organizmu), tym bardziej krewnym trudno przyjąć do wiadomości informacje o jej śmierci, zaakceptować realność i nieodwracalność doznanej straty.

Jak zarządzać emocjami?

Silne emocje w sytuacjach, o których mowa są normalne. W chwili nagłej śmierci bliskiej osoby, brak emocji, spokój i zadaniowe podejście rodziny byłyby zjawiskiem co najmniej dziwnym. Osoba która rozmawia z rodziną też nie powinna

być chłodna i zdystansowana. Przekonanie, że racjonalne i zdystansowane podejście do pacjenta jest oznaką profesjonalizmu lekarza, nie znajduje potwierdzenia w badaniach, pacjenci oczekują otwartości i komunikatywności. Emocje zawierają informację, którą należy trafnie odczytać i odpowiedzieć adekwatnie. Negatywnych emocji rodziny nie należy odnosić bezpośrednio do siebie, raczej potraktować je jako reakcję na nagłą, silnie stresującą i zagrażającą sytuację («świat im się zawalił»). Niektóre reakcje rodziny są szczególnie trudne do przyjęcia. Np. jeśli przyjmują formę pretensji lub oskarżeń, lekarz odczuwa je jako zagrażające i broni się. Powoduje to eskalację negatywnych emocji.

Emocje w rozmowach z rodziną zmarłego

Przed rozpoczęciem rozmowy należy zebrać informacje o potencjalnym dawcy i jeśli to możliwe, o swoich rozmówcach, aby strategię postępowania dopasować do sytuacji i do konkretnej rodziny. Należy raczej przygotować się na dialog, a nie na konfrontację. Lekarz powinien zachować spokój, stworzyć atmosferę «wyciszenia» z dużą dozą życzliwości. Bardzo istotnym jest zapewnienie spokojnego miejsca do pracy i mimo presji czasu, unikanie pośpiechu i tym samym nacisku na rodzinę.

Musimy być przygotowani na to, że krewni znajdują się pod wpływem silnych emocji, które mogą blokować przyjęcie informacji lub zniekształcać ich treść. Dlatego nie należy okazywać zniecierpliwienia, a raczej dawać wsparcie i tym samym budować zaufanie. W tych trudnych relacjach, lekarz (podobnie jak w codziennym postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym), powinien indywidualizować swoje postępowanie, być elastycznym, nie kierować się sztywnymi zasadami i schematami. Zanim rozpoczniemy swój wywód lekarski, powinniśmy zaproponować rodzinie możliwość przekazania informacji, sondując tym samym poziom ich wiedzy. Wyjaśnianie sytuacji i modyfikowanie wyobrażeń rodziny musi się odbywać w formie dialogu, a nie «pouczania» rodziny. Niezwykle istotne jest, aby udzielane informacje na temat śmierci pacjenta były jednoznaczne (zgon może być stwierdzony tylko raz). Krewni nie mogą mieć przekonania, że ich bliski żyje, że może jeszcze «da się go uratować», lub że jego śmierć następowała kilkakrotnie. Z Rodziną należy rozmawiać w tempie dostosowanym do ich rozumienia, wypowiadając się jasno i przekonująco, używając przy tym ich słownictwa, a terminy medyczne odwoływać do zrozumiałych analogii, kontrolując jednocześnie stopień zrozumienia poszczególnych słów, obserwując jednocześnie doznawane przez nich emocje. Negatywnych emocji nie należy odnosić bezpośrednio do siebie, ponieważ emocje są reakcją na zarówno na stratę, jak i na stres. Rodzina musi mieć czas na przyjęcie trudnych i złych informacji. Kiedy już upewnimy się, że rodzina przyjęła informacje o śmierci, nastąpił odpowiedni moment na poinformowanie o możliwości przekazania narządów. W tym czasie jest odpowiedni moment, aby zapytać czy zmarły kiedykolwiek wyrażał sprzeciw wobec pobrania swoich narządów. Jeśli napotkamy sprzeciw lub opór rodziny, musimy zidentyfikować przyczyny negatywnej reakcji i zmienić postępowanie na bardziej adekwatnie. Można spróbować (bardzo delikatnie!) rozwiązać ich obawy poprzez zdjęcie z nich ciężaru odpowiedzialności za decyzję

zmarłego i za decyzje medyczne. Informując o możliwości przekazania narządów nie należy skupiać się wyłącznie na korzyściach innych i nie podkreślać wyłącznie potrzeb biorców. Można ewentualnie odwoływać się do pozytywnych emocji i prospołecznych argumentów, koncentrując się na możliwych zyskach dla dawcy, w stylu: «prawdopodobnie on by tego chciał»... Próbujemy wskazać rodzinie potencjalne psychologiczne korzyści z dawstwa (np. «może ułatwi Państwu pogodzenie się ze śmiercią syna, taka myśl, że on symbolicznie żyje w innych ludziach»...), «być może łatwiej będzie Państwu zaakceptować fakt pobrania wiedząc, że taka była wola zmarłego», itp.) Jeśli bliscy chcą wiedzieć, kto dostanie narządy, należy im to ogólnie wyjaśnić (bez szczegółów danych personalnych!). Taka informacja ma dla rodziny znaczenie psychologiczne, pozwala utwierdzić się w przekonaniu o wartości daru. Można powiedzieć, że będzie to osoba «podobna» w sensie biologicznym do dawcy. Nie wolno nam wywierać presji, czy grać na uczuciach, w stylu: «na serce czeka już rok, śliczna młoda dziewczyna i jak się nie zgodzicie, to ona może lada dzień umrzeć».

Na każdym etapie rozmowy rodzina musi odczuwać, że postępowanie medyczne odbywa się nie tylko zgodnie z prawem ale zgodnie z intencją zmarłego a także, że ich opinie i odczucia są ważne i respektowane. Te odczucia oraz uzyskiwane wsparcie ułatwią rodzinie zaakceptowanie decyzji zespołu medycznego. Na zakończenie rozmowy należy pozwolić bliskim pożegnać się ze zmarłym. Nie wolno nam zapomnieć udzielić wszystkich potrzebnych informacji odnośnie załatwienia urzędowych formalności w tym odbioru ciała.

Opanowanie emocji ze strony personelu medycznego

W przypadku konieczności rozmowy z rodziną zmarłego dawcy lekarz zmuszony jest przezwyciężyć odruchowe reakcje i zmierzyć się z tak zwanymi negatywnymi emocjami rodziny. Uczucie braku równowagi opiera się także na częstym przekonaniu, że lekarz musi prosić rodzinę o coś w sytuacji, w której doświadcza ona utraty i w najgłębszym sensie została ona czegoś pozbawiona. Innymi słowy, lekarz, prosząc rodzinę o akceptację pobrania narządów od bliskiego im zmarłego, niejako oczekuje daru od osób, które właśnie doświadczają utraty, będącej często — jak w przypadku śmierci własnego dziecka, najbardziej dotkliwą w ich dotychczasowym życiu. Przekonanie to buduje w lekarzach poczucie znalezienia się w niezręcznej sytuacji, z której należy jak najszybciej się wycofać. Wydaje się, że właśnie ten aspekt często przesądza o charakterze prowadzonych rozmów. Powodować też może szybką rezygnację z dalszej rozmowy w konfrontacji z będącą w stanie wzburzenia rodziną, a to w ostatecznym efekcie decyduje o jej nikłej efektywności.

Podejście Dual Advocacy

Wydaje się, że jednym z możliwych rozwiązań problemu wciąż niesatysfakcjonującej liczby rozmów zakończonych uzyskaniem akceptacji rodziny jest coraz bardziej rozpowszechnione w literaturze anglojęzycznej podejście dual advocacy (DA).

Termin ten, nieposiadający do tej pory odpowiednika w języku polskim, można tłumaczyć jako obronę interesów obojga stron i do tego właśnie sprowadza się w jakimś sensie istota tego podejścia. Z dotychczasowych danych z piśmiennictwa wynika, że za najważniejsze czynniki, mające istotny wpływ na przebieg rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy uważa się nie tylko aspekty związane z rodziną, takie jak charakter wcześniejszych doświadczeń w kontakcie z systemem ochrony zdrowia, wyrażona wcześniej wola zmarłego, stan emocjonalny, przekonania i poziom wiedzy na temat transplantacji, lecz przede wszystkim aspekt zależny od personelu medycznego, czyli sposób prowadzenia rozmowy przez lekarza. Wyniki badań wskazują, że u tych członków rodzin, dla których odbyte rozmowy były doświadczeniem traumatyzującym, częściej występowały reaktywne zaburzenia depresyjne i adaptacyjne.

Podejście Dual Advocacy – założenia teoretyczne

Koncepcja DA została opracowana przez specjalistów związanych z programem dawców *Gift of Life* w Filadelfii, należącym do regionalnej sieci transplantacji tkanek i narządów w USA. Potrzeba stworzenia innowacyjnego podejścia do kontaktu z rodzinami zmarłych dawców narodziła się częściowo w odpowiedzi na brak postępów w zwiększaniu efektywności takich rozmów, częściowo zaś była wynikiem refleksji wielu specjalistów, którzy zauważyli, że dwoma podstawowymi mankamentami rozmów prowadzonych zgodnie z modelem tradycyjnym jest założenie o konieczności chronienia rodziny zmarłego oraz przekonanie, że rodzina jest doskonale zaznajomiona z kwestiami dotyczącymi dawstwa narządów.

O wartości podejścia DA decyduje nie tylko fakt, że opiera się ono na dowodach empirycznych, a jego skuteczność została udowodniona badaniami, lecz również leżące u jego podstaw specyficzne, precyzyjne ramy teoretyczne i algorytmy postępowania, które przesądzają o spójności i skuteczności modelu w praktyce klinicznej. W przeciwieństwie do podejścia tradycyjnego, w modelu DA lekarz podejmujący rozmowę buduje kontakt z rodziną, pełniąc rolę adwokata interesów obojga stron. Właśnie to przekonanie wyznacza sposób prowadzenia rozmowy przez specjalistę, którego zadaniem jest ochrona zarówno interesów rodziny zmarłego, jak i ochrona interesów chorych będących potencjalnymi biorcami narządów. Założenie to jest oparte na wynikach badań empirycznych, wskazujących, że w dłuższej perspektywie czasowej osoby, które zaakceptowały decyzję o pobraniu narządów od ich bliskiego, lepiej i skuteczniej radziły sobie z procesem żałoby.

W praktyce oznacza to, że lekarz musi prowadzić rozmowę tak, by stwarzać równowagę między potrzebami rodziny dawcy, a potrzebami chorych oczekujących na transplantację. Zachęcając rodzinę do podjęcia wyjątkowej w ich życiu rozmowy, lekarz nie tylko pomaga rodzinie zrozumieć znaczenie dawstwa, ale prowadząc rozmowę w sposób pełen szacunku i empatii oraz respektując prawo każdej rodziny do podjęcia w pełni poinformowanej decyzji, oferuje im niepowtarzalną możliwość współuczestniczenia w ratowaniu czyjegoś życia bądź poprawienia jego jakości.

Filozofia podejścia DA opiera się na trzech fundamentalnych zasadach, które determinują kierunek myślenia i działania osoby prowadzącej rozmowę. Twórcy tego podejścia uznali, że prowadzącym rozmowę z rodziną kierują następujące założenia:

- Wyniki wielu badań w dziedzinie psychologii społecznej wskazują na to, że
- 1/ mając możliwość uratowania komuś życia, większość ludzi decyduje się na zrobienie tego;
 - 2/ Dawstwo narządów jest właściwą i dobrą decyzją;
 - 3/ Kluczową rolą prowadzącego rozmowę jest bycie obrońcą obojga stron – rodziny potencjalnego dawcy oraz chorych oczekujących na transplantację.

Jeśli zatem osoba wchodząca w kontakt z rodziną zmarłego dawcy nie zbudowała własnego systemu przekonań poznawczych do idei transplantacji na podstawie trzech powyższych założeń, jeśli nie będzie przekonana, że prosząco akceptację decyzji o pobraniu narządów, oferuje rodzinie możliwość dokonania niepowtarzalnego i wyjątkowego wyboru, to prowadzenie tego rodzaju rozmów zawsze będzie wyłącznie określoną procedurą, wiążącą się nieodmiennie z uczuciem silnego dyskomfortu.

W podejściu DA nie neguje się faktu, że rozmowa z rodziną zmarłego dawcy jest zadaniem niełatwym i wiąże się z licznymi trudnościami, których źródłem są nie tylko silne emocje czy określone treści poznawcze, ale przede wszystkim wpływająca z natury człowieka nieprzewidywalność reakcji. Każdy system rodzinny jest inny, co powoduje, że również rozmowa z każdą rodziną będzie doświadczeniem unikatowym. Niemniej, ważne jest, aby mimo faktu, że członkowie rodzin pochodzą z różnych środowisk społecznych i kulturowych oraz różnią się podejściem do idei transplantacji, każda rozmowa powinna być przygotowana i zaplanowana oraz przebiegać z uwzględnieniem określonych etapów. Dlatego też twórcy podejścia DA podjęli próbę stworzenia nieco bardziej ścisłych reguł i algorytmów postępowania. I chociaż każda rozmowa przebiega inaczej, gdyż każda rodzina jest niepowtarzalna, każda na swój sposób przeżywa i radzi sobie w trudnej sytuacji, dobre przyswojenie przez specjalistę określonych zasad, pomaga uniknąć podstawowych błędów i zwiększyć szansę na skuteczność rozmowy. Należy przy tym zaznaczyć, że choć skuteczność rozmowy wyznacza przede wszystkim uzyskanie akceptacji decyzji o pobraniu narządów, to nie należy zapominać, że po jej zakończeniu członkowie rodziny powinni mieć poczucie, że zarówno ich emocje, jak i ostateczna decyzja (nawet odmowna), spotkały się ze zrozumieniem i szacunkiem.

Etap budowania relacji z rodziną wg dual advocacy

I etap – stan chorego

Pierwsza faza komunikacji, niejako nadrzędna w stosunku do pozostałych, pozwala zbudować solidne podstawy dla całego dalszego procesu porozumiewania się z rodziną zmarłego dawcy. Zasadniczym celem osoby prowadzącej rozmowę na tym etapie jest przedstawienie rodzinie faktów dotyczących stanu ich bliskiego. Rolą

lekarza prowadzącego jest zatem wyjaśnienie rodzinie stanu chorego, z zaakcentowaniem zjawiska uszkodzenia mózgu, a następnie omówienie z rodziną planu dalszego postępowania. Ważne jest, aby informacje były przekazywane w niebudzący wątpliwości, możliwie prosty i zrozumiały sposób; ponadto wskazane jest, aby lekarz weryfikował, na ile rodzina rozumiała jego komunikaty. Powinien również okazać rodzinie wsparcie. Z perspektywy przyszłej akceptacji przez rodzinę pobrania narządów jest to o tyle istotne, że zgodnie z prawami znanymi z psychologii społecznej, jesteśmy bardziej skłonni spełnić prośbę osoby, która wzbudza w nas pozytywne emocje. Jeżeli więc na tym etapie rodzina, mimo przekazanej im trudnej informacji o złym stanie bliskiego, obdarza lekarza zaufaniem, ma poczucie, że jej emocje są przez niego szanowane i rozumiane oraz zyskuje pewność, że lekarz ten wykorzystuje wszystkie możliwości poprawy stanu chorego, prawdopodobieństwo zaakceptowania przez nią decyzji o pobraniu narządów jest zdecydowanie większe.

II etap – niekorzystne rokowanie

Kolejny etap komunikacji ma w dużej mierze umożliwić rodzinie oswojenie się z myślą o niekorzystnym rokowaniu. Rolą lekarza prowadzącego jest z jednej strony zapewnienie rodziny o tym, że w opiece nad chorym nie zaniedbano żadnej możliwości, z drugiej zaś wyraźne zaznaczenie, że stan bliskiej im osoby pogarsza się i zmniejszają się szanse na odwrócenie tego procesu. W tym celu lekarz powinien raz jeszcze przedstawić rodzinie dotychczasowe etapy postępowania. Podobnie, jak działo się to w poprzedniej fazie, niezbędne jest sprawdzenie stopnia zrozumienia przez rodzinę przekazanych jej informacji oraz okazanie wsparcia.

III etap – wysunięcie podejrzenia śmierci mózgu

Jeżeli lekarz zyska pewność, że przekazane przez niego informacje o niekorzystnym rokowaniu zostały właściwie zrozumiane, może przejść do następnego etapu, w którym ponownie podkreśla fakt uszkodzenia mózgu chorego, zaznaczając możliwość śmierci mózgu. W tym miejscu dobrze jest raz jeszcze wymienić wszystkie podjęte dotychczas kroki tak, aby wzmocnić w rodzinie przekonanie, że ze strony medycznej zostało zrobione wszystko, co było możliwe. Ważne jest, aby wprowadzając do rozmowy pojęcie śmierci mózgu, lekarz wyraźnie zaznaczył, że chory nie znajduje się w stanie śpiączki. Zaakcentowanie rozróżnienia tych dwóch stanów jest niezmiernie ważne. Po przekazaniu tej informacji lekarz weryfikuje zrozumienie jej przez rodzinę. Jeżeli rodzina nie wyraża żadnych wątpliwości, należy przedstawić jej, na czym polega procedura stwierdzania śmierci mózgu.

IV etap – informacja o śmierci

Ten etap rozmowy następuje dopiero po przeprowadzeniu i zakończeniu wszystkich badań klinicznych umożliwiających stwierdzenie śmierci mózgu. Jeśli jest to możliwe ze względów czasowych, dobrze jest udzielić rodzinie informacji cząstkowych również po zakończeniu pierwszej serii badań klinicznych. Rozłożony w czasie proces informowania pozwala na stopniowe osvajanie się i przygotowywanie się na ostateczną informację o śmierci bliskiego. Rozmawiając z rodziną po drugiej

serii badań (i komisijnym orzeczeniu śmierci mózgu), lekarz powinien podkreślać, że zakończenie procedur jest równoznaczne ze śmiercią pacjenta. W przybliżeniu pojęcia śmierci mózgu bardzo pomocne bywa odnoszenie się do wyników konkretnych badań. Czyni to nie tylko słowa lekarza bardziej wiarygodnymi, pozwalając je lepiej zrozumieć. Ponadto daje to rodzinie dodatkowy czas na przetworzenie informacji. Tak samo, jak na poprzednich etapach, lekarz udziela rodzinie wsparcia i sprawdza stopień zrozumienia przez nią przekazu.

Wskazane jest, aby po przekazaniu informacji o śmierci, lekarz zachęcał rodzinę do zadawania pytań i rozwiął tym samym wszystkie wątpliwości. Należy pamiętać, aby informacja o śmierci była przekazana nie tylko w sposób jasny, ale także z empatią, gdyż reakcja członków rodziny zależy tutaj w dużej mierze nie tylko od tego, na ile śmierć bliskiego zmieni ich dalsze życie, ale także od sposobu zakomunikowania śmierci przez lekarza. Po przekazaniu informacji o zgonie bliskiej osoby, powinno unikać się posługiwania się terminem «pacjent» czy «chory», które zostają zastąpione określeniem «zmarły», co dodatkowo może w mniej bezpośredni sposób uświadamiać rodzinie fakt śmierci.

V etap – radzenie sobie z utratą

Jest to etap, który w całości ma służyć emocjonalnym potrzebom rodziny. Rodzina powinna otrzymać czas na wstępne oswojenie się z informacją o śmierci bliskiego oraz możliwie największe wsparcie ze strony personelu. Dobrze jest, jeśli istnieje możliwość zapewnienia rodzinie prywatności tak, by mogła ona spędzić trochę czasu we własnym gronie. Lekarz powinien zidentyfikować podstawowe aktualne potrzeby rodziny, a w razie konieczności zaproponować wsparcie psychologa.

Na każdym etapie rozmowy z rodziną zmarłego, potencjalnego dawcy narządów, lekarz musi pamiętać, że dla rodziny najważniejsze są odczuwane przez nich emocje i poczucie utraty, nie zaś kwestia pobrania narządów.

Z danych Poltransplantu wynika, że liczba osób oczekujących na przeszczep jest wielokrotnie

wyższa od liczby dostępnych narządów. Dzięki kilkuletnim wysiłkom całego środowiska transplantacyjnego obserwuje się wzrost społecznej akceptacji pobierania narządów od osób zmarłych. Dane z roku 2010 pokazują, że na milion mieszkańców wskaźnik zgłoszeń zmarłych dawców wynosił w Polsce 13,3 i był wyższy od wskaźnika z roku 2009 o 20% (11 na 1 mln mieszkańców). Oznacza to stopniowe przybliżanie się zarówno do średniej europejskiej (16,1), jak i do wyników z roku 2005, w którym wskaźnik ten wynosił 14,5 na 1 mln mieszkańców. Jak wynika z informacji zawartych w tym opracowaniu, nie bez znaczenia jest odpowiednie przygotowanie personelu do przeprowadzenia rozmów z rodzinami.

Piśmiennictwo

- 1 Morgan SE, Stephenson MT, Afifi W, Harrison TR, Long SD, Chewing LV. *The University Worksite Organ Donation Project: a comparison of two types of worksite campaigns*

- on the willingness to donate. *Clin Transplant* 2011, 25, 600–605
- 2 Eide H, Foss S, Sanner M, Mathisen JR *Organ donation and Norwegian doctors' need for training. Clinical Transplantation* 2012, 132, 1235–1238
 - 3 Jacoby L.H., Breikopf C.R., Pease E.A. *A qualitative examination of the needs of families faced with the option of organ donation. Dimens Crit Care Nurs.* 2005 24, 4, 183–9.
 - 4 Trzcińska M, Woderska A, Włodarczyk Z: *Psychological principles in regard to the interview with the deceased donor's family. Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 47: 200–207.
 - 5 Merchant S.J., Yoshida EM, Lee T.K., Richardson P, Karlsbjerg K.M., Cheung E: *Exploring the psychological effects of deceased organ donation on the families of the organ donors. Clin Transplant* 2008; 22, 341–347.
 - 6 Villar CR: *Family Approach for organ donation. In: Manyalich M: Transplant coordination manual.* Institute for LifeLong Learning, Universitat de Barcelona 2007.
 - 7 *Good practice guidelines in the process of organ donation.* Gobierno de Espania, Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad, 2011.
 - 8 *Organ donation for transplantation. Improving donor identification and consent rates for deceased organ donation.* NICE 2011, clinical guideline 135, National Institute for Health and Clinical Excellence UK.
 - 9 Jakubowska – Winecka A. *Kontakt z rodziną dawcy narządów do transplantacji.* W: Rutkowski B, red. *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów.* Via Media; 2009., 111–119.
 - 10 Jurek J., Chwał M, Janusz B, de Barbaro B. *Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów.* *Psychoterapia* 2011, 4, 51–64
 - 11 www.poltransplant.pl

Abstract

Discussions on the removal of organs from donors diagnosed with brain death, are difficult and socially controversial. Misinterpretation of the processes accompanying the determination of death, evokes many emotions and may constitute a barrier to establishing initiatives aimed at making conversation with the family of the deceased by medical personnel. As a consequence, this may result in a low percentage of harvested organs for transplant.

For many terminally ill patients, transplantation is the only form of life extension. Despite the continuous development of transplantation medicine, the number of transplants performed does not meet the needs of waiting patients.

Although the law in Poland, as in most European countries, provides that you can retrieve organs from everyone who in their life has not strongly objected to it, an important role in making any decision to donate organs plays a conversation with the family of the deceased. This interview serves, among other things, to obtain information from the family of the deceased, on whether they have any information, expressed in writing or verbally, during the life of the deceased, concerning his or her will regarding potential organ donation after death.

Despite legal regulations and the resulting principle of 'presumed consent' for organ donation from a deceased donor, we are still obliged to talk with the family of the deceased in order to obtain from them acceptance for organ donation.

It is therefore that cells, tissues or organs are not recovered if there is strong opposition expressed by the family or significant others of the deceased. Taking the decision of organ recovery of the deceased is not only difficult for the family, but also for medical staff responsible for contacting with the relatives of the deceased. The medical staff involved in a complex transplant procedure is divided into several units (life-saving teams, taking care of the potential donor, teams involved in obtaining consent for organ donation. In many centers, the difficult role of talking with the family of the deceased is entrusted to the regional coordinators).

The procedure of organ recovery is always a process deviating from regular hospital work, therefore it is often carried out at night. As research shows, physicians have difficulty informing about death and asking the family of the deceased about the possibility of organ recovery. It is often associated with dramatic and unexpected death of the patient. This situation requires that the doctor take caring attitude towards the family, who often burdens him or her with the responsibility for the death of the loved one. Doctors treating the patient's death as a personal loss are not always ready to provide full and explanatory answers to questions the family may have about organ donation procedure.

Led by their own experience and knowledge gained during courses and training, the medical staff uses different strategies to conduct an interview with the families of deceased patients. Some talk only with the closest family members, while others incorporate into the decision-making process other relatives and friends of the deceased. Regardless of the approach, there are several principles that should be followed by the physician (transplantation coordinator), that assist in establishing a positive

rapport with the family and in obtaining the possible consent of the family for organ donation.

These include: giving the family as much time as possible, leading the conversation without haste, showing a full understanding of any doubt, providing the family with a private place to talk, clear explanation of brain death criteria, waiting for a suitable time to pass between informing about the death of the patient and initiating a conversation about a possible donation and making sure that the talk about donation is conducted by a properly trained person.

Does the way the conversation is conducted influence the decision of the family?

Research suggests that the decision to donate organs is affected by the way the conversation with the family of the deceased is conducted. The skills of the personnel conducting the conversation involving appropriate transmission of death and asking about the knowledge of the will of the deceased result to be important in this case. Professional training and the ability to conduct a conversation in order not to show uncertainty or indecision is one of the elements of success and effectiveness.

Jacoby i wsp. proved that families who have not agreed to organ recovery from a deceased relative believed that the moment in which they were asked about it was inadequate, in addition to not feeling well informed about donation and related procedures. They pointed to the wrong order in providing information: the question about knowledge of the deceased person's views about organ donation often appeared before the announcement of brain death. Relatives of the deceased often felt that the medical personnel was hostile both to them and patients that are not cared for adequately. On the other hand, a high quality contact with health care professionals, especially professional experience of care and support, have a positive impact on the consent of the family. Moreover, among the families who have given their consent, there was much more personal relationships with medical staff than among families who have not expressed consent. The authors emphasize that the interview should be a dialogue between doctor and representatives of the family, not just a dry transfer of information. The doctor should try to understand the emotions that accompany the relatives of the deceased. According to the statistics presented by Dr. Winecka, in Poland in 2007 as much as 73 percent of the population supported the recovery and transplantation of organs from the dead. At the same time 38 per cent believed that doctors were willing to put the patient to sleep to obtain organs for transplant. Therefore, probably a still too low number of transplants in Poland results from the incomplete social acceptance. That is why we have to educate people in this field.

Determination of brain death is subject to a number of strict rules and there can be no question of negligence. Such a decision is taken by the commission only after numerous tests. The honesty of such tests and the legitimacy of the idea of donation is sometimes undermined by people with dubious ethical and substantive, attitudes, what harms the idea of transplantation, raises unnecessary emotion and translates into a decrease in the number of organ donations. For 20 years, CBOS has been re-

gularly asking the Polish population, what is their attitude to transplantation. Out of every 100 people, 96 are <pro>. Three-quarters say that they want their organs to go to those in need after their death. Except, they only seem to declare that to the researchers. Most of them do not talk about it with their families. And then, when it comes to violent death, relatives of the deceased do not know what to do and what he or would wish. They lose their minds, they are in shock and are afraid of what people would say. In addition, the CBOS survey shows that despite the declared support for transplants, almost every fourth respondent thinks that without liver or kidney, they cannot count on salvation. In some there is reluctance: how can you give a piece of the body of a loved one to a stranger? And in others, however, there is a believe that organ resection is a desecration of the corpse.

As it results from the Poltransplant reports, the center coordinating transplants, that in every 10th case there is a withdrawal from organ donation because of a strong opposition of the family for fear of stigmatization: Conversations with families are always difficult. In general, the first reaction is rebellion, crying and sometimes screaming. It is difficult for the family to bear, that death came so suddenly. And either their immediately finish the conversation about organ recovery, or they want to talk for a long time, asking a lot of questions.

How much forward should we move in informing ones about the fate of the others? This is a topic faced recently even in the European Council. The discussion is still ongoing. The example comes from bone marrow donors who personally know the recipient and often they meet. But in the bone marrow transplant, both the donor and recipient are alive.

A person who does not wish that after their death, his or her tissue or organs will be transferred to transplantation, should make an objection.

They can do so by:

- 1/ making an entry in the Central Register of the Objection;*
- 2/ making a written statement with a signature;*
- 3/ making a verbal declaration, made in the presence of at least two witnesses and confirmed in writing by them;*

The law requires that prior to the recovery of cells, tissues and organs, the physician or a person authorized by him make sure:

if there is an expressed objection in other ways (it can only be delivered by the family of the deceased).

The tasks to be accomplished during a conversation with the family of the deceased organ donor

- 1/ Inform family about the current medical situation.*
- 2/ Notify about the death of the patient.*
- 3/ Present the possibility of organ recovery for transplantation.*
- 4/ Determine whether there is evidence (an oral or a written message) that the deceased objected to donation.*

- 5/ *Collect information about the health and lifestyle of the deceased, which may be important for the safety of organ transplantation.*
- 6/ *Inform about what is important not only for medical reasons, but also for the family to understand and to accept further proceedings with the body of the deceased, both in case of organ recovery and withdrawal from it.*
- 7/ *Give family support in the form of focusing on their current emotions and needs.*

Family resistance against the intention of organ recovery

- *It is very often not the objection of the deceased, but of his family, that is an obstacle for organ recovery.*
- *The situation of death of a loved one is stressful and its consequences are revealed, among others, in the course of interpersonal communication. The so-called <reaction to loss> involves strong emotions and cognitive processes impairment.*
- *It is difficult for the family to reconcile to the situation and, they protest against the injustice suffered, and they are not willing to provide help to others, being focused on themselves.*
- *An important issue is low level of trust to the medical environment.*
- *Negative attitudes of the families result very often from a perceived lack of emotional support from the medical staff after the loss they suffered.*

What, besides current emotions, makes it difficult for the relatives to accept organ recovery?

A review of the literature on the causes of family resistance to the recovery of organs for transplant from a deceased person shows that the following dominate: difficulty to reconcile with death incomprehension and ignorance, concerning the medical aspects of transplant.

Moreover, the organ recovery is not conducive to acceptance in families characterized by: strong religious beliefs, unemployment, high level of distrust towards people, older age of the members of the family concerns about the integrity of the deceased person's body.

No information about the will of the deceased

Research indicates that one of the major barriers to accepting the recovery of organs by the family, is not knowing the position of the deceased.

75% of Poles do not talk to their loved ones how to proceed in case of death.

From the psychological perspective, the barrier is not just the lack of knowledge or ignorance of the medical criteria death determination. If the deceased <looks as if alive> (and he or she looks like that when the ventilator and other medical devices and drugs maintain the biological body functions), it is more difficult for the relatives to take into consideration the information about death, to accept the reality and irreversibility of the suffered loss.

How to manage emotions?

Strong emotions in situations referred to before are normal. At the time of a sudden death of a loved one, lack of emotion, peace and task approach of the family would be a strange phenomenon. The person who is talking with the family should not be cool or reserved either. The belief that rational and distanced approach to the patient is the hallmark of a doctor's professionalism is not supported by research, patients expect openness and communication. Emotions contain information that needs to be accurately read and appropriately respond to. Negative emotions of the family should not be taken personally – they should be treated as a reaction to a sudden highly stressful and threatening situation (<their world collapsed>). Certain families' reactions are especially hard to accept. For example, if they take the attitude of claims or allegations, the physician perceives them as threatening and defends himself. The result is an escalation of negative emotions.

Emotions in the conversation with the family of the deceased

Before starting the conversation, collect information on the potential donors and, if possible, on the interlocutors in order to adapt the strategies to the situation and the particular family. Get ready for a dialogue, not a confrontation, try to <clear your mind>, and get a kind attitude. Ensure a peaceful place, and despite the time pressure, avoid rushing and pressuring the family.

Be prepared that the relatives are under the influence of strong emotions, which may block the reception of information or distort the content. Therefore, do not show impatience, show support, and build trust. Be flexible, do not follow rigidly a scheme. Before you start talking–listen to the family, ask for information that they have. Explaining the situation and modifying their ideas must be carried out in a form of a dialogue, do not <instruct> the family. Give clear information about the patient's death (remember that death can be established only once). The relatives cannot believe that their loved one lives or that it can still be <possible to save his life,> or that his death occurred several times. Speak to the family at the pace of their understanding, articulate it clearly and convincingly, use their vocabulary, explain medical terms by means of understandable analogy, check if you are being understood. Watch and recognize the emotions they are experiencing. Do not take negative emotions personally, they are a reaction to a loss and stress. Give the family time to adopt to the difficult and bad news. When you make sure that the family has assimilated the information about the death -inform them about the possibility of donating organs. Ask whether the deceased had ever expressed objection to donating his or her organs. If you encounter any opposition or resistance, identify the causes of negative reactions and continue adequately. Try to allay their fears. Remove from them the burden of responsibility for the decision of the deceased and for medical decisions. Advising on the possible organ donation do not focus solely on the benefits for the others and do not only emphasize the needs of the recipients. Recall to the positive emotions and pro-social arguments, focus on the potential profits for the donor, <probably he wanted>...

Try to identify the potential psychological benefits of donation for the family (eg., «A thought that he is symbolically living in other people may facilitate your coming to terms with your son's death, »..., «it may be easier to accept that the organ donation, knowing that such was the will of the deceased», etc.). If relatives want to know who gets the organs, it must be explained to them generally. Such information is of psychological importance to the family, it can confirm their conviction about the value of the gift. We can say that this person will be «similar» in the biological sense to the donor.

At every stage of the talks, the family must feel that the medical treatment is carried out not only in accordance with the law but according to the intention of the deceased and that their opinions and feelings are important and respected. These feelings and the received support will make it easier for the families to accept the decision of the medical team. At the end of the conversation let relatives say goodbye to the deceased. Do not forget to give all the necessary information regarding the official formalities including reception of the body.

Mastery of emotions on the part of medical staff

If it is necessary to talk with the family of the deceased donor, the physician is forced to overcome some knee-jerk reactions and to deal with so-called negative emotions of the family. The feeling of imbalance is also based on a common belief that the physician must ask the family for something in a situation of a loss and when they have been deeply bereaved of something. In other words, the physician, when asking the family to accept the donation of organs from the deceased, is as if waiting for a gift from the people who have just experienced a loss, which often is - as in the case of the death of a child, the most painful experience in their lives so far. This conviction builds a sense of inadequacy in the physicians who find themselves in an awkward situation, from which they feel they should withdraw as soon as possible. It seems that this aspect often determines the nature of the talks. It can quickly lead to the abandonment of the conversation when faced with a family in an agitated state, and it determines its dim effectiveness.

Dual Advocacy approach

It seems that one of the possible solutions to the problem of a still unsatisfactory number of completed conversations to obtain approval from the family is a becoming more and more prevalent in the English literature advocacy dual approach (DA). This term, not having until now a Polish equivalent, can be explained as defending the interests of both sides and that is what constitutes the essence of this approach. The existing data from literature show that among the most important factors which have a significant impact on the course of the talks with a family of the potential donor are considered not only the aspects related to the family, such as the nature of the previous experience in contact with the health care system, the will of the deceased expressed previously, emotional state, beliefs and the level of knowledge about the

transplantation, but first and foremost, the aspect that depends on the medical staff, which means the way the physician conducts the conversation. The research results indicate that in these family members, for whom the talks were a traumatizing experience, reactive depressive and adaptive disorders were more frequent.

Dual Advocacy approach – theoretical assumptions

DA concept was developed by specialists of the donor program «Gift of Life» in Philadelphia, belonging to a regional network of transplantation of tissues and organs in the US. The need to create an innovative approach to liaise with the families of deceased donors was born partly in response to the lack of progress in improving the efficiency of such talks, and partly it was a result of a reflection of many specialists who noticed that two fundamental shortcomings of the talks conducted according to the traditional model are the premise of the need to protect the family of the deceased and the belief that the family is well acquainted with the issues related to organ donation. The value of the DA approach is determined not only by the fact that it is based on empirical evidence and that its effectiveness has been proven by research, but also on the underlying specific, precise theoretical framework and algorithms that determine the coherence and effectiveness of the model in clinical practice. In contrast to the traditional approach, in the DA model the physician conducting the conversation builds contact with the family, playing the role of an advocate of the interests of both parties. It is this belief that determines how the conversation is led by a specialist whose task is to protect both the interests of the family of the deceased and the interests of patients who are potential recipients of organs. This assumption is based on the results of empirical studies showing that in the long term, those who have accepted the decision about donation of their loved one, cope better and more effectively with the grieving process.

In practice, this means that the physician must conduct a conversation in a way that creates a balance between the needs of the donor's family and the needs of patients awaiting a transplant. Encouraging the families to take conversation that is exceptional in their lives, the physician not only helps the family understand the importance of the donation, but leading the conversation in a respectful manner and empathy as well as respecting the right of every family to make a fully informed decision, it offers them a unique opportunity to co-participate in saving someone's life or improving its quality.

The philosophy of the DA approach is based on three fundamental principles that determine the direction of thinking and acting of the interviewer. The creators of this approach recognized that the following assumptions direct the interview with the family:

- 1/ The results of many studies in social psychology indicate that if we have a possibility of saving somebody's life, most people do it.
- 2/ Organ donation is the right and good decision.
- 3/ The key role of the interviewer is defending both sides – the families of the potential donors and patients awaiting transplantation.

Thus, if the person conducting the interview with the family of a deceased donor has not built their own system of cognitive beliefs with respect to the idea of transplantation based on the above mentioned objectives and if he or she is not convinced that asking for acceptance of the decision about donation they offer the families the opportunity to make a unique and special choice, then conducting such conversations will always be only a specific procedure, which binds with a strong feeling of discomfort.

In the DA approach, we do not negate the fact that the conversation with the family of a deceased donor is not an easy task and is associated with numerous difficulties, whose source are not only strong emotions but also specific cognitive content, but primarily they are a result of the unpredictability of the nature of human reactions. Each family system is different, which makes the conversation with every family a unique experience. However, it is important that in spite of the different ideas that members of the families of different social and cultural backgrounds may assign to transplantation, every conversation should be prepared and planned and carried taking into account certain stages. Therefore, the authors of the DA approach attempted to create stricter rules and algorithms of behavior. And although every conversation is different because every family is unique, each family, in their own way, is trying to survive and cope in a difficult situation, thus a good assimilation by a specialist of certain rules helps to avoid basic errors and increase their chances of the effectiveness of the conversation. It should be noted that although the effectiveness of the conversation is determined primarily by the approving decision on donation, it should not be forgotten that the family members should have a sense that both their emotions and the final decision (even rejection) met with understanding and respect.

Steps to build contact with a family in terms of the dual stage advocacy

The patient's state

The first phase of communication, in a way superior to the others, can build a solid foundation for the entire follow-up process to communicate with the family of the deceased donor. The main objective of the interviewer at this stage is to give the family the facts about the condition of their loved one. The role of the doctor is thus to clarify to the family the state of the patient, with emphasis on the phenomenon of brain damage, and then discuss with them the plan for further proceedings. It is important that the information be provided in unambiguous, simple and understandable way. Moreover, it is advisable that the physician verify to what extent the family understood his or her message. He should also offer support to the family. From the perspective of the future acceptance by the family of the organ recovery it is quite important that, in accordance with the social psychology laws, we are more willing to comply with the request of the person who arouses in us positive emotions. Then, if at this stage the family, even though they have just received difficult information about the bad state of a loved one, confide in the physician, feel that their emotions are respected and understood by him or her, and are assured that the physician has done everything possible to improve the patient's condition, they will be more likely to accept the decision about the donation.

Next step – adverse prognosis

The next stage of communication is basically to allow the family to get familiar with a view of an unfavorable prognosis. The role of the physician is, on the one hand, to assure the family that, in care of patients no possibility was not neglected, and on the other hand, to make it clear that the state of the loved one is deteriorating and the chances of reversing the process are decreasing. To this end, the physician should once again provide the family with the existing stages of the proceedings. Similarly, as it was done in the previous phase, it is necessary to test the degree of understanding by the family of the provided information and to show support.

Next step – suspicion of brain death

If the physician gains confidence that the transmitted information on the adverse prognosis was properly understood, he or she can go to the next step, which again highlights the fact of the patient's brain injury, noting the possibility of brain death. At this point it is good to once again mention all the steps taken so far to strengthen the family's belief that everything that was possible has been done by the medical side. It is important that while introducing the concept of brain death to the conversation, the physician makes it clear that the patient is not in a coma. Emphasizing the distinction between these two states is extremely important. After communicating this information, the physician verifies the understanding of the family. If the family did not express any doubt, it should be explained to them what the procedure for the determination of brain death is like.

Next step – information about the death

This stage of talks only takes place after the completion of all clinical trials for determining brain death. If it is possible due to time issues, it is good to give the family even partial information after the first series of clinical tests. If the process of giving information is extended in time, it allows for a gradual taming and preparing for the final information about the death of the loved one. Talking with the family after the second round of research (and with the commission's decision on brain death), the physician should be emphasizing that the completion of the procedures is tantamount to the death of the patient. To approximate the concept of brain death it is sometimes very helpful to refer to the results from specific tests. It makes the physician's words not only more reliable, allowing for better understanding, but it also gives the family additional time to process information. Just as in the previous stages, the physician provides the family with support and checks the level of understanding of its message.

It is advisable that after informing about the death, the doctor encourage the family to ask questions and thereby dispel all the possible doubts. It is vital to note that the information about the death should be given not only clearly, but with empathy, because the reaction of the family members depends, to a large extent, not only on how the death of a close person will change their later lives, but also on how the death has been communicated by the physician. After informing about the death of a loved one, the use of the term «patient» or «sick», should be avoided and replaced by the term

«deceased», which additionally can, in a less direct way, help them realize the fact of the death.

Next step – coping with loss

This is the stage, whose purpose is to serve entirely the emotional needs of the family. The family should be given time to get familiar with preliminary information about the death of a close one and should receive the greatest possible support from the staff. It is good if it is possible to provide the family with privacy so that they can spend some time among themselves. The physician should identify the current basic needs of the family, and, if necessary, to offer psychological support.

At each stage of discussions with the family of the deceased and potential organ donor, the physician must remember that the most important thing for the family are the emotions that they feel and the sense of loss, not the question of the organ recovery.

Poltransplant data shows that the number of people waiting for a transplant is much higher than the number of organs available. With several years of efforts of the whole transplantation community, the social acceptance for organ recovery from deceased persons has been increasing. Data from 2010 show that per million inhabitants, the rate of the deceased donors applications in Poland amounted to 13.3 and was higher than the rate from 2009 by 20% (11 per 1 million inhabitants). This means gradually getting closer both to the European average (16.1) and to the results from 2005, when this rate was 14.5 per 1 million inhabitants. As it clearly results from the information contained in this report, it is very important to prepare the personnel appropriately to conduct interviews with the families.

References

- 1 Morgan SE, Stephenson MT, Afifi W, Harrison TR, Long SD, Chewing LV. *The University Worksite Organ Donation Project: a comparison of two types of worksite campaigns on the willingness to donate.* Clin Transplant 2011, 25, 600–605
- 2 Eide H, Foss S, Sanner M, Mathisen JR *Organ donation and Norwegian doctors' need for training.* Clinical Transplantation 2012, 132,1235–1238
- 3 Jacoby LH, Breittkopf CR, Pease EA. *A qualitative examination of the needs of families faced with the option of organ donation.* Dimens Crit Care Nurs. 2005 24, 4, 183–9.
- 4 Trzcińska M, Woderska A, Włodarczyk Z: *Psychological principles in regard to the interview with the deceased donor's family.* Anaesthesiol Intensive Ther 2014; 47: 200–207.
- 5 Merchant SJ, Yoshida EM, Lee TK, Richardson P, Karlsbjerg KM, Cheung E: *Exploring the psychological effects of deceased organ donation on the families of the organ donors.* Clin Transplant 2008; 22, 341–347.
- 6 Villar CR: *Family Approach for organ donation.* In: Manyalich M: *Transplant coordination manual.* Institute for LifeLong Learning, Universitat de Barcelona 2007.
- 7 *Good practice guidelines in the process of organ donation.* Gobierno de Espania, Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad, 2011.
- 8 *Organ donation for transplantation. Improving donor identification and consent rates*

for deceased organ donation. NICE 2011, clinical guideline 135, National Institute for Health and Clinical Excellence UK.

- 9 Jakubowska – Winecka A. *Kontakt z rodziną dawcy narządów do transplantacji.* W: Rutkowski B, red. *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów.* Via Media; 2009,. 111–119.
- 10 Jurek J., Chwał M, Janusz B, de Barbaro B. *Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów,* *Psychoterapia* 2011, 4, 51–64
- 11 www.poltransplant.pl

Joanna Sell

GDY ŁZY ZAMIENIAJĄ SIĘ W NUTY. WPŁYW DOŚWIADCZEŃ MIGRACYJNYCH NA TWÓRCZOŚĆ FRYDERYKA CHOPINA

WHEN TEARS TURN INTO MUSIC – THE IMPACT OF FREDERIC CHOPIN'S MIGRATION ON HIS OEUVRE

Wstęp

«Malfatti na próżno stara się mnie przekonać, że każdy artysta jest kosmopolitą. Choćby i tak było, to jako artysta jestem jeszcze w kolebce, a jako Polak trzeci krzyżyk zacząłem.»

(List Chopina do Józefa Elsnera w Warszawie, Wiedeń, 26.01.1831 r.)¹

Na stronach około trzystu listów do rodziny, przyjaciół i wydawców Chopin naskwicował pulsujący obraz otaczającego go świata – Europy lat 30 i 40 XIX. wieku, i co ważniejsze, ubrał w słowa swoje przeżycia i uczucia, które miały decydujący wpływ na kształt jego twórczości. Naszą znajomość świata emocjonalnego artysty zawdzięczamy jednakże nie tylko jego korespondencji, lecz przede wszystkim jego kompozycjom. Za życia Chopina zostało opublikowanych 65 opusów. Pozostałe (Op. 66–74), ujrzały światło dzienne po śmierci artysty. Julian Fontana, bliski przyjaciel i wykonawca jego ostatniej woli dokonał ich redakcji. Poza tym istnieje jeszcze wiele utworów autorstwa Chopina bez numerów opus, które zostały wydane pośmiertnie.

Współcześni Chopinowi, którzy znali muzyka osobiście i podziwiali jego twórczość, opisali jego wloty i upadki we własnych pamiętnikach, notatkach i listach. Zaprzyjaźniony z nim Franciszek Liszt napisał biografię Fryderyka Chopina, która

1. Kolekcja listów Chopina jest dostępna na stronie NIFC: <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/letters/detail/page/4/id/690> w języku polskim i angielskim. Cenną publikacją jest także wybór listów Chopina pt. *Fryderyk Chopin Listy*, wybór NIFC, Warszawa 2011.

Tutaj cytuję z listu Chopina do Elsnera z dnia 26.01.1831 został opublikowany na stronie 50. *Chopin, Frederic, Chopin's Letters*, collected by Henryk Opieński, translated with a preface and editorial notes by E.L.Voynich, 2013, New York, s. 136.

została wydana w 1852 r. Wartościowe fakty z życia kompozytora zawdzięczamy także jego partnerce życiowej, pisarce francuskiej George Sand, która uwieczniła ich wspólne życie na stronach własnych pamiętników i książek («Ma vie» czy też «L'hiver a Mallorca»). Niestety z niewiadomych powodów spaliła listy Chopina, pozbawiając kolejne pokolenia cennych źródeł informacji.

Jej córka Solange Clésinger, malarz francuski Eugène Delacroix, niemiecki poeta Heinrich Heine, muzycy: Felix Mendelssohn-Bartholdy, Ferdinand Hiller oraz Hector Berlioz, a także pisarz francuski Honoré de Balzac i polscy przyjaciele i znajomi kompozytora: Julian Fontana, Wojciech Grzymała i Cyprian Kamil Norwid stworzyli w swoich wspomnieniach barwny portret życia artysty w tonacji *moll* i *dur*.

Liczba i różnorodność książek, szkiców, artykułów i innych form publikacji, poświęconych polskiemu kompozytorowi jest imponująca. Katalogi cyfrowe wymieniają aż 2478 pozycji, poświęconych muzyce i życiu Chopina.² Nic zatem dziwnego, że podjęcie się projektu badawczego nad wpływem doświadczeń migracyjnych Chopina na jego twórczość stanowi współcześnie nie lada wyzwanie.

Niniejsza publikacja zwraca uwagę na związek pomiędzy rozwojem emocjonalnym, ogólnym stanem zdrowia artysty i doświadczeniami życia na obczyźnie a jego muzyką. Na kolejnych stronach tego interdyscyplinarnego artykułu oddają głos muzykologom, historykom, lekarzom, lingwistom i specjalistom w dziedzinie interkulturowości, by możliwie wiernie naszkicować portret kompozytora w świetle najnowszych badań na temat migracji i zaburzeń adaptacyjnych (AD). Rozdział poświęcony próbie diagnozy retrospektywnej stanu zdrowia Chopina dostarcza informacji na temat możliwych dolegliwości artysty i tym samym staje się tłem analizy doświadczeń migracyjnych polskiego kompozytora. Tekst o muzyce bez wspomnienia jego muzyki byłby jednak niepełny. Stąd też rozdział pt. Wpływ doświadczeń migracyjnych Chopina na jego twórczość jest częściowo oparty na szkicach okoliczności, w jakich powstały kompozycje, odzwierciedlające stan emocjonalny artysty.

2. Próby diagnozy retrospektywnej stanu zdrowia Chopina

Dzięki licznym tekstom źródłowym wiadomo, że Chopin cierpiał na nawracające stany melancholii przez całe swoje życie, co podsunęło niektórym badaczom zdrowia kompozytora pomysł, że musiał on cierpieć na depresję, bądź też na chorobę afektywną dwubiegunową. Inne jednostki chorobowe, uwzględnione w diagnozach retrospektywnych zostały zestawione w poniżej zaprezentowanych tabelach przez niemieckiego profesora medycyny, Axela Karenberga, który przestudiował ponad 5000 stron listów wymienionych między Chopinem i rodziną oraz przyjaciółmi.

Profesor twierdzi, że analiza symptomów chorobowych osoby żyjącej w dziewiętnastym wieku za pomocą dzisiejszych narzędzi diagnostycznych jest niezwykle ryzykowna. «Lekarz stosujący diagnostykę retrospektywną występuje przeciwko

2. Najnowszy wykaz prac na temat Chopina oferuje publikacja: Śmiałek, Trochimczyk, Frederic Chopin: A Research and Information Guide, 2015.

podstawowym zasadom etyki lekarskiej, gdyż wyraża swoją opinię na temat pacjenta, którego nigdy nie widział i nie zbadał. To uzasadnienie brzmi surowo, ale niewątpliwie jest prawdziwe. Wszystko, co lekarz może zrobić w trakcie diagnozy retrospektywnej to porównać objawy, zwykle opisane w kontekście nie-medycznym z klinicznym obrazem choroby, ukształtowanym przez dziesięciolecia, a nawet stulecia później i wskazać ewentualne podobieństwa.»³ Ponadto Karenberg krytykuje «naiwność diagnostyki retrospektywnej jako próbę zrozumienia choroby występującej w przeszłości za pomocą nowoczesnej medycyny.»⁴

Poniższe zestawienia diagnoz chorób somatycznych oraz psychicznych Chopina są dowodem na rozliczne próby interpretacji dolegliwości artysty przez kolejne pokolenia lekarzy.

Tabela 1. Wybrane diagnozy somatyczne zdrowia Chopina

Diagnozy chorób somatycznych	Rok
Gruźlica	1899
Alergia	1961
Zwężenie zastawki aortalnej	1964
Mukowiscydoza	1987
Niedobór enzymu alfa-1-antytrypsyny	1994

(Karenberg, 2009, s.143)

Tabela 2. Wybrane diagnozy psychiatryczne zdrowia Chopina

Diagnozy chorób psychiatrycznych	Rok
Psychastenia	1899, 1935
Cyklotymia	1920
Zaburzenia nerwicowe w przebiegu gruźlicy	1922, 1932
Zaburzenia depresyjne lub psychopatyczne schizoidalne	1948, 1950
Depresja lub choroba afektywna dwubiegunowa	2005

3. Karenberg A.: Retrospective Diagnosis: Use and Abuse in Medical Historiography. s.142 w: Prague Medical Report 2009 Vol.110, No.2, s. 140–145.

4. tamże, s. 143..

Profesor Karenberg twierdzi, iż Chopin z całą pewnością cierpiał na depresję wykorzenienia (*agitierte Entwurzelungsdepression*)⁵, którą można zaobserwować u migrantów w sytuacji, gdy cała populacja migracyjna cierpi na wykorzenienie⁶, a tak z pewnością było w przypadku Wielkiej Emigracji.

Możliwe jest też, że Chopin dodatkowo cierpiał na zaburzenia adaptacyjne (*Adjustment Disorder AD*), zaklasyfikowane przez Światową Organizację Zdrowia jako jeden z syndromów reakcji na stres (*Stress Response Syndroms*), takich jak PTSD, ASD oraz żaloba⁷. Zgodnie z definicją WHO zaburzenia adaptacyjne to «subiektywny stan zaburzeń emocjonalnych i silnego stresu, który pojawia się w momencie przystosowania do nowych sytuacji życiowych lub następuje po stresujących wydarzeniach życiowych, (np. migracji).»⁸

«Diagnoza zaburzeń adaptacyjnych niesie z sobą wiele dylematów.(...) W procesie analizy czy reakcja jest patologiczna należy wziąć pod uwagę różnice kulturowe w wyrażaniu emocji oraz indywidualne okoliczności występowania sytuacji stresowej.»⁹ Skala stresu autorstwa Holmes'a i Rahe'a, użyta do oceny sytuacji stresu związanego z migracją rzuca światło na specyfikę sytuacji relokacji i «ukazuje jak kompleksowy jest proces zmiany kręgu kulturowego i jakie stresy powoduje. Okazuje się, że z 43 pozycji skali stresu LSI (*Life Stress Inventory*) aż 16 z wielkim prawdopodobieństwem występuje w związku z relokacją. Już po przyjrzeniu się kryteriom staje się jasne, na jakie sytuacje stresowe są narażeni (migranci – przyp. aut.) i jakie mogą być konsekwencje doświadczania dużych zmian. Uzyskanie ponad 300 punktów wiąże się, według autorów skali, z podniesieniem ryzyka zachorowalności na choroby psychiczne lub somatyczne o 80%.»¹⁰

W poniższej tabeli zestawiono wydarzenia z życia Chopina z punktami w skali stresu LSI:

Wydarzenie	Wydarzenie w życiu Chopina	Punkty w skali LSI
Związek na odległość	Udokumentowany związek na odległość z Marią Wodzińską.	65

5. Karenberg A. Ein Leben in Dur und Moll - Fryderyk Chopin aus psychiatrischer Sicht. DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008; 133 (51/52): s. 2679-2685.

6 por. Müller Christian ed. Lexikon der Psychiatrie, Springer Verlag Berlin, 1973, s.117.

7. Horowitz MJ: Stress Response Syndromes, ed. 3, Northvale, Aronson, 1997.

8. ICD-10 Version:2015 w: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F43.2> checked on 24th of November 2015

9. Casey P., Doherty A. (2013) Adjustment Disorders: Diagnostic and Treatment Issues w: <http://www.psychiatrytimes.com/personality-disorders/adjustment-disorders-diagnostic-and-treatment-issues#sthash.P7wQ5Df.dpuf>

10. Sell J.: RAINBOW-Rozwój umiejętności komunikacji interkulturowej w celu lepszego radzenia sobie ze stresem podczas zmian kręgów kulturowych, w: Stres nasz codzienny, red. Joško-Ochojska J. SUM 2013, s. 65-66.

Duża zmiana w życiu zawodowym	W Warszawie Chopin wyrobił sobie pozycję jako znany pianista. Po emigracji do Wiednia artysta dał swój pierwszy koncert dopiero po upływie sześciu miesięcy. Prawdziwy sukces jako pianista koncertowy odniósł dopiero zimą 1832 r. w Paryżu.	39
Zmiana sytuacji finansowej	W Paryżu Chopin utrzymywał się częściowo z dawania prywatnych lekcji gry na fortepianie. Początkowo jego sytuacja finansowa pogorszyła się w porównaniu do warunków w Warszawie.	38
Zmiana zakresu obowiązków w pracy	Do komponowania i koncertowania doszedł obowiązek udzielania lekcji gry na fortepianie	29
Zmiana profesji	Przez pierwsze pięć lat w Paryżu Chopin był koncertującym pianistą. W 1836 r. w Operze Garnier odbył się koncert, w którym grał zbyt cicho, co negatywnie przyjęli krytycy muzyczni. Odtąd postrzegał siebie jako kompozytora, który od czasu do czasu koncertuje.	36
Zmiana stylu życia	Zmiana stylu życia miała miejsce wielokrotnie, w zależności od miejsca. Inny tryb życia prowadził w Wiedniu, inny w Paryżu, Nohant, na Majorce, w Szkocji.	25
Zmiana warunków i czasu pracy	Podobnie, zmiany zależne od miejsca pobytu.	25
Zmiana zamieszkania	Chopin wielokrotnie zmieniał miejsce zamieszkania, nie tylko przeprowadzał się z kraju do kraju, także w samym Paryżu przeprowadzał się kilkakrotnie.	20
Zmiana kontaktów społecznych	Chopin niejednokrotnie podkreślał, że widzi wyraźną różnicę pomiędzy pielęgnowaniem i intensywnością kontaktów z rodakami i z obcokrajowcami.	18
Zmiana liczby spotkań rodzinnych	Tę zmianę Chopin odczuł najdotkliwiej i w kontekście jego osobistej sytuacji, ilość punktów w zastosowanej skali jest nieadekwatna do jego percepcji rzeczywistości.	15

Zmiana przyzwyczajęń żywieniowych	W zachowanych listach kompozytora zachowało się sporo wzmianek o ulubionych potrawach, smakach i zapachach, za którymi Chopin niejednokrotnie tęsknił na obczyźnie.	15
-----------------------------------	---	----

W skali stresu Holmes'a i Rahe'a suma punktów w przypadku Chopina wynosi 325, a już 300 punktów autorzy skali stresu wiążą się zwiększeniem ryzyka zachorowalności.

Analiza wydarzeń z życia kompozytora nie wystarczy jednakże, by w pełni zrozumieć obciążenie psychiczne, jakie polski kompozytor odczuwał na emigracji. Równie ważne jest naszkicowanie sytuacji geopolitycznej Europy czasów Chopina, by jasny stał się kontekst jego dylematów i przemyśleń dotyczących poczucia wyobcowania i tęsknoty za ojczyzną.

«Wartość takiego podejścia tkwi w uwzględnieniu kontekstu kulturowego, który może odgrywać istotną rolę w ludzkim cierpieniu.»¹¹

3. Doświadczenia migracyjne Chopina w tonacji durowej i molowej – etapy migracji

W świetle najnowszych badań nad procesem migracji warto poświęcić uwagę kolejnym etapom emigracji w życiu Chopina, gdyż ułatwia to poznanie źródeł jego kreatywności oraz stanu emocjonalnego podczas komponowania. Każdy proces migracji składa się z trzech faz:

- przedmigracyjnej, czyli etapu podjęcia decyzji o opuszczeniu kraju i przygotowania się do przeprowadzki,
- fizycznej relokacji, czyli migracji oraz
- etapu pomigracyjnego, który jest definiowany jako «przystosowanie się imigranta do nowego systemu społecznego, politycznego, gospodarczego i kulturowego panującego w nowym społeczeństwie.»¹²

Wszystkie trzy etapy migracji odegrały znaczącą rolę w życiu Chopina i miały wyraźny wpływ na jego muzykę.

3.1. Etap przedmigracyjny – w przededniu Powstania Listopadowego

«Wiem, że jestem istotą najniezdecydowańszą w świecie»

(List do Jana Matuszyńskiego w Warszawie, Wiedeń 26–29 grudnia 1830 r.)

Faza przedmigracyjna w przypadku Chopina była związana z ogromnymi emocjami, gdyż muzyk był znany z trudności z podejmowaniem decyzji. Ostatecznie to rodzice i przyjaciele przekonali go do wyjazdu z kraju. Główną motywacją były lepsze perspektywy rozwoju muzycznego młodego pianisty na zachodzie Europy.

11. MacLachlan M.: Culture and Health, John Wiley & Sons, Ltd, 2006 s.88.

12. Bhugra D., Gupta S.: Migration and Mental Health, Cambridge University, Press 2011, s. 1.

Niepewna sytuacja polityczna odegrała znaczącą rolę w podjęciu decyzji. Od 1772 roku Polska znajdowała się pod zaborami, pod panowaniem trzech cesarzy – władców Prus, Rosji i Austrii. W wyniku trzeciego rozbioru w 1795 roku kraj zniknął z mapy Europy, a Polacy usiłowali odzyskać niepodległość przez niemalże kolejnych dwieście lat, jeśli pominąć krótki okres dwudziestolecia międzywojennego 1918-1939.¹³ Stres dwudziestoletniego Chopina, związany z przygotowaniami do emigracji, niewątpliwie został spotęgowany napiętą atmosferą w przededniu zbrojnego powstania przeciwko rosyjskiemu zaborcy w listopadzie 1830 roku.

3.2. Etap migracyjny - Poczucie wyobcowania za granicą

«Łzy, co na klawisze padać miały, Twój list zrosiły»

(List Chopina do Jana Matuszyńskiego, Wiedeń 26-29 grudnia 1830 r.)

Termin «emigracja» może być użyty w kontekście przeprowadzki Chopina do Wiednia, nawet jeśli jego pobyt w stolicy monarchii habsburskiej trwał zaledwie osiem miesięcy, a następnie do Paryża, gdzie artysta spędził drugą połowę życia. Jednak oba pobyty różnią się znacznie między sobą. Pobyt w Wiedniu był nie tylko krótszy niż emigracja paryska, także otoczenie i atmosfera tego ostatniego miasta bardziej sprzyjały młodemu kompozytorowi. Podczas obu doświadczeń migracyjnych Chopin ustawicznie podkreślał, że czuł się obco i walczył ze stereotypami przypisywanymi mu przez otoczenie zarówno w Wiedniu, jak i w Paryżu.

«Charakterystyczne dla doświadczenia migracji w wieku dojrzałym jest wystawienie na próbę tożsamości i własnego «ja». Nie tylko dlatego, że większość lub wszystkie wcześniejsze systemy wspierania, takie jak historia, kultura i język muszą być szybko zastąpione nowymi, ale także ze względu na fakt, że jednostka jest zmuszona do ponownego samookreślenia, by zapewnić sobie bezpieczeństwo w sensie ontologicznym oraz pozycję przypisaną jej w nowym środowisku.»¹⁴

W Wiedniu Chopin czuł się «osierocony». Użycie tego określenia przez kompozytora nie dziwi, pamiętając o silnych więzach, jakie łączyły go z rodziną. «Nieustająca korespondencja między nim a domem – niemal w detalicznych szczegółach opisująca obustronnie sytuacje i wydarzenia – przynosiła wrażenie współuczestnictwa.»¹⁵

Warto w tym miejscu także wspomnieć, iż sytuacja polityczna w stolicy habsburskiej i nastawienie wobec Polaków znacznie się zmieniły po wybuchu Powstania Listopadowego. Dotknięty nieprzyjawnymi komentarzami Chopin miał spore trudności ze znalezieniem sobie miejsca w wiedeńskiej rzeczywistości. W liście z Wiednia do przyjaciela Jana Matuszyńskiego opisuje zasłyszana wymianę zdań na temat Polski:

13. Sytuacja polityczna Polski była nie mniej skomplikowana i tragiczna w dwudziestym wieku, tak, że poza okresem dwudziestolecia międzywojennego kraj był do 1989 r. zależny od wpływów obcych imperiów.

14. Block, Da: Second language identities, 2007, s. 75.

15. por. Tomaszewski Mieczysław: Osobowość twórcza Chopina, <http://www.chopin.pl/osobowosc.pl.html>

«Dziś na obiedzie w traktierni włoskiej słyszałem „der liebe Gott hat einen Fehler gemacht, dass er die Pohlen geschaffen hat» [Bóg popełnił błąd, że stworzył Polaków], nie dziw się więc, że dobrze pisać tego, co czuję, nie umiem.»¹⁶

Poczucie wyobcowania i samotności towarzyszyło Chopinowi przez cały okres emigracji, czemu kompozytor nieraz dawał wyraz w swoich listach oraz notatkach. Wiosną 1831 r. opisał stan swego ducha w notatniku wiedeńskim:

«Dziś było ślicznie na Praterze – mnóstwo osób nie obchodzących mnie wcale, zieloność uwielbiałem, zapach wiosenny – ta niewinność w naturze przypominała mi dziecinne uczucia moje. Na burzę się zebrało, wróciłem, burzy nie było, tylko mnie smutek ogarnął – dlaczego? Ani muzyka dzisiaj mnie nie cieszy...»¹⁷

Poczucie samotności i postrzeganie siebie jako niezrozumiałego obcego nie jest charakterystyczne wyłącznie dla doświadczeń migracyjnych Chopina. Co więcej, nie jest typowe wyłącznie dla procesu relokacji. Aby zrozumieć poczucie alienacji i wykorzenia, należy wziąć pod uwagę kontekst historyczno – polityczny, w którym znalazł się artysta.

3.2.1. Emigracja Chopina w kontekście Wielkiej Emigracji

Po upadku Powstania Listopadowego, jesienią 1831 r. tysiące polskich polityków, arystokratów, generałów i żołnierzy, a także przedstawiciele szlachty i inteligencji opuściło swoją ojczyznę, by uniknąć represji ze strony carskiej Rosji.¹⁸ Nie tylko niezwykle wielka, jak na owe czasy, liczba emigrantów (szacowana przez Levisa Namiera na 10.000 osób), ale także fakt, iż aż 75 procent spośród nich należało do elity intelektualnej Polski, dały nazwę Wielkiej Emigracji, niespotykanemu dotąd na taką skalę exodusowi Polaków.¹⁹ „Rzadko, o ile w ogóle exodus elity narodu i przeniesienie centrum życia intelektualnego i aktywności politycznej za granicę miały miejsce na tak ogromną skalę.”²⁰

Fryderyk Chopin, podobnie jak Adam Mickiewicz, opuścił Polskę przed wybuchem Powstania Listopadowego, a ponieważ ich ojczyste strony znajdowały się pod panowaniem cara, obaj artyści wyjechali za granicę z rosyjskimi paszportami.²¹ Chopin dowiedział się o insurekcji na początku grudnia w Stuttgarcie, Mickiewicz nieco później, w Rzymie. Zdruzgotani wieściami dołączyli do fali Wielkiej Emigracji w Paryżu, gdzie wraz z emigrantami i uchodźcami polskimi żyli nadzieją na odzyskanie niepodległości oraz tęsknotą za utraconym własnym zakątkiem świata.

16. List Chopina do Jana Matuszyńskiego, Wiedeń 26-29 grudnia 1830 r., <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/letters/detail/page/4/id/686>

17. <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/life/calendar/year/1831> Fryderyk Chopin, Chopin's Letters, s. 148.

18. por. Norman Davies: *Boże Igrzysko. Historia Polski*, Vol.2, 2005. Lewis Namier: *1848: The Revolution of the Intellectuals*, 1964.

19. Namier Lewis: *1848: The Revolution of the Intellectuals*, Garden City: Anchor Books, s. 53. 20. tamże, s. 52.

21. por. Zakrzewska Dorota (1999): *Adam Mickiewicz's „Ballady“ and Chopin's Ballades*, w: *Polish Music Journal*, Vol.2, Nos.1-2, p.27-28.

Z rodakami łączyła ich skłonność do idealizowania piękna krajobrazów, rodzimego języka, tradycji kultury i historii ojczyzny. Owo poczucie niepowetowanej straty wynikało nie tylko z opuszczenia domu, ale także z zerwania więzów społecznych i życia wspomnieniami z dzieciństwa i wczesnej młodości. Gdy Chopin mówił o sobie, że jest osierocony, podkreślał zarówno swoją samotność z daleka od rodziny i przyjaciół, jak i utratę rodzinnych stron, rytmu polskich tańców: mazura, poloneza, kujawiaka i melodii goszczących w jego pamięci i w jego sercu.

«Upadek Warszawy wywołał u Chopina zmianę spojrzenia na własną osobę i na otaczający go świat. Wówczas to artysta uzmysłowił sobie własną tożsamość i rozwinął poczucie misji, co wywarło decydujący wpływ na jego muzykę. Przede wszystkim skłoniło go to do refleksji na temat Polski i głęboko zakorzenionej polskości.»²²

Zarówno Chopin jak i Mickiewicz zostali uznani przez swoich rodaków oraz przez Francuzów za czołowe postaci Wielkiej Emigracji w Paryżu. Wszystkich emigrantów łączyła nośna narracja, która w tym ważnym momencie historycznym leżała u podstaw polskiej tożsamości narodowej. «Owa narracja polskiej emigracji w Paryżu lat 30 i 40 XIX wieku udzielała emigrantom odpowiedzi na pytanie: kim są? Była to historia exodusu: przeszłego zniewolenia, obecnego wygnania i odrodzenia w przyszłości.»²³

Poczucie wykorzenia, alienacji, osierocenia i bezdomności leżało u podstaw kształtowania się świadomości wspólnoty emigrantów. Stąd, wokół tych samych tematów obracały się dyskusje w paryskich salonach, w kręgach Polskiego Stowarzyszenia Literackiego, założonego przez księcia Adama Czartoryskiego w jego paryskiej siedzibie Hotel Lambert, wśród skupionych wokół niego zwolenników prawicowego skrzydła oraz w kręgach skrzydła lewicowego, na którego czele stanął Joachim Lelewel. Obie frakcje polityczne różniły się znacznie w kwestii wizji jak powinno dokonać się wyzwolenie nie tylko Polaków, ale i innych narodów europejskich.

Niezwykle wpływową, romantyczną wizją odzyskania niepodległości był mesjanizm – szeroko rozpowszechnione wśród polskich emigrantów przekonanie, że cierpienie narodu przygotowuje go do roli przywódcy europejskiego, który przyniesie wybawienie ludzkości na ziemi poprzez wywołanie paneuropejskiej rewolucji społecznej.²⁴ Przez pewien czas gorącym zwolennikiem tego ruchu był Adam Mickiewicz. Chopin, przy całym swoim szacunku do wieszczów, pozostał sceptyczny wobec roli Polski jako zbawiciela narodów i nigdy nie identyfikował się z mesjanizmem. Jeśli chodzi o przekonania polityczne, nie był konserwatystą ale, jak podkreśla badaczka jego twórczości Irena Poniatowska, «Chopin był mistrzem dystynkcji, umiaru i taktu» w każdej dziedzinie życia.²⁵

22. Siepmann Jeremy (1995): *Chopin: The Reluctant Romantic*, Boston: Northeastern University Press, p. 81-82.

23. Berger Karol (1994): *Chopin's Ballade Op.23 and the Revolution of the Intellectuals*, in *Chopin Studies 2*, ed. John Rink and Jim Samson, Cambridge: Cambridge University Press, s.76.

24. tamże, s. 75.

25. Poniatowska Irena: *Chopin. Człowiek i jego muzyka*. Warszawa 2009, s. 68.

Kompozytor identyfikował się z Wielką Emigracją w Paryżu, spędzał sporo czasu w jej najbardziej wpływowych kręgach, współtworzył jej pierwsze rządy, a jako członek Polskiego Stowarzyszenia Literackiego wspierał finansowo emigrantów polskiego pochodzenia.

3.3. Etap pomigracyjny w świetle dwujęzyczności Chopina

W przypadku Chopina, etap pomigracyjny, rozumiany jako przystosowanie się emigranta do struktur społecznych, politycznych i gospodarczych oraz do nowych uwarunkowań kulturowych, odnosić można jedynie do paryskiego okresu emigracji. Sam Chopin traktował zarówno Wiedeń jak i Paryż tylko jako przystanek na swojej drodze do Anglii, gdzie chciał poświęcić się karierze pianistycznej.

W wyniku przyznania mu prawa stałego pobytu we Francji, kompozytor popadł w konflikt z władzami rosyjskimi i stracił prawo do podróżowania z paszportem wydanym w Warszawie przez władze rosyjskie. W 1835 roku Chopin otrzymał obywatelstwo francuskie i odtąd posługiwał się wyłącznie francuskim paszportem.²⁶ Jego przyjęcie było dla artysty symbolem przynależności do Wielkiej Emigracji polskiej, a nie do narodu francuskiego. Również «pomimo swych korzeni francuskich ze względu na narodowość ojca, Chopin nigdy nie myślał o sobie jako o Francuzie. Wręcz przeciwnie – był polski w sposobie zachowania i wyglądzie, identyfikował się z Polakami i zarówno jego korespondencja jak i sposób zachowania świadczą o tym, że uważał się za obcokrajowca żyjącego w obcym państwie. Z drugiej strony kochał Paryż za wysoki poziom życia, jaki gwarantowało mu to miasto i za to, że niewątpliwie było muzyczną stolicą Europy.»²⁷

W biografii Chopina jego przyjaciół i kompozytor Franciszek Liszt tak podsumował nastawienie polskiego pianisty do emigracji w Paryżu: „Opuścił Wiedeń z zamiarem udania się do Londynu, po drodze jednak zatrzymał się w Paryżu, gdzie nie przewidywał dłuższego pobytu. W paszporcie wizowanym do Anglii polecił dodać: «przejazdem przez Paryż». W tym określeniu zawarła się cała jego przyszłość. Wiele lat później, kiedy pozornie bardziej już zakorzenił się i żył z Francją, nieraz powtarzał z uśmiechem: «Jestem tu tylko przejazdem.»²⁸

Niewątpliwie emigracja do Wiednia, a później do Paryża wiązała się z szeregiem strat: strata rodziny, z którą Chopina łączyły silne więzy emocjonalne, utrata rodzimego otoczenia oraz dotkliwa utrata kontaktów towarzyskich. W Paryżu straty te zostały przynajmniej częściowo zrekomensowane przez obecność polskich przyjaciół oraz sieć kontaktów zarówno wśród wpływowych Polaków, jak i Francuzów, którzy wspierali karierę Chopina. Jako syn Francuza, noszący francuskie nazwisko Chopin czuł się bardziej swobodnie we Francji niż w austriackim Wiedniu.

26. Zgodnie z treścią Kodeksu Napoleona z 1804 *ius sanguinis* decydowało o narodowości. Dlatego też francuski profesor prawa Emmanuel Langavant twierdzi, że Chopin był Francuzem i wskazuje na jego francuski paszport jako ostateczny dowód. Por. <http://diaph16.free.fr/chopin//chopin7.htm> checked 23.11.2015.

27. Zamojski Adam 2010: Chopin, Prince of the Romantics, s. 129.

28. Liszt Franz (1852): Frederic Chopin. s.142.

Gupta i Bhugra w swojej książce «Migracja a zdrowie psychiczne» zwracają uwagę na to, że: «Wsparcie społeczne, dobrze funkcjonująca sieć kontaktów i nastawienie nowego społeczeństwa do migrantów mają decydujący wpływ na to jak jednostka się zaadaptuje. Umiejętność porozumienia się z osobami z innych kultur ma także wpływ na doświadczenie osiedlenia się i sensu przynależności. Z drugiej strony znajomość kultury nowego kraju w przypadku migranta i jego otwartość na nowe doświadczenia (...) mają wpływ na indywidualną reakcję na migrację.»²⁹

Listy i notatki najbliższych przyjaciół Chopina oraz jego partnerki życiowej George Sand dają wgląd jak artysta radził sobie ze stresem związanym z relokacją. Interesujące jest, że ich obserwacje różnią się diametralnie od siebie, w zależności od tego w jakim języku Chopin rozmawiał z nimi o swoich przemyśleniach i emocjach.

George Sand opisała to następująco: «Duchowe życie Chopina niczym i nigdy nie objawiało się na zewnątrz, stworzone przezeń arcydzieła były tylko niejasnym i tajemniczym jego wyrazem, ale wargi artysty nigdy nie zdradziły przeżytych cierpień.»³⁰ Franciszek Liszt zawarł w biografii Chopina podobne spostrzeżenie: «Najbliżsi przyjaciele nie mieli dostępu do sanktuarium jego duszy, obcej dla całego świata – sanktuarium tak ukrytego, że trudno się było nawet domyślić jego istnienia.»³¹

Listy Chopina do polskich przyjaciół świadczą jednakże o czymś przeciwnym. W swej korespondencji po polsku z rodziną i przyjaciółmi Chopin ujawniał swoje najskrytsze myśli. Był szczery i opisywał swoje cierpienia, niczego nie ukrywając.

Owe różnice w wyrażaniu emocji w dwóch lub kilku językach i zwracanie się w nich do «swoich i do obcych» związane są z tworzeniem różnych tożsamości w odmiennych kontekstach kulturowych. Wpływ języka jako nośnika emocji był badany przez wiele pokoleń psychologów i lingwistów.³² Ervin-Tripp podkreśla, że osoby dwujęzyczne i dwukulturowe, a Chopin zdecydowanie może być do tej grupy zaliczony, mogą rozwinać odmienne repertuary afektywne (sposoby wyrażania uczuć) i sposoby narracji, gdy komunikują się z innymi osobami w odmiennych językach. «Nasze użycie języka niesie z sobą emocje, związane z osobami, z którymi się w danym języku porozumiewamy oraz połączone z ich systemem wartości. Gdy zmieniamy język, automatycznie wyrażamy odmienne emocje. Niektóre osoby dwujęzyczne nawet czują, że mają dwie różne osobowości, dwa różne ja.»³³

W przypadku Chopina i jego tożsamości kwestia językowa jest złożona. Chopin mówił o sobie, że jest Polakiem i mimo swego francuskiego nazwiska tak właśnie

29. Bhugra Dinesh, Gupta Susham (2011): Migration and Mental Health, Cambridge University, Press 2011, s. 3.

30. Sand George: Histoire de ma vie, s. 349.

31. Franciszek Liszt: Fryderyk Chopin. Paris 1852, Polskie Towarzystwo Muzyczne SA, Kraków 2011, s.101.

32. por. Pavlenko Aneta: Emotions and Multilingualism, 2005. Grosjean Francois: Bilingual, Life and Reality. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London 2010.

33. Ervin-Tripp Susan, (unpublished) Emotion in Bilingualism, In K. Hakuta (Ed.), [Proceedings of the Bilingualism Conference]. San Juan, Puerto Rico: Ateneo Puertorriqueno. Conference in 1987 s. 1. Dostępne na: <http://socrates.berkeley.edu/~ervintrp/pdf/Emotion%20in%20Bilingualism.pdf>

był odbierany przez paryskie kręgi intelektualne. «Większość listów Chopina napisanych w języku francuskim jest krótka i kończy się przeprosinami za styl bądź też pisownię, co nigdy się nie zdarzało w przypadku listów pisanych w języku polskim.»³⁴

Jeśli chodzi o język mówiony, to Chopin bardzo dobrze władał francuskim. Franciszek Liszt podkreśla w biografii polskiego kompozytora, że «znał on znakomicie język francuski i ze względu na francuskie korzenie jego ojciec z pochodzenia Francuz zadbał o jego edukację w tym języku. Jednakże kompozytor miał obiekcje do tego języka i krytykował go za nieprzyjemne brzmienie i brak ciepła.»³⁵ Językiem dzieciństwa i wczesnej młodości Chopina był język polski. Wybierając ten właśnie język, by wyrazić uczucia z tamtego okresu, zachował się tak, jak to zwykle robią osoby dwujęzyczne.

Obecnie wielu naukowców podkreśla fakt, że osoby dwujęzyczne zazwyczaj przywołują wspomnienia z przeszłości, mające miejsce w konkretnym środowisku językowym, używając języka, właściwego temu środowisku. Marian i Neisser zauważają w swoich badaniach dwujęzyczności, że «informacja nabyta w konkretnym kontekście językowym i związana z nim atmosferą jest bardziej dostępna w momencie przywołania w tym samym języku i atmosferze.»³⁶ Ta reguła tłumaczy dlaczego Chopin używał języka polskiego i francuskiego, by mówić o różnych kwestiach w różnych kontekstach lingwistycznych. W języku polskim dawał upust emocjom, w języku francuskim zdawał się ukrywać swoje prawdziwe uczucia.

3.3.1. Faza pomigracyjna – mit domu

«Jestem zawsze jedną nogą u Was».

(Fragment listu Chopina do rodziny, 18–20 lipca 1845 r.)³⁷

Fryderyk Chopin i jego pokolenie doświadczył emigracji nie tylko jako opuszczenia domu, ale jego utraty na zawsze. Ryszard Przybylski zauważa w swojej książce pt. «Cień jaskółki», poświęconej przemyśleniom kompozytora: iż «generalnie się przyjmuje, że romantyk nigdy nie jest zadowolony z bycia tu i teraz, lecz dąży do znalezienia się «gdzieś tam» Chopin żył w czasach, [...] gdy pojęcie wygnania było częścią edukacji na masową skalę. [...] Polacy, którzy zostali zmuszeni do opuszczenia kraju po klęsce powstania listopadowego nagle pojęli przepaść istniejącą pomiędzy domem rodzinnym «tam» i miejscem zamieszkania – «tutaj».³⁸

To rozróżnienie pomiędzy «domem» i «miejscem zamieszkania» było jakże istotne dla Chopina. Kompozytor przeprowadzał się kilkakrotnie w obrębie Paryża. W swoich mieszkaniach udzielał lekcji gry na pianinie, organizował wieczory

34. Zakrzewska Dorota: Adam Mickiewicz's „Ballady“ and Chopin's Ballades, w: Polish Music Journal 1999, Vol.2, Nos.1-2, s. 26.

35. Liszt Franz, Frederic Chopin, s.122.

36. Marian Viorica, Neisser Ulric: Language-Dependent Recall of Autobiographical Memories iw: Journal of Experimental Psychology, 2000 Vol 129, Nr 3, 361-368, s.367.

37. Chopin Frederic: Chopin's Letters, collected by Henryk Opieński, translated with a preface and editorial notes by E.L.Voynich, 2013, New York, p.192.

38. Przybylski Ryszard: A Swallow's Shadow. Warszawa 2011, IFC, s. 143.

muzyczne i spotykał się ze znajomymi. Większość czasu spędzał z George Sand, nie tylko w jej paryskim mieszkaniu, ale także w domu letnim w Nohant, będącym jej własnością. Bywał tam latem przez kilka lat z rzędu, w towarzystwie pisarki i jej dzieci, Maurice i Solange oraz zaprzyjaźnionych artystów: Eugène Delacroix i Franciszka Liszta. «Po opuszczeniu Warszawy, Chopin właściwie nigdy już nie miał domu, jedynie miejsca zamieszkania.»³⁹ Mimo to starał się ze wszystkich sił, przeobrazić je w miejsce, które mógłby nazwać domem, przywiązując bardzo dużą wagę do gustownego umeblowania i wystroju wnętrz, organizując spotkania i koncerty dla przyjaciół i wybranych koneserów muzyki oraz celebując polską gościnność.

Liszt wspomina w biografii pianisty, że «kwiat inteligencji paryskiej spotykał się w salonie Chopina, który przyciągał wrodzoną gościnnością, przejawiającą się nie tylko w wypełnianiu obowiązków gospodarza ale także w trosce o przyjemnie spędzony czas i spełnianiu życzeń gości. Lubiliśmy odwiedzać go, ponieważ byliśmy oczarowani tym miejscem, w którym czuliśmy się tak swobodnie.»⁴⁰

4. Wpływ doświadczeń migracyjnych Chopina na jego twórczość na podstawie wybranych kompozycji

Aby zrozumieć wpływ migracji na twórczość Chopina, należy uświadomić sobie, iż to właśnie na obczyźnie artysta coraz rzadziej dawał się namówić na koncerty przed wielką publicznością i coraz częściej grał dla osób wybranych, nawiązując bezpośredni kontakt ze słuchaczami. «Z tego lęku przed tłumem, z zamiłowania do intymności muzycznej Chopin uczynił narzędzie najbardziej wyrafinowanego sposobu ujarzmiania publiczności, jaki zna historia muzyki», pisze Ryszard Przybylski w eseju o myślach Chopina, zatytułowanym «Cień jaskółki». Co więcej, Chopin coraz częściej był postrzegany jako utalentowany kompozytor niż jako pianista. To właśnie dzięki procesowi komponowania, a nie dzięki występom przed publicznością, artysta miał możliwość, by dać upust swoim emocjom.

4.1. Scherzo h–moll op.20 i Ballada g–moll op.23 – zwierciadło emocji okresu wiedeńskiego

Chopin opuścił Warszawę 2.11.1830 roku i wyruszył przez Drezno, gdzie spędził dziewięć dni, do Wiednia. Po zwiedzeniu Galerii Malarstwa w Dreźnie napisał w liście do rodziny:

«Gdybym tu mieszkał, chodziłbym tam co tydzień, gdyż istnieją obrazy, na których widok zdaje mi się, że słyszę muzykę.»⁴¹

Synestezyjne podejście do sztuk pięknych, nazywane w języku francuskim *correspondence des arts*, uczyniło z Chopina pierwszorzędnego partnera do dyskusji wśród artystów aktywnych w różnych dziedzinach sztuki.

39. tamże s. 149

40. Liszt Franz: Frederic Chopin, p.143–144.

41. List Chopina do rodziny, Drezno 14 listopada 1830 r.

W chopinowskiej synestezji tkwi także tajemnica jego muzyki, która przemawia nie tylko do zmysłu słuchu. Jego ballady opowiadają historie wibrujące odcieniami całej palety barw, jego nokturny rozsiewają zapach fiołków w wieczornym powietrzu, jego mazurki i polonezy pulsują ruchem, a preludia zdają się muskać skórę naprzemiennie kroplami deszczu i rosy. Współcześnie takie efekty synestezyjne fascynują w równej mierze koneserów muzyki, co słuchaczy, którzy po raz pierwszy słuchają dzieł Chopina. Jednakże w okresie wiedeńskim nie zawsze tak było.

Chopin jesienią 1830 roku był bardzo rozczarowany, że nie udało mu się powtórzyć sukcesu sprzed roku i musiał czekać kolejnych pięć miesięcy, zanim został poproszony o wykonanie koncertu przed publicznością wiedeńską. Ponadto po raz pierwszy w życiu spędził święta Bożego Narodzenia z dala od domu, w atmosferze smutku i zamartwiania się o losy przyjaciół, którzy brali udział w powstaniu listopadowym. „Fakt, że młody kompozytor posłuchał rady rodziców i pozostał w Wiedniu w czasie powstania, był źródłem jego traumy i na zawsze pozostał w jego podświadomości.”⁴²

W atmosferze samotności i smutku Chopin napisał do jednego ze swoich przyjaciół, Jana Matuszyńskiego:

«Przeklinam chwilę wyjazdu... W salonie udaję spokojnego, a wróciwszy piorunuję na fortepianie... Wracam, gram, płaczę, śmieję się, idę spać, gaszę świecę i śnicie mi się zawsze... Wszystko, com dotychczas widział za granicą, zdaje mi się (...) nieznośne i tylko mi wzdychać każe do domu, do tych błogich chwil, których cenić nie umiałem... Zdaje mi się, że to sen, że to odurzenie, że ja u Was — a to mi się śni, co słyszę...»⁴³

«Trudno o większą zgodność emocji zawierzonej listom z ekspresją Scherza h-moll»⁴⁴, które najprawdopodobniej zostało skomponowane w owej atmosferze smutku i niepewności. Ze względu na to, że manuskrypt scherza nie przetrwał do naszych czasów, a utwór został opublikowany dopiero w 1835 r. można się jedynie domyślać, że koncepcja dzieła powstała zimą 1830/1831 w Wiedniu. Z listów Chopina wiemy, że muzyk poszedł do katedry św. Stefana na pasterkę po kolacji wigilijnej u Konstancji Bayerowej, Polki, mieszkającej na stałe w Wiedniu, która zaprosiła kompozytora i innych gości w ten wieczór wigilijny do siebie. Nie zorganizowała jednakże typowej polskiej wigilii, a przyjęcie z kolacją. Po wizycie Chopin poszedł na pasterkę do Katedry św. Stefana w Wiedniu i tuż potem w liście do jednego ze swych przyjaciół napisał znamienne słowa:

«Za mną grób, pode mną grób. Tylko nade mną grobu brakowało. Ponura rośła mi się harmonia.»⁴⁵

Z tęsknoty za rodzimymi dźwiękami, Chopin zaczął komponować Scherzo

42. Tomaszewski Mieczysław: The creative personality of Fryderyk Chopin. <http://www.chopin.pl/personality.en.html> (07.09.2015).

43. Fragment listu Chopina do Jana Matuszyńskiego, Wiedeń, 25 grudnia 1830 r.

44. Tomaszewski Mieczysław: Scherzo in B minor. <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/65>

45. Fragment listu Chopina do Jana Matuszyńskiego, Wiedeń, 25 grudnia 1830 r.

h-moll, op. 20, które porusza słuchacza zwrotami akcji. «Kolędowa kołysanka, *Lulajże Jezuniu*, została siłą wspomnienia przywołana w głębokiej ciszy i wyśpiewana z najwyższą prostotą, w świetlistym *H-dur*, akompaniowana dyskretnym ostinato, utrwalającym spokój wigilijnej nocy. A zaraz potem reakcja. Śpiew własny, odpowiedź na kolędę. Melodia wezbrana liryzmem rośnie w geście niemal błagalnym i opada. Kolęda będzie jeszcze powtarzać się i wracać parokrotnie, przeplatana owym śpiewem własnym. Za szóstym razem zostanie brutalnie przerwana powrotem do rzeczywistości.»⁴⁶

Owa rzeczywistość jest burzliwymi wybuchami emocji. Chopin nazwał ów utwór scherzem, co wywołało niemałe zdziwienie wśród słuchaczy, którzy oczekiwali, że scherzo (po włosku: żart) wprawi ich w dobry nastrój. «Drapieżnie—fanatyczny, niekiedy aż demoniczny charakter scherza stanowił jedną z romantycznych nowości. (...) Szczegółowość scherza Chopina polega na tym, że między muzyką owych zewnętrznych ram (czyli właściwego *scherza*), a muzyką wnętrza (czyli tradycyjnego *tria*) — zachodzi kontrast tak bardzo zasadniczy, że ma się wrażenie zderzenia dwu światów. Świat zewnętrzny niesie niepokój i zagrożenie, wewnętrzny zaś ofiarowuje azyl. Przenosi w obszar wspomnienia i marzenia.»⁴⁷ Scherzo h-moll jest znakomitym przykładem tej dychotomii, będącej wynikiem zderzenia dwóch światów — świata na emigracji z wyidealizowanym światem wspomnień.

Chopin był znany ze stałego wprowadzania zmian w swoich kompozycjach. Jedną z istotnych cech charakteru kompozytora, silnie wpływającą na proces kreacji było ciągle nanoszenie poprawek. Perfekcjonizm to niewątpliwe źródło jego najgłębszych cierpień twórczych. W przeciwieństwie do innych artystów epoki Romantyzmu, Chopin poprawiał swoje kompozycje do ostatniego momentu i niejednokrotnie wysyłał kilka różnych wersji jednego utworu do różnych wydawnictw. Owa «sprzeczność między spontanicznością natchnienia, ujawniającą się u Chopina zwłaszcza podczas improwizacji, a żmudnym procesem ustalania i notowania ostatecznego kształtu kompozycji zaskakiwała osoby z jego otoczenia.»⁴⁸ Jego proces komponowania trwał niekiedy kilka miesięcy, a nawet kilka lat. I tak na przykład Ballada g-moll op.23 podzieliła losy Scherza h-moll i okoliczności jej powstania nie zostały udokumentowane. Wiemy jedynie, że została skomponowana przed 1833 r. i opublikowana trzy lata później. Muzykolodzy łączą jej powstanie z pobytami Chopina w Wiedniu.⁴⁹

Wielu autorów usiłowało udowodnić związki ballad Chopina z «Balladami» Adama Mickiewicza.⁵⁰ Owe próby opierają się na komentarzu Roberta Schumana, opublikowanym w 1841 r. w «Gesammelte Schriften über Musik und Musiker, vol. II.»:

46. Tomaszewski Mieczysław, op.cit.

47. tamże.

48. Przybylski R.: Epifania Bóstwa Muzyki Teksty Drugie: teoria literatury, krytyka, interpretacja nr 5 (11), 85. IBL 1991 s. 51.

49. Tomaszewski Mieczysław: Ballade in G minor. <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/74>

50. por. Zakrzewska Dorota: Alienation and Powerlessness: Adam Mickiewicz's „Ballady” and Chopin's Ballades w: Polish Music Journal 1999, Vol. 2, Nos. 1-2.

Mówił, że został zainspirowany do napisania ballad przez poezję Adama Mickiewicza.»⁵¹ Nie chodziło mu bynajmniej o przeniesienie treści ballad wieszczą na pięciolinię, lecz o wprowadzenie lirycznej narracji do świata muzyki, z taką pasją jak uczynił to Mickiewicz w świecie poezji. I tak Chopin przeszedł do historii jako twórca ballady – nowego gatunku muzycznego.

4.2. Zarys Etiudy c–moll op.10 nr 12 i Preludium d–moll op.28 nr 24 – owoc przemyśleń w Stuttgarcie

Etiuda c–moll op.10, od czasów Liszta, nosząca tytuł Etiudy Rewolucyjnej uderza energią, siłą i pasją i sprawia wrażenie, jakby pierwsze jej dźwięki dochodziły z pola bitwy. Według badaczy pierwszy szkic, podobnie jak początki kompozycji Preludium d–moll op.28 nr 24 został napisany przez Chopina w Stuttgarcie. To właśnie tam, w pierwszych dniach swojego pobytu w tym mieście, kompozytor dowiedział się o kapitulacji Warszawy i upadku Powstania Listopadowego. Wówczas też napisał swój najbardziej intymny i emocjonalny tekst:

«Przedmieścia zburzone — spalone — Jaś! — Wiluś na wałach, pewnie zginął — Marcela widzę w niewoli — Sowiński, ten poczciwiec w ręku tych szelmów! O Boże, jesteś Ty! Jesteś i nie mścisz się! Czy jeszcze Ci nie dość zbrodni moskiewskich — albo — alboś sam Moskał! [...] Co się z nią dzieje? Gdzie jest? — Biedna! — Może w ręku moskiewskim! [...] A ja tu bezczynny, a ja tu z gołymi rękami, czasem tylko stękam, boleję na fortepianie, rozpaczam.»⁵²

Ten jakże emocjonalny krzyk duszy utrwalaony na kartkach dziennika stuttgarckiego może być porównany z Wielką Improwizacją Gustawa – Konrada, gdzie bohater III części Dziadów oskarża Boga o niesprawiedliwość i okrucieństwo. Nie wypowiedziane słowo car jest tutaj synonimem wszelkiego zła. Chopin, podobnie jak Konrad kwestionuje dobro i sprawiedliwość Boga cywilizacji judeo–chrześcijańskiej. I tak jak w przypadku Konrada, opiera swój zarzut na ogromie cierpienia własnego narodu.⁵³

Etiuda c–moll i Preludium d–moll mają korzenie w desperacji Chopina i jego wewnętrznej rewolucji przeciwko Bogu, który przyzwala, by Polacy tak bardzo cierpieli oraz skierowanej przeciwko Francuzom, którzy bezczynnie przyglądają się nierównej walce Polaków z imperium carskiej Rosji. Ponad wszystko jednakże wywołuje cichą rewolucję przeciwko samemu sobie – w obliczu niemożności chwycenia za broń – przelewa swe najgłębsze przeżycia na papier nutowy.⁵⁴

4.3. Życie w tonacjach molowych i durowych w Paryżu

Z ciężkim sercem, po upadku Powstania Listopadowego, Chopin dociera do Paryża 11 września 1831 r. gdzie jest zapraszany, by koncertować w salonach arystokratycznych

51. „Er sprach damals davon, dass er zu seinen Balladen durch einige Gedichte von Mickiewicz angeregt worden sei“ Schumann Robert (1841) *Gesammelte Schriften über Musik und Musiker*, vol. II. p.32.

52. List Chopina do Jana Matuszyńskiego, 08 wrzesień 1831 r.

53. Przybylski Ryszard, op. cit., s.102.

54. tamże.

Polaków i Francuzów. Podziwiano go nie tylko za talent muzyczny, ale także za elegancję, sposób bycia, a także za poczucie humoru i zdolności aktorskie.

«Rozbieżność pomiędzy rzekomą swobodą poruszania się wśród obcych osób i lękiem, by nie dopuścić nikogo zbyt blisko była charakterystyczna dla jego zachowania. Gdy opuścił Polskę i znalazł się w otoczeniu obcych, wycofywał się coraz bardziej. Był podejrzliwy wobec jakichkolwiek prób zaprzyjaźnienia się. To tworzenie dystansu było uderzające.»⁵⁵ Franciszek Liszt tak opisał ów fenomen w biografii Chopina: «Życzliwy dla innych, łatwy w pożyciu, zawsze równy i pogodny, umiejętnie ukrywał przed okiem innych poruszające go przeżycia wewnętrzne.»⁵⁶

Rok po opuszczeniu kraju, Chopin musiał się zmierzyć z uczuciami osamotnienia i lęku w okresie bożonarodzeniowym w Paryżu, jak poprzednio w Wiedniu. 25 grudnia 1831 r. napisał do swojego przyjaciela Tytusa Wojciechowskiego:

«Wesoły jestem zewnątrz, szczególnie między swoimi, ale w środku coś mnie morduje — jakieś przecucie, niepokoje, sny albo bezsenność — tęsknota — obojętność — chęć życia, a w moment chęć śmierci — jakiś słodki pokój, jakieś odretwienie, nieprzytomność umysłu, a czasem dokładna pamięć mnie dręczy. Kwaśno mi, gorzko, słono, jakaś szkaradna mieszanina uczuć mną włada.»⁵⁷

Warto w tym miejscu podkreślić, że uczucia samotności i opuszczenia nie ograniczały się do pierwszych lat na emigracji. Po piętnastu latach spędzonych w Paryżu, Chopin tak opisał święta Bożego Narodzenia we Francji:

«Dziś Wigilia Bożego Narodzenia, nasza Panna Gwiazdka. Tutaj tego nie znają. Jak zwykle obiad jedzą o 6–tej, 7–mej albo 8–mej, a tylko niektóre domy protestanckie zachowują te zwyczaje.[...] Wszystkie domy protestanckie zachowują Wigilię Bożego Narodzenia, ale zwyczajny paryżanin nie czuje różnicy między dziś a wczoraj.»⁵⁸

Chopin ukazuje się nam na emigracji jako zbuntowany romantyk. Według historyka sztuki Jansona portret kompozytora, wykonany przez zaprzyjaźnionego z nim malarza francuskiego Eugène Delacroix utrwała «wyobrażenie bohatera romantycznego w czystej postaci.»⁵⁹

Ciekawa jest historia tego obrazu. Dzięki wcześniejszemu szkicowi autorstwa Delacroix wiadomo, że na płótnie miała zostać uwieczniona scena, gdy George Sand słucha Chopina grającego na fortepianie. Jednakże fortepian Pleyela, jako rekwizyt specjalnie dostarczony do pracowni Delacroix z manufaktury instrumentów, nigdy nie został utrwalaony na płótnie przez malarza. Co więcej, nigdy niedokończony obraz został przecięty na pół. Obecnie portret Chopina znajduje się w Luwrze, a portret George Sand w Odrupgaard Museum w Kopenhadze.

55. Zamojski Adam (2010): *Chopin, Prince of the Romantics*, p.85.

56. Liszt Ferenc: *Frederic Chopin*, Polskie Wydawnictwo Muzyczne, Kraków 2011, s.25.

57. List Chopina do Tytusa Wojciechowskiego. Paryż, 25 grudzień 1831 r.

58. List Chopina do rodziny. Paryż, 24 grudzień 1845 r.

59. Janson H.W. : *A Basic History of Art*. New York 1971, s. 286.

Malarz ceniał w Chopinie partnera do rozmów o sztuce oraz utalentowanego pianistę i kompozytora. «Niech Pani powie swojemu drogiemu Chopinowi — pisał Delacroix do George Sand 30 maja 1842 roku — że najmiłsze dla mnie rozrywki to włóczę się po ogrodzie rozmawiać o muzyce, a wieczorem w kącie salonu słuchać jej, kiedy to sam Bóg muzyką zstępuje na jego boskie palce. I to dosłownie, Droga moja.»⁶⁰

4.4 Preludium Des–dur op.28 nr 15 w czasie zimy na Majorce w 1838 r.

«Jestem w Palmie, między palmami, cedrami, kaktusami, oliwkami, pomarańczami, cytrynami, aloesami, figami, granatami itd. Co tylko Jardin des Plantes ma w swoich piecach. Niebo jak turkus, morze jak lazur, góry jak szmaragd, powietrze jak w niebie»

(List Chopina do Juliana Fontany w Paryżu, Palma 15 listopad 1838 r.)

Chopin nie pisał listów z Majorki tak często jak robił to w Paryżu czy też w Wiedniu. W jednym z niewielu opisał Palmę i jej egzotyczną roślinność oraz oszałamiające bogactwo barw. Był zachwycony widokiem palm, kaktusów, drzewek oliwnych, cytryn, fig, granatów i innych egzotycznych owoców, które do tej pory widział jedynie w pomarańczarni. Drobiazgowy opis pobytu na Majorce dostarcza książka George Sand *Un hiver a Majorque* (Zima na Majorce), opublikowana dopiero po śmierci Chopina, w 1855 r. George żali się na brak gościnności i bardzo prymitywne warunki mieszkań, w których zatrzymała się z Chopinem i dziećmi.

Deszczowa pogoda i wilgoć oraz zimno murów klasztoru w Valdemosie, ostatnim miejscu zamieszkania na Majorce sprawiły, że Chopin poważnie zachorował. Mimo złego samopoczucia muzyk skomponował cykl preludiów, między innymi Preludium Des–dur op. 28 nr 15, które «jawi się zrazu jak oaza spokoju i uciszenia. Lecz wraz z przejściem z jasnego Des–dur w mroczne cis–moll odzywają się brzmienia ciemne, ponure, niepokojące. [...] We wspomnieniach George Sand trafić można nawet na opis dotyczący genezy preludium skomponowanego, jej zdaniem, w owej deszczowej aurze, która tak bardzo dała się we znaki mieszkańcom opuszczonego klasztoru.»⁶¹

«Ukrywając cierpienie, nie mógł sobie poradzić z opanowaniem lęków, które targały jego wyobraźnię. Według niego klasztor aż roił się od duchów, nawet gdy się dobrze czuł. Nie wspominał o tym ani słowem, także musiałam zgadywać. Pewnego razu po powrocie ze spaceru z dziećmi po ruinach znalazłam go o dziesiątej w nocy bladego z oczami szeroko otworzonymi przy pianinie. Potrzebował kilka minut by nas rozpoznać.»⁶²

«Sam Chopin – dopełniając w nutach jednej ze swych uczennic słowo Prelud słowem «deszczowy» – zwrócił uwagę na uporczywość i jednostajność, z jaką w całym

60. Przybylski Ryszard: Epifania Bóstwa Muzyki Teksty Drugie: teoria literatury, krytyka, interpretacja. 1991 nr 5 (11), s. 85.

61. Tomaszewski Mieczysław: Preludium Des–dur. http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/name/Prelude_in_D_flat_major/id/208

62. Sand George: *Histoire de ma vie*. Paris 2004.

preludium odzywa się jeden, wciąż ten sam, dźwięk, wywołujący skojarzenia dźwiękonaśladowcze.»⁶³

To wyjątkowe w twórczości Chopina. Jak Anatol Leikin twierdzi w «Tajemnicy Preludiów Chopina» kompozytor „«zdecydowanie wolał sugerować niż deklorować [...] Interpretacja chorału gregoriańskiego w Preludium op. 28 jest u Chopina tak subtelne, że obecność Dies irae we wszystkich jego preludiach nie została odkryta przez ponad półtora wieku, mimo iż George Sand wspominała, że w owym czasie Chopina męczyły wizje zmarłych mnichów i dźwięki pieśni pogrzebowych.»⁶⁴

Podobnie o twórczości Chopina wyraża się Piotr Wierzbiński, pisząc o skarbach polskiej muzyki ludowej. Chopin odkrywa, «że nie należy ich kopiować i cytować, że nie wypada się w nie stroić, że wyjęte ze swego rodzimego środowiska, znad studni, spod jawora, ze dworu, gasną, że artysta może z nich zaczerpnąć nie więcej jak jakiś gest, jakiś rytm i że istnieje dla niego tylko jedna droga uchwycenia narodowej nuty: musi ją sam wymyślić, musi ją sam stworzyć. Tak się bierze wynalazek mazurków.»⁶⁵

Bez wątpienia Chopin usiłował ożywiać wspomnienia każdego tonu muzyki ojczystej, by ocalić ją przed podzieleniem losu kraju, w którym się zrodziła. Tańce polskie miały przemożny wpływ na mazurki i polonezy chopinowskie. Sam kompozytor nazywał je małymi obrazkami, czyli wizualizacjami tańców ludowych: mazura, oberka, kujawiaka. Chopin nie tylko czerpał z nich inspiracje, ale zapewnił im nieśmiertelność.

4.5. Fantazja f–moll op.49 – wspomnienia w Nohant

«Dziś skończyłem Fantazję – i niebo piękne. Smutno mi na sercu – ale to nic nie szkodzi. Żeby inaczej było, może by moja egzystencja nikomu na nic się nie przydała.»

(List Chopina do Juliana Fontany, 20. październik 1841)

Fantazja powstała w czasie drugiego pobytu Chopina w letnim domu towarzyski jego życia, George Sand w Nohant. Spokojna, niemalże senna aura tej posiadłości położonej w niewielkiej miejscowości w Dolinie Loary sprzyjała atmosferze twórczej i nie tylko Chopin, ale także Liszt, Balzac, Flaubert oraz Delacroix spędzali tutaj miesiące letnie w towarzystwie pani domu, której udało się w tym miejscu, z daleka od Paryża, stworzyć prawdziwy salon.

Dla Chopina «Nohant stało się jego drugim domem, miejscem, w którym otoczony był ciepłem i troskliwością. Sześć kolejnych okresów letnich spędzonych na wsi to bez wątpienia najszczęśliwsze chwile w życiu kompozytora po opuszczeniu ojczyzny.»⁶⁶ Chopin przez całe życie oscylował pomiędzy ekstremami, tęsknotą do rodzimych stron i życiem w duchu carpe diem w otoczeniu przyjaciół we Francji,

63. Tomaszewski Mieczysław <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/208>, 07.09. 2015.

64. Leikin Anatole: *The Mystery of Chopin's Préludes*. (2015) s.59.

65. Wierzbiński Piotr: *Nieboski Chopin*, Warszawa 2015, s.63.

66. Szklener Artur: *Fryderyk Chopin*, <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/life/biography/page/9> 16.11.2015.

pomiędzy zadumą i nostalgią w jednej chwili i krótko później strojeniem żartów w towarzystwie. To także typowa cecha jego twórczości.

Właśnie zestawienie w Fantazji f-moll wielu skontrastowanych ze sobą elementów pozwalało na osiągnięcie dynamizmu i stworzenie unikalnej atmosfery dzieła, które jak wiele innych utworów Chopina było wspomnieniem Polski. Tym razem «Chopin nie operował w Fantazji f-moll cytatem. Ani dosłownym – jak niegdyś w Fantazji A-dur na tematy polskie, ani przybliżonym, jak to uczynił w Scherzu h-moll z kołędą Lulajże Jezuniu (...) (Pieśń polska – przyp. aut.) Litwinka zaistniała w Fantazji f-moll poprzez działanie nie cytatem, a aluzją. Jest w utworze obecna, lecz na sposób dyskretny. Trzeba ją w nim wysłyszeć.»⁶⁷

5. Łzy zamieniają się w nuty

«Jestem zawsze jedną nogą u Was – drugą nogą w pokoju obok, gdzie Pani domu pracuje – a wcale nie u siebie w ten moment – tylko, jak zwykle, w jakiejś dziwnej przestrzeni. – Są to zapewne owe espaces imaginaires – ale ja się tego nie wstydzę; wszakże to u was się uległo przysłowie, że »przez imaginację pojechał na koronację«, a ja prawdziwy ślepy Mazur.»

(List Chopina do rodziny 18-20 lipiec 1845 r.)

Chopin uważał za naturalne istnienie równoległego świata w jego wyobraźni. Niemniej jednak opisy wizji espaces imaginaires kompozytora zainicjowały dyskusję na temat jego stanu zdrowia. Vázquez i Brañas w swoim artykule z 2011 r. zwracają uwagę na fakt, iż artysta cierpiał na halucynacje i stany *jamais vu*.⁶⁸ Jeden z takich ostrych stanów został opisany przez George Sand, która opiekowała się kompozytorem po ostrym zapaleniu zęba, gdy leżał w łóżku, zmożony gorączką tuż po śmierci ojca i swego bliskiego przyjaciela Jana Matuszyńskiego w 1844 r.

«Chopin, zamiast marzyć o lepszym świecie dla tych biednych dusz, miał wyłącznie koszmary, a ja całe noce spędzałam w pokoju przylegającym do jego sypialni, gotowa by w każdej chwili zerwać się z krzesła i pobiec do niego. Wizja jego własnej śmierci prześladowała go z całą mocą wspomnień poezji słowiańskiej. Jako Polak był stale nawiedzany przez upiory z legend.»⁶⁹

Bernard Gavoty w swej książce, zatytułowanej «Chopin»⁷⁰ opisuje koncert, który prawdopodobnie odbył się w Manchesterze 29.08.1848 r. w Crumpsall House, posiadłości Salis Schwabe, zamożnego kupca, którego Chopin poznał w Paryżu. Pianista grał Sonatę h-moll, gdy nagle, tuż po zagranii scherza, musiał na chwilę opuścić salon. Wyjaśnienie tego niespodziewanego zajścia znajdziemy w liście Chopina do córki George Sand, Solange Clésinger, datowanym na 9.09.1848 r.

67. Tomaszewski Mieczysław: Fantazja f-moll <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/112> 18.11.2015

68. Vázquez Caruncho M., Brañas Fernández F.: The hallucinations of Frédéric Chopin. „Medical Humanities”, 06/2011; 37(1):5-8. http://www.researchgate.net/publication/51147271_The_hallucinations_of_Frederic_Chopin

69. Sand George, op.cit.

70. Gavoty B.: Chopin. w: Vergara J.: J Vergara Ediciones, Buenos Aires 1987.

«Kiedy w gronie przyjaciół angielskich grałem moją Sonatę b-moll zdarzyła mi się przygoda niezwykła. Wykonałem – mniej więcej poprawnie (Chopin zawsze był wobec siebie krytyczny – przyp. aut.), Allegro i Scherzo – i już miałem zacząć Marsza, gdy nagle ujrzałem wyłaniające się z na wprost otwartego pudła fortepianu przekłete widziadła, te które pewnego wieczoru ukazały mi się w Chartreuse (klasztore w Valldemosie, na Majorce). Musiałem wyjść na chwilę, żeby ochłonać, po czym bez słowa zacząłem grać dalej.»⁷¹

Wiadomo, że Chopin cierpiał na bezsenność. W 1838 r. napisał do swego przyjaciela Fontany z Majorki: «Moje manuskrypty śpią, a ja nie potrafię.»

Lekarze Chopina nie znali wielu chorób, które są nam obecnie znane i ze względu na trudności z zaklasyfikowaniem dolegliwości Chopina i dopasowaniem ich do konkretnej jednostki chorobowej, postawili diagnozę gruźlicy. Ta diagnoza wpłynęła na poglądy kolejnych pokoleń lekarzy analizujących stan zdrowia fizycznego i psychicznego Chopina.

Adam Zamoyski tak oto opisał ów fenomen w biografii polskiego kompozytora: «Jeżeli Chopin rzeczywiście cierpiał na gruźlicę, miał on okres remisji w latach 1827-1835 i mimo, iż owe przerwy były zwykle krótkie, zwłaszcza w późniejszym okresie, to poprawa stanu zdrowia była zdecydowana. Ta swoista huśtawka wywoływała sprzeczne komentarze jego stanu zdrowia – raz na skraju śmierci, by po kilku tygodniach tryskać zdrowiem. Suchoty (dawne określenie gruźlicy- przyp. aut.) mają ogromny wpływ na charakter oraz sposób zachowania dotkniętych tą chorobą, do tego stopnia, że z czasem powodują zmianę ich natury. Przede wszystkim wiodą do zmian charakterologicznych i wywołują egocentryzm, który może mieć cechy paranoi. Dolegliwość ta wzmaga wrażliwość i niejednokrotnie może mieć wpływ na popęd seksualny oraz apetyt. Równowaga w zdrowiu psychicznym zostaje zachwiana, co prowadzi do urojeń, dramatycznych zmian nastroju oscylujących pomiędzy depresją i euforią, apatią i podnieceniem, lenistwem i gorączkową nadaktywnością.»⁷²

W ostatnich miesiącach życia Chopin był pod opieką francuskiego specjalisty od chorób płuc, doktora Jeana Cruveilhier. Anatomie pathologique du corps humain jego autorstwa jest do dziś uznawanym atlasem medycznym z zakresu patologii. To właśnie on stwierdził zgon Fryderyka Chopina i dokonał autopsji ciała kompozytora. Na życzenie artysty wyjął z jego klatki piersiowej serce, by mogło zostać przetransportowane z Paryża do Warszawy. Wystawił akt zgonu, podając gruźlicę jako przyczynę śmierci. Jednakże dokumenty z autopsji nie przetrwały do naszych czasów i zniknęły w zawierusze wojennej albo w czasie wielkiego pożaru Paryża. Niemniej jednak istnieją trzy wiarygodne źródła cytujące doktora Cruveilhier, który stwierdził, że przyczyną śmierci Chopina była choroba, której dotąd nie spotkał na swej drodze zawodowej.⁷³

Współcześni lekarze zasadniczo różnią się, jeśli chodzi o zdiagnozowanie choroby i podanie ostatecznego powodu śmierci Chopina. John O'Shea jako pierwszy

71. List Chopina do Solange ze Szkocji, z Johnston Castle. 9 września 1848 r.

72. Zamoyski Adam: Chopin, Prince of the Romantics. s.179.

73. por. Kubba, Young (1998) p.214. Majka, L. (2003) F.Chopin and cystic fibrosis) p.79.

proponuje diagnozę mukowiscydozy. Uważa on że osobisty lekarz Chopina Cruveilhier nie mógł w oficjalnym dokumencie, jakim jest akt zgonu napisać «przyczyna zgonu nieznaną». Z tego powodu zdecydował się na wpisanie w tej rubryce «gruźlica». Diagnoza ta zaważyła na opiniach lekarzy, zajmujących się kondycją fizyczną i psychiczną kompozytora.⁷⁴

Kubba i Young także wysuwają szereg argumentów przeciwko rozpoznaniu u kompozytora gruźlicy i sugerują, iż artysta cierpiał albo na mukowiscydozę albo na niedobór enzymu alfa-1-antytrypsyny.⁷⁵

Według wiedeńskiego internisty profesora Antona Neumayra, Chopin cierpiał na depresję.

Karenberg wyklucza jednakże tę jednostkę chorobową, argumentując, że był on zbyt płodnym kompozytorem, wprowadził rozliczne innowacje do świata muzyki i jego aktywność artystyczna wyklucza depresję. Warto w tym miejscu przypomnieć, iż jego dorobek twórczy obejmuje 230 utworów, w tym 58 mazurków, 27 etiud, 26 preludia, 21 nokturnów, 20 walców, 17 polonezów, 5 rond, 4 ballady, 4 scherza, 4 impromptu, 4 wersje wariacji, 3 sonaty, 3 ecossaises oraz dwa koncerty fortepianowe z orkiestrą.

Jak podkreśla jego wieloletnia partnerka życiowa George Sand: «Twórczość jego była samorzutna i cudowna. Znajdował on ją, nie szukając, nie przewidując jej. Spływała ona na jego fortepian niespodziewana, całkowita, lub śpiewała mu się sama w głowie podczas przechadzki, i śpieszno mu było usłyszeć ją samemu, rzucając ją na instrument. Ale wówczas poczynał się trud najbardziej rozdzierający serce, jakiego kiedykolwiek byłam świadkiem. Był to szereg wysiłków, niezdecydowań i niecierpliwości, by pochwycić na nowo pewne szczegóły tematu, wewnątrznie zasłyszane; to, co ująć był jako całość, analizował nazbyt, chcąc to zapisać, i jego żal, że tego nie znajduje – jak miemam – w czystej postaci, wtrącało go w rodzaj rozpacz. Zamykał się całymi dniami w swym pokoju, płacząc, chodząc, łamiąc pióra, powtarzając i zmieniając sto razy jeden takt, pisząc go i zmazując tyleż razy i rozpoczynając nazajutrz z drobiazgową i rozpaczliwą wytrwałością. Spędzał sześć tygodni nad jedną stronicą, by ostatecznie napisać ją tak, jak ją nakreślił za pierwszym razem.»⁷⁶

U źródeł perfekcjonizmu Chopina leży z jednej strony jego chęć, by uczynić własne wspomnienia utraconej ojczyzny nieśmiertelnymi, z drugiej zaś, by podzielić się najskrytszymi przeżyciami z innymi. Przez cały okres jego życia na emigracji jego łzy zamieniały się w nuty. Jak kompozytor sam pisze: «Smutno mi na sercu – ale to nic nie szkodzi. Żeby inaczej było, może by moja egzystencja nikomu na nic się nie przydała. Schowajmy się na po śmierci. nb. nie w sensie Le Roux – bo wówczas im młodszy się kto zabije, tym większą ma rację»⁷⁷

74. John O'Shea (1987) Was Frederic Chopin's illness actually cystic finrosis?, The Medical Journal of Australia, December 7/21 Vol 147, p. 586-589

75. Kubba, Young 1998 <http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?article-id=1071269>

76. Sand Georges. op.cit. s. 446.

77. List Chopina do Juliana Fontany. 20 październik 1841 r.

Jak pisze znana polska chopinolog Irena Poniatowska Chopin poznał filozofię Pierre'a Leroux dzięki środowisku George Sand. Niemniej jednak doszukiwanie się w tym fragmencie listu myśli samobójczych jest nadinterpretacją tekstu. W następnym zdaniu Chopin pisze bowiem do Fontany: «Stąd nie wnoś żadnych złych myśli. Idę na obiad!» Poczucie humoru Chopina nie opuszcza go nawet na zakrętach losu i znajduje odzwierciedlenie w jego listach oraz w relacjach z innymi ludźmi.

Kończąc niniejszy artykuł nie sposób nie podkreślić owego daru Chopina, jakim było traktowanie własnej sytuacji życiowej z dystansem i zdrową dozą humoru. Nie tylko łzy kompozytora zamieniły się w nuty. W jego utworach wyraźnie słychać szczyry śmiech.

Piśmiennictwo

- Berger K. (1994) *Chopin's Ballade Op.23 and the Revolution of the Intellectuals*, in *Chopin Studies 2*, Red. John Rink and Jim Samson, Cambridge: Cambridge University Press.
- Bhugra D., Gupta S. (2011) *Migration and Mental Health*, Cambridge University Press
- Block D. (2007) *Second language identities*, UK: Continuum.
- Casey P., Doherty A. (2013) *Adjustment Disorders: Diagnostic and Treatment Issues in* (<http://www.psychiatristtimes.com/personality-disorders/adjustment-disorders-diagnostic-and-treatment-issues#sthash.P7wQ5Dlf.dpuf>)
- Chopin's Letters, collected by Henryk Opieński, translated with a preface and editorial notes by E.L.Voynich*, 2013, New York, p.136. Listy Chopina są dostępne w języku polskim na <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/letters/detail/page/16/id/56>
- Davies N. (2005) *Boże Igrzysko*, Vol.2, ZNAK, p.202–2015.
- Ervin-Tripp S. (unpublished) *Emotion in Bilingualism*, In K. Hakuta (Ed.), [Proceedings of the Bilingualism Conference]. San Juan, Puerto Rico: *Ateneo Puertorriqueno. Conference in 1987 p. 1*, available at <http://socrates.berkeley.edu/~ervintrp/pdf/Emotion%20in%20Bilingualism.pdf>
- Fryderyk Chopin Listy*, wybór NIFC, Warszawa 2011.
- Gavoty B. *Chopin*. In: Vergara J, ed. Buenos Aires: J Vergara Ediciones, 1987.
- Grosjean F. (2010) *Bilingual, Life and Reality*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London.
- Horowitz M.J. (1997) *Stress Response Syndromes*, ed 3. Northvale, Aronson
- ICD–10 Version: 2015 available at <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F43.2> checked on 24th of November 2015
- Janson H.W. (1971) *A Basic History of Art.*, New York, 286.
- Karenberg A., (2008) *Ein Leben in Dur und Moll – Fryderyk Chopin aus psychiatrischer Sicht*. DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008; 133 (51/52): S. 2679–2685.
- Karenberg A., *Retrospective Diagnosis: Use and Abuse in Medical Historiography*. 2009 Prague Med Rep. 2009;110(2):140–145.
- Kubba A., Young M, 1998 *The Long Suffering of Frederic Chopin. Revisited in* <http://journal.publications.chestnet.org/data/journals/chest/21811/655.pdf>
- Leikin A. (2015): *The Mystery of Chopin's Préludes*, Ashgate Pub Co

- 18 Liszt F. (1852) *Fryderyk Chopin, Paris*, Polskie Towarzystwo Muzyczne SA, Kraków 2011.
- 19 MacLachlan M. (2006) *Culture and Health*, John Wiley & Sons, Ltd. p. 88.
- 20 Maercker A., Einsle F., Köllner. V., (2007) *Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample in: Psychopathology* 2007; 40: 135–146.
- 21 Müller C. Red. (1973) *Lexikon der Psychiatrie*, Springer Verlag Berlin, s.117.
- 22 Namier L. (1964) 1848: *The Revolution of the Intellectuals*, Garden City: Anchor Books.
- 23 Neumayr, Anton. 1997. *Chopin, Smetana, Tchaikovsky, Mahler : Notes on Their Lives, Works, and Medical Histories*, Vol. 3 Medi–Ed Press
- 24 O’Shea J. (1998) *Muzyka i Medycyna*. Polskie Wydawnictwo Muzyczne
- 25 O’Shea J. (1987) *Was Frederic Chopin’s illness actually cystic finrosis?*, The Medical Journal of Australia, December 7/21 Vol 147, p. 586–589.
- 26 Pavlenko A. (2005) *Emotions and Multilingualism*. New York Cambridge University Press.
- 27 Poniatowska I. (2009) *Chopin. Człowiek i jego muzyka*, Warszawa, Multico, s. 68.
- 28 Poniatowska I. (2010) *Chopin pod lupą*. Wywiad z prof. Poniatowską w Chopin Express publikacji wydanej w ramach 16. Międzynarodowego Konkursu Chopinowskiego 18.10.2010.
- 29 Przybylski R. (1991) *Epifania Bóstwa Muzyki Teksty Drugie: teoria literatury, krytyka, interpretacja nr 5 (11)*, 85. Wydawnictwo Instytutu Badań Literackich Polskiej Akademii Nauk
- 30 Sand G. (2004) *Histoire de ma vie*. Paris: Gallimard, first published 1855.
- 31 Szklener A. *Fryderyk Franciszek Chopin*, <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/life/biography/page/9> 16.11.2015.
- 32 Schumann R. (1841) *Gesammelte Schriften über Musik und Musiker*. Leipzig Vol, II. p.32.
- 33 Sell J. (2013) *RAINBOW-Rozwój umiejętności komunikacji interkulturowej w celu lepszego radzenia sobie ze stresem podczas zmian kręgów kulturowych*, Joško-Ochojska J. Red. *Stres nasz codzienny*, Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. s.65–66.
- 34 Siepman J.(1995) *Chopin: The Reluctant Romantic*, Boston: Northeastern University Press, p.81–82.
- 35 Śmiałek W., Trochimczyk M., (2015) *Frederic Chopin: A Research and Informaiton Guide*, Routledge Music Bibliographies, New York London.
- 36 Tomaszewski M. *Ballade in G minor*. <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/74>
- 37 Tomaszewski M. *Fantazja f-moll*
- 38 <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/112> 18.11.2015
- 39 Tomaszewski M. *Osobowość twórcza Chopina*, <http://www.chopin.pl/osobowosc.pl.html>
- 40 Tomaszewski M. *Preludium Des–dur*, http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/name/Prelude_in_D_flat_major/id/208
- 41 Tomaszewski M. *Scherzo in B minor*. <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/65>
- 42 42. Tomaszewski M. *The creative personality of Fryderyk Chopin*. <http://www.chopin.pl/personality.en.html> 07.09.2015).
- 43 Vázquez C.M., Brañas F. (2011): *The hallucinations of Frédéric Chopin*. *Medical Humanities*, 06/2011; 37 (1):5–8.
- 44 http://www.researchgate.net/publication/51147271_The_hallucinations_of_Frederic_Chopin
- 45 Viorica, M. Neisser, U. (2000) *Language-Dependent Recall of Autobiographical Memo-*

- ries in: Journal of Experimental Psychology*, 2000 Vol 129, Nr 3, 361-368, p.367
- 46 Przybylski R. (2011) *A Swallow’s Shadow*, Warszawa, IFC, p. 143.
- 47 Wierzbicki P. (2015) *Nieboski Chopin*, Wydawnictwo Sic! Warszawa,
- 48 Zakrzewska D.(1999) *Adam Mickiewicz’s «Ballady» and Chopin’s Ballades*. *Polish Music Journal*, Vol.2, Nos.1–2, p.27–28.
- 49 Zamoyski A. 2010: *Chopin, Prince of the Romantics HarperCollins Publishers*

Introduction

«... and it is useless for Malfatti to try to persuade me that every artist is a cosmopolitan. Even if that were so, as an artist I am still in the cradle, but as a Pole I have begun my third decade.»

(A letter to Joseph Elsner in Warsaw, Vienna, 26 January 1831)⁷⁸

Nearly three hundred letters written by Chopin to his family, friends and publishers reveal composer's emotional life and a vivid picture of the fascinating world around him— Europe of the 1830s and 1840s. We owe our knowledge of Frederic Chopin's emotional world not only to his correspondence, but also, above all to his unique compositions. It is worth highlighting that during Chopin's lifetime 65 opus numbers were published. Further compositions (opus 66–74) were edited for publication by Chopin's close friend and the executor of his last will, Julian Fontana, not to mention numerous posthumous works without opus numbers. Additionally, a number of the composer's contemporaries who knew Chopin and admired his music, described his ups and downs either in their own diaries, notes, and letters or, as the Hungarian composer Ferenc Liszt did, in the musician's first biography, published 1852 (even though this last publication cannot be called objective). Valuable facts from Chopin's life have been described above all by his partner George Sand who commemorated their common life in her diaries and books, as well as by her daughter Solange Clésinger. The French painter Eugene Delacroix, the German poet Heinrich Heine, and the musicians Felix Mendelssohn–Bartholdy, Ferdinand Hiller and Hector Berlioz, as well as the French writer Honoré de Balzac and composer's Polish friends and acquaintances Julian Fontana, Wojciech Grzymała and Cyprian Kamil Norwid created a colorful portrait of the composer's life in the minor and major keys.

No wonder that starting a research project on the influence of Chopin's migration experience on his emotional state and his oeuvre is rather challenging in the 21st century. Having a close up at the number and diversity of books, studies, articles and other resources dedicated to the Polish composer, it does not surprise that Chopin has inspired writers for two hundred years and the online catalogs mention not fewer than 2478 books on his music and life.⁷⁹ As Chopin's oeuvre and possibilities of analysis and interpretation are extremely complex, this paper focuses on the interdependence of overall health condition, the emotional development and the migration experience of the Polish composer. In this interdisciplinary paper I have a pleasure to give the floor to musicologists, historians, physicians, linguists and experts on intercultural matters, in order to sketch a detailed portrait of the artist while taking into consideration the most recent research on migration and Adjustment Disorder (AD). The chapter devoted to the attempt of the retrospective diagnosis of Chopin's health

78. Chopin, Frederic, Chopin's Letters, collected by Henryk Opieński, translated with a preface and editorial notes by E. L. Voynich, 2013, New York, p.136 All Chopin's letters are available in English <https://archive.org/stream/selectedcorrespo002644mbp#page/n31/mode/2up>

79. The most recent overview gives the publication by Śmiałek, Trochimczyk, Frederic Chopin: A Research and Information Guide, 2015.

condition throws light on the list of possible diseases the composer suffered from and is the background for his migration experiences at the same time. Any text on a musician would, however, be incomplete without music. That is why the chapter entitled The impact of migration experience on Chopin's oeuvre – gives an insight on the circumstances of the creation process on the selected examples.

2. Retrospective Diagnosis Attempts regarding Chopin's health condition

Thanks to numerous written sources, we know that Chopin suffered from bouts of melancholy throughout his life, which led in our times to the suggestion that he suffered from a mental disease, such as bipolar disorder or major depression. Similarly, disorders listed in the tables below were considered as the source of composer's creative phases by numerous researchers. Profesor Axel Karenberg who had studied over 5000 pages of the correspondence between Chopin and his family and friends, states however, that it is extremely risky to analyze the symptoms of the person living in the nineteenth century with the today diagnosis tools.

«A retrospectively diagnosing physician strongly violates the principles of the medical profession, because he gives his opinion on a patient he has never seen nor examined. This statement sounds harsh, but nevertheless it's true: All a physician elaborating on a retrospective diagnosis can do is to compare several more or less unspecified phenomena described usually in a non-medical context with a clinical picture constructed many decades or centuries later, and to detect some possible similarities.»⁸⁰

Furthermore, the German medicine professor criticizes «the naive retrospective diagnostics as a futile attempt by modern scientific medicine to project its understanding of disease into the past, applying its present capacities of explanation to historical events.»⁸¹

Table 1. Selected retrospective diagnoses, somatic – in Chopin's case

Somatic diagnoses	Year
Tuberculosis	1899
Allergic condition	1961
Valvular stenosis	1964
Cystic fibrosis	1987

80. Karenberg, Axel, Retrospective Diagnosis: Use and Abuse in Medical Historiography. P.142 in: Prague Medical Report / Vol.110 (2009) No.2, p.140–145

81. Karenberg A. (2009): Retrospective Diagnosis: Use and Abuse in Medical Historiography. P.143 in: Prague Medical Report / Vol.110 (2009) No.2, p.140-145.

Alpha-1-antitrypsin deficiency	1994
--------------------------------	------

(Karenberg, 2009, p. 143)

Table 2. Selected retrospective diagnoses, psychiatric – in Chopin's case

Psychiatric diagnoses	Year
Psychasthenia	1899, 1935
Cyclothymic disposition	1920
Tuberculous psychoneurosis	1922, 1932
Depressive or schizoid psychopathy	1948, 1950
Major depressive or bipolar disorder	2005

(Karenberg, 2009, p. 143)

Karenberg says however that Chopin suffered from *«agitierte Entwurzelungsdepression»* **uprooting depression**⁸² that can be observed among migrants when the whole migration population suffers from uprooting, which was the case regarding the Great Migration⁸³.

It is possible that Chopin suffered from the **adjustment disorder** (AD), currently classified by the WHO in the ICD-10 as one of the Stress Response Syndromes, next to PTSD, ASD and complicated grief.⁸⁴ The WHO gives the following definition of the AD: «States of subjective distress and emotional disturbance, usually interfering with social functioning and performance, arising in the period of adaptation to a significant life change or a stressful life event. The stressor may have affected the integrity of an individual's social network (bereavement, separation experiences) or the wider system of social supports and values (migration, refugee status), (...). Individual predisposition or vulnerability plays an important role in the risk of occurrence and the shaping of the manifestations of adjustment disorders, but it is nevertheless assumed that the condition would not have arisen without the stressor. The manifestations vary and include depressed mood, anxiety or worry (or mixture of these), a feeling of inability to cope, plan ahead, or continue in the present situation.»⁸⁵

82. Karenberg A. (2008): Ein Leben in Dur und Moll - Fryderyk Chopin aus psychiatrischer Sicht. DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift 2008; 133 (51/52): S. 2679-2685

83. Compare Müller, Christian ed. 1973 Lexikon der Psychiatrie, Springer Verlag Berlin, s.117.

84. Horowitz included AD in the group of stress response syndroms, along with PTSD, acute stress disorder (ASD) and complicated grief (Horowitz MJ: Stress Response Syndromes, ed 3. Northvale, Aronson, 1997.). According to Maercker/Einsle/Köllner the psychological model of AD is very receptive to the theoretical development of PTSD research, as far as both biological stress models [26] and social-interaction models [27] are concerned. (Maercker, Andreas, Einsle, Franziska, Köllner, Volker, Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample in: Psychopathology 2007;40:135-146, p.139).

85. ICD-10 Version:2015 available at <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/>

«A diagnosis of AD raises a number of dilemmas. (...) Arguably, a decision on whether a reaction is pathological should take account of a number of factors, including: cultural differences in the expression of emotion and individual circumstances.»⁸⁶

The Life Stress Inventory by Holmes and Rahe, adapted to the migration context throws light on the specifics of the relocation process and “shows the complexity of the cultural transition and stress bound with it. Out of altogether 43 issues addressed in that scale, 16 take place with the highest possibility during the migration process. After having a look at these criteria, it becomes clear what stressful situations challenge migrant's lives and what kind of consequences they bear. Scoring 300 points on this scale leads accordingly to its authors to the increase of the risk to fall ill by 80%.”⁸⁷

Below the events from Chopin's life are analyzed with use of LSI scale by Holmes and Rahe.

Events mentioned in the LSI	Events in Chopin's life	Ponits in LSI
Long distance relationship	Long distance relationship with Maria Wodzińska.	65
A major change in the professional life	Chopin's position as a pianist in Warsaw was unquestioned. After his move to Vienna he gave his very first public concert after six months since the relocation. He succeeded as a concert pianist in winter 1832 in Paris.	39
Financial situation change	At the beginning of his stay in Paris. His financial situation got worse in comparison with Warsaw. Only thanks to teaching the piano it started to improve continuously.	38
Change of tasks at work	Chopin gave private piano lessons additionally to composing and giving the concerts.	29

en#/F43.2 checked on 24th of November 2015.

86. Casey P., Doherty A. (2013) Adjustment Disorders: Diagnostic and Treatment Issues in <http://www.psychiatrytimes.com/personality-disorders/adjustment-disorders-diagnostic-and-treatment-issues#sthash.P7wQ5Dlf.dpuf>

87. Sell J. RAINBOW-Rozwój umiejętności komunikacji interkulturowej w celu lepszego radzenia sobie ze stresem podczas zmian kręgów kulturowych, Joško-Ochojska J. Red. Stres nasz codzienny, 2013, SUM, s.65-66.

Profession change	<i>During the first five years of his stay in Paris, Chopin was above all the pianist, similarly as in Warsaw and Vienna before. The point of interest shifted from giving concerts towards composing after 1836 when his playing was criticized as too soft.</i>	36
Life style change	<i>Life style changes occurred in Chopin's life frequently, depending on the location. It varied in Vienna, Paris, Nohant, Mallorca and Scotland.</i>	25
Working time and working conditions changes	<i>Similarly, to the above characteristics, those changes occurred with location changes.</i>	25
Relocating	<i>Chopin relocated several times, not only crossing borders but also within Paris.</i>	20
Social contact changes	<i>Chopin frequently highlighted that there is a huge difference between the intensity of social contacts with his compatriots and the foreigners he knew.</i>	18
Change in the number and intensity of family gatherings	<i>This change was a major challenge in Chopin's life and it is possible that the points on the scale are not adequate to his perception of this change.</i>	15
Change of diet	<i>Chopin described his favorite dishes, tastes and flavors and missed his home cuisine.</i>	15

Table 3. Stressful events in Chopin's life in the LSI scale.

The sum of the points regarding the stressful events in Chopin's life can be estimated at 325 in the LSI, more than 300 points, which according to the authors of the scale are bound up with the risk increase of the occurrence of both physical and mental diseases.

The analysis of the events in his life is, however, not sufficient in order to fully understand the mental ballast Chopin carried during his migration experience. The European geopolitical situation of his times is crucial in the context of his dilemmas and thoughts regarding the alienation and nostalgia he felt. «The value of (such) cultural-bound approach is that it turns our attention to the contextual factors that may play a role in human suffering.»⁸⁸

88. MacLachlan, M. (2006): Culture and Health, John Wiley & Sons, Ltd, p. 88.

3. Chopin's migration experiences in major and minor keys – migration phases

In the light of the newest research on migration process, it is worth concentrating on the stages of migration in Chopin's life, as they give precious insights on the sources of his creativity and his emotional state while composing. Every process of migration can be divided into three stages:

- pre-migration, involving the decision to migrate and the preparation phase for the move,
- the physical relocation – migration itself and
- the post-migration stage, which is defined “as the adjustment of the immigrant to the social, political, economic and cultural framework of the new society”.⁸⁹ All three phases of migration played a significant role in Chopin's life and had a great impact on his music.

3.1. Pre-migration Phase – On the November Uprising Eve

«You know that I am the most indecisive creature in the world.»

(Chopin's letter to Jan Matuszyński, December, 26th 1830 Vienna)

The pre-migration phase was very emotional in Chopin's case, as he was known for his difficulties in making decisions and actually the family members and friends convinced him to leave the country. The main reason were better chances to develop the musical talent and establish the career of the young composer and pianist in Western Europe. However, the instable political situation played an important role as well. Since 1772 the emperors of Russia, Austria and Prussia have ruled Poland, which was divided among them. During the third partition 1795 Poland disappeared from the map of Europe and Poles struggled to regain their sovereignty for almost two hundreds years with just a twenty-year break when the country regained sovereignty 1918–1939.⁹⁰ The Warsaw area remained under the Russian control and, in Chopin's case, the transition stress in November 1830 was additionally reinforced by the fact that his move to Vienna took place on the November Uprising eve.

3.2. Migration Phase – Feeling foreign abroad

«Tears that were supposed to drop onto the keys made your letter wet.»

(Chopin's letter to Jan Matuszyński, Vienna, December, 26th–29th. 1830)

The migration as a term itself can be applied to Chopin's stay in Vienna, even if it covers only eight months and later on to his settlement in Paris, where the composer

89. Bhugra D. Gupta S. (2011): Migration and Mental Health, Cambridge University, Press 2011, p.1

90. 1989 and the fall of the communist regime is considered by many historians, among others the renown expert on Polish history – Norman Davies the year when Poland gained the sovereignty back after the partitions and two world wars as well as the cold war in the twentieth century.

spent half of his life. However, both stays differ a lot. Not only is the stay in Vienna much shorter, also the surroundings and the atmosphere in Paris seems to be more familiar and friendlier to the young composer. During both migration events however, Chopin kept highlighting that he felt a foreigner and was struggling with the images ascribed to him by the others in Vienna and Paris.

«It is in the adult migrant experience that identity and one's self are most put on the line. Not because most or all previous support systems in terms of history, culture and language have been removed and must rapidly be replaced by new ones... Individuals are forced to reconstruct and redefine themselves, both for their own sense of ontological security and the positions ascribed to them by others in their new surroundings.»⁹¹

In Vienna Chopin confessed that he felt «orphaned will. It does not surprise anyone familiar with Chopin's strong family ties. The constant correspondence between himself and his family at home, which carried detailed information and mutual description of situations and events, made an impression of co-participation.»⁹²

It is worth mentioning that the political situation in the Habsburg capital and the perception of Poles had changed a lot since the November Revolution. Chopin had major difficulties with negative comments and was struggling to find his place in the Vienna reality. In one of his letters to his friend in Warsaw, Jan Matuszynski he mentions a short discussion he overheard in Vienna:

«Today during lunch in an Italian trattoria I heard «Der liebe Gott hat einen Fehler gemacht, dass er die Pohlen geschaffen hat» (God made a mistake when he created Poles). Therefore, do not be surprised that I cannot properly describe how I feel.»⁹³

The composer expressed his profound feeling of loneliness and nostalgia on numerous occasions in his letters and notes throughout his entire life. At the beginning of his migration experience, in Vienna in the spring of 1831 he wrote in his notebook:

«Today it was beautiful on the Prater. Crowds of people with whom I have nothing to do... What used to seem great, today seems common; what I used to think common is now incomparable, too great, too high. The people here are not my people; they're kind, but kind from habit; they do everything too respectably, flatly, moderately. I don't want to think of moderation. I'm puzzled, I'm melancholy. I don't know what to do with myself; I wish I weren't alone!»⁹⁴

The feeling of loneliness and the self-perception as a misunderstood stranger is, however, not only tied to Chopin's specifics of his life as a migrant. Moreover, it does not only reflect the characteristics of the relocation process in the intercultural literature, referred to as culture shock or transition stress. The historical and political context of Chopin's migration needs to be taken into account, to fully understand the feelings of alienation and uprootedness. The following section gives a spotlight on the circumstances of Chopin's migration and delivers explanation for his and his generation's emotional challenges.

91. Block, D. (2007) Second language identities, p.75

92. Compare <http://www.chopin.pl/personality.en.html#sdfootnote54sym>

93. Chopin's letter to Jan Matuszynski, Vienna December, 26th, 29th 1830.

94. Fryderyk Chopin, Chopin's Letters, p.148.

3.2.1. Chopin's migration in the context of the Great Migration

After the collapse of the anti-Russian November Uprising in the autumn of 1831 thousands of Polish politicians, aristocrats, generals, soldiers and representatives of gentry and intelligentsia left their homeland to avoid Russian repression.⁹⁵ Not only the number, estimated at almost 10,000 people but also the profile of the migrants, who belonged to the educated class (according to Lewis Namier 75 percent) gave the name Great Migration to the Polish Exodus at the beginning of the third decade of the nineteenth century.⁹⁶ «Seldom if ever has there been such exodus of a nation's elite, and for the next fifteen years the center of Polish intellectual life and political activities shifted abroad.»⁹⁷

Fryderyk Chopin, similarly to his compatriot and Polish great poet of the Romanticism, Adam Mickiewicz left Poland before the November Uprising. As the parts of Poland, where both of them were living, were under the Russian rule, they left their home cities with legal Russian passports.⁹⁸ Chopin heard of the Insurrection at the beginning of December in Vienna, where as Mickiewicz – a bit later in Rome, before they reached Paris, where they joined the Great Migration. Together with the emigres in Paris they shared the hope for regaining Poland's sovereignty, the sadness of being remote and feeling powerless in face of the recent events. Above all, however, they shared with other Poles in exile the tendency to idealize the beauty, the language, traditions, culture and history of their homeland and the profound feeling of its loss. Leaving home meant not only leaving a social framework but also leaving behind memories of childhood and the early adulthood.

When Chopin called himself an orphan, he not only highlighted his loneliness far away from family and friends but also his loss of the familiar surroundings, of the beloved rhythm of Polish dances: mazur, polonaise and kujawiak and of the tunes, still present in his memory and in his heart.

«The fall of Warsaw affected a sea change, not only in Chopin's perceptions of himself but of the world around him. It brought his consciousness of personal identity and his now consuming sense of mission into sharper relief than ever before, and the change was soon reflected in his music. Above all, it gave him searingly intensified awareness of Poland and the centrality of his own, deep-rooted Polishness.»⁹⁹

Chopin and Mickiewicz were perceived by their compatriots and French people as the key persons of the Polish Great Emigration in Paris. They shared with them a very powerful story and storytelling back then was the most important moment of time in shaping the collective identity. «The narrative that provided the community Chopin identified with most closely, the Polish emigration in Paris in the 1830s

95. More details on the specific of the Great Migration gives British historian, specializing in Polish history, Norman Davies in his book *God's Playground*, Vol.2, 2005, p.202- 2015, and Lewis Namier, 1848: *The Revolution of the Intellectuals*.

96. Namier L. (1964) *1848: The Revolution of the Intellectuals*, Garden City: Anchor Books, p.53.

97. Namier L. (1964) *1848: The Revolution of the Intellectuals*, Garden City: Anchor Books, p.52.

98. Compare: Zakrzewska D. (1999) Adam Mickiewicz's "Ballady" and Chopin's Ballades, in: *Polish Music Journal*, Vol.2, Nos.1-2, p.27–28..

99. Siepmann, J. (1995) *Chopin: The Reluctant Romantic*, Boston: Northeastern University Press, p.81–82.

and 1840s, with their sense of who they were, was the story of «Exodus», its fundamental structure of past enslavement, present exile and future rebirth.»¹⁰⁰

The images of uprootedness, alienation, orphanage and homelessness and the need to keep Poland vivid despite the political situation, were the roots of the common mentality of the migrants. They influenced the discussions in Parisian Salons, in circles of the Polish Literary Society founded by Prince Adam Czartoryski, in his Hotel Lambert, the headquarters of the right wing of the Emigration led by prince, as well as the left wing Democratic Society founded by Joachim Lelewel. These differing political fractions varied a lot in regard of scenarios, which should bring about the desired liberation not only of Poland, but of all nations all over Europe.

The particularly influential romantic vision of that liberation was Polish Messianism, «a belief widespread among the emigres that the suffering of the Polish nation would prepare it for the role of Europe's collective redeemer, one that would bring salvation to mankind's life on earth(...) by provoking a pan-European social revolution.»¹⁰¹ The Messianists concentrated around Adam Mickiewicz, who followed the ideas of this philosophy in his influential poetry. Chopin, however, with all his admiration for the Polish great writer, remained skeptical, regarding this as the extreme romantic ideology. As Polish expert on composer's life and oeuvre prof. Irena Poniatowska highlights, «Chopin was the master of gentility, modesty and tact.»¹⁰²

The composer definitely saw himself as a part of the Great Migration in Paris and as he spent time in most influential circles among emigres, he co-shaped it to a great extent. Together with Mickiewicz he joined the Polish Literary Society and supported financially different émigré organizations. Nevertheless throughout his entire life he remained skeptical about Poland's role as a Savior and had difficulties with identifying himself with the Messianism as a philosophical concept.¹⁰³

3.3. The Post-Migration Phase in mirror of Chopin's biculturalism

The post-migration stage, which is defined as the adjustment of the immigrant to the social, political, economic and cultural framework of the new society applies only to Chopin's migration experience in Paris. It happened so because Chopin treated Vienna from the very beginning as just one stop on his career path and a transit city on his way to England. Actually, he never intended to settle in Vienna; neither did want to settle in Paris.

Through obtaining a residence permit in the capital of France, he entered into conflict with Russian authorities. He received French citizenship in 1835 and travelled on a French passport.¹⁰⁴ Despite that fact and «his French parentage, Chopin never

100. Berger, K. (1994) Chopin's Ballade Op.23 and the Revolution of the Intellectuals, in Chopin Studies 2, ed. John Rink and Jim Samson, Cambridge: Cambridge University Press p.76.

101. Berger, K. (1994) Chopin's Ballade Op.23 and the Revolution of the Intellectuals, in Chopin Studies 2, ed. John Rink and Jim Samson, Cambridge: Cambridge University Press, p.75.

102. Poniatowska, I. (2009) Chopin. Człowiek i jego muzyka, Warszawa, s. 68.

103. Compare: Zakrzewska, Dorota, p.27.

104. According to the Code Napoleon 1804, *ius sanguinis* determined the nationality. That is why the French law professor Emmanuel Langavand argues that Chopin was French and gives the passport as a proof. Compare: <http://diaph16.free.fr/chopin//chopin7.htm> checked 23.11.2015

thought of himself as a Frenchman. He was entirely Polish in his outlook, he identified with the Poles, and his letters and behavior make it quite clear that he saw himself as living in a foreign land. But he loved Paris as a city, he loved it for the quality of his life there, and he loved for being the musical capital of Europe.»¹⁰⁵ The Hungarian musician Ferenc Liszt highlights in Chopin's biography the fact that when his friend finally received a new passport in Vienna there was a note "to London via Paris". In that sentence – via Paris, the entire future was enclosed. «Years later, when he apparently took roots and grew accustomed to France, he kept saying: (*Jestem tu tylko przejazdem*) I am here only passing through.»¹⁰⁶

Without doubt the migration first to Vienna, then to Paris involved a series of losses, such as the loss of family, with which Chopin had very tight connections, the loss of familiar surroundings as well as the loss of his support network. In case of Paris, however, the losses were compensated to a certain extent by the presence of Polish friends and the establishment of a well functioning network consisting of Polish and French noblemen, who supported Chopin and his career. Moreover, as a son of a Frenchman, with a French name and an advanced command of the French language, Chopin felt more familiar in the surroundings of Paris and Nohant where he spent Summer time with George Sand than he did in Vienna.

As Gupta and Bhugra highlight in their work *Migration and Mental Health*, «Social support and networks and the attitude of the new society to the migrants and migration also affect how one fits in. A person's ability to communicate with others from different backgrounds (...) also has an impact on the experience of settling down and a sense of belonging. The migrant's intent, purpose of migration, knowledge about the new culture, openness to new experiences (...) influence the individual response» as well.¹⁰⁷

The written sources by Chopin's closest friends and his partner George Sand give an insight of how he dealt with the transition stress. Interestingly, the observations vary depending on the language used by Chopin. George Sand complained: «Nothing has ever been disclosed of his inner life because only his works are an imprecise and hazy reflection of all that goes on inside him, for he never puts the torments and worries of his soul into words.»¹⁰⁸ Ferenc Liszt enclosed a similar observation in Chopin's biography: «Even the closest friends have not been granted access to his soul.»¹⁰⁹

Chopin's letters to his Polish friends, however, give a contradictory picture of his personality. In his correspondence in the Polish language Chopin revealed his most intimate thoughts. These differences in expressing emotions in two or more different languages and addressing natives and foreigners in them are tied with creating different identities in various cultural contexts. In Chopin's case one can observe great differences in expressing emotions among Polish friends and family members in Polish and among foreigners – in French.

105. Zamojski A. 2010: Chopin, Prince of the Romantics, p.129.

106. Liszt F. (1852) *Frederic Chopin* Paris, Polskie Towarzystwo Muzyczne SA, Kraków 2011 (1852), p.147.

107. Bhugra D., Gupta S. (2011) *Migration and Mental Health*, Cambridge University, Press 2011, p.3.

108. Sand G. *Histoire de ma vie*, p.349

109. Liszt F. (1852) *Frederic Chopin*, Paris, Polskie Towarzystwo Muzyczne SA, Kraków 2011 (1852), p.101.

The impact of language as the transporter of emotions has been highlighted in the psychology for decades.¹¹⁰ Ervin-Tripp says that bicultural bilinguals, and Chopin definitely can be considered their representative, can develop distinct affective repertoires and ways of storytelling as they relate differently to different people in their languages. «Our use of a language brings with it emotions related to the people we speak it with and the values they have. We may find that when we have to switch the language, we have different emotions in each language. Some bilinguals feel they even have two personalities, two selves.»¹¹¹

In Chopin's case the issue of language and identity is quite different. Chopin identified himself as a Pole, and despite his French name, was perceived as such by the Parisian society. «Most of Chopin's letters written in French are very short and end with apologies regarding his style or spelling, which never occur in his letters written in Polish.»¹¹²

The composer's command of French in terms of oral expression, however, must have been excellent. As Liszt highlights in his biography of the Polish composer, «He was highly skilled in French, ... and because of his father's French origin it had been taught to him with special care. But he was prejudiced against it and criticized it for being displeasing to the ear and cold in essence.»¹¹³ As for the Polish language – it was the language of his memories of his childhood and early adulthood. By choosing that language in order to talk about the feelings concerning his Polish days he behaves as bilinguals do.

Many scientists nowadays highlight the fact that bilinguals are more likely to recall memories that occurred in a particular language in that same language. As Marian and Neisser conclude their research on a group of bilinguals: «In general, information that is acquired in a certain linguistic ambiance is likely to become more accessible when recall takes place in that same ambiance.»¹¹⁴ This «general rule» provides an explanation as to why Chopin used Polish and French to talk about different themes in different contexts. In Polish he was more emotional, whereas in French he seemed to hide his real feelings.

110. Compare: Pavlenko, A. *Emotions and Multilingualism*, 2005 and Grosjean, Francois (2010) *Bilingual, Life and Reality*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, London.

111. Ervin-Tripp S. (unpublished) *Emotion in Bilingualism*, In K. Hakuta (Ed.), [Proceedings of the Bilingualism Conference]. San Juan, Puerto Rico: Ateneo Puertorriqueno. Conference in 1987 p. 1, available at <http://socrates.berkeley.edu/~ervintrp/pdf/Emotion%20in%20Bilingualism.pdf>

112. Zakrzewska D. (1999) Adam Mickiewicz's "Ballady" and Chopin's Ballades, in: *Polish Music Journal*, Vol.2, Nos.1-2, p.26

113. Liszt F. (1852) *Frederic Chopin*, Paris, Polskie Towarzystwo Muzyczne SA, Kraków 2011 (1852), p.122.

114. Marian V., Neisser, U. (2000) *Language-Dependent Recall of Autobiographical Memories* in: *Journal of Experimental Psychology*, 2000 Vol 129, Nr 3, 361-368, p. 367.

3.3.1. The post-migration phase – the myth of home

«I always am with one foot with you.»

(Chopin's letter to his family, July 18-20, 1845)¹¹⁵

Chopin and his generation experienced migration as not only leaving home but also as losing home. As Ryszard Przybylski highlights in his extraordinary essay on Chopin's thoughts, entitled «A Swallow's Shadow»: «It is generally considered that the Romantic was always dissatisfied with his «here» and was continually longing for another «there» (...) Chopin lived in a period when Poles finally grasped what place was. Exile and banishment were a philosophical education on a massive scale. The awareness of a man whose home suddenly stood «there», «whose», «here» was reduced to a hole in a Siberian mine, had to change fundamentally. Poles forced into exile after the defeat of the November Rising suddenly understood the gulf that divided a family home from a room that one inhabits out of necessity.»¹¹⁶

This differentiation between «home» and «habitation» was vivid in Chopin's life as well. The composer moved several times in Paris. He used his flats to give piano lessons and organize musical soirees. Most of his time, however, he spent with George Sand, not only in Paris but also in her manor in Nohant. This is where he spent summertime several years in a row, together with George, her children, Maurice and Solange and numerous friends, for example Eugene Delacroix and Ferenc Liszt. «After leaving Warsaw, Chopin essentially never had anything more than habitations.»¹¹⁷ He did, however, everything possible to turn them into a place that could be called «home» by furnishing them with plenty, organizing gatherings for friends and selected connoisseurs around the piano, and offering «Polish hospitality» within his own four walls.

«The most eminent minds of Paris met on numerous occasions in Chopin's salon (...) he possessed that innate grace of the Polish welcome, which not only subjugates one's host to the laws and duties of hospitality, but also makes him forgo all personal consideration, constraining him to attend to the desires and the pleasures of those he is receiving. We liked to visit him, because we were charmed there, and because we felt at ease.» – wrote Liszt in Chopin's biography.¹¹⁸

4. The impact of migration experience on Chopin's oeuvre – selected examples

«I am not fit to give concerts. The crowd intimidates me and I feel asphyxiated by its eager breath, paralyzed by its inquisitive stare, silenced by its alien faces.»¹¹⁹

115. Chopin, Frederic, *Chopin's Letters*, collected by Henryk Opieński, translated with a preface and editorial notes by E.L.Voynich, 2013, New York, p.192.

116. Przybylski R. (2011) *A Swallow's Shadow*, Warszawa, IFC, p. 143.

117. Przybylski R. (2011) *A Swallow's Shadow*, Warszawa, IFC, p. 149.

118. Liszt F. (1852) *Frederic Chopin*, Paris, Polskie Towarzystwo Muzyczne SA, Kraków 2011 (1852), p.143-144.

119. Zamoyski A. (2010) *Chopin*, p.89.

In order to better understand the impact of migration on Chopin's oeuvre it is crucial to realize that he started to refuse to give concerts in front of big audiences abroad, despite many invitations, and preferred to play for a chosen circle. This strategy led to the creation of an intimate contact with the listeners. «This fear of the crowd, this fondness for musical intimacy, was turned by Chopin into an implement in the most refined method of taming an audience known to music history.»¹²⁰ Chopin was perceived as a genius composer than a pianist. Thanks to the immersion in the creative process of composing and not performing in front of the audience, the artist found a vent for his emotions.

4.1. Scherzo in B minor Op.20 & Ballade in G minor Op.23 and eight months in Vienna

Chopin left Warsaw on November 2nd 1830 and travelled to Vienna via Dresden, where he spent nine days. In his letter to his family, dated November, 14th 1830 he wrote after having visited the Dresden Gallery: «If I lived here I would go there every week because there are some paintings at the sight of which I seem to hear music.»¹²¹ The synesthetic sensibility (sensibility to the correspondence des arts) made him an interesting discussion partner for artists active in different fields. That is also the secret of his music that is appealing not only to the sense of hearing. His ballades tell stories filled with shades of multiple colors, his nocturnes transport smells of the evening air and tiny violets, his mazurkas and polonaises vibrate with movements, and the preludes seem to touch the skin with raindrops. This synesthesia attracts music connoisseurs and people who listen to his music for the first time in their lives alike. However, the concert halls were not always filled when the composer played the piano.

During his entire stay in Vienna Chopin felt disappointed and lonely as his previous musical success in that city did not open any doors for him and he had to wait to perform in a concert hall no less than half a year. Moreover, Chopin spent his very first Christmas alone away from home at the age of twenty, missing his family extremely and additionally worrying about his Warsaw colleagues and friends who took part in the November Uprising. The fact that the young composer, «following the wish of his parents, remained in Vienna, became a trauma that stayed in his subconscious, determining the strength and violence of subsequent reactions to events in his country.»¹²²

In this atmosphere of solitude and sadness Chopin wrote in one of his letters to his friend Matuszyński:

«I curse the moment I left... In the salon I pretend to be calm, but on returning home I fulminate at the piano... I return, play, cry, laugh, go to bed, put out the light and dream always of you... Everything I've seen thus far abroad seems to me [...] unbearable and only makes me long for home, for those blissful moments which

120. Przybylski R. (2011) *The Swallow's Shadow*, p.187.

121. Chopin's letter to his family, Dresden, November, 14th 1830.

122. Tomaszewski M. The creative personality of Fryderyk Chopin, at <http://www.chopin.pl/personality.en.html> seen on 7.September.2015.

I couldn't appreciate... It seems like a dream, a stupor, that I'm with you – and what I hear is just a dream.»¹²³

«One could hardly conceive of a greater concurrence between the emotion poured into his letters and the expression of the work at hand.»¹²⁴ In that atmosphere of sadness and anxiety he most probably wrote his Scherzo in B minor, Op.20. As the manuscript did not survive until now and the scherzo was published in 1835 for the first time, one only can imagine that the outline of the scherzo was composed during the winter in Vienna. Through his correspondence we know that Chopin went to the St. Stephen's Cathedral after the Christmas Eve dinner hosted by Konstancja Bayerowa, a Pole, living in Vienna, who invited him and other guests to a get-together at her house. She did not however organize a typical Polish Christmas Eve dinner but a reception. After the visit Chopin went to the Midnight Mass and wrote immediately afterwards to one of his Polish friends:

«Behind me a tomb, under me a tomb. Only above me there was no tomb to be found. A gloomy harmony ran in my head.»¹²⁵

Missing the familiar tones, Chopin started to compose his Scherzo B minor, Op.20 known for its plot twists. «The subsequently returning lullaby carol «Lulajże Jezuniu» (Hush little Jesus). emerges from deep silence and is sung with the utmost simplicity, in a luminous B major, accompanied by a discreet ostinato, which reinforces the peace and calm of a Christmas Eve night. And immediately afterwards a reaction, an original song, in response to the carol. A melody bursting with lyricism swells in an almost beseeching gesture and then falls.(...) The carol returns several times, entwined in that original song. The sixth time around, it is brutally broken off by a return to reality.»¹²⁶

This reality is marked by outburst of emotions. Chopin called his piece of music a scherzo. In those days a scherzo, however, was supposed to put people into good mood. How surprised the listeners were when they were struck by «the predatory–fanatical, at times downright demonic, character of the scherzo that was a Romantic innovation.(...) The peculiarity of Chopin's scherzos lies in the fact that between the music of that framework (and so the scherzo itself) and the music of the interior (the traditional trio) there is a contrast that is so fundamental that it resembles the collision of two worlds. The inner world brings anxiety and menace, whilst the outer world offers us refuge. It transports us to a realm of recollection and dreams.»¹²⁷ Scherzo B minor is a great example of dichotomy of the clash of two worlds – the foreign soil and the idealized world of memories.

Chopin was known for changing his compositions numerous times. His perfectionism was the source of his greatest sufferings. In contradiction to the idea of an artist of the Romanticism, he polished his compositions to the last moment and, not seldom, sent different final versions to various publishers. The contradiction between the spontaneity of inspiration manifesting itself in particular during improvisation

123. Letter to Matuszyński, 26/XII/1830, KFC Vol. I, p.162.

124. Tomaszewski M. Scherzo in B minor <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/65>

125. Chopin's letter to Jan Matuszyński, Vienna 25 December 1830.

126. Tomaszewski M., <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/65>

127. Tomaszewski M, <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/65>

and the laborious process of fixing and writing down the final form of a composition puzzled his contemporaries.¹²⁸ The composing process took Chopin sometimes months, sometimes even several years.

And so, «the Ballade in G minor Op.23 shared the fate of the Scherzo in B minor: its provenance is not accurately documented. All we know is that it had been written by 1833 and was published three years later. A tradition confirmed by monographers links this work with Chopin's sojourn in Vienna. The supposition is that it was sketched in the Austrian capital and possibly completed in Paris.»¹²⁹ There were numerous attempts to link all of the four ballades composed by Chopin to those written by the Polish poet Adam Mickiewicz.¹³⁰ These attempts are based on Robert Schumann's comment from his review published 1841 in «Gesammelte Schriften über Musik und Musiker, vol. II.»: «Er sprach damals davon, dass er zu seinen Balladen durch einige Gedichte von Mickiewicz angeregt worden sei,»¹³¹ which can be translated as, «He was inspired by some of Mickiewicz's poems to write his Ballades». There is no doubt that Chopin did not intend to transform single Ballads by Mickiewicz into pieces of music. He rather wanted to prove that he can skillfully tell a narrative story in the world of music with a passion as Mickiewicz used in the world of poetry. Once again storytelling was Chopin's most important drive.

4.2. The first outlines of Etude in C minor Op.10 No.12 & Prelude in D minor Op.28 No.24 – the fruits of reflections in Stuttgart

The Twelfth Etude, in C minor is commonly called, since the times of Liszt, the Revolutionary Etude. It strikes with energy, power and passion and awakes the impression that the first tones come originally from the battlefield. According to the undocumented tradition the outlines of this Etude as well as of the Prelude in D minor Op.28 No. 24 were written in Stuttgart. During the first days of his short stay in that city, Chopin received the news of the capture of Warsaw. This is when he wrote his most intimate and emotional lines:

«Suburbs destroyed — burned — Jaś! [Jan Matuszyński] — Wiluś [Wilhelm Kolberg] at the ramparts, most likely perished — Marcel I can picture as a prisoner — dear old Sowiński in the hands of those rogues! Oh God, You are there! You are there and take no revenge! Have You not had Your fill of Muscovite crimes — or — or else You are Yourself a Muscovite! [...] And I sit here idle, and I set here with my hands bare, sometimes just groaning, grieving at the piano, in despair.»¹³²

These powerful lines can be compared with Mickiewicz's «Great Improvisation» in which Konrad, the protagonist of Part III of *Forefathers' Eve*, accuses God of revealing himself as a personification of evil and injustice; the unspoken word Tsar is here the synonym of all the evil. «Chopin, like Konrad questioned the good and just God

128. Przybylski, R. (2009) *The Swallow's Shadow*, S. 13–14.

129. Tomaszewski M., *Ballade in G minor*, <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/74>

130. Compare Zakrzewska, D. (1999) *Alienation and Powerlessness: Adam Mickiewicz's "Ballady" and Chopin's Ballades in Polish Music Journal*, Vol. 2, Nos. 1-2- 1999

131. Schumann, R. (1841) *Gesammelte Schriften über Musik und Musiker*, vol. II, p.32

132. Chopin's letter to Jan Matuszyński 8. September 1831.

of Judeo-Christian civilization. And as it was for Konrad, this accusation was based on the excessive suffering of his nation.»¹³³

The Etude in C minor and the Prelude in D minor have their roots in Chopin's despair and his highly intimate inner revolution against God who allows his countrymen suffer to such an extent and against French people watching Poles fighting against the much more powerful Russian imperium and doing nothing about the injustice. He also started a silent revolution against himself – being incapable of fighting with real weapons, he poured his deepest emotions into his music, on the notepaper.¹³⁴

4.3. Life in major and minor keys in Paris

With the burden of the nostalgia and the sadness following the collapse of the November Uprising Chopin arrived in Paris on September 11, 1831 and was immediately hosted with concerts in prestigious aristocratic French and Polish houses. He entered the artistic scene and got admired not only for his music but also for his elegant appearance, approachable way of being and his sense of humor. «The discrepancy between Chopin's apparent ease with people and his fear of letting anyone approach too close (marked his behavior). When he left Poland and found himself surrounded by foreigners (and the closest English word to the one he uses is 'aliens'), he withdrew more and more into himself and became increasingly suspicious of any intimacy. Everyone was struck by his reserve.»¹³⁵ As Liszt described this phenomenon in Chopin's biography: «Good natured, affable, easy in all his relationships, even and pleasant tempered, he hardly allowed one to suspect the secret convulsions which agitated him.»¹³⁶

One year after his move abroad Chopin coped with similar emotions of alienation and anxiety during the Christmastime spent in Paris as previously in Vienna. On 25th of December 1831 he wrote in a letter to his friend Tytus Wojciechowski:

«I am gay on the outside but inside something gnaws at me; some presentiment, anxiety, dreams or sleeplessness, melancholy, indifference, desire for life, and the next instant, desire for death: some kind of sweet peace, some kind of numbness, absent-mindedness; and sometimes definite memories worry me.»¹³⁷

It is worth highlighting that the sense of loneliness and intense isolation was not limited to the first years of emigration, however. After almost fifteen years spent in Paris, Chopin described his perception of Christmas in France from a foreigner's point of view:

«Today is Christmas Eve. They do not know that here. They eat dinner at the usual hour: 6, 7 or 8, and only a few foreign families keep up those customs... All the protestant families keep Christmas Eve, but most Parisians make no difference between today and yesterday.»¹³⁸

133. Przybylski R. (2011), *The Swallow's Shadow*, p.102

134. Przybylski R. (2011), *The Swallow's Shadow*, p.102

135. Zamojski A. (2010), *Chopin, Prince of the Romantics*, p.85.

136. Liszt, F. (1852) *Frederic Chopin Paris*, Polskie Towarzystwo Muzyczne SA, Kraków 2011 (1852), p.21.

137. Chopin's letter to Tytus Wojciechowski, Paris, December, 25th 1831.

138. Chopin's letter to family, December, 24th 1845.

Chopin reveals himself during the migration time as a revolutionary romantic. «The image of the Romantic hero at its purest», as art historian H.W. Janson put it,¹³⁹ was captured by Eugene Delacroix in Chopin's portrait dated 1838 and displayed in Louvre. It is actually a piece of a much larger canvas that showed not only Chopin but also George Sand, whose picture is on display at the Odrupgaard Museum in Copenhagen. The double portrait has never been completed. Thank to the sketch in pen and ink, we know that the initial composition showed George listening to Chopin playing the piano. Unfortunately, the oil painting has never been completed and was cut into two pieces. Ironically, the Pleyel piano that was borrowed from the Pleyel manufactory and transported to Delacroix's atelier especially on that occasion had not been depicted by the French painter.

Eugene Delacroix valued Chopin a lot, both as a composer and a pianist. On May 30th 1842 he wrote to George Sand: «Please tell my dear Chopin that for me the most pleasant diversion is to talk about music while wandering around the garden, and in the evening to listen to it in the corner of the drawing-room, when God himself descends through music onto his fingers. And literally so, My Dear.»¹⁴⁰

4.4 Prelude in D flat major. Op.28 No. 15 during the winter on Mallorca 1838

«I am in Palma, amidst the palms, cedars, cactuses, oranges, lemons, aloes, figs, pomegranates, etc. What only the Jardin des Plantes has in its ovens. The sky like turquoise, sea like azure, mountains like emerald, air like in heaven.»

(Chopin's letter from Palma de Mallorca to Julian Fontana, 15 November 1838)

Chopin did not write as many letters on Mallorca as he used to doing in Paris or in Vienna. In one of his few letters he described Palma de Mallorca with all the exotic plants and overwhelming feria of colors. He was delighted by the view of the palms, cacti, olives, oranges, lemons, figs, pomegranates and other exotic fruits he had never seen before outside greenhouses. The detailed description of the stay on Mallorca is delivered in George Sand's book entitled *Un hiver a Majorque* (A Winter in Mallorca) published in 1855, after Chopin's death. George complains about the lack of hospitality and very rural conditions of the flats she inhabited with Chopin and her children.

The bad weather during wintertime and the foreign surroundings of the unfriendly cold walls of the Carthusian monastery in Valdemossa caused Chopin to fall ill. Despite his poor health, during this wintertime he composed among others the *Prelude in D flat major. Op. 28 No. 15*, which «strikes one at first as an oasis of peace and calm. However, the transition from the bright key of D flat major to the tenebrous C sharp minor brings dark, gloomy, disturbing sonorities. [...] In George Sand's memoirs, we even find a description of how this prelude came to be written, in the midst of rainy weather that was so bothersome to the inhabitants of the deserted charterhouse».¹⁴¹

139. Janson, H.W., (1971) A Basic History of Art., New York, p. 286.

140. Przybylski R. (2011) The Swallow's Shadow, p.198.

141. Tomaszewski M. Prelude in D flat major, Op.28 No.15 <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/208> checked online on September, 7th 2015.

«Bearing the suffering with enough courage, he could not overcome the anxiety of his imagination. The monastery was full of terrors and ghosts for him, even when it went well. He did not say it, and it was necessary for me to guess. On return from my night explorations of the ruins with my children, I found him, at ten o'clock in the evening, pale in front of the piano, with wild eyes and his hair on end. He needed a while to recognize us.»¹⁴²

Chopin called his *Prelude in D flat major. Op. 28 No. 15* the «Raindrop» to highlight monotony with a single note (always the same) that resounds throughout the whole piece of music, the *ostinati* (repetitions) reinforce the effect. He added the word 'rainy' to a pupil's copy of this music, to indicate how it should be played.¹⁴³

That is however an exception for Chopin's oeuvre. As Anatole Leikin writes in his *Mystery of Chopin's Preludes* the composer «truly preferre to <indicate> rather than declare(...) Chopin's handling of the plainchant in preludes Op. 28 is so subtle and ingenious that the presence of the *Dies irae* in his Preludes went undetected for more than a century and a half, despite George Sand's testimonial that Chopin at that time was besieged by visions of dead monks and the sounds of their funeral chants.»¹⁴⁴

Similarly, Piotr Wierzbicki writes about Chopin's compositions. As for Polish folk music, Chopin discovers, «that he should neither copy it, nor quote it, as taken out of the context, out of the will, out of the space below a sycamore, out of the manor, they loose their shine and the artist can only use a certain gest, a rhythm, but to grasp the sense of the national music, by inventing it. This is the moment when mazarukas are born.»¹⁴⁵

There are no doubts that Chopin kept trying to revive the memories of every single tone of his home country's music and prevent it from the fate that his country faced when it disappeared from the map of Europe. Polish dances had a profound influence on Chopin's *Mazurkas* and *Polonaises*. He called *mazurkas* «Little Pictures», meaning visualizations of the folk dances, *mazur*, *kujawiak* and *oberek*. It is important to highlight that Chopin not only was inspired by these folk Polish dances but made them immortal in his music.

4.5. Fantasy Op.49 – the mirror of the atmosphere of Nohant

«Today I finished the Fantasy – and the sky is beautiful, there's a sadness in my heart – but that's alright. If it were otherwise, perhaps my existence would be worth nothing to anyone.»

(Chopin's letter to Julian Fontana, 20 October 1841)

Chopin wrote *Fantasy F minor* during his second stay at George Sand's summerhouse in Nohant. The peaceful and somnolent atmosphere of that manor in the little town in the Loire Valley served well not only Chopin but also Ferenc Liszt, Balzac, Flaubert

142. Sand G. *Histoire de ma vie*. Paris: Gallimard, 2004.

143. Tomaszewski, M. <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/208>, checked on September, 7th 2015.

144. Leikin A. (2015): *The Mystery of Chopin's Préludes*, p.59.

145. Wierzbicki P. (2015) *Nieboski Chopin*, Warszawa, p.63.

and Eugene Delacroix in their creative process. All of them followed the invitation of the host to spend Summer time far away from Paris. George Sand established here a real salon, away from the French capital city. For Chopin «Nohant became a second home (...) the place where he was surrounded by care. The six following Summers spent in Nohant, marked the happiest time in the time since he had left Poland.»¹⁴⁶ During his entire life Chopin has oscillated between extremes, longing for his home country and enjoying life among friends, accordingly to the motto *carpe diem*, between the nostalgia at one moment and telling jokes and miming other people at another one. This feature was at the same time characteristic of his music.

Contrasting many elements in the Fantasy F minor led to its dynamics and creation of a unique atmosphere of this composition, which as many of his masterpieces was a memory of Poland. This time, however, «Chopin did not employ quotation in the F minor Fantasy, be it literal, as he had previously in the Fantasy on Polish Airs, or approximately, as with the carol «Lulajże Jezuniu» in the Scherzo in B minor.(...) (The Polish song) Litwinka' is merely alluded to in the F minor Fantasy. It is present in that work, but in a discreet way. One must listen closely to discern it.»¹⁴⁷

5. When tears turn into music

«I am always one foot with you, the other in the next room – where the Lady of the House is working – and not at all in myself at the moment – just, as usual, in some curious space. They are doubtless those *espaces imaginaires*, but I'm not ashamed; after all, we're the ones with the proverb that through imagination he went to the coronation.»

(Chopin's Letter to his family on July 1845)

Chopin's quote can only be understood in the context of the Romantics' view of the functioning of the imagination. Whereas classical philosophers limited imagination to its function as mediation between reason and perception, the idea of imagination developed by the Romantics linked the dual character of cognition to imagination and highlighted the role of imagination in the creation process. Chopin did not worry about the existence of the *parallel world* in his head as he wrote in the letter quoted above. Nevertheless, the descriptions of the *espaces imaginaires* initiated a medical discussion on composer's mental health. As Vázquez and Brañas highlight in their article dated from 2011, the composer suffered from hallucinations and states *«jamais vu»*.¹⁴⁸ One of these acute states was described by George Sand who took care of her partner after an acute dental infection in 1844, when he was in bed with high fever for a week and hallucinated about his dead father and friend Matuszyński: «Chopin, instead of dreaming for those pure souls [his father and his friend Jan Matuszynski]

146. Szklener A. Fryderyk Franciszek Chopin, <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/life/biography/page/9> checked on November,16th 2015.

147. Tomaszewski M. Fantasy F minor <http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/composition/detail/id/112> checked 18.11.2015.

148. Vázquez, Caruncho M., Brañas, Fernández F. (2011): The hallucinations of Frédéric Chopin. "Medical Humanities", 06/2011; 37(1):5-8. http://www.researchgate.net/publication/51147271_The_hallucinations_of_Frederic_Chopin

of a better world, had only dreadful visions, and I was obliged to pass many nights in a room adjoining his, always ready to rise a hundred times from my work in order to drive away the specters of his sleep and wakefulness. The idea of his own death appeared to him accompanied with all the superstitious memories of Slav poetry. As a Pole he lived under the nightmare of legends.»¹⁴⁹

Bernard Gavoty, in his book entitled *Chopin*¹⁵⁰ describes a concert by the Polish composer in a salon in a private house in Manchester on 29 August 1848. It was probably held at Crumpsall House, the home of Salis Schwabe, a wealthy merchant who had already met Chopin in Paris. He was playing his Sonata in B-flat minor when, just after having played the Scherzo, he abruptly left the room for a short period. The critic of the Manchester Guardian was surprised and commented on the incident. The explanation can be found in a letter written by Chopin to Solange Clésinger, George Sand's daughter, dated 9 September 1848:

«A strange adventure happened to me while I was playing my B flat Sonata for some English friends. I had played the Allegro and the Scherzo more or less correctly and I was about to play the March when, suddenly, I saw emerging from the half-open case of my piano those cursed creatures that had appeared to me on a lugubrious night at the Carthusian monastery [Majorca]. I had to leave for a while in order to recover myself, and after that I continued playing without saying a word.»¹⁵¹

It is known that Chopin had suffered from insomnia for many years. In 1838 he wrote to the pianist Fontana from Mallorca: «Meanwhile my manuscripts sleep, and I can't sleep.»

As many of currently known diseases, however, were not known in the nineteenth century, Chopin's doctors classified him as a patient suffering from tuberculosis and that diagnosis influenced the analysis of composer's not only physical shape but also mental health for decades. Adam Zamoyski writes in his biography of the musician: «If he did indeed have tuberculosis, Chopin enjoyed a long spell of remission between 1827 and 1835, and although subsequent intervals were usually much shorter, particularly in the later stages, they could still produce quite dramatic improvements. This would explain the disparities in contemporary accounts of his supposed condition – he could appear to be at death's door one moment, and perfectly healthy a few weeks later. Consumption (read, old term for tuberculosis) has a profound effect on the character and behavior of those it attacks, and has been known to change their nature over a period of time. It tends in the first place to cut them off from others and make them egocentric, sometimes to the point of paranoia. It heightens their sensitivity and sometimes their sexual awareness and appetite. It distorts their mental balance, leading to delusions and violent swings of mood, between depression and euphoria, apathy and excitement, laziness and feverish bouts of work.»¹⁵²

During the last four months of life, Dr. Jean Cruveilhier, one of the most educated physicians of that time, treated F. Chopin. The physician was considered the best

149. Sand G. Histoire de ma vie. Paris: Gallimard, 2004.

150. Gavoty B. Chopin. (1987) in: Vergara J, ed. Buenos Aires: J Vergara Ediciones, 1987.

151. Chopin's letter to Solange from Johnston Castle in Scotland, 9th of September 1848.

152. Zamoyski A. (2010), Chopin, Prince of the Romantics, p.179.

specialist in tuberculosis and pathology in Paris. His *Anatomie pathologique du corps humain* is still regarded as an excellent pathological atlas. It was he who confirmed Chopin's death, performed the autopsy and took out his heart, which was sent back to Poland according to the great composer's last will. Chopin's death certificate gives «tuberculosis of the lungs and larynx» as the cause of death. The result of the autopsy was lost in the war or great fires of Paris. There are, however, three records preserved, which quote Doctor Cruveilhier saying that Chopin's death was caused by «a disease not previously encountered.»¹⁵³

Contemporary physicians look for the cause of Chopin's death and vary in their opinions. John O'Shea as the first physician proposes diagnosis of the cystic fibrosis. He states that Cruveilhier had to write the cause in the official documents. He could not write «cause of death unknown». That is why he wrote tuberculosis with the result that generations afterwards believed that that was the cause of his death.¹⁵⁴

Kubba and Young provide arguments against tuberculosis and suggest that the composer suffered either from a cystic fibrosis (CF) or a α 1-antitrypsin (α 1AT).¹⁵⁵

Accordingly to the Vienna internist Professor Anton Neumayr, Chopin had several periods of depression.¹⁵⁶ As for Chopin's mental diseases such as major depression, Karenberg highlights however a very important fact which discludes this illness. Chopin was a very fruitful composer and his inventions of new musical form, such as the instrumental ballade as well as introducing innovations in sonata, mazurka, nocturne, polonaise, etude, impromptu and prelude were very important in the musical scene. It is worth mentioning that over 230 compositions survived to our times, though some works were lost.¹⁵⁷

George Sand found powerful words to describe Chopin's process of creation: «His creation was spontaneous, miraculous. He found it without searching for it, without foreseeing it. It came to his piano suddenly, complete, sublime, or it sang in his head during a walk, and he would hasten to hear it again by, tossing it off on his instrument. But then would begin the most heartbreaking labor I have ever witnessed. It was a series of efforts, indecision, and impatience to recapture certain details of the theme he had heard: what had come to him all of a piece, he now over-analyzed in his desire to write it down, and his regret at not finding it again «neat», as he said, would throw him into a kind of despair. He would shut himself up in his room for days at a time, weeping, pacing, breaking his pens, repeating and changing a single measure a hundred times, writing it and effacing it with equal frequency, and beginning again the next day with a meticulous and desperate perseverance. He would spend six weeks on one page, only to end up writing it just as he had traced it in his first outpouring».¹⁵⁸

153. Compare: Kubba, Young (1998) p.214 and Majka L. (2003) F. Chopin and cystic fibrosis) p.79.

154. John O'Shea (1987) p.28-29.

155. Kubba, Young 1998.

156. Neumayr A. (1997).

157. Sadie S., Tyrell J. (2001) Chopin. The New Grove Dictionary of music and musicians. 2. utg. Bd. 5. New York: Oxford University Press, 2001: 706 – 36

158. George Sand, Oeuvres autobiographiques, ed. Georges Lubin, 2 vols. (Paris, 1978); Vol. 2: Histoire de ma vie, p. 446.

Chopin's perfectionism is shaped by his enduring will to keep the memories of the lost country immortal on one hand, and to share his subtle emotions poured into music with others on the other hand. During the entire stay abroad Chopin's tears turned into music. As the composer highlights in his letter to his friend Julian Fontana «Today I completed the Fantaisie, and the sky is beautiful, and my heart is sad, but that doesn't matter. If it were otherwise, my existence wouldn't be of use to anyone. Let us save ourselves until after death. NB not in the sense of Le Roux – because then the younger you commit suicide, the better you are.»¹⁵⁹

As Professor Irena Poniatowska highlights in an interview, Chopin learned Pierre Le Roux's philosophy through George Sand's circles. «That philosophy claimed each successive life leads us closer to perfection. You could then assert that whoever commits suicide enters the next, far more perfect life. But Chopin continues in his letter to Fontana: «Take no malevolent thoughts from here,» referencing Le Roux, «I'm off to lunch!»¹⁶⁰

Concluding the above paper, it is worth highlighting that not only composer's tears turned into tones. «Three doctors, the most eminent on the whole island: the first sniffed at what I had coughed up, the second tapped at the place I coughed it up from, the third poked about and listened while I coughed. The first said I was dead, the second – that I was dying, and the third that I was about to die [...] thanks to Providence, today I am my old good self.»¹⁶¹

This amazing sense of humor and distance to his own situation are mirrored in Chopin's music as well. There are bursts of laughter in his compositions.

159. Poniatowska I. (2010) Chopin under microscope, interview with prof. Poniatowską in Chopin Express 18.10.2010.

160. Poniatowska I. (2010) Chopin under microscope, interview with prof. Poniatowską in Chopin Express 18.10.2010.

161. Chopin's letter to Julian Fontana, Palma 3 December 1838.

dr n. med. Aleksandra Misiotek

Aleksandra Misiotek, PhD

TEORIA TRAUMY W PSYCHOTERAPII RELACYJNEJ

TRAUMA THEORY IN RELATIONAL PSYCHOTHERAPY

Streszczenie

Celem tego rozdziału jest przybliżenie teorii traumy z perspektywy psychoanalizy/psychoterapii relacyjnej. Aby zrozumieć, dlaczego traumatyczne wydarzenia wywierają wpływ na kształtowanie naszego sposobu bycia czy nieświadomego sposobu wchodzenia w relacje z innymi (Implicit Relational Knowing), zwanego też «zasadami organizującymi» (Organizing Principles), musimy patrzeć na kontekst traumy i na reakcję otoczenia. Reakcja otoczenia może być pomocna i działa jako bufor dla negatywnych skutków, lub na odwrót, może być re-traumatyzująca. Milczenie o traumatycznych wydarzeniach jest tym, co większość ludzi uważa za prawidłowe zachowanie. Tymczasem jest dokładnie odwrotnie. Brak odpowiedzi jest zawsze gorszy niż odpowiedź i ambiwalentny i konfundujący styl przywiązania z naszymi rodzicami czyni więcej szkody niż jakikolwiek inny rodzaj więzi. Ponadto, ważne jest również, aby pamiętać, że utrzymujące się mikro-traumatyczne zdarzenia, a nie wielkie życiowe traumy, rodzą znacznie większe negatywne skutki u większości społeczeństwa.

Najnowsze neuropsychologiczne odkrycia, jak również eksperymenty dotyczące interakcji między dziećmi i ich opiekunami dostarczają nam informacji niezbędnych do sformułowania nowym teorii psychoterapeutycznych. Dzięki nim, możemy zrozumieć lepiej teorię przywiązania (attachment theory), kreowanie się różnych stylów przywiązania (attachment styles) i ich konsekwencje, dlaczego powtarzamy te same wzorce w naszym życiu, spojrzeć na dysocjację jako na sposób ucieczki od przytłaczających emocji oraz zrozumieć mechanizm patologicznej akomodacji (pathological accommodation). Spojrzenie relacyjne na objawy powoduje, że nie są one już postrzegane jako problem sam w sobie, lecz jako sposób radzenia sobie z problemem, czy efekt patologicznej akomodacji, który powtarza się w sposób cykliczny. Oparcie leczenia psychoterapeutycznego o teorie neuropsychologiczne pozwala na zaprojektowanie ich lepiej do potrzeb naszych pacjentów.

Wstęp

Uważam się za wyznawcę teorii traumy w psychoterapii, ponieważ zakładam, że cierpienie psychologiczne ma swoje korzenie w czymś traumatycznym, co wydarzyło się w historii życia danej osoby. Podczas pierwszej sesji psychologicznej, zbierając wywiad, szukam możliwych traumatycznych zdarzeń, które przyczyniły się lub spowodowały obecne złe samopoczucie w celu rozszyfrowania **systemu patologicznej akomodacji** (*pathological accommodation*), by dowiedzieć się jaki proces cykliczny ma miejsce, który powoduje, że ta sytuacja nie rozwiązała się sama, by uwolnić naturalne i adekwatne do sytuacji inicjatywy własne pacjenta, które go umieszczą z powrotem na właściwych torach. W tym rozdziale opiszę, jak postrzegam traumę (lub, jak ją postrzegamy z *perspektyw psychoanalizy relacyjnej**), jakie są mechanizmy leżące u podstaw patologii, jakie jest nasze zrozumienie objawów, jak najnowsze odkrycia w neuropsychologii wpłynęły lub bezpośrednio zmieniły nasz punkt widzenia i jak tę wiedzę wykorzystać w leczeniu pacjentów z traumą.

**Psychoanaliza relacyjna* – to termin, który rozwinął się w ostatnich latach, aby opisać takie podejście do pracy klinicznej, którego rdzeniem jest pogląd, że struktura psychiczna, a przynajmniej te jej aspekty, które są dostępne interwencji psychoterapeutycznej, ma swoje źródło w relacjach jednostki z innymi ludźmi. Psychoanaliza relacyjna, zapoczątkowana w USA przez Stephena Mitchella w latach 80-tych XX wieku, jest stosunkowo nową i wciąż rozwijającą się szkołą myśli psychoanalitycznej, rozpatrywaną przez jej założycieli jako «zmieniającą paradygmat» w psychoanalizie.

2. Co to jest trauma?

Możemy zrozumieć traumę w klasycznym tego słowa znaczeniu, jak wyjaśnia następująca definicja: *Trauma* – wydarzenie w życiu człowieka zdefiniowane przez jego intensywność, przez niezdolności człowieka by odpowiednio reagować na to, co się wydarzyło i przez zmiany i długotrwałe skutki, jakie się dokonują w organizacji psychicznej [1]. Jako traumatyczne zdarzenia, możemy traktować wojny, wypadki, wykorzystywanie seksualne, tortury, śmierć rodzica, itp. Jednak chciałabym spojrzeć na traumę i na podejście do jej leczenia z nowej perspektywy.

Traumatyczne wydarzenie, z perspektywy relacyjnej, ogranicza nasze pole doświadczenia; wydarzenie traumatyczne nie może być psychicznie «zmetabolizowane» i, jak mówi Storolow, trauma ogranicza horyzonty naszego doświadczenia [2].

Bardzo ważne jest, aby pamiętać, że kiedy mówimy o traumie, nie mówimy o śladach lub resztkach pozostawionych przez traumatyczne doświadczenia z przeszłości, ale o bieżących i żywych doświadczeniach związanych z tym, które wystąpiło w przeszłości; jest ono doświadczane cały czas w naszych umysłach. Umysł strauumatyzowany jest zajęty i ograniczony w swej swobodzie relacjonowania się ze światem zewnętrznym.

To, co wiemy o traumie i co jest ogromnie istotne w adekwatnym jej zrozumieniu, to fakt, że **przywiązanie** (*attachment*) odgrywa bardzo ważną rolę. Teoria

przywiązania zostanie dokładniej omówiona później, natomiast teraz chciałabym zaznaczyć, że:

- negatywne skutki traumatycznych wydarzeń można zneutralizować, jeśli mamy dobrą i bezpieczną **więź** (*attachment*) i bezpieczna więź może służyć jako bufor dla potencjalnie traumatycznego zdarzenia
- możemy zostać **re-traumatyzowani** w sytuacji braku odpowiedzi z naszego otoczenia lub jeśli brak jest dostępnej i bezpiecznej więzi (*attachment*).

Eksperymenty i doniesienia z okresu II Wojny Światowej wykazują następujące informacje na temat traumy [3]:

- nie ma bezpośredniego związku pomiędzy urazem lub PTSD (*Zespołem Stresu Pourazowego*) a odwagą lub zachowaniem podczas stresującej sytuacji [4]. Nie ulega natomiast wątpliwości, że istnieje związek między naszym sposobem radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami i neurobiologią lub wcześniejszymi doświadczeniami. To, co dla niektórych może być traumatycznym wydarzeniem, dla innych może być okazją, by udowodnić coś sobie lub po prostu wyzwaniem;
- H. Krystal [5], który przeżył hitlerowski obóz koncentracyjny, potwierdza, że przeżył go, gdy był dzieckiem, i nie było to traumatyczne wydarzenie dla niego, ponieważ jego matka towarzyszyła mu przez cały czas i zapewniała bezpieczną więź (podobnie jak miało miejsce w filmie «La vita e bella» – «Życie jest piękne» Roberta Benigniego z 1997 roku);
- dzieci, które przebywały z rodzicami (lub innymi osobami, z którymi łączyła je bezpieczna więź) podczas bombardowań w Londynie, cierpiały mniej na negatywne konsekwencje psychologiczne niż te, które zostały oddzielone od swoich bliskich. [6] Chociaż traumatyczne wydarzenia mogą się zdarzyć w późniejszym wieku, kiedy osoba jest już dorosła, i mogą pozostawić poważne emocjonalne konsekwencje, jednak kiedy mówimy o traumie, mamy tendencję, aby mówić o traumie z dzieciństwa. Małe dzieci są bardziej podatne na traumatyczne wydarzenia i łatwiej jest być strauumatyzowanym, gdy jest się dzieckiem. Dzieje się tak, ponieważ dzieci nie zdołały jeszcze opracować skutecznego systemu radzenia sobie w sytuacjach stresowych, a przede wszystkim dlatego, że emocjonalnie zależą od ich **rodziców**.

Spójrzmy na dwa przykłady klinicznych ilustracji wczesnej traumy**

Amanda jest 18-letnią studentką pierwszego roku medycyny z poważnymi problemami z samooceną i depresyjnością. Gdy poznałam Amandę, miała tendencję do samookaleczania się, rozważała nawet samobójstwo, twierdząc, że życie nie jest niczego warte. Wkrótce podzieliła się ze mną tym, że była wykorzystywana seksualnie przez swojego dziadka między jej 3 i 8 rokiem życia i że nigdy nie powiedziała o tym nikomu. Jest to oczywiste, że mówimy o traumie. Nikt nie wydaje się mieć żadnych wątpliwości co do faktu, że wykorzystywanie seksualne jest traumatyczne. Ale jak wytłumaczyć traumatyzm tych zdarzeń z relacyjnego punktu widzenia? Jak możemy pomóc takim pacjentów, aby wrócili na właściwe tory?

Co dokładnie jest traumatyczne w molestowaniu seksualnym?

To, co jest traumatyczne i pozostawia piętno emocjonalne lub negatywne skutki dla jednostki, nie jest samo wydarzenie, ale **intersubiektywny kontekst** i to, co ma miejsce po tym wydarzeniu. Innymi słowy, to, co robi większą szkodę jest nieodpowiednia reakcja otoczenia, która może trwać przez wiele lat, podczas gdy prawidłowa reakcja otoczenia może być nawet kompensacją dla traumatycznego wydarzenia i sprawić, że nie będzie ono w ogóle postrzegane jako traumatyczne.. Niestety, mamy tendencję do zachowywania się nieadekwatnie, z psychologicznego punktu widzenia, w takich sytuacjach, choć zwykle mamy dobre intencje. Przyjrzyjmy się bliżej kontekstowi Amandy i odpowiedzi jej otoczenia, które ją «zre-traumatyzowało», zamiast być dla niej emocjonalnym buforem.

Gdy Amanda miała 3 lata, urodziła się jej młodsza siostra. Cała uwaga rodziny przeniosła się z Amandy na nowonarodzone dziecko a Amanda odczuwała, że dotąd bezpieczna i silna więź z rodzicami została zagrożona. Być może dziadek Amanda zdawał sobie z tego sprawę i świetnie wykorzystał jej niespełnione potrzeby. Poświęcił jej całą uwagę jakiej tylko chciała, zapewniał ją, że była najpiękniejszą z wszystkich dzieci, a ich intymność była wyjątkowa. Amanda z pewnością lubiła to uczucie bycia wyjątkową i, nic dziwnego, ona również «lubiła» to co robili razem. Zawstydzona i zakłopotana powtarzała mi, że to jej wina, bo rzeczywiście prosiła o więcej. «Byłam już zgniła jako dziecko» — powiedziała. Zajęło nam to długo, by Amanda wreszcie zgodziła się ze mną, że była dzieckiem potrzebującym skupienia na sobie uwagi, czego jej rozpaczliwie brakowało i na którą zasługiwała, natomiast nie szukała interakcji seksualnych z osobą dorosłą.

Jaki był kontekst i jaka była reakcja jej bliskich? W latach, gdy wykorzystywanie miało miejsce, Amanda masturbowała się nadmiernie, nawet w szkole. Była wyśmiewana przez swoich rówieśników i czuła się upokorzona przez swoich nauczycieli i rodziców, którzy dowiedzieli się o tych epizodach, co przyczyniło się do narastającego poczucia winy. Gdy miała 8 lat, wystraszyła się dziadka i wreszcie powiedziała rodzicom. Jej rodzice zareagowali paraliżem i nie zrobili nic. Nie ucieli kontaktu z dziadkiem, nie powiedzieli babci, nie miały miejsca żadnego rodzaju konsekwencje dla dziadka, nie wyjaśnili jej, co się stało i nigdy nie poruszali tematu. Chcieli ją nadmiernie chronić i tym samym uniemożliwili jej rozwój i przeobrażenie się w pełni rozwiniętą i dojrzałą kobietę. Pamięta, że ojciec ją za to obwinił, mówiąc, że to ona sprowokowała dziadka. Choć powiedział to tylko raz i prawdopodobnie nie zdawał sobie sprawy z konsekwencji wypowiedzianych słów, Amanda do dziś pamięta słowa ojca i wierzyła w nie całe swoje życie. Jej rodzice zachowywali się tak, jakby nic się nie stało, ale rodzina już nigdy nie był taka sama i nikt nigdy nie mówił o tym, co się stało ani o swoich uczuciach wobec zaistniałej sytuacji. Uważali najpewniej, że tak było najlepiej. Może nie byli w stanie postąpić inaczej?. Przez te wszystkie lata, temat wykorzystywania był zawsze obecny, lecz nigdy niesformułowany, ani prawidłowo niezarejestrowany. Emocjonalny rozwój Amandy został od tego momentu zablokowany..



Carla jest innym przykładem na to, że to co jest najbardziej traumatyczne, ma miejsce po właściwej traumie. Gdy miała 3 lata, zmarł jej ojciec. Carla, zawsze wesoła i uśmiechnięta dziewczynka, straciła całą swoją witalność dziecka. Nie rozumiała, co się stało, ale widziała matkę w depresji i odczuwała, że nie jest ona już nią tak zainteresowana jak kiedyś. Carla, jak większość dzieci w jej wieku, na egocentrycznym etapie rozwoju, tłumaczyła sobie to tym, że to wszystko jej wina, ponieważ nie była wystarczająco dobra. Czuła się samotna i opuszczona i robiła wszystko, by przyciągnąć uwagę mamy, ale na próżno. Wychowała się na osobę pełną lęków, niepewną siebie i prowadzącą rozwiązły styl w relacjach seksualnych, z poważnymi problemami porzucenia (*abandonment issues*), które wpływają na jej obecne związki.

3. Jak prowadzić psychoterapię z pacjentami strauumatyzowanymi?

To, co łączy ztraumatyzowanych pacjentów to fakt, że dotąd nie rozmawiali otwarcie o doznanej traumie. Donnel Sterna [7] bardzo trafnie nazywa ten rodzaj doświadczeń «niesformułowanymi». Nasi opiekunowie często są sparaliżowani w związku z tym, co się wydarzyło i nie reagują odpowiednim wsparciem. Istotne jest to, aby sformułować doświadczenia poprzez wprowadzenie odpowiednich nazw na to, co się stało, a przede wszystkim nazwać emocje, jakich dana osoba doświadczyła. Gdyby matka Carli zareagowała na śmierci jej ojca, mówiąc: «Droga Carla, twojego taty już nie ma, a my wszyscy jesteśmy bardzo smutni z tego powodu. Ale to nie jest twoja wina. Jednakże, to jest normalne, że czujesz się zawiedziona, że nie bawimy się z tobą jak wcześniej» złagodziłaby traumatyczne doznania swojej córki. **Formułowanie doświadczenia jest zarejestrowaniem go i nadaniem mu znaczenia.** Ofiary traumatycznych zdarzeń bardzo często czują, że ich emocje nie są uzasadnione. Zadaniem psychoterapeuty jest, aby potwierdzić je jako całkowicie normalne i uzasadnione. Wreszcie, ztraumatyzowani pacjenci bardzo często rozwijają **patologiczny sposób akomodacji** do nowej sytuacji i patologiczny sposób radzenia sobie z traumą. Tego typu sposoby są patologiczne, ponieważ mogą działać jedynie na krótki okres czasu, w dłuższej perspektywie zwykle powodują problemy.

4. Co to jest akomodacja patologiczna?

Akomodacja patologiczna (*pathological accommodation*) – to pojęcie wprowadzone przez Brandshaft'a [8], który odnosi się do sytuacji, gdy jednostka dostosowuje się do traumatycznej lub patologicznej sytuacji poprzez znalezienie systemu radzenia sobie, który przynosi jej natychmiastowe rozwiązanie problemu lub ulgę, ale przyczynia się do powstawania problemów w dłuższej perspektywie. Jest to próba przetrwania w ekstremalnej sytuacji emocjonalnej, gdy jednostka nie ma dostępu do lepszych form radzenia sobie, czy to z powodu ograniczeń otoczenia, czy z powodu braku lepszych zasobów (np. dziecko ztraumatyzowanych rodziców, które nigdy nie nauczyło się, jak regulować swoje stany emocjonalne). Pojęcie patologicznej akomodacji to relacyjny sposób patrzenia na objawy. Objaw nie jest pro-

blemem samym w sobie, lecz jest efektem nieodpowiedniej adaptacji do sytuacji problematycznej. Pacjent z uzależnieniem może myśleć, że jego prawdziwym problemem jest jego niezdolność do kontrolowania swoich impulsów, pacjent z ZOK (zaburzenie obsesyjno-kompulsywne) idzie na terapię, aby pozbyć się swoich myśli obsesyjnych oraz kompulsywnego zachowania. Jednak, uzależnienia lub obsesyjne myśli są tylko objawami, które wskazują na problem, ale nie są one prawdziwym problemem samym w sobie. Powinniśmy zadać sobie pytanie, dlaczego ten pacjent potrzebuje swojego uzależnienia albo dlaczego nie chce przestać kompulsywnie myć rąk. To nie jest łatwe zadanie, ale jeśli podejmiemy próbę głębszego rozpoznania problemu, możemy zdać sobie sprawę z tego, że ci pacjenci używają np. alkoholu lub myją ręce 10 razy, aby uspokoić swój lęk, którego nigdy nie nauczyli się kontrolować w bardziej adaptacyjny sposób. Zakładamy zatem, że kiedy owi pacjenci byli dziećmi, coś emocjonalnie trudnego, być może traumatycznego, wydarzyło się lub działo się cyklicznie (np. rodzice mieszkali razem, ale byli od siebie oddaleni), co spowodowało stres emocjonalny. Opiekunowie byli zbyt zajęci lub zbyt ztraumatyzowani, by być w stanie zaoferować kojącą odpowiedź dla swoich dzieci (np. Jest w porządku, być smutnym, jeśli widzisz, że się kłócimy), Dzieci dorastające w takiej atmosferze musiały same znaleźć doraźne rozwiązania (np. liczyć do 10, unikać stawiania na linii pomiędzy płytkami), które natychmiast je uspakajały. Nic dziwnego, że raz odkryta kojąca moc takiego mechanizmu, ma zastosowanie do wszystkich sytuacji stresowych, co powoduje zablokowanie emocjonalnego dojrzewania dziecka. Kiedy takie dzieci dorosną, i gdy okoliczności życiowe przestają je, mają tendencję do uciekania się do takich kojących zachowań, które teraz mogą spowodować znacznie poważniejsze konsekwencje (np. rosnąca potrzeba sprawdzenia wszystkiego 10 razy sprawia, że osoby te są mniej skuteczne lub nawet uniemożliwia im to robienie pewnych rzeczy samodzielnie, co skutkuje uzależnieniem się od innych, jakby były małymi dziećmi i nigdy nie stały się dorosłymi). Zaakomodowały się w sposób patologiczny do traumatycznej sytuacji i nigdy nie nauczyły się, jak radzić sobie inaczej. Teraz nie zdają sobie sprawy z faktu, że ich objaw jest ich sposobem radzenia sobie. Postrzegają go jako problem i przychodzą na terapię, aby się go pozbyć. Jak możemy odwrócić system akomodacji patologicznej? To, co naprawdę musimy zrobić, to pomóc im znaleźć nowe, bardziej adaptacyjne sposoby radzenia sobie z problemami, a stare sposoby stopniowo zanikną.

5. Mikro-trauma

Chociaż uważam wcześniej wspomnianą definicję traumy za prawidłową i aktualną, to jednak skłaniam się uznać ją za niekompletną, bez rozwinięcia i dodania podkategorii.

Wiele osób w dzisiejszym świecie doświadcza niskiego lecz przewlekłego poczucia depresyjności, niepokoju i złego samopoczucia. Mimo, że mają poczucie bezpieczeństwa materialnego, osiągnęły sukces osobisty i nic dramatycznie złego nie wydarzyło się w ich życiu, to jednak odczuwają zawstydzenie swoim ciągłym stanem nieszczęścia, wobec tak wiele osób, które cierpią z powodu silnej traumy i są «upoważnione» do doświadczenia problemów psychologicznych. Czy osoby

te cierpią z powodu czegoś traumatycznego, co tłumaczyłoby ich stan? Najprawdopodobniej doświadczyli czegoś, co nazywamy **traumą skumulowaną** [9] lub **mikro-traumą** [10].

Aby zrozumieć pojęcie mikro-traumy musimy spojrzeć z mniejszej perspektywy i przeanalizować wszystkie powtarzające się interakcje podczas całego życia, które konsekwentnie dodawały się, jedna do drugiej, jak krople wody, tworząc ocean. Gdy ocean już jest, nie jesteśmy w stanie zdać sobie sprawy, skąd pochodzi. Mikro-traumy są doświadczeniami, które gromadzą się i które nie są nigdy **artykułowane**, podlegają dysocjacji, są tłumione i wcale **niezarejestrowane**; są jak codzienne siniaki lub jak drobne odchylenia od normy rozwojowej [11]. To mikro-traumatyczne przeżycie podważa spójność i wartość poczucia siebie (*self-state*), jak i zmniejsza zdolność do kompletnego zaufania innym. «Mikro-traumy, tak jak i te w makroskali, wymagają aktywowania operacji obronnych, które same często dodatkowo tłumią lub zakłócają aspekty auto ekspresji, udaremniają poczucie spójności i wkradają się do już istniejących więzi lub związków, w miarę jak się one rozwijają». [10] Mikro-traumy to małe psychiczne porzucenia, drobne ciosy czy zdrady, które umacniają się i łączą z wyjściowymi psychicznymi skłonnościami jednostki, zakłócając tym samym nasze emocjonalne funkcjonowanie. Mikro-trauma jest dokładnie taka — niedramatyczna, ukryta, kumulująca się — po części dlatego, że występuje w kontekście pozornie wystarczająco dobrej relacji z innymi, to współobecność tego co dobre z tym co złe, przyjemności z bólem, co utrzymuje osobę ztraumatyzowaną w więzi i powoduje, że wraca po więcej.

Przykładem mikro-traumatycznego doświadczenia jest patologia «idealnych rodzin», których członkowie mają dwie możliwości: albo pozostać blisko rodziny i przestrzegać wartości rodzinnych by zachować przywiązanie i więzi emocjonalne, kosztem kompletnego dostosowania się i zrezygnowania z własnej potencjalnej tożsamości; lub wybrać swój własny sposób bycia i «zbuntować się», ale kosztem narażenia więzi uczuciowej i poczucia odrzucenia. Ci, którzy wybierają pierwszą opcję, innym wydają się zdrowsi i szczęśliwsi. Nikt nie kwestionuje, że robią to, co trzeba. Są to doskonałe córki, doskonali studenci, dobrzy fachowcy. Ale niewiele zauważa, że za ich doskonałością leży «**falsywne ja**» (*false self*) [12]. Osoby te akomodują się (**akomodacja patologiczna**) do systemu, tak aby nie stracić więzi uczuciowej, ponieważ w tych rodzinach albo jesteś z nami albo przeciwko nam. Ci nieelastyczni rodzice to osoby, które same są ztraumatyzowane i które wydają się mieć narcystyczne potrzeby całkowitego uzależnienia i posłuszeństwa i które nie są w stanie tolerować sprzeciwu, postrzegając go jako atak w kierunku ich wrażliwego i narcystycznego ja.

Skąd wiadomo, że ich ja jest falszywe? Taka osoba zaczyna czuć się pusta w wyniku ztraconego poczucia kontroli (*sense of agency*), nie dojrzała emocjonalnie, ponieważ jej rozwój emocjonalny został zamrożony bardzo wcześnie. Nie było czasu i miejsca na rozwój emocjonalny, była tylko przestrzeń na patologiczną adaptację i akomodację w celu zachowania więzi emocjonalnej, co ma ogromne znaczenie dla nas ludzi. Osoba ta zdaje sobie sprawę, że jej reakcje emocjonalne są często nieadekwatne do sytuacji i uczucie ciągłego nieszczęścia przeważa w jej życiu.

Jessica jest 25-letnią dyrektorką szkoły językowej, która szuka pomocy z powodu jej niewytłumaczalnego stanu depresyjnego i poczucie osamotnienia. Mówi o sobie: «Czasami chciałabym zostać w łóżku i płakać, czuję się niezdolna do wstawania z łóżka i zmierzenia się ze światem. Ale nic poważnego mi się naprawdę nie wydarzyło». Jak okazało się później, Jessica pochodzi z «idealnej», «narcystycznej» rodziny, zawsze najlepsza uczennica, nigdy niezbundetowana, pracownik roku w firmie. Była eksploatowana w firmie, nie miała przyjaciół i nie mogła zrozumieć, dlaczego, skoro zawsze była taką dobrą dziewczyną. Rozpoczęłyśmy wspólnie podróż nad zastanawianiem się nad **zasadami organizującymi** (*organizing principles*) [13], które kierowały jej życiem. Po 2 tygodniach terapii, opowiedziała mi następującą historię:

«Pamiętam jedną traumatyczną historię z mojego dzieciństwa, gdy w wieku 9 lat, nagle straciłam wszystkich przyjaciół. Miałam grupę przyjaciółek i zawsze robiłyśmy wszystko razem. Pewnego dnia jedna z nich organizowała u siebie imprezę, na którą mnie nie zaprosiły. Wróciłam do domu ze szkoły i powiedziałam mamie. I ona mi pomogła. Zadzwoiłam do moich przyjaciółek i powiedziałam im, że nie chcę się już więcej z nimi przyjaźnić.»

Jednak po kilku miesiącach, gdy jej umysł otworzył się i jej perspektywy rozszerzyły się i zaczęła patrzeć na życie własnymi oczami, a nie przez pryzmat jej wrażliwej, depresyjnej i narcystycznej matki, wtedy doszłyśmy wspólnie do innego zrozumienia tej samej historii.

«Pamiętam jedną traumatyczną historię z mojego dzieciństwa, gdy w wieku 9 lat, nagle straciłam wszystkich przyjaciół. Miałam grupę przyjaciółek i zawsze robiłyśmy wszystko razem. Pewnego dnia jedna z nich organizowała u siebie imprezę, na którą mnie nie zaprosiły. Wróciłam do domu ze szkoły i powiedziałam mamie. Ona zrobiła z tego wielką sprawę chociaż ja tak naprawdę nie patrzyłam na to w ten sposób. Pomyślałam sobie, że czasami może się zdarzyć. Ale moja mama powiedziała mi, że nie mogłam się już z nimi przyjaźnić, bo one mnie nie lubiły, jeśli nie zaprosiły mnie na imprezę. Nakazała mi do nich zadzwonić i powiedzieć im, że nigdy więcej nie będę z nimi rozmawiać. To było bardzo brutalne i trudne dla mnie. I nagle straciłam wszystkich moich znajomych i zostałam sama, aż do 15-stego roku życia. Płakałam sama w moim pokoju, a ona nawet nie przytuliła mnie i nie powiedziała mi, że rozumie, jak trudne to dla mnie musiało być. Musiałam uwierzyć, że miała rację, i że naprawdę nie miałam wyboru. Gdybym to rozwiązała inaczej, moja matka byłaby na mnie bardzo zła, potem zrobiłaby z siebie ofiarę, co miała w zwyczaju robić. Zmuszała mnie, żebym uwierzyła, że była jedyną osobą, która naprawdę była dla mnie dostępna, za co jestem niewdzięczna. A tak naprawdę wcale nie była. Moja mama miała depresję, od kiedy się urodziłam, nigdy nie była zadowolona, nigdy nie była ze mnie dumna, co robiłam nie było nigdy wystarczające.»

Długotrwałe doświadczenie **braku rozpoznania** (*nonrecognition*)[14] jest tak bolesne i traumatyczne, jak to spowodowane przez rodzica, który jest aktywnie krzywdzący, a czasami jest nawet bardziej wyniszczający. Brak rozpoznania (*nonrecognition*), w efekcie generuje dysocjacyjną strukturę w charakterze dziecka,

która dręczy je w trwały sposób w dorosłym życiu. To, co się przydarzyło Jessice, to wczesny brak reakcji rodzica na pewne aspekty jej prawdziwego ja. W konsekwencji, dziecko postrzega się jako bezwartościowe dla drugiej osoby, zatem brak rozpoznania (*nonrecognition*) prowadzi do strukturalnej dysocjacji części siebie lub tworzeniu **fałszywego ja** (*false self*)[12].

Nic dziwnego, że gdy Jessica przyszła na terapię, miała problemy w kontaktach z innymi ludźmi. Na początku terapii miała w zwyczaju mówić:

«Mój szef jest niesprawiedliwy, bo zmusza mnie do pracy po godzinach, a nikt inny nie wkłada tak wiele wysiłku jak ja», «Spotkałam się ze znajomą, a ona cały czas wysyłała sms-y do swojego chłopaka. Nie mam zamiaru się z nią już nigdy więcej spotkać», «Mój chłopak nie chce wrzucać zdjęć ze mną na Facebooku, na pewno chce sobie zostawić inne drzwi otwarte. Więc kłócimy się o to.»

Ale po roku terapii, jej wypowiedzi uległy zmianie:

«Mój szef mnie eksploatował, bo ja mu na to pozwalałam, chcąc być najlepsza i rozpaczliwie szukając bycia zauważoną», «Wyszliśmy z przyjaciółmi na kolację i rozmawiali o rzeczach, którymi nie byłam zainteresowana, więc po prostu ja zmieniłam temat i zaczęliśmy rozmawiać na bardziej interesujące mnie tematy», «Nie przejmuję się tym, co mój chłopak wrzuca na Facebooka, a im mniej o tym mówię, tym mniej on mi dokucza. Po tym wszystkim zauważyłam, że chodziło mu tylko o drażnienie mnie!»

Nie jest trudno zauważyć analogię pomiędzy sytuacją z matką i sytuacjami w jej obecnym życiu, też nie jest trudne wyobrazić sobie, jak wyglądała reszta jej życia we wczesnym dzieciństwie, sądząc po przykładach. W psychoterapii zakładamy, że **mikro-proces** odzwierciedla **makro-proces**, co oznacza, że można przyjąć, że sytuacje takie jak ta opisana wyżej, zdarzały się na co dzień. I choć nie wydają się być traumatyczne, bardziej mikro-traumatyczne, wszystkie razem wzięte są krzywdzące i pozostawiają znaczące piętno na naszym sposobie bycia lub **nieświadomym sposobie wchodzenia w relacje z innymi ludźmi** (*Implicit Relational Knowing*) [15], zagadnienie, które omówię później. Jessica działała w jej dorosłym życiu zgodnie z tym, czego nauczyła się w jej wczesnych latach i z tym, jak dostosowała się i zaakomodowała w celu zachowania więzi z matką. «Powodem, dla którego mikro-traumatyczne relacje mogą skumulować się i przyczynić się do wytworzenia krzywdzącego schematu zachowania jest to, że mimo że nie ma nic dobrego co moglibyśmy otrzymać od naszych rodziców, mamy skłonność do podtrzymywania więzi z nimi nawet po tym, jak nas zranili.» [10]

Wkrótce po tym, jak Jessica wyprowadziła się od rodziców, zdała sobie sprawę, że czuła się nieszczęśliwa i pusta. Co ciekawe, to, co zmotywowało ją do szukania terapii był strach przed tym, by nie stać się taką, jak jej matka. I, jak pokazuje mechanizm samospełniającego się proroctwa, była na dobrej drodze do powtórzenia wzoru mamy, którego tak bardzo nienawidziła i bała się.

Kiedy poznałam Jessicę, cierpiała na **narcystyczne zaburzenie osobowości**. Cechy tego obrazu klinicznego to depresja, brak witalności, hipochondria i nadwrażliwość. Wszystkie te objawy mogą być związane, w taki czy inny sposób, z powracającym urazem narcystycznym, który odgrywa centralną rolę w postrze-

ganiu psychicznej traumy. Wrażliwe «ja» jeszcze bardziej się kurczy w odpowiedzi na postrzegane ataki na jego wartość. Skutkiem emocjonalnym jest wstyd, ból, a czasami złość.

Istotą zdrowej relacji dla rosnącego «ja» dziecka jest dojrzałe i spójne «ja» rodzicielskie, które **dostraja się** do zmieniających się potrzeb dziecka. Niektórzy rodzice nie są jednak odpowiednio wrażliwi na potrzeby dziecka, ponieważ skupiają się na własnych potrzebach ich własnego wrażliwego «ja», które jest efektem wychowywania się w warunkach braku **bezpiecznego przywiązania**. [16] Trauma rozwojowa powstaje w intersubiektywnym kontekście kształtowania się osobowości dziecka, którego główną cechą jest **brak odpowiedniego «dostrojenia» (*malattunement*)** rodzica do bolesnych uczuć dziecka, powodując nieodpowiednie funkcjonowanie **systemu wzajemnej regulacji** między dzieckiem i opiekunem. Prowadzi to do utraty zdolności dziecka do integracji swoich własnych emocji i, co za tym idzie, do wytworzenia się w nim uczucia ciągłego przytłoczenia i chaosu emocjonalnego [2]. Proces wczesnego przywiązania Jessici i zdolność do wzajemnej regulacji, jak również jej **nieświadomy sposób wchodzenia w relacje z innymi**, zostały poważnie osłabione [7], zatem w jej dorosłym życiu miała trudności w regulowaniu własnych stanów emocjonalnych i reakcji emocjonalnych w związkach z innymi ludźmi, co przekładało się na stałe poczucie osamotnienia, wstydu i depresji.

Co zrobiliśmy, by spowodować tę zmianę?

Zarejestrowaliśmy, sformułowaliśmy i nadałyśmy wartość jej uczuciom i spojrzeliśmy inaczej na niektóre kluczowe sytuacje, które miały miejsce w jej życiu. Przeanalizowałyśmy nowe sytuacje i zbudowałyśmy mosty między nimi i przeszłością. Nadając dawnym zdarzeniom nowe znaczenia, znaleźliśmy też nowe znaczenia dla obecnych problemów. Innymi słowy, Jessica zdała sobie sprawę, że sposób, w jaki zachowywała się i reagowała emocjonalnie był bardzo ściśle związany z tym, jak się czuła w jej wczesnych latach, kiedy nigdy nie mogła wyrazić swoich uczuć.

Terapia była jej przestrzenią, gdzie co tydzień przynosiła wszystkie emocjonalnie trudne sytuacje z jej codziennego życia, by wspólnie szukać powodów, dla których ją tak bardzo dotykały. Zaczęła czuć, że jej reakcje mają sens, lecz wciąż nie potrafiła dostosować ich lepiej do sytuacji. Były one wyolbrzymione ponieważ przypominały jej nierozwiązane problemy z przeszłości. Poprzez nadanie nowego sensu jej przeszłości udało się nam nadać nowy sens teraźniejszości i znalazła sposób, krok po kroku, aby rzeczy, które nie były bardzo znaczące, mniej ją dotykały. To dało jej lepsze **poczucie sprawstwa** czy kontroli nad własnym życiem (*sense of agency*), zaczęła czuć się pełna i spełniona, a przytłaczający ją smutek ustąpił. «Praca z mikro-traumą nigdy nie jest prostą drogą. Ale zaklejenie dziur we wcześniej niedostępnych naszej psychice problemach przynosi satysfakcję; ponieważ rozwiązanie tych kwestii może przynieść pacjentowi dawno oczekiwaną ulgę od lęku i dysforii prowadząc ostatecznie do poczucia wolności psychicznej». [10]

6. Neurobiologiczne podstawy traumy

Istnieją dwa podstawowe mechanizmy neuropsychologiczne, które zachodzą u ztraumatyzowanych pacjentów:

Zaburzone zarządzanie emocjami — «Nie wiem, dlaczego robię to, co robię, ale nie mogę przestać tego robić» i dysocjacja — «Nic nie czuję».

6.1. Zaburzone zarządzanie emocjami

Prawdopodobnie najważniejszym neurobiologicznym odkryciem leżącym u podstaw wszystkich innych koncepcji relacyjnych jest fakt, że nasza zdolność do zarządzania emocjami jest bezpośrednio związana z naszymi wczesnymi doświadczeniami tworzenia więzi (**attachment**) [18–22].

Jako istoty ludzkie mamy potrzebę budowania więzi – nasze neurony lustrzane cały czas pracują. Mitchell [23] stwierdził, że szukamy intensywnie więzi emocjonalnych, ponieważ z natury pragniemy powiązania z innymi (**relatedness**). Co się stanie, jeśli emocjonalna więź z opiekunem nie przebiegała tak jak powinna?

W okresie wczesnego dzieciństwa, zaniedbanie psychospołeczne i brak więzi oraz brak dostrojenia rodzicielskiego do potrzeb dziecka (**misattunements**) okazały się być najsilniejszymi «stresorami», które prowadzą do zaburzenia funkcjonowania płata czołowego [24]. Wcześniejsze trudności w nawiązywaniu więzi wpływają na regulację emocjonalną i na neurobiologię. Emocje są początkowo regulowane zewnętrznie przez opiekuna, lecz w trakcie rozwoju dziecka, stają się coraz bardziej regulowane wewnętrznie w wyniku rozwoju neurofizjologicznego dziecka [20]. To jest to, co nazywamy **samoregulacją**, która obejmuje zdolność człowieka do elastycznego regulowania stanów emocjonalnych poprzez interakcję z innymi lub bez nich. Gdy trauma wynika z relacji międzyludzkiej, tracimy zdolność do myślenia, zanim zadziałamy, a nasze reakcje wynikają bezpośrednio ze stanów emocjonalnych i schematycznych zachowań [25]. Konsekwencją jest rozregulowanie emocjonalne, upośledzenie zdolności do tworzenia więzi i zaburzenia procesów poznawczych. Postępujące rozregulowanie może przybrać formę przewlekłą w postaci **nadmiernego pobudzenia (*hiper arousal*)** lub **dysocjacji** i zatem predysponować dziecko do zaburzeń odżywiania lub do nadużywania różnych substancji, ponieważ uczy się szukać ukojenia lub regulowania wewnętrznego stresu w źródłach zewnętrznych [24]. Mechanizmy te mają charakter cykliczny, są schematyczne i powtarzane przez całe życie [26].

Co zatem dokładnie dzieje się na poziomie neurobiologicznym, co by wyjaśniało te mechanizmy? Neurobiolodzy, którzy są obecnie w stanie śledzić i badać ścieżki neuronalne, udowodnili, że osoby z traumą i uzależnieniami mają mniejszą liczbę połączeń neuronalnych w hipokampie [27], gdzie tworzą się zarówno świadome, jak i nieświadome wspomnienia. W sieciach neuronalnych osób ztraumatyzowanych informacja przepływa cały czas tymi samymi szlakami, powodując bardziej ograniczony dostęp do innych opcji zachowania [28, 29]. Dlaczego tak się dzieje u osób ztraumatyzowanych? Ponieważ osoby te mają bardzo niski próg dla intensywnych uczuć i emocje powyżej poziomu progowego nie mogą być przetwarzane

w hipokampie. Zamiast tego są one przechowywane w jądrze migdałowatym, które odgrywa kluczową rolę w przetwarzaniu emocji. Problemem jest to, że ten system, który działa poza świadomością, jest szczególnie zaprogramowany by reagować na strach i gniew, lecz ciało migdałowe nie pozwala na autorefleksję i świadome myślenie [24], w związku z tym możliwość dokonywania przemyślanych decyzji jest ograniczona. Ciało migdałowe, które odgrywa kluczową rolę w koordynowaniu percepcji z pamięcią i zachowaniem, jest również wrażliwe na interakcje społeczne. Ciało migdałowe przypisuje zatem znaczenie bodźcom, ale pozwala na dostęp jedynie do konkretnego języka, zamykając tym samym dostęp do przetwarzania wyższych emocji, do języka symbolicznego, pamięci języka, testowania rzeczywistości i funkcji planowania [30]. Dlatego też dysfunkcyjne wzorce pacjenta (zaburzenia odżywiania, uzależnienia) są odtwarzane w sposób automatyczny lub nieświadomy, który wydaje się być niemożliwy do wytłumaczenia i zrozumienia [31]. Teoria ta tłumaczy dlaczego pacjenci ztraumatyzowani powtarzają te same wzorce, choć świadomie nie mają takiego zamiaru i dlatego te schematy (zwane również **Zasadami Organizującymi – Organizing Principles i nieświadomym sposobem wchodzenia w relacje – Implicit Relational Knowing**) jest tak trudno zmienić na poziomie świadomym i refleksyjnym.

6.2. Dysocjacja

Dysocjacja lub emocjonalne wycofanie następuje w sytuacjach stresujących, gdy brak jest nadziei i pomocy. Wówczas ma miejsce zahamowanie reakcji emocjonalnych i osoba taka stara się uniknąć uwagi innych oraz pragnie stać się niewidzialną [24]. Ten stan to dysocjacyjne wyłączenie metaboliczne. Wyłączenie jest podstawowym procesem regulacyjnym, stosowanym, aby przetrwać. Kiedy jesteśmy zestresowani, mamy za zadanie zwolnić procesy życiowe i zachować naszą energię, co pozwala nam się zreorganizować. Z reguły nie jest to świadomą decyzją, choć życie w ciągłym strachu nie należy do najwygodniejszych. Jak możemy zrozumieć proces chemiczny, który stoi za mechanizmem dysocjacji? W tym pasywnym hipo-metabolicznym stanie, tętno, ciśnienie krwi i oddychanie zmniejszają się, podczas gdy opioidy endogenne usmierzające ból, są podwyższone. Jest to przywspółczulny mechanizm, który przyczynia się do poczucia obojętności i wycofania i pośredniczy w mechanizmie dysocjacji. To emocjonalne znieczulenie spełnia funkcję obronną przed destabilizacją poczucia własnego ja.

Jeśli nadmierna regulacja obronna staje się przyjętym wzorcem zachowań, następujące po sobie silne uczucia somatyczne mogą nie być w stanie przedostać się po sieci neuronowej do świadomości; zamiast tego, mogą one być regulowane przez zachowania zewnętrzne [20], takie jak niepohamowany apetyt, cięcie się, agresywne zachowania lub inne formy samookaleczenia się. Świadoma znajomość stanów swojego ja jest poniżej możliwości dla tych pacjentów. W sytuacjach terapeutycznych, które wymagają biegłych odpowiedzi i auto-świadomości, zdysocjowani pacjenci zazwyczaj nie są w stanie funkcjonować. W zamian, stają się świadomi swojego stanu somatycznego, a nie swych uczuć. Ma miejsce podział lub dysocjacja pomiędzy stanami uczuciowymi i językiem świadomym: zdysocjowany pacjent może brzmieć

tak, jakby jego funkcje językowe były nie nienaruszone i może się wydawać, że odpowiada normalnie na terapię, natomiast to, o czym mówi, może być niezwiązane z jego stanem uczuciowym, zarówno w tym co wyraża, jak i w tym co odbiera [32].

6.2.1 Przykład zaburzenia odżywiania

Laura jest 18-letnią dziewczyną, która rozpoczęła terapię, ponieważ chce schudnąć. Zawsze stara się być na diecie, ale nigdy się jej nie udaje, wręcz przeciwnie, cały czas przybiera na wadze i wstydi się swojego nadmiaru wagi, obwiniając jedzenie za wszystkie złe rzeczy, które dzieją się w jej życiu. Laura uważa, że gdyby udało jej się schudnąć, wszystkie inne problemy zniknęłyby w magiczny sposób. Jak możemy zrozumieć tę sytuację i pomóc rozwiązać Laurze jej zaburzenie odżywiania, z punktu widzenia teorii traumy?

Spójrzmy na schemat, który leży u podstaw problemu. Jej związek z jedzeniem jest bardzo emocjonalny; Laura nie je, kiedy jest głodna, lecz je, kiedy czuje się źle. Używa jedzenia jako zewnętrznego mechanizmu kojącego, ponieważ nie opracowała wewnętrznego i zdrowego schematu kontroli emocji. Jedzenie jednak jest bardzo zdradliwym mechanizmem kojącym, ponieważ łatwo tworzy się błędne koło bardzo trudne do przerwania. Prowadzi to do nadmiernego jedzenia i przybierania na wadze, co powoduje poczucie winy i paradoksalnie, zwiększa niepokój. Ponieważ mechanizmem uspakajającym Laury jest jedzenie, je ona jeszcze więcej w odpowiedzi na nadmierne jedzenie. Wydaje się, że jest to sytuacja bez wyjścia.

Zrozumienie składnika neurobiologicznego jest interesujące i ważne, ponieważ to również wyjaśnia, dlaczego nie można podejść do tych pacjentów za pomocą jedynie logiki czy racjonalnie. Początkowo pacjenci ci wydają się być surowi, obcowanie z nimi wydaje się być bardzo trudne a ich silne stany emocjonalne wydają się nie mieć sensu, ponieważ nigdy nie zostały one sformułowane. Musimy «dotrzeć do prawej półkuli» tych pacjentów i stworzyć więź emocjonalną, aczkolwiek z odpowiednim **dostrajaniem (attunement)**, empatią i dopasowaniem, unikając języka zintelektualizowanego. W przeciwnym razie wpadniemy w pułapkę patologii pacjenta.[32]

Samoregulacja może być rozumiana jako zdolność do skutecznego zintegrowania potrzeb zewnętrznych i wewnętrznych, podczas gdy w tym samym czasie podtrzymywane jest poczucie bezpieczeństwa, poczucie własnej ciągłości i potrzeb. Regulacja emocji odnosi się do sposobu, w jaki nasz układ nerwowy zarządza **pobudzeniem (arousal)** w odpowiedzi na stres – czyli sposób zarządzania energią. Objawy takie jak: zaburzenia odżywiania, są strategią zarządzania nadmiernym i uciążliwym pobudzeniem, w połączeniu z brakiem wczesnych więzi emocjonalnych, która nauczyłyby nas wystarczających zdolności samoregulacyjnych [32]. Pacjenci ci nie są biegli w komunikacji słownej i czują się emocjonalnie przytłoczeni. Nie mają skutecznych sposobów modulowania pobudzenia i opierają się na regulatorach zewnętrznych (zaburzenia odżywiania, nadużywanie substancji psychoaktywnych). Każda sesja terapeutyczna powinna być **naprawczym doświadczeniem emocjonalnym** [33], podczas którego psychoterapeuta pomaga regulować własne stany emocjonalne. Jak możemy

regulować nasze stany emocjonalne? Rejestrując (zauważając) i formułując je (oddając słowami), nadając im wartość (są one pełnoprawne) oraz poprzez uświadamianie ich sobie (zrozumienie skąd pochodzą). Celem jest to, by pacjenci z zaburzeniami odżywiania zaczęli stosować ten wzór, zamiast objadania się jako formy regulującej emocje i mechanizmu kojącego. Możemy zatem pomóc tym pacjentom poprzez zmianę istniejących schematów i zastąpienie ich nowymi. Stworzenie nowego szablonu ma miejsce w trakcie silnie emocjonalnych momentów lub zmian. [34–37]

7. Różne rodzaje pamięci

Kluczowym pojęciem pomagającym rozumieć, dlaczego negatywne skutki traumatycznych wydarzeń utrwalają się w naszym życiu, jest pojęcie **nieświadomego sposobu wchodzenia w relacje międzyludzkie (Implicit Relational Knowing)** [15] oraz rozróżnienie między dwoma rodzajami pamięci, **ukrytej (nieświadomej)** i **jawnej (świadomej)** lub **proceduralnej czy deklaratywnej**.

Nieświadomy sposób wchodzenia w relacje międzyludzkie (Implicit Relational Knowing) to informacje zebrane podczas naszych relacji z innymi ludźmi na temat tego, co możemy oczekiwać od innych i od nas samych. Informacja ta jest nieświadoma, są to emocje, które czujemy, ale nie zawsze zamieniamy je w słowa. Kiedy reagujemy emocjonalnie, możemy aktywować, bardzo często bez użycia refleksyjnego myślenia, archiwum naszej ukrytej (nieświadomej) pamięci. Poprzez emocjonalne związki z innymi, możemy zmienić i poszerzyć nasz nieświadomy sposób wchodzenia w relacje z ludźmi. Poprzez spójną integrację między tym co świadome i tym co nie, możemy mieć pewną kontrolę nad naszymi automatycznymi reakcjami emocjonalnymi [38]. Aby to zilustrować, spójrzmy na słynny przykład eksperymentu przeprowadzonego przez Édouard Claparède, szwajcarskiego neurologa i psychologa.

Około 100 lat temu Claparède miał pacjentkę z amnezją, którą odwiedzał każdego dnia. Każdego następnego dnia jednak, nie pamiętała go i nie wiedziała, że był jej lekarzem. Pewnego dnia Claparède wpadł na pomysł sprawdzenia, czy pamięta coś innego niż czyste fakty. Użył szpilki, by ją ukłuć, gdy podawał jej rękę i pacjentka odskoczyła z krzykiem. Następnego dnia ta sama historia powtórzyła się, ale coś było inaczej tym razem. Pacjentka nadal nie pamiętała jego nazwiska, ani nie wiedziała, że był jej lekarzem, ale gdy chciał jej podać dłoń, lekko odsunęła się od niego. Jednak, kiedy Claparède zapytał ją, dlaczego nie chciała dać mu ręki, nie wiedziała dlaczego. Tak więc okazało się, że choć pacjentka Claparède nie potrafiła zapamiętać faktów, pamiętała emocje takie jak strach.

Ten przykład pokazuje, że ludzie mają dwa różne rodzaje pamięci: pamięć odpowiedzialną za wyraźne zapamiętywanie faktów, jak czyjeś imię lub fakt, że ukłuł nas szpilką, oraz drugą, zwany pamięcią nieświadomą (implicit), która jest odpowiedzialna za pamięć stanów emocjonalnych, takich jak strach przed kimś, kto nas zranił wcześniej. [38]

U osób, które z przyczyn neurologicznych nie mają problemów z pamięcią,

czerpiają informacje z obu rodzajów pamięci; mogą zatem czuć strach. Obrazuje to doświadczenie Claparède podającego dłoń po wcześniejszym zranieniu jej, co wywołało strach u pacjentki. Posługując się obiema rodzajami pamięci, pacjent może świadomie zdecydować czy strach ten ma sens. Miałoby sens czuć strach, jeśli zrobił to celowo i nie miałoby, jeśli to był wypadek jednorazowy. Kiedy korzystamy z naszej **pamięci świadomej (explicit)**, czyli przypominamy sobie, co Claparède zrobił, kiedy ostatnio widzieliśmy go, doskonale zdajemy sobie sprawę z tego, że to robimy. Wręcz przeciwnie, gdy chcemy przypomnieć sobie emocje, które odczuwaliśmy, kiedy ostatnio widzieliśmy Claparède, zwykle nie jesteśmy świadomi faktu, lecz po prostu ponownie je odczuwamy. Dlatego też możemy czuć się nerwowi, gdy czekamy w kolejce do lekarza. Jeśli pomyślimy o prowadzeniu samochodu, większość ludzi wie, jak prowadzić samochód, ale zapewne nie wie dobrze, co dokładnie robi. Musielibyśmy się zatrzymać i pomyśleć o tym, ponieważ to, co robimy jest automatyczną aktywnością i nasze świadome myślenie jest wyłączone. I jak możemy o tym pomyśleć? Wykonujemy tę czynność w naszej wyobraźni i obserwujemy, aby być w stanie powiedzieć, jaka jest sekwencja ruchów. Dokładnie to samo dzieje się z naszymi emocjami, nie możemy przypomnieć sobie, co czuliśmy, jeśli nie poczujemy tego ponownie.

Jak możemy ekstrapolować te informacje na traumę i sytuacje z życia codziennego. Ludzie, którzy zostali poddani traumie, bardzo często nie pamiętają wszystkich faktów związanych z traumatyczną sytuacją. Nie pamiętają, ponieważ stosują mechanizm obronny nie pamiętania rzeczy, które są zbyt bolesne, ale nadal odczuwają emocje (ból, strach, złość) związane z traumatycznym wydarzeniem, gdy w ich otoczeniu pojawi się «detonator», nie wiedząc dlaczego tak się dzieje.. Trudne jest dla tych pacjentów znaleźć związek między pamięcią nieświadomą, pamięcią emocji czy nieświadomym sposobem relacjonowania się z ludźmi, a pamięcią świadomą (explicit).

8. Teoria przywiązania (Attachment theory)

Wiele już zostało powiedziane na temat przywiązania, ale czym właściwie jest **przywiązanie**? Teoria przywiązania została wprowadzona przez Johna Bowlby'ego w 1960 roku [39], a niewiele później seria eksperymentów neurologicznych i neuropsychologicznych na dzieciach [40–50] potwierdziła teoretyczne założenia Bowlby'ego, że dzieci są interaktywne od samego początku. John Bowlby uważał, że tendencja niemowląt by tworzyć więzi z opiekunami była wynikiem presji ewolucyjnej, ponieważ stworzenie przywiązania ułatwiło przetrwanie niemowlęcia w obliczu zagrożeń, takich jak drapieżniki lub inne zagrażające elementy środowiska.

Teoria przywiązania opisuje system zachowań, stworzonych by regulować bezpieczeństwo dziecka w otoczeniu, w którym dorasta. Niemowlęta mają «emocjonalny mózg» od urodzenia, ich mózgi specjalizują się we wzajemnej regulacji i dlatego dziecko jest świadome swoich preferencji. Najbardziej podstawowym mechanizmem intersubiektywnej koordynacji jest interakcja i regulacja emocji za pomocą komunikacji.

Dziecko nie rodzi się jednak jako «tabula rasa»; dzieci rodzą się z pewnym typem temperamentu i każde dziecko reaguje inaczej na ten sam sposób komunikowania z opiekunem, podczas gdy opiekunowie reagują inaczej na różne typy temperamentu swoich dzieci. Koncepcja ta, zwana **dobrocią dopasowania (goodness of fit)** [51] ma zasadnicze znaczenie dla zrozumienia, dlaczego w relacjach matka-niemowlę, może mieć miejsce **brak odpowiedniego dostrojenia (misattunements)**.

Eksperymenty przeprowadzone przez psychologa rozwojowego, Mary Ainsworth, w latach 60 i 70-tych, nazwane **dziwna sytuacja** [40, 41], zostały opracowane, aby obserwować relacje przywiązania między opiekunem a dzieckiem (w wieku 9–18 miesięcy). Te eksperymenty pozwoliły wyróżnić różne style przywiązania, które dzieci rozwijają i które towarzyszą im w ciągu całego ich życia. Style te tłumaczą **zasady organizujące (organizing principles)**, rządzące życiem człowieka i pozwalają przewidzieć przyszłe wzorce relacyjne na podstawie obserwacji sposobu przywiązania niemowlęcia. Jedynym psychicznie zdrowym stylem przywiązania, który działa jako bufor dla stresujących sytuacji, jest **bezpieczny styl przywiązania**.

Istnieją cztery typy stylów przywiązania:

- **bezpieczny** – dziecko będzie protestować, gdy oddzielone zostanie od opiekuna i szczęśliwe, gdy opiekun wraca. Oznacza to, że opiekun jest bezpieczną bazą dla dziecka, zdolną do regulowania jego stanów emocjonalnych, działając jako ukojenie, kiedy dziecko czuje się zaniepokojone. Niemowlęta wytwarzają bezpieczne przywiązanie, gdy opiekun jest wrażliwy na ich sygnały i reaguje odpowiednio do ich potrzeb. Takie dzieci czują pewność, że ich obiekt przywiązania będzie dostępny, aby sprostać ich potrzebom. Korzystają one z obiektu przywiązania jako bezpiecznej bazy wypadowej do odkrywania otoczenia i szukają go w razie niebezpieczeństwa [52]. Takie dziecko, w jego dorosłym życiu, będzie wiedzieć jak regulować swoje emocje w zdrowy sposób w trudnych lub traumatycznych sytuacjach życiowych i nie będzie unikać interakcji, będzie raczej uciekać się do niej, gdy zostanie przytłoczone emocjonalnie;
- **niepewny–unikający** – dziecko nie będzie protestować, gdy zostanie oddzielone od matki, ani nie cieszy się gdy matka wraca. . Dzieci te są bardzo niezależne od obiektu przywiązania zarówno fizycznie jak i emocjonalnie [53]. Nie szukają one kontaktu z obiektem przywiązania, gdy są przygnębione. Takie dzieci najprawdopodobniej mają opiekuna, który jest nieczuły i niewrażliwy na ich potrzeby [54]. Obiekt przywiązania prawdopodobnie wycofuje się i nie pomaga w trudnych zadaniach [55] i często jest niedostępny w momentach emocjonalnie trudnych. Dziecko zaczyna wierzyć, że komunikowanie potrzeb nie ma wpływu na matkę/ojca. Te dzieci nauczą się, że opiekun (lub inna znacząca postać w przyszłości) nie jest zdolny do regulowania ich stanów emocjonalnych i muszą polegać na sobie;
- **niepewny–ambiwalentny** – dziecko będzie protestować, gdy opiekun je opuszcza, ale nie cieszy się gdy wraca. . Dziecko takie zachowuje się w sposób nadmierne zależny od opiekuna, ale będzie go odrzucać podczas interakcji. Nie rozwija poczucia bezpieczeństwa przy obiekcie przywiązania. W związku z tym wykazuje trudności w oddalaniu się od obiektu przywiązania by od-

krywać nowe otoczenie. Gdy jest strapione, trudno je uspokoić i nie znajduje pocieszenia w interakcji z obiektem przywiązania. Takie zachowanie wynika z niespójnego poziomu odpowiedzi na ich potrzeby ze strony opiekunów. Czasami potrzeby dziecka są spełniane a czasami są one ignorowane przez matkę / ojca. Jako dorosłe, będzie mu bardzo trudno ufać ludziom i polegać na innych i będzie mieć negatywny obraz siebie, wyolbrzymiając swoje reakcje emocjonalne jako sposób zdobycia uwagi [56];

- **chaotyczny / zdezorientowany** – ten styl nawiązuje do braku spójności w zachowaniu lub postawie dziecka. Zbliżanie się i unikanie opiekuna mają miejsce jednocześnie. Udowodniono, że nierozwiązane traumy w życiu rodzica są najlepszym prognostykiem niezorganizowanego stylu przywiązania pomiędzy rodzicem a dzieckiem. Rodzice, którzy doświadczyli traumy we wczesnym życiu i jej nie rozwiązali, będą prawdopodobnie zachowywać się w sposób dezorientujący dla ich dziecka. Mogą działać w sposób, który nie ma sensu, wykazując nieprzewidywalne, mylące lub nieprawidłowe działania w relacjach z dziećmi. Chaotyczny styl przywiązania może być przekazywany z pokolenia na pokolenie, ponieważ rodzice, którzy walczą ze swoimi nierozwiązanymi traumami, mogą mieć problemy z tolerowaniem wielu emocji ich dzieci. Mogą oni reagować na swoje dzieci ze strachem lub innymi pierwotnymi emocjami i być zupełnie nieświadomi, że ich zachowania i reakcje emocjonalne mogą mieć destrukcyjny charakter. Osoba, która wychowała się w niezorganizowanym stylu przywiązania, nie nauczyła się zdrowych sposobów na uspokojenie się. Może mieć problemy społeczne lub nie być w stanie polegać na innych, by regulować swoje emocje. Może być dla nich trudne, aby otworzyć się na innych i szukać pomocy. Często mają trudności by ufać ludziom, ponieważ nie mogli zaufać tym, na których bezpieczeństwie powinni byli móc polegać w trakcie dorastania. Mają trudności w swoich związkach, przyjaźniach i przy wychowywaniu własnych dzieci. Na ich życie społeczne może mieć ponadto wpływ fakt, że ludziom z bezpiecznym stylem przywiązania często powodzi się w życiu lepiej. Dzieci z bezpiecznym stylem przywiązania często są traktowane lepiej przez rówieśników, a nawet nauczycieli w szkole. Osobom z dezorganizowanym stylem przywiązania, ponieważ stale zmagają się z ubogimi umiejętnościami społecznymi i brakiem zdolności do regulacji emocjonalnej, może być trudno tworzyć i utrzymywać stałe relacje. Często mają trudności z zarządzaniem stresem, a nawet mogą wykazywać zachowania wrogie lub agresywne. Ze względu na ich negatywne wcześniejsze doświadczenia życiowe, mogą postrzegać świat jako niebezpieczne miejsce.

8.1. Odwrócenie ról (role reversal)

Co się stanie, jeśli dziecko rodzi się w rodzinie z nierozwiązaną traumą i rozwija chaotyczny styl przywiązania? Jaki wytwarza **system patologicznej akomodacji** by dostosować się do tej dezorientacji? Ta dezorientacja jest bardzo często związana z **odwróceniem ról (role-reversal)** [57], w którym dziecko przejmuje kojącą rolę opiekuna w późniejszej interakcji. Odwrócenie ról bardzo dobrze zostało zilustro-

wane na obrazie Magritte'a «The Spirit of Geometry». Zjawisko to jest bardzo powszechne i stanowi część procesu patologicznej akomodacji: aby nie cierpieć więcej z powodu rodzicielskiej labilności emocjonalnej lub narzuconego niepokoju, dziecko przejmując rolę uspokajającej figury. Jest to rozwiązanie chwilowe, by uniknąć krzywdzących i przykrych uczuć. W dłuższej perspektywie jednak prowadzi to do zablokowania rozwoju emocjonalnego dziecka, które zamiast przechodzić przez proces rozwoju emocjonalnego i żyć w pełni swoim życiem i rozwija radar do detekcji niepokojów innych i żyje w stałym stanie alarmowym.

Ana jest 31-letnia córka matki alkoholiczki, która przyszła na terapię ponieważ cierpi na bezsenność. Wydaje się być spięta w każdej sytuacji, jakby nieustannie przewidywała niebezpieczeństwo i nie mogła powstrzymać stanu czuwania. Bardzo trudno się z nią rozmawia, należy ważyć słowa i opinie, które odbiera jako bolesne. Pewnego dnia podczas kolejnej terapii spytała: «Mój chłopak powiedział mi, że jestem spięta przez cały czas. Czy uważasz to samo?» Bardzo spodobało mi się jej pytanie, ponieważ jeszcze niedawno, gdy ktokolwiek powiedział jej coś podobnego, interpretowałaby to jako krytykę wobec siebie i skarżyła się, że jest źle traktowana. Odpowiedziałem jej zatem: «Tak, zgadzam się z twoim chłopakiem. Jestem też bardzo dumna z ciebie i z postępu jaki zrobiłaś, że nie postrzegasz już tego komentarza jako zagrożenia.» Zaskoczona i uspokojona tą interakcją, dodała: «Mój chłopak kupił mi bransoletkę, która mierzy puls i zdałam sobie sprawę, że mój puls jest znacznie wyższy niż reszty ludzi. Uważasz, że to może mieć związek?» To był pierwszy raz w ciągu rocznej terapii, kiedy Ana zdecydowała się powiedzieć mi coś, co uważała za ważne, zamiast opowiadać wszystko, co się stało i czeka, aż ja wybiorę to, co było ważne dla jej terapii. Ta subtelna różnica nie może nam umknąć i być niezauważona, ponieważ oznacza ona, że Ana jest o wiele bardziej pewna siebie, będąc w stanie wziąć odpowiedzialność za wybór tego, co jest ważne w jej życiu. Zwracam na to jej uwagę i dodaję: «Oczywiście, że jest to możliwe i zarazem zupełnie normalne; ponieważ nie możesz czuć się spokojna w swoim obecnym codziennym życiu, jeśli będąc dzieckiem odbierałaś świat jako miejsce niebezpieczne i pełne zagrożeń. . Jeśli byś zasnęła i zrelaksowała się podczas gdy twoja matka była pijana, mogła spalić dom i się zabić i nie było nikogo innego, w całej waszej rodzinie, kto by się nią opiekował. Zrobiłaś najlepiej jak mogłaś, bo nie mogę nawet sobie wyobrazić, jakie byłoby twoje życie, gdyby coś naprawdę się stało. Ale nasuwa się istotne pytanie, gdzie był wtedy twój ojciec? Nie był to jego rolą?» Wzorzec zachowania jej ojca nie zmienił się znacznie od tamtego czasu i możemy założyć, że po prostu nie był dojrzały emocjonalnie, by kontrolować sytuację i zapewnić bezpieczeństwo swoim dzieciom, mimo epizodów alkoholowych żony. Ana opowiadała mi historie, jak w jej dorosłym życiu i na samym początku jej kariery zawodowej, jej ojciec pożyczał od niej pieniądze, aby na przykład kupić sobie nowy samochód i nigdy ich nie oddawał, lub robił z nią zakupy świąteczne i czekał aż ona zapłaci. Ana nauczyła się, aby zawsze zapewniać bezpieczeństwo nie tylko dla siebie, ale również dla całej rodziny. Ten krótki przykład pokazuje sytuację odwrócenia ról i konsekwencji tego procesu w dłuższej perspektywie: ciągle poczucie odpowiedzialności, lęku i osamotnienia. Ana nie może odpocząć, musi czuwać.

Gdyby pozwoliła sobie na relaks, coś złego mogłoby się stać. To jest dokładnie to, co nazywamy **zasadami organizacyjnymi lub nieświadomym schematem relacjonowania się z innymi**. Donna Orange, psychoanalityk z Nowego Jorku, w jednym ze swoich wykładów podała przykład właściwego zachowania rodziców, by tworzyć bezpieczne przywiązanie. Zaraz po ataku terrorystycznym z 11 września szła ulicą za rodziną z dwójką małych dzieci, które obawiały się o swoje bezpieczeństwo i zapytały, czy będzie kolejny atak. Wszyscy byli przestraszeni, że może mieć miejsce kolejny atak, ale rolą opiekunów nie jest przekazywanie własnych lęków swoim małym dzieciom, które nie są na to przygotowane. Rodzice odpowiedzieli: «Nie martwcie się, zaopiekujemy się wami.» Dziecko musi czuć, że świat jest bezpiecznym miejscem, ponieważ nie jest jeszcze gotowe do radzenia sobie z zagrożeniami. Podobnie jak moja pacjentka, która nie była jeszcze odpowiednio wyposażona do tej roli, ale zmuszona by ją przyjąć.

9. Wpływ traumy na związki

Jak zatem Ana, pacjentka ztraumatyzowana, funkcjonuje w związkach? Innymi słowy, jakie mechanizmy stoją za jej nieudanymi związkami?

«Zastanawiam się, czy mój związek ma sens, myślę, że czyni mnie nieszczęśliwą i nie rozumiem, jak może druga osoba być tak niedobra i egoistyczna.»

Podczas gdy Ana mówi, ja zaczynam zadawać sobie pytanie, dlaczego Ana z nim nie zerwie, jeśli ten związek, trwający już dwa lata, czyni ją tak nieszczęśliwą? I myślę sobie, że musi być jakiś powód. Co więcej, zastanawiam się, czy naprawdę jej chłopak jest tak egoistyczną osobą, czy być może jest coś w ich wzajemnych relacjach, co sprawia, że zachowują się on w ten sposób. Również biorę pod uwagę możliwość, że on wcale nie jest egoistyczny, lecz ona jest bardzo wrażliwa a jej «radary» są bardzo wyostrzone na najmniejsze nawet oznaki egoizmu. . Jestem też bardzo świadoma faktu, że gdyby ta sama rozmowa miała miejsce z koleżanką, ona przytakiwałaby Anie i utwierdziłaby ją w przekonaniu, że ona jest dobra i że on jest zły. Taka postawa kłóci się z zasadą psychoterapii. Moją rolą jest pomóc jej znaleźć perspektywę i sposób ujrzenia rzeczy takimi, jakie naprawdę są. Wiem też, że jeśli powiem jej, że być może jej chłopak wcale nie jest taki zły i że ona to źle interpretuje, ona poczuje się zraniona, ponieważ jest bardzo wrażliwa. Niezmiernie istotne jest również, aby dać wartość jej emocjonalnej reakcji, ponieważ jeśli tego nie zrobimy, wchodzimy w schemat wzajemnego obwiniania się, który będzie nas prowadzić w «ślepy zaułek». Co mam na myśli poprzez nadanie wartości jej uczuciom? Pokazanie jej, że to, co czuje, ma sens i ma prawo tak się czuć, lecz nie dlatego, że wymaga tego obecna sytuacja, lecz ponieważ jej traumatyczne doświadczenie życiowe wywołują w niej te emocje w każdej sytuacji, która może w jakiś sposób je przypominać. Decyduję zatem okazać jej zaciekawienie i słuchać tego, co dokładnie się stało; wydaje się to być najlepszym, co mogłam zrobić w tej sytuacji i w tym momencie, okazać zainteresowanie, dać jej szansę na wyrzucenie tego z siebie i nie oceniać. Więc po prostu powiedziałam: «Hmm, a co się stało, że czujesz się w ten sposób? Spójrzmy na to razem.»

«Wyszliśmy razem w ostatni piątek i miałam ochotę tańczyć i zostać dłużej, ale o północy on zaczął ziewać i powiedział, że jest bardzo zmęczony i chciał wrócić do domu. Więc wkurzyłam się na niego i powiedziałam mu, że gdy wychodzi z kolegami, zostaje aż do rana, a gdy wychodzi ze mną, chce wracać wcześniej.»

Stwierdzam do siebie, że tak naprawdę Ana chce mu wykrzyknąć «Kochaj mnie bardziej niż kochasz swoich znajomych. Chcę być najważniejsza dla Ciebie.»

Jeśli więc spojrzymy na kontekst tej sytuacji, możemy podsumować to w następujący sposób:

Chłopak Any jest bardzo towarzyski, lubi wychodzić w nocy z kolegami i ma tendencję do wracania do domu w godzinach porannych. Ona tego nie lubi. Dlaczego nie? Ponieważ ona nie może wychodzić z nim, bo ciągle jest zmęczona i w efekcie czuje się opuszczona i samotna, jednocześnie, w głębi serca, jest zła na siebie, że nie jest inna. Dlaczego ona jest zmęczona? Ponieważ Ana nie może spać w nocy, a w dzień pracuje dużo. Jej chłopak jest bardzo aktywną osobą, i ona jest raczej bierna. On włącza telewizor, a ona zamyka się w pokoju, bo potrzebuje ciszy i spokoju. Jest to częsty powód do kłótni. Ona mówi, że on jest egoistą, bo nie bierze pod uwagę jej potrzeb. Czy Ana nie ma racji? Oczywiście, że ma. Czy jej reakcja jest proporcjonalna do sytuacji? Chyba nie. Ana jest ztraumatyzowana przez rodziców, którzy nigdy nie brali pod uwagę jej potrzeb, nigdy nie dbali o nią, nigdy nie czuła się najważniejsza dla nikogo i nigdy nie czuła się tak naprawdę kochana. Związek z jej chłopakiem jest sytuacją, która bardzo przypomina jej wczesne doświadczenia z dzieciństwa, o braku silnej więzi, o potrzebie Any, by ktoś ją kochał i się nią opiekował. Ale czy żądanie bezwarunkowej miłości i oddania jej potrzebom jest naprawdę uzasadnione? Ana czuje, że tak, a jej odczucia można zinterpretować tym, że gdy jesteśmy małymi dziećmi, mamy rację domagając się tego, ale jak już raz tego doświadczyliśmy i jeśli nasz rozwój emocjonalny poszedł w dobrym kierunku, jako dorośli nie mamy nadmiernych wymagań wobec naszych partnerów w celu skompensowania traumatycznej straty lub deficytu. Więc można powiedzieć, że żądania Any były uzasadnione wtedy, ale nie teraz.

Nie ma więc wzajemnego zrozumienia między nimi. Jaka byłaby jego argumentacja? Pewnie ma dość ciągłego obcowania ze zmęczoną, smutną, wymagającą i wrażliwą dziewczyną, podczas gdy on jest ekstrawertykiem i osobą kochającą zabawę. Teraz nawet nie chce spróbować jej zrozumieć, bo jest zły. Nie wiemy nic o jego dzieciństwie i o jego rodzicach, ale możemy postawić hipotezę, że jego nadmierna potrzeba wolności i towarzystwa pochodzi z restrykcyjnej więzi z matką, która nie zostawiała mu wystarczającej przestrzeni osobistej, a tym samym wywołała gniewną reakcję. Więc możemy również zrozumieć, dlaczego on nie chce dostosować się do wymagań Any.

Mając to na uwadze, moja odpowiedź na opowieść Any była następująca: «Z tego co mi mówisz wnioskuję, że jesteś smutna i zła na twojego chłopaka, bo nie czujesz się, że jesteś dla niego najważniejsza. Czy uważasz, że to uczucie przypomina ci coś?» Oczywiście, że jej przypominało, dokładnie tak czuła się z rodzicami przez całe życie. Ana reaguje płaczem i utrzymuje, że jest jego dziewczyną i ma

prawo czuć się jak najważniejsza dla niego osoba. W odpowiedzi na to, powiedziałam jej: «Obawiam się, że tym co naprawdę chcesz osiągnąć poprzez wszczynanie awantury w tej sytuacji jest to, żeby zwrócił uwagę na ten fakt i zdał sobie sprawę, że powinien traktować cię inaczej. Niestety swoim zachowaniem osiągasz odwrotny skutek. On czuje się źle ponieważ jest i ograniczany przez twoje potrzeby i wycofuje się. Więc w efekcie ty czujesz się jeszcze bardziej samotna i zdesperowana, a może nawet czasem winna.»

«Więc co mam zrobić?» Spytała. Uśmiechnęłam się i powiedziałam jej: «Przed wszystkim musisz zdać sobie sprawę, że twoje wymagania byłyby uzasadnione wobec twoich rodziców, kiedy byłeś dzieckiem, ale nigdy nawet sobie z tego nie zdawałaś sprawy, że miałaś prawo tego żądać. Nikt nigdy ci nie powiedział, że twoja sytuacja była traumatyczna i nie właściwa. Jak więc miałaś zdać sobie z tego sprawę (**niesformułowane doświadczenie, unformulated experience**)? Teraz możemy myśleć o tym razem i widzimy, że twoja rozpacz, lęk, samotność i gniew mają sens.»

Musiałoby minąć trochę czasu między tą sytuacją i momentem, kiedy zaczęliśmy brać pod uwagę możliwość, że w związku nie ma potrzeby być najważniejszym dla drugiej osoby przez cały czas i należy uszanować wolę i potrzebę partnera spotkania się z kolegami. I to wcale nie musi oznaczać, że nas nie kocha.

9.1. Cykliczna psychodynamiczna teoria i powtarzanie schematów

W celu lepszego zrozumienia procesu zachodzącego między Aną, a jej partnerem, powinniśmy przyjrzeć się bliżej **cyklicznej psychodynamicznej teorii** Paula Watchtela (*Cyclical psychodynamic theory*)[58], która tłumaczy dlaczego przyswojenie pewnego wzoru zachowania w dzieciństwie, jest trudne do wyeliminowania w życiu dorosłym? Kluczem w rozwiązaniu problemów w związku Any jest fakt jej ciągłego zmęczenia. Będąc w stałej gotowości, permanentnie niewyspana, sprawia wrażenie osoby spiętej. Bardzo rzadko się uśmiecha, ma niewiele inicjatywy, nigdy nie tryska energią, zawsze jest jej zimno i wciąż narzeka na temperaturę w swoim miejscu pracy. Nie dzieli się swoimi przemyśleniami z ludźmi z obawy przed byciem źle potraktowaną lub zranioną, jednocześnie pragnąc czuć się przy kimś wyjątkowym i kochanym. Niestety, taką postawą nie wzbudza zainteresowania ze strony innych ludzi. Ana nie wydaje się być interesująca, jest trudna w obyciu, jako że łatwo ją zranić i stwarza innym problemy, poprzez swoje wygórowane wymagania. W konsekwencji, tym co osiąga jest samotność. Ma bardzo niewielu przyjaciół, na nikogo naprawdę nie może liczyć i musi polegać na sobie. Możemy zatem powiedzieć, że Ana powieliła ten sam scenariusz jaki doświadczyła z rodzicami w jej wczesnym etapie życia, tylko że teraz wydaje się, że robi krzywdę nieświadomie sama sobie. Nie powinniśmy szukać ofiary i sprawcy, ale raczej postawy, którą ktoś rozwija jako efekt zranienia, która powoduje, że jest ponownie zraniona. Tak więc prowadzi to do zacieśniania się mechanizmu, który leży u podstaw powtarzającego się wzoru, który za każdym razem staje się coraz bardziej sztywny i nieświadomy. Jeśli, z drugiej strony, Ana miałaby większe szczęście i zakochała się w kimś, kto nie powtarzałby tego wzorca, duże są szanse, że krok po kroku, porzuciłaby swój patologiczny sposób postrzegania życia.

Możemy również zadać sobie pytanie, dlaczego Ana wybrała sobie chłopaka, który jest tak aktywny i ekstrawertyczny zamiast takiego, który starałby się ją zrozumieć i być bardziej wrażliwy? Przede wszystkim, jeśli coś znamy i postrzegamy jako znajome, czujemy się z tym dobrze, ponieważ nie wywołuje to w nas niepokoję. Nowe, nieznanne sytuacje, z dodatkowo przeżytą traumą w dzieciństwie, mogą być przerażające i staramy się od tego uciec. Można pokusić się o częściowe wytłumaczenie tego zjawiska z punktu widzenia neuropsychologii. Nasze wzory zachowań to nic innego jak szlaki neuronalne w ośrodkowym układzie nerwowym, które bardzo prawdopodobnie powtórzymy, jeśli nie staramy się ich świadomie zmienić.

10. Podsumowanie

Trauma nie jest czymś, co wydarzyło się w przeszłości, jest to proces, który powtarza się nieustannie w naszej pamięci nieświadomej, który powoduje, że reagujemy w określony sposób jako efekt patologicznej akomodacji oraz w celu zachowania więzi z osobami dla nas istotnymi. Jesteśmy bardzo podatni na odpowiedzi z otoczenia i bardzo łatwo re-traumatyzowani przez nasze wzorce przywiązania, gdy ich reakcje na traumatyczne wydarzenia nie są wystarczające. Nasz nieświadomy sposób wchodzenia w relacje z innymi (Implicit Relational Knowing) czy Zasady Organizujące (Organizing Principles) są cykliczne, ze względu na odpowiedzi, jakie wywołują w naszym otoczeniu i utrwalają się w ciągu całego naszego życia, jeśli nie otrzymamy naprawczego emocjonalnie doświadczenia (Corrective emotional experience), które może pomóc nam nauczyć się nowych wzorców. W terapii, uczymy się nowych sposobów bycia poprzez połączenie tego co świadome (explicit) z tym co nieświadome (implicit) i dzięki empatii i zrozumieniu ze strony terapeuty.

***Imiona i niektóre dane moich pacjentów zostały zmienione, aby chronić ich anonimowość*

Piśmiennictwo

- 1 Laplanche, J., Pontalis J.B. *The language of psychoanalysis*. New York: Norton, 1973.
- 2 Stolorow, R. D. *The contextuality and existentiality of emotional trauma*. *Psychoanalytic Dialogues*, 2008; 18(1), 113–123.
- 3 Baselga, M. A. *Psicotraumatología (I). El trauma temprano*. CEIR. 2007; 1, 91–109
- 4 McFarlane, A., & Yehuda, R. *Resilience, Vulnerability and the Course of Posttraumatic Reactions*. *Body and Society*. 1996; 155–181.
- 5 Krystal, H. *Trauma and affects*. *The psychoanalytic study of the child*. 1978; 33, 81–116.
- 6 Young-Bruehl, E. *Anna Freud: a biography*. Yale University Press, 2008.
- 7 Stern, D. B. *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. NJ: The Analytic Press, 2003.
- 8 Brandchaft, B. *Systems of pathological accommodation and change in analysis*. *Psychoanalytic Psychology*, 2007; 24 (4), 667.

- 9 Khan, M. M. *Ego distortion, cumulative trauma, and the role of reconstruction in the analytic situation*. *The International journal of psycho-analysis*. 1964; 45, 272.
- 10 Crastopol, M. *Micro-trauma: A Psychoanalytic Understanding of Cumulative Psychic Injury*. Routledge, 2015
- 11 Mitchell, S. A. *Relational concepts in psychoanalysis*. Harvard University Press, 1988.
- 12 Winnicott, D. W. *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press, 1965.
- 13 Stolorow, R., Stolorow, R., Atwood, G., Orange, D. *Worlds Of Experience Interweaving Philosophical And Clinical Dimensions In Psychoanalysis*. Basic Books, 2008.
- 14 Bromberg, P. M. *Speak! that I may see you; some reflections on dissociation, reality, and psychoanalytic listening*. *Psychoanalytic Dialogues*. 1994; 4 (4), 517–547.
- 15 Lyons–Ruth, Karlen, et al. *Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment*. *Infant mental health journal*. 1998; 19 (3), 282–289.
- 16 Kohut, H. *Thoughts on narcissism and narcissistic rage*. *The psychoanalytic study of the child*. 1972; 27, 360–400.
- 17 Gergely, G., Fonagy, P., Jurist, E., Target, M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press, 2002.
- 18 Schore, J. R., Schore, A. N. *Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment*. *Clinical Social Work Journal*. 2008; 36 (1), 9–20.
- 19 O’Kearney, R. *Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research*. *International Journal of Eating Disorders*. 1996; 20 (2), 115–127.
- 20 Shore, A.N. *The right brain implicit self: A central mechanism of the psychotherapy change process*. In: J. Petrucelli (Ed.), *Knowing, not-knowing&sort-of-knowing: Psychoanalysis and the experience of uncertainty* (pp.177–202). London: Karnac, 2010.
- 21 Treasure, J., Tchanturia, K., Schmidt, U. *Developing a model of the treatment for eating disorder: using neuroscience research to examine the how rather than the what of change*. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2005; 5(3), 191–202.
- 22 Zhang, X., Li, T., Zhou, X. *Brain responses to facial expressions by adults with different attachment-orientations*. *Neuroreport*. 2008; 19(4), 437–441.
- 23 Mitchell, S. A. *Attachment theory and the psychoanalytic tradition: Reflections on human relationality*. *Psychoanalytic Dialogues*. 1999; 9(1), 85–107.
- 24 Schore, A. N. *Affect regulation and the repair of the self (norton series on interpersonal neurobiology) (Vol. 2)*. WW Norton & Company, 2003.
- 25 Bromberg, P. *Truth and human relatedness. The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. NJ: Analytic Press Hillsdale, 2011.
- 26 Shore, A.N. *Attachment, trauma and the developing brain: Origins of pathological dissociation*. In: P. Dell & J. O’Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders* (pp. 107–141). New York: Taylor&Francis Group, 2009.
- 27 Berthoud, H. R., Lenard, N. R., Shin, A. C. *Food reward, hyperphagia, and obesity*. *American Journal of Physiology–Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2011; 300(6), R1266–R1277.
- 28 Edelman, G. M. *The remembered present: A biological theory of consciousness*. Basic Books, 1989.
- 29 Edelman, G. M. *Wider than the sky: The phenomenal gift of consciousness*. Yale University Press, 2004.

- 30 Pearlman B. *Body or mind: A discontinuous model of neural emotional processing*. In: J. Petrucelli (Ed.), *Body states: Interpersonal and relational perspectives on the treatment of eating disorders*. London: Routledge, 2014.
- 31 Bromberg, P. M. *Shrinking the tsunami: Affect regulation, dissociation, and the shadow of the flood*. *Contemporary Psychoanalysis*. 2008; 44(3), 329–350.
- 32 Petrucelli, J. (Ed.). *Body-states: Interpersonal and Relational Perspectives on the Treatment of Eating Disorders*. Routledge, 2014.
- 33 Alexander, F. *Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment*. *The psychoanalytic quarterly*. 1950; 19 (4), 482.
- 34 Stern, D. B. *Unformulated experience: From familiar chaos to creative disorder*. *Contemporary Psychoanalysis*, 1983; 19(1), 71–99.
- 35 Aron, L. E., Anderson, F. S. E. *Relational perspectives on the body*. Analytic Press, 1998.
- 36 Mitchell, S. A. *Contemporary perspectives on self: Toward an integration*. *Psychoanalytic Dialogues*. 1991; 1(2), 121–147.
- 37 Boston Change Process Study Group. *The something more than interpretation revisited: Slippiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2005; 53(3), 693–729.
- 38 Riera, R. *La connexión emocional*. Barcelona: Octaedro, 2010.
- 39 Bowlby, J. *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books, 1969.
- 40 Ainsworth, M. D. *Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother*. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 1964; 51–58.
- 41 Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. *Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation*. *Child Development*. 1970; 41, 49–67.
- 42 Beebe, B., Lachmann, F. M. *The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self-and object representations*. *Psychoanalytic psychology*. 1988; 5(4), 305.
- 43 Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J. *Mother—infant interaction structures and presymbolic self-and object representations*. *Psychoanalytic dialogues*. 1997; 7(2), 133–182.
- 44 Beebe, B., Lachmann, F. M. *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Routledge, 2013.
- 45 Meltzoff, A.N., Moore, M.K. *Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates*. *Science*. 1977; 198, 75–78.
- 46 Meltzoff, A.N., Moore, M.K. *Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures*. *Child Development*. 1983; 54, 702–709.
- 47 Trevarthen, C. *Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity*. *Before speech: The beginning of interpersonal communication*. 1979; 321–347.
- 48 Trevarthen, C., Aitken, K. J. *Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications*. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2001; 42(1), 3–48.
- 49 Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, T. B. *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*. 1979; 17(1), 1–13.
- 50 Tronick, E. Z. *Emotions and emotional communication in infants*. *American psychologist*. 1989; 44(2), 112.
- 51 Chess, S., Thomas, A. *Goodness of fit: Clinical applications from infancy through adult*

- life. Psychology Press, 1999.
- 52 Main, M., Cassidy, J. *Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period*. *Developmental psychology*. 1988; 24(3), 415.
- 53 Behrens, K. Y., Hesse, E., Main, M. *Mothers' attachment status as determined by the Adult Attachment Interview predicts their 6-year-olds' reunion responses: A study conducted in Japan*. *Developmental Psychology*. 2007; 43(6), 1553.
- 54 Ainsworth, M. S. *Infant–mother attachment*. *American psychologist*. 1979; 34(10), 932.
- 55 Stevenson–Hinde, J., Verschuere, K. *Attachment in childhood*. *Blackwell handbook of childhood social development*. 2002; 182–204.
- 56 Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Flemming, W. S., Gamble, W. *Attachment and emotional regulation during mother-teen problem-solving. A control theory analysis*. *Child Development*. 1993; 64, 231–245.
- 57 Lyons–Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. *Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999; 67–96.
- 58 Wachtel, P. L., Kruk, J. C., McKinney, M. K. *Cyclical psychodynamics and integrative relational psychotherapy*. *Handbook of psychotherapy integration*. 2005; 2, 172–195.

Abstract

The aim of this chapter is to have a closer look at the trauma theory from the relational psychotherapeutic/psychoanalytic perspective. To understand why traumatic events leave imprints on the forming of our way of being, also called Implicit Relational Knowing or Organizing Principles, we need to look at the context of the trauma and at the reaction of the surrounding. The response of the environment might be facilitating and work as a buffer for the negative sequels or, on the contrary, it could be re-traumatizing. Not talking about a traumatic occurrence is what most people consider to be correct but it is the contrary of what should be done to help. No response is always worse than any response and an ambivalent and confusing attachment style with our significant others does more harm than any other way of relating. Moreover, it is also crucial to bear in mind that most people are traumatized by micro-traumatic occurrences, whose persistence is responsible for the damage.

A series of neuropsychological discoveries as well as experiments on the interaction between babies and their caregivers have been carried out. We can understand now better the attachment theory and different attachment styles and their consequences, the repetition of the same patterns along our lives, the dissociation as a way of escaping the overwhelming emotions and the pathological accommodation strategy that accounts for the symptoms. A symptom is no longer looked at as a problem itself but an inadequate solution once adapted and cyclically repeated. All that permits us to base the psychotherapeutic treatment on neuropsychological theory and design it better to the needs of our patients.

Introduction

I consider myself a trauma psychotherapist because I assume that all the psychological suffering has its origins in something traumatic that happened in the life history of an individual. Whenever I have a new patient in front of me sharing their problems, I look for the possible traumatic occurrences that contributed to or caused the current malaise in order to decode the pathological accommodation system, to figure out the cyclical process that takes place and make the situation perpetuate and to release the patient's natural and proper initiatives that would put him or her back on the right track. In this chapter I will explain how I perceive trauma (or how we see it from the relational psychoanalytic perspective*), what are the mechanisms underlying a pathology, what is our understanding of a symptom, how the newest discoveries in neuropsychology influenced or directly changed our point of view and how we use all that knowledge to treat traumatized patients.

***Relational Psychoanalysis** is a term that has evolved in recent years to describe an approach to clinical work whose core feature is the notion that psychic structure—at the very least, those aspects of psychic structure that are accessible to psychotherapeutic intervention—derive from the individual's relations with other people. Relational psychoanalysis, initiated in the USA by Stephen Mitchell in the 1980s, is a relatively new and evolving school of psychoanalytic thought considered by its founders

to represent a ‹paradigm shift› in psychoanalysis.

1. What is trauma?

We may understand trauma in its classical sense as the following definition explains: Trauma – an event in the subject's life defined by its intensity, by the subject's incapacity to respond adequately to it, and by the upheaval and long lasting effects that it brings about in the psychical organization [1]. As traumatic occurrences, we could treat wars, accidents, sexual abuse, torture, a parent's death, etc. However, I would like to give trauma a new perspective in terms of treatment.

A traumatic event, from relational perspective, is such that limits our field of experience, it can't be psychically metabolized and makes the flow of experience be detained; as Storolow says, it limits the horizons of our experience [2].

It is very important to bear in mind that when we talk about trauma, we are not talking about a trace or remnant left by a traumatic experience from the past but about a current and alive experience associated with the occurred in the past that is being experienced all the time in our minds. A traumatized mind is an occupied or captured and restricted mind in its freedom to relate to the world.

What we also know about trauma is that attachment plays a very important role. I will discuss attachment theory more thoroughly later, however, I just would like to mention the following:

- the negative effects of traumatic events can be neutralized if we have a good and secure attachment and secure attachment may serve as a buffer to the potentially traumatic occurrence;
- or we can become re-traumatized by the response from our surrounding if there is no secure attachment available.

There have been some experiments and reports from the WWI and WWII that show the following about trauma [3]:

- There is no direct relation between trauma or PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) and courage or conduct during the stressful situation [4]. What is beyond doubt is that there is a link between our way of coping with stressful events and the mix of neurobiological and previous experiences. What for some may be a traumatic event, for others could be an opportunity to prove oneself and a confidence gaining occurrence.
- H. Krystal [5] who survived Nazi concentration camps, affirms that he got it over when he was a child and it was not a traumatic event for him because his mother accompanied him all the time and offered him a secure attachment.
- The children who stayed with their attachment figures during the bombarding attacks in London suffered from less psychic consequences than those who were separated from their loved ones. [6]

Although traumatic events may happen at an older age, when one is already an adult, and leave serious emotional sequels, when we talk about trauma we tend to

talk about early life or childhood trauma. Little children are more prone to trauma and it is easier to be traumatized when one is a child because children have not yet developed an effective system of coping with stressful situations and, especially, because they emotionally depend on their attachment figures.

*Let's have a look at 2 clinical illustrations of early childhood trauma***

Amanda is an 18-year old first-year medicine student with severe self-esteem problems and depressiveness. She has cut herself many times and considered suicide, claiming that life is not worth living. Soon she tells me that she was sexually abused by her grandfather between her 3 and 8 years of age and that she has never told anyone about it. This is a clear trauma situation. Nobody seems to have any doubts about the fact that sexual abuse is traumatic. But how do we account for the traumatism of these events from the relational psychoanalysis point of view? How do we help such patients to get on the right tracks and get it over? What exactly is traumatic about sexual abuse?

I would claim that what is traumatic and leaves emotional sequels or imprints on an individual is not the occurrence itself but the intersubjective context and what happens after it. In other words, what does more harm is an inadequate reaction of the surrounding that may last for many years and, at the same time, a correct reaction of the surrounding may even make up for the harms of the traumatic event and make it not traumatic at all. Unfortunately, we tend to behave poorly in such situations, though we tend to have good intentions. Let's have a closer look at Amanda's context and the surrounding's response that re-traumatized her instead of working as a buffer for her.

When Amanda was 3, her younger sister was born. All the family's attention shifted from her to the baby and the bond with her parents felt endangered. Amanda's grandfather probably realized that and took great advantage of her unfulfilled needs. He gave her all the attention she wanted and repetitively assured her that she was the most beautiful of all the children and their intimacy was special. She must have liked the feeling of being special very much and no wonder, she also 'liked' what they were doing together. Ashamed and embarrassed she would tell me that it was all her fault because she actually asked for more. «I was already rotten as a child», she said. It took us long for her to finally agree that she was a child seeking for attention that she desperately lacked and deserved and not looking for a sexual interaction with an adult.

What was the context like and the reactions of the significant others? During the years when the abuse took place, she would masturbate excessively, even at school. She was laughed at by her mates and felt humiliated by her teacher and her parents when they found out, which contributed to the feeling of guilt. She was 8 when she got scared of her grandfather and finally told her parents. Her parents got paralyzed and did nothing. They did not cut the contact with the grandfather, they did not tell the grandmother, they did not make any fuss about it, they did not explain to her what happened and they never ever mentioned the topic again, even switching to a different channel on TV when there was something sexual on. They overprotected her thus prevented her from becoming a fully-developed and grown woman. She remembers that her father did blame her, saying that she provoked the grandfather. He said it once

and probably he did not mean it but she remembered and believed it for her whole life. Her parents behaved as if nothing happened but the family was never the same again and nobody ever talked about what happened and about their feelings toward the situation. They thought it would be best this way, maybe they were incapable of doing it better. Along all those years the abuse was always there, never formulated, not even properly registered. The emotional development of this girl was blocked at that time.



Carla is another example of how the traumatic comes after the actual trauma. When she was 3, her father died. Carla, always a cheerful and smiling girl, lost all her childhood vitality. She did not understand what happened but she did see her mother depressed and no longer interested in her. She thought, what most children at this age and in the egocentric moment of their development would, that it was all her fault and that she was not good enough. She felt lonely and abandoned and she would do everything to attract her attention but in vain. She grew up to feel anxious, insecure and promiscuous, with serious abandonment issues that influence her relationships.

2. How do we work psychotherapeutically with traumatized patients?

*What traumatized patients have in common is that they never really talked about the traumatic. Donnel Stern [7] very accurately called this kind of experiences «unformulated». Our caregivers are frequently paralyzed by what happens and do not react in a facilitating way. It is crucial then to formulate the experience by putting proper names to what happened and, especially, names to the emotions that the victim experienced. Had Carla's mother reacted to her father's death by saying: «Dear Carla, your father is gone and we are all very sad about it. But it is not your fault. However, it is normal that you feel disappointed we are not playing with you as before» would have softened the traumatic. **Formulating** the experience is **registering** it and giving it importance. The victims of traumatic occurrences very often feel that their emotions are not legitimate. Our role is to **validate** them as perfectly normal and legitimate. Finally, traumatized patients very often develop **pathological accommodation** systems to deal with the trauma. Those pathological principles may work temporarily but not in the long run.*

3. What is a pathological accommodation?

Pathological accommodation is a concept introduced by Brandshaft [8], which makes reference to a situation when an individual adapts to a traumatic or pathological situation by finding a system of coping that brings him or her an immediate solution to a problem or a relief but causes problems in a long run. It is an attempt of surviving in extreme emotional situation when the individual has no access to better forms of coping, either because of the limitations of the environment or because of lack of better resources (e.g. a little child of traumatized parents that was never taught how

to regulate his or her emotional states). The concept of pathological accommodation is the relational way of looking at symptoms. A symptom is not a problem itself but is an effect of an inadequate adaptation to a problematic situation. A patient with addiction may think that his or her real problem is his inability to control his impulses, a patient with OCD (Obsessive-Compulsive Disorder) goes to therapy to get rid of his obsessive thoughts and compulsive behavior. However, addictions or obsessive thoughts are only symptoms that indicate of a problem but they are not the real problem themselves. We should ask ourselves why does this patient need his addiction or doesn't want to let go of his compulsions. It is no easy task but if we dig more deeply we may realize that these patients use substances or wash their hands 10 times in order to calm the anxiety, that they never learned to control in a more adaptive way. So we assume that when they were little, something emotionally difficult, maybe traumatic, took place or was taking place repetitively (e.g. parents living together but apart) that caused emotional distress. The caregivers were too busy or too traumatized themselves, that they were unable to offer a soothing response to their children (e.g. it's ok to be sad if you see us quarreling), so they had to find a solution themselves (e.g. counting to 10, avoiding stepping on the line between the tiles) that immediately calmed them down. No wonder once they discover the soothing power of such mechanism, they apply it to all stressful situations, which results in a detention in their emotional maturation. When they grow up and when the life circumstances overwhelm them, they tend to resort to such soothing behaviors, that now may cause much more serious consequences (e.g. the growing necessity of checking everything 10 times makes them less effective or even makes it impossible for them to do certain things alone and thus they end up depending on others, like little children, as if they had never grown up). They have pathologically accommodated to a traumatic situation and they never learned how to cope differently. Now they do not realize that their symptom is their way of coping, they only look at it as a problem and they come to therapy to get rid of it. How do we invert a pathologically accommodated system? What we actually have to do is help them find new, more adaptive ways of dealing with problems and the old ways will gradually disappear.

4. Micro-trauma

Although I consider the previously mentioned definition of trauma correct and up to date, I also think of it as incomplete if we do not add a sub-category to it.

There are amazingly many individuals in today's world who chronically experience a sense of low-level depressiveness, anxiety and malaise. They have material security, achieved personal success and there is nothing really wrong in their lives. They feel shame because of their unhappy state while there are so many individuals who suffered from trauma and are legitimately entitled to have psychological problems. Did these individuals suffer from anything traumatic that would account for their state? They did most probably experience something that we would call a *cumulative trauma* [9] or *micro-trauma* [10], a concept that I will expand on for a little longer.

To understand the concept of micro-trauma we need to look at a smaller scale

and consider all the repetitive interactive events during the whole life circle that, consistently, were adding up as water drops to form an ocean. Once the ocean is formed, we would not realize where it came from. Micro-trauma are experiences that accumulate and which are unarticulated, dissociated, suppressed and not at all registered, day to day bruises or a developmental "tilt" [11]. This micro-traumatic experience undermines a coherent and valued sense of self as well as a trusting relatedness to others. «Micro-traumas, like those on the macroscale, call forth defensive operations that themselves often further dampen or distort aspects of self-expression, thwart self-cohesion, and bleed into ongoing relationships as they develop onward into the future.» [10]. Micro-trauma are small psychic abandonments, blows and betrayals that mount up and combine with one's underlying psychic tendencies to disrupt our emotional functioning. Micro-trauma is what it is – undramatic, hidden, cumulative – in part because it occurs in the context of seemingly good-enough relating. It's the presence of the good with the bad, the pleasure with the pain, that keeps the damaged one connected and coming back for more.

An example of a micro-traumatic experience is the pathology in «perfect families», the members of which have two options: either they stay close to the family and follow the family values to preserve the attachment and the emotional bond, at the cost of adjusting completely and giving up their own potential identity; or they chose their own way of being and are «rebellious», but at the cost of endangering the affective bond and being cast out. Those who go for the first option, to the others seem healthier and happier; nobody questions that they are doing the right thing. They are perfect daughters, excellent students, good professionals. But few notice that behind their perfection lies a *false self* [12]. Those individuals accommodate (*pathological accommodation*) to the system so as not to lose the affective bond, because in their families it was either you are with us or against us. Those inflexible parents are parents who are traumatized themselves and who seem to have narcissistic needs of complete dependency and obedience and who are incapable of tolerating objection, perceiving it as an attack towards their vulnerable and narcissistic self.

How does one know that their self is false? One starts feeling empty as a result of a lost agency. One hasn't matured emotionally as their emotional development was frozen very early. There was no time and no space for emotional development, there was only space for adaptation and pathological accommodation in order to preserve the emotional bond, which is of our utmost importance as human beings. One realizes that their emotional reactions are often inadequate to the situation and a feeling of constant unhappiness prevails.

Jessica is a 25-year old young professional who sought help because of her inexplicable depressive states and feelings of loneliness. «Sometimes I would stay in bed crying, incapable of getting up and facing the world. But nothing serious really happened to me». As we found out later, Jessica comes from a «perfect», «narcissistic» family, always the best student, never rebellious, the worker of the year in the company. She was being exploited in the company and had no friends and she could not make out why if she was such a good girl. We embarked on the journey of figuring out together the *organizing principles* [13] that were leading her life. 2 weeks in therapy, she told

me the following story:

«A traumatic story I remember from my childhood was when at the age of 9 I suddenly lost all my friends. I had a group of girls and we would always do things together. One day there was a party that they didn't invite me to. I came back home from school and told my mum. And she helped me out. I called my friends and told them I didn't want to be friends with them anymore.»

After some months, however, when her mind opened and her perspective broadened and she started to look at life through her own eyes and not through the eyes of her vulnerable, depressive and narcissistic mother, we came to understand the story differently.

«A traumatic story I remember from my childhood was when at the age of 9 I suddenly lost all my friends. I had a group of girls and we would always do things together. One day there was a party that they didn't invite me to. I came back home from school and told my mum. She made a big deal out of it although I didn't really see it that way. I thought to myself that sometimes it may happen. But my mum told me that I couldn't be friends with them because they didn't like me if they didn't invite me to the party. So she obliged me to call them and tell them that I would never ever talk to them again. It was very brutal and harsh for me. I suddenly lost all of my friends and stayed alone until I was 15. I was crying alone in my room and she didn't even hug me or tell me that she understood how hard it was for me. I had to believe that she was right, I didn't really have a choice. Had I done differently, my mother would have got very angry and then make a victim out of herself, as she usually did. She made me believe that she was the only person that really was there for me and I was ungrateful. And she really wasn't. She has been depressed since I was born, never happy, never proud of me, whatever I did was not enough.»

«Prolonged experience of **nonrecognition**» [14] is as painful and traumatizing as the one caused by a parent who is actively abusive, and sometimes it is even more debilitating. Non-recognition eventually generates a dissociative structure in the child's character, one that plagues him or her in an ongoing way in adult life. What happened to Jessica was an early failure of responsiveness by the parent to some genuine aspect of herself. The child experiences themselves as not having values to a loved other, thus nonrecognition leads to a structural dissociation of a part of the self or creation of a **false self** [12].

Unsurprisingly, when Jessica came to therapy, she was experiencing problems in her interactions with other people. When I met her, she would say:

«My boss is unfair because she makes me work extra hours and nobody else makes so much effort.», «I met a friend and she was all the type texting her boyfriend. I am not going to meet her anymore», «My boyfriend doesn't want to post photos with me on Facebook, surely he doesn't think of me as exclusive. So we fight about it.»

But after a year in therapy, her discourse changed:

«My boss was taking advantage of me because I let her, I wanted to be the best so desperately to feel noticed.», «We went out with some friends the other day and they kept on talking about things I wasn't interested in so I just took over and simply talked about other stuff and we had a nice conversation in the end.», «I don't care what my

boyfriend posts on Facebook anymore, and the less I talk about it, the less he teases me with it. After all it was all about teasing me!»

It is not difficult to see a parallel between the situation with her mother and the situations from her present life, it is not difficult either to imagine what the rest of her early life was, judging by the example. In psychotherapy we assume that a **micro-process** represents a **macro-process** which means that we can assume that situations like the one described happened on a daily basis. And although they do not seem to be traumatic, rather micro-traumatic, all put together do harm and leave a significant imprint on our way of being or **implicit relational knowing** [15], discussed later. Jessica was acting in her adult life according to what she learned in her early years and what she adapted and accommodated herself to in order to preserve the attachment with her mother. «The reason micro-traumatic relating can mount up into a damaging pattern is that there is anything good to be had from our significant others at all, we are prone to staying connected with them even after they've wounded us.» [10] But soon after she moved out, she realized how unhappy and empty she was feeling. Interestingly, what made her search for therapy was the fear of becoming like her mother. And, as **self-fulfilling prophecy** would say, she was on a good way to repeating her mother's pattern that she so much hated and feared.

When I met Jessica, she was suffering from the **narcissistic personality disorder**. The hallmarks of this clinical picture are depression, lack of vitality, hypochondria, and hypersensitivity to slights. All of these symptoms can be tied in one way or another to recurrent **narcissistic injury**, which is the central form of psychic trauma in which the vulnerable self deflates or fragments in response to perceived attacks on its worth. The emotional result is shame, hurt, and sometimes rage.

The essence of the healthy matrix for the growing self of the child is a mature, cohesive parental self that is **in tune with the changing needs of the child**. Some parents, however, aren't adequately sensitive to the needs of the child but will instead respond to the needs of their own insecurely established self. [16] Developmental trauma originates within a formative **intersubjective context** whose central feature is **malattunement** of painful affect—a breakdown of the child-caregiver system of **mutual regulation**. This leads to the child's loss of affect-integrating capacity and thereby to an unbearable, overwhelmed, disorganized state [2]. Jessica's early attachment process and the capacity for mutual regulation as well as her **implicit relational knowing** have been impaired [7] and she had difficulty regulating her own emotional states and reactions in relationship with others in her early adult life, resulting in a constant feeling of loneliness, shame and depression.

What did we do to cause that change?

Register, formulate and validate her feelings and give her a different look at some key situations that took place in her life. We analyzed the new situations and made bridges with the past situations and gave them new meanings, thus finding a new meaning for the present moment. In other words, she realized that the way she behaved and reacted emotionally was very much related to how she felt in her early years and

could never express her feelings. Therapy was her weekly space where she would bring all the emotionally difficult situations from her everyday life and seek with me for the reasons why it affected her so much. She started feeling that nothing was wrong with her and that her reactions made sense but lacked calibration because reminded her of past unsolved problems. By giving new sense to her past we managed to give new sense to the present and she found way, step by step, to be less affected by things that were not really significant any more. It gave her a better *sense of agency*, she started feeling complete and fulfilled with what she was doing in life and therefore the initial sadness ceded too. «Working with micro trauma never has a linear trajectory. But having plumbed into a previously unreachable set of psychic issues bring satisfaction; because the resolution to these issues can bring a patient welcome relief from anxiety and dysphoria, and can lead ultimately to the expansion of his or her psychic freedom in the world.» [10]

5. Neuroscience behind trauma

There are two basic neuropsychological mechanisms that take place in traumatized patients: **impaired affect regulation** — «I don't know why I do what I do but I can't stop doing it» and **dissociation** — «I can't feel anything».

6.1. Impaired affect regulation

Probably the most important neuroscientific discovery underlying all other relational concepts is the fact that our ability to manage emotions is directly tied to our early attachment experiences [18–22].

As human beings, we are hardwired to connect – our mirror neurons are firing all the time. Mitchell [23] said that we develop intense attachments because we crave *relatedness*. But what happens if the emotional connection with the caregiver did not go as it should?

In terms of early childhood, psychosocial neglect and deprivation as well as parental *misattunements* have been shown to be the strongest predictors of stressors that lead to deficits in frontal lobe functioning [24]. Early attachment difficulties impact the affect regulation and neurobiology. Emotion is initially externally regulated by the primary caregiver, but over the course of infancy, it becomes increasingly internally regulated as a result of neurophysiological development [20]. This is what we call **self-regulation**, which includes one's ability to flexibly regulate states of emotion through interactions with others or without others. When trauma is attachment related, we lose the capacity to think before we act, and our reactions become attuned to affect and behavior patterns [25]. The consequences include dysregulation of affect, impairment of attachment and impaired cognitive processing. Subsequent dysregulation can take the form of chronic **hyper arousal** or **dissociation** and can leave the child predisposed to an eating disorder or substance abuse because the child turns to external sources to soothe or regulate internal distress [24]. These mechanisms have a cyclical nature and they are patterned and repeated throughout life [26].

So what exactly happens on the neurobiological level that would explain such mechanisms? Brain researchers are now able to trace and measure the neural pathways and it has been proved that people with trauma and addictive disorders have a smaller number of neural pathways in the hippocampus [27]. Both implicit and explicit memories are formed and retrieved in the hippocampus and what happens in the neural networks of traumatized individuals is that information keeps going down the same path resulting in a more limited access to other choices of behaviors [28, 29]. Why does it happen in traumatized individuals? Because these individuals have a very low threshold for intense affects and all intense feelings and affects above the person's threshold level cannot be processed by the hippocampus. They are stored in the amygdala instead, which has a central role in the processing of emotions. The problem is that this system, which operates outside conscious awareness, is particularly primed to react to fear and anger, but the amygdala does not allow for self-reflection and conscious thinking [24], therefore the ability to make thoughtful choices is affected. The amygdala, which has a crucial role in coordinating perceptions with memory and behavior, is also sensitive to social interactions. The point is, the amygdala assigns significance to stimuli but only allows access to concrete language, shutting down higher emotional processing pathways and access to symbolic language, memory in language, reality testing and planning functions [30]. Therefore, these patients' dysfunctional patterns (eating disorders, addictive behaviors) are enacted or played again and again in an automatic or dissociated way, which seems to be impossible to be articulated and understood [31]. This accounts for why traumatized patients tend to repeat the same patterns although they consciously do not intend to and why the patterns (also called **organizing principles** or **Implicit Relational Knowing**) are so difficult to change on a reflexive and conscious level.

6.2. Dissociation

Dissociation or withdrawal occurs in helpless and hopeless stressful situations: the individual becomes inhibited and strives to avoid attention and to become unseen [24]. The dissociative metabolic shutdown state is a primary regulatory process, used throughout the life span to survive. When we are stressed, we slow down and conserve our energies, which allow us to regroup. We usually don't think twice about doing this, but it is not comfortable to live in constant fear. What is the chemistry behind this process? In this passive hypo metabolic state, heart rate, blood pressure, and respiration are decreased, whereas pain numbing and blunting endogenous opiates are elevated. It is a parasympathetic mechanism that mediates the profound detachment of dissociation. This emotional anesthesia serves a defensive function against the destabilization of the self.

If defensive overregulation becomes an adopted pattern of behavior, then strong feelings in the body may be unable to rise through neural chain into consciousness; instead, these may be regulated by external behaviors [20] like binge eating, cutting, aggressive behavior or other forms of self-mutilation. The knowledge of one's self-states is below conscious awareness for these patients. When placed in therapeutic situations that demand fluent responses and knowledge of **self-states**, dissociated

patients typically cannot function. They become aware of their body state and not their feeling state. There is a split or dissociation between feeling states and conscious language: The patient may sound as if their language functions are intact and it may seem that they are responding normally to the therapy, but the material may be unrelated to their feeling state, both expressively and receptively [32].

6.2.1. Example of an eating disorder

Laura is an 18-year old girl who comes to therapy because she wants to lose weight. She always tries to be on a diet but she never manages, she keeps on putting on weight, she is ashamed of her excess of weight and she blames food for all the bad things that happen in her life. She thinks that if she managed to lose weight, all of her other problems would magically disappear. How can we understand this situation and help Laura solve her eating disorder from the trauma theory point of view?

Let's first look at the underlying pattern. Her relationship with food is very emotional and she does not eat when she is hungry but she eats when she feels bad. She uses food as an external soothing mechanism because she has not developed an internal and healthy **affect regulation pattern**. Food, however, is a very treacherous and deceiving self-soothing mechanism because it easily forms a **vicious circle** very difficult to stop. It leads to over-eating and gaining weight that causes guilt and more anxiety. Since Laura's mechanism for dealing with anxiety is eating, she eats even more as a response to over-eating. It seems to be a non-exit situation.

Understanding the neurobiological component is interesting and crucial, because it also explains why you can't talk logic or rationality alone. Initially, these patients feel raw and unable to deal with or make sense of their strong emotions, emotions that have been **unformulated**. We must connect to our patient's right hemisphere and create attachments. And we must do this with attunement, empathy, and resonance rather than with intellectualized language. Otherwise we would be falling into a trap of their own pathology. [32]

Self-regulation can be thought of as the ability to successfully integrate external and internal demands, while at the same time sustaining a feeling of safety, self-continuity, and desire. Affect regulation refers to the way our nervous system manages the arousal in response to stress – basically, the way we manage energy. Symptoms, e.g. eating disorders, are strategies to manage excessive and disruptive arousal in combination with the failure of early attachment relationships to teach sufficient self-regulation capacities [32]. These patients are not adept at communication in words, and they feel affectively overwhelmed. They do not have effective ways of modulating the arousal and they rely on external regulators (eating disorders, substance abuse). Every therapeutic session should be a **corrective emotional experience** [33] for them, during which the psychotherapist helps them regulate their emotional states. How do we regulate the emotional states? By registering (noticing) and formulating them (putting into words), by giving them value (they are legitimate) and by making them **explicit** (understanding where they come from). The purpose is that the patients start using this pattern instead of bingeing as a form of emotion-regulating and self-soothing. So we help those patients by changing the existing circuits and overriding them

with new ones. It is through the jolt of an affective moment or shift that the creation of a new template occurs [34–37]

7. Different types of memory

The key concept to understand why the negative effects of traumatic events perpetuate along our lives is the concept of **Implicit Relational Knowing** [15] and the distinction between two types of memory, **implicit** or **procedural** and **explicit** or **declarative**.

The **Implicit Relational Knowing** (IRK) is information gathered from our relations with other people about what we can expect from them and from ourselves. This information is **implicit**, these are the emotions that we feel, but we can't always think about it in words. When we react emotionally, we activate, very often without using reflexive thinking, the archive of our implicit memory. Through the emotional connection with others, we can change and broaden our implicit relational knowing. Through a coherent integration between the implicit and explicit we can have certain control of our automatic emotional reactions [38]. To illustrate this, let's have a look at a famous example of an experiment carried out by Édouard Claparède, a Swiss neurologist and psychologist.

About 100 years ago he had a patient with amnesia, whom he would visit every day. The next day, however, she wouldn't remember him, nor know that he was her doctor. One day Claparède came up with an idea of checking if she would remember something different from pure facts. He used a pin that he hid in his hand and he pricked her while giving her a handshake and so the patient jumped away screaming. The next day the same story repeated but something was different this time. The patient still wouldn't remember his name, nor would she know that he was her doctor but when he wanted to give her a handshake, she made a slight move away from him. However, when he asked her why she wouldn't give him her hand, she didn't know why. So Claparède proved that although his patient couldn't remember the facts, she did remember the emotions like fear.

This example illustrates that the human beings have two different types of memory: **explicit memory** responsible for remembering facts, like somebody's name or the fact that he pricked us with pin, and the other one, called **implicit memory**, that is responsible for remembering emotional states, like the fear of someone who hurt us before. [38]

In people who don't suffer from neurological memory problems, we have information from both types of memory, so we could feel fear if Claparède wanted to give us a handshake but then we would remember why (because he hurt us before) and then decide consciously whether the fear makes sense. It would, if he did it on purpose and it wouldn't if it was a one occasion accident or if we felt fear because someone he reminds us of Claparède wants to give us a handshake. When we are using our explicit memory system, which would be remembering what Claparède did when we last saw him, we are perfectly aware of the fact that we are doing it. On the contrary, when we are remembering the feelings that we had when we last saw Claparède, we are usually

not aware of the fact, we are just feeling these emotions again. That's why we might feel nervous when we are waiting in a line to a doctor. If we think about driving a car, most people know how to drive a car but they wouldn't probably know very well what exactly they do. We would need to stop and think about it because what we do is an automatic activity and our conscious thinking is off while we are doing it. And how do we think about it? We do it in our imagination and observe to be able to say what is the sequence of movements. Exactly the same happens with our emotions, we can't remember what we feel unless we feel it again.

How do we extrapolate this information to trauma and real life situations? People who were traumatized, very often don't remember all the facts related to the traumatic situation. They don't remember because they use a defensive mechanism of not remembering things that are too painful. But they still feel the emotions related to the traumatic events when there is a trigger in their environment. And they do not know why they are feeling the pain or fear or anger. What they are not doing is finding a connection between the implicit memory or the implicit relational knowing and the explicit.

8. Attachment theory

A lot has been said already about attachment, but what is attachment actually? **Attachment theory** has been introduced by John Bowlby in the 1960s [39] and not much later a series of neurological and neuropsychological experiments with babies [40–50] proved Bowlby's theoretical assumptions that babies are interactive from the very beginning. John Bowlby believed that the tendency for primate infants to develop attachments to familiar caregivers was the result of evolutionary pressures, since attachment behavior would facilitate the infant's survival in the face of dangers such as predation or exposure to the elements.

The attachment theory describes the behavioral system developed to regulate the baby's security in the surrounding in which he is growing up. The babies have an emotional brain since birth, their brains are specialized in mutual regulation and the baby is conscious of his preferences. The most basic mechanism of intersubjective coordination is mutual interaction and affect regulation through communicative expressions.

However, a baby is not born as *tabula rasa*; babies are born with certain type of temperament and they respond differently to the same communicative expressions from their caregivers, while the caregivers respond differently to different types of temperament of their babies. This concept, called **goodness of fit** [51] is crucial to understand why in a mother-infant dyad there might be a series of **misattunements**.

The experiments carried out by a developmental psychologists Mary Ainsworth in the 1960s and 70s, called the **strange situation** [40, 41], were devised to observe attachment relationships between a caregiver and child (between the age of nine and 18 months). These experiments made it possible to distinguish different **attachment styles** that babies develop and which accompany them along their lives. These styles account for the individual's **organizing principles** along his or her life and the fu-

ture relational patterns can be predicted by observing the baby's attachment style. The only psychologically healthy attachment style that works as a buffer is a **secure attachment style**.

There are four type of attachment styles:

- **secure** – the child would protest while separated and happy when the caregiver is back. It means that the caregiver is a secure base for the child, capable of regulating his or her emotional states, like soothing him when anxious. Infants develop a secure attachment when the caregiver is sensitive to their signals, and responds appropriately to their needs. Such children feel confident that the attachment figure will be available to meet their needs. They use the attachment figure as a safe base to explore the environment and seek the attachment figure in times of distress [52]. This child, in his or her adult life, will know how to healthily regulate his or her emotions in difficult or traumatic life situations and won't avoid interaction, will rather resort to it when overwhelmed;
- **insecure-avoiding** – the child wouldn't protest when the mother is leaving and would avoid her once she is back. They are very independent of the attachment figure both physically and emotionally [53]. They do not seek contact with the attachment figure when distressed. Such children are likely to have a caregiver who is insensitive and rejecting of their needs [54]. The attachment figure may withdraw from helping during difficult tasks [55] and is often unavailable during times of emotional distress. The child comes to believe that communication of needs has no influence on the mother / father. These children will have learned that a caregiver (or other significant figure in the future) is not capable of regulating their emotional states and they have to rely on themselves;
- **insecure-ambivalent** – the child protests when the caregiver is leaving but is not easily consoled when he or she is back. The child will commonly exhibit clingy and dependent behavior, but will be rejecting of the attachment figure when they engage in interaction. The child fails to develop any feelings of security from the attachment figure. Accordingly, they exhibit difficulty moving away from the attachment figure to explore novel surroundings. When distressed they are difficult to soothe and are not comforted by interaction with the attachment figure. This behavior results from an inconsistent level of response to their needs from the primary caregiver. Sometimes the child's needs are met and sometime they are ignored by the mother / father. As adults, they will find it very difficult to trust people and rely on them and they will have a negative self-image and exaggerate their emotional responses as a way to gain attention [56];
- **disorganized/disoriented** – this style makes reference to a lack of coherence in the child's behavior or attitude. Approaching and avoiding the caregiver takes places simultaneously. It has been proved that unresolved trauma and loss in a parent's life is the best predictor of disorganized attachment between a parent and child. Parents who have experienced trauma in their early lives and have not resolved that trauma are likely to engage in disorienting behavior with their child. They may act in ways that do not make sense, demonstrating unpredictable, confusing or erratic behavior in these relationships. Disorganized attachment can be passed

from generation to generation, because parents who struggle with unresolved trauma themselves may have trouble tolerating a range of emotions in their child. They may react to their kids with fear or other primal emotions and, at these moments when the parent may act out destructive behavior, he or she may not even be fully aware of it. A person who grew up with a disorganized attachment often won't learn healthy ways to self-soothe. They may have trouble socially or struggle in using others to co-regulate their emotions. It may be difficult for them to open up to others or to seek out help. They often have difficulty trusting people, as they were unable to trust those they relied on for safety growing up. They may struggle in their relationships or friendships or when parenting their own children. Their social lives may further be affected, as people with secure attachments tend to get on better throughout their development. Children with secure attachment are often treated better by peers and even teachers in school. On the other hand, those with disorganized attachment, because they struggle with poor social or emotional regulation skills, may find it difficult to form and sustain solid relationships. They often have difficulty managing stress and may even demonstrate hostile or aggressive behaviors. Because of their negative early life experiences, they may see the world as an unsafe place.

8.1. Role reversal

What happens if a child is born to parents with not solved trauma situation and it ends up in a disorganized attachment style? What is the **pathological accommodation system** that he or she may adapt in this confusing situation? This confusion is very often related to a change in roles, also called **role-reversal** [57], where the child takes over the calming role of the caregiver in later interaction. Role-reversal, very well illustrated on the Magritte's painting «The Spirit of Geometry», is a very common phenomenon, that forms part of the pathological accommodation process: in order not to suffer more from parental emotional dysregulation or imposed anxieties, the child takes over the role of the calming party – a short term solution to avoid unpleasant and harming feelings. In the long run, however, it leads to a blockage in emotional development of the child, who, instead of going through the process of emotional development and living his or her life fully, develops a radar for the anxieties of the others and lives in a constant alarm state.

Ana is a 31-year-old child of an alcoholic mother, who came to therapy because she could not sleep at night, she never puts down the guard and seems tense in every situation, as if constantly anticipating danger. It is very difficult to talk to her as whatever you say, seems to be capable of hurting her. One day she came to her session and said: «My boyfriend told me I am tense at all times. Do you think the same?» I liked very much her asking me because until now, if her boyfriend (or anyone else) said something like that, she would interpret it as a critique towards her and complain how bad is the other to her, a monster who only wants to hurt her. So I replied: «Yes, I agree with your boyfriend. However, I am also very proud of you and your development that you don't see it as a threat anymore.» Surprised and calmed by

this interaction, she went on: «My boyfriend bought me a bracelet that measures the pulse and I realized my pulse is much higher while I am resting than of the rest of the people. Do you think it is related?» It was the first time in a year of therapy that she decided to tell me something that she considered to be important instead of reporting on everything that happened and waiting for me to pick what was of importance to her treatment. This subtle difference cannot go unnoticed because this means she is much more self-confident that she was, she takes the responsibility of choosing herself what is important in her life. I gather that up and also say to her: «Of course it is possible and perfectly normal at the same time, how can you be relaxed in everyday life if, as a child, world was a dangerous place. If you had fallen asleep or relaxed while your mother was drunk, she may have burned the house or killed herself, and there was no one else watching her in the whole family. You did the best you could because I can't even think of how difficult your life would have been if something really had happened. But the big question is, where was your father then? Wasn't that his role?» Her father's pattern of behavior hasn't changed much since then and we can assume that he simply was not emotionally mature so as to control this situation and provide security for his children despite his wife's alcoholic episodes. She would tell me stories how, in her adult life and at the very beginning of her professional career, her father would borrow money from her to buy a new car and never give it back or do the Christmas shopping with her and wait for her to pay. She learned to always provide not only for herself but also for her family. This short example shows a role reversal situation and the consequences in a long run, the constant feeling of responsibility, anxiety and loneliness. She cannot relax because if she does, something wrong will happen. This would be what we call an **organizing principle or an implicit relational knowing**. Donna Orange, a psychoanalyst from New York, in one of her lectures gave an example of a correct parents' behavior that creates a secure attachment. Right after the terrorist attack on September 11 she was walking down the street and there was a family with two little children who were scared and asked if there would be another attack and if it was dangerous. Everybody was scared that there would be a next attack immediately but the role of the caregivers is not to transmit their own anxieties to their little children who are not prepared for that. The parents replied: «Don't worry, we will take care of you.» A child needs to feel that the world is a secure place because he or she is not yet ready and equipped to deal with the dangers. Like my patient, who was not equipped yet forced to become ready.

9. Influence of trauma on the relationships

So how does Anna, a traumatized patient, function in relationships? In other words, what are the mechanisms behind failed relationships?

«I am thinking if my relationship makes sense, I think he makes me unhappy and I don't understand how he can be such a bad and egoistic person.»

When Ana says that, I start asking myself why doesn't she break up with him if he makes her so unhappy and has been making her unhappy for 2 years already. And I think to myself that there must be some reason. Moreover, I am wondering if he real-

ly is such an egoistic person or there is something in their interaction that pushes him to behave that way. I also take into consideration the possibility that he is not egoistic but she is very vulnerable and her radars are very sharp to perceive the smallest sign of egoism. I also am pretty aware of the fact that a friend would confirm everything she says and reaffirm her conviction that she is good and he is bad and this is definitely not something that a therapist should do. My role is to help her find the perspective and see the things more as they really are by herself. I am also conscious that if I tell her that he is not that bad and she is interpreting it that way, I will hurt her, as she is very vulnerable. It is also crucial to validate this emotional reaction because if we don't, we enter the blaming pattern which would lead us astray. What do I mean by validating her feelings? Making her see that what she feels is legitimate but not because the situation now requires it but because her traumatic life experience made her feel this way in every situation that may somehow resemble the traumatic experience. So I decide to take the inquiring attitude and listen to what happened exactly, the best that I could do in this situation and at that moment was to show interest, let her steam off the feelings and not judge. So I just say «Hmm, and what happened that made you feel that way? Let's look at it together.»

«We went out together last Friday and I felt like dancing and staying longer but at midnight he started yawning and said he was very tired and wanted to go back home. So I got very angry and I told him that when he goes out with his friends, he stays up until morning and when he goes out with me, he comes back early.

So I think to myself: Ana wants to shout out to him «Love me more than you love your friends. I need to be the most important for you.»

So if we looked at the context for this situation, we could sum it up into the following:

Ana's boyfriend is very sociable and he likes going out at night with his friends and he tends to come back home in the morning. She does not like that. Why not? Because she cannot go out with him because she is always tired and she feels left out and alone, probably at the same time, deep inside, angry at herself that she is not different. Why is she tired? Because she cannot sleep at night and she works a lot. Her boyfriend is a very active person and she is rather passive and always needs silence. He turns on the TV and she locks herself up in the room because she needs peace and quiet and they quarrel. And she says he is egoistic because he does not take her needs into consideration. Is she not right? Yes, she is. Is her reaction proportional to the situation? Probably not, because she is traumatized by her parents who never took her needs into consideration, never took care of her, she never felt the most important for anybody and never felt really loved. The relationship is a situation that resembles very much her early childhood experiences, we are talking about a strong bond where one wants to be loved and taken care of. But are her demands of unconditional love and devotion to her needs really legitimate? She feels that they are because when we are little children we are right in demanding that but once we have had it and if our emotional development went well, as adults, we do not have excessive demands towards our partners in order to compensate for a traumatic loss or deficit. So we could say that her demands were legitimate then but are not now.

So there is no mutual understanding between them. What would be his part of the argument? Probably he is sick and tired of having a constantly tired, sad, demanding and sensitive girlfriend while he is an extrovert and a fun-loving person. So he does not even want to try to understand her because he is angry. We do not know anything about his childhood and his parents but we may hypothesize that his need for freedom and socializing comes from a restrictive bond with his mother that would suffocate him and thus provoke angry responses. So we could also understand why he does not want to adjust to Ana's demands.

Bearing that in mind, my response to Ana was the following: «What you are telling me is that you are sad and angry at your boyfriend because he does not make you feel like you are the most important for him. Do you think that this feeling reminds you of something?» It did, of course, that's exactly the way she felt with her parents all her life. She cries and continues that she is his girlfriend and she has every right to feel like the most important for him. So I tell her in response: «I am afraid that what you really want to achieve by making such a fuss about this situation is that he pays attention to this fact and realizes that he should treat you differently but what you achieve is totally the contrary. He gets angry and suffocated by your demands and withdraws. So you end up feeling even more lonely and desperate and maybe guilty at times.»

«So what do I do?» she asked. I smiled and told her: «First of all we need to realize that your demands would have been legitimate towards your parents when you were a child but you never even realized that you had every right to demand that. Nobody ever told you that your situation was traumatic and not correct. So how could you realize that (unformulated experience)? Now, we are thinking about it together and realizing that and your despair, anxiety, loneliness and anger all make sense.»

Sometime had to pass between this situation and the moment when we started considering the possibility that in a relationship you do not have to be the most important for the other at all times and he does not always have to prefer to go out with you than with his friends. It does not have to mean that he does not love you.

9.1. Cyclical psychodynamic theory and the repetition

However, in order to account for the process taking place between them better, we should take a closer look at the *Cyclical psychodynamic theory* by Paul Wachtel [58], who asks himself why, if we learn a pattern as children, don't we very often change as adults?

The key to Ana's case is her constant tiredness. Being alert 100% of the time and never sleeping enough makes her appear very tense to others. She very rarely smiles, she has little initiative because she has no energy, she is always cold and complains constantly about the temperature at her workplace, she very rarely shares things with people for fear of being misunderstood or hurt, she observes the others and lets her radars work to detect the slightest signs of maltreatment towards her and easily eliminates those people from her close circle. What she wants to achieve by doing so is to protect herself from being hurt and she desires to feel special to someone and loved. What she achieves by her attitude is lack of interest from other people, she

seems not interesting to be with, she is difficult to deal with as she is easily hurt and she causes problems to others by constantly demanding. So in consequence, what she gets is loneliness and, paradoxically, she feels hurt because nobody wants to spend time with her. She has very few friends, no one to really count on and she has to rely on herself. So we could say that she is repeating the same story that she experienced with her parents at her early stage in life, only that now she seems to be doing it unconsciously to herself. We should not look for a victim and the abuser, but rather for the attitude that someone develops as a consequence of being hurt, that makes it impossible for this person not to feel hurt again. So this leads to narrowing of the underlying mechanism and a repetition of the pattern that each time becomes more and more inflexible and implicit. If, on the other hand, Ana were lucky to fall in love with somebody who would not repeat the pattern, big chances are that she would, step by step, abandon the pathological way of perceiving life.

We could also ask ourselves why did she choose a boyfriend that is so active and extroverted instead of one who would try to understand her and be more sensitive? First of all, if we know something and perceive it as familiar, we feel good with it because it does not cause anxiety. New things are unknown and, especially if we have a history of trauma, we will avoid them as terrifying. This could also be explained from the neuropsychological point of view. Our patterns are neuronal circuits in the brain that are very likely to be repeated if we do not make an effort to consciously change them.

10. Summary

Trauma is not something that happened in the past, it is a process repeated constantly in our implicit memory that makes us react in certain ways as an effect of pathological accommodation and in order to preserve the attachment with our significant others. We are very prone to the responses from the environment and very easily re-traumatized by our attachment figures if their responses to a traumatic occurrence are inadequate. Our Implicit Relational Knowing or our Organizing principles are cyclical because of the responses that we generate in our surrounding and perpetuate along our whole life if we do not receive a corrective emotional experience that may help us learn new patterns. In therapy, we learn new ways of existing in the world by means of connecting the implicit with the explicit and through an empathic and understanding attitude of the therapist.

**The names and some data of my patients have been changed in order for them to remain anonymous

References

- 1 Laplanche, J., Pontalis J.B. *The language of psychoanalysis*. New York: Norton, 1973.
- 2 Stolorow, R. D. *The contextuality and existentiality of emotional trauma*. Psychoanalytic

- Dialogues, 2008; 18(1), 113–123.
- 3 Baselga, M. A. *Psicotraumatología (I). El trauma temprano*. CEIR. 2007; 1, 91-109
- 4 McFarlane, A., & Yehuda, R. *Resilience, Vulnerability and the Course of Posttraumatic Reactions*. Body and Society. 1996; 155–181.
- 5 Krystal, H. *Trauma and affects. The psychoanalytic study of the child*. 1978; 33, 81-116.
- 6 Young–Bruehl, E. *Anna Freud: a biography*. Yale University Press, 2008.
- 7 Stern, D. B. *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. NJ: The Analytic Press, 2003.
- 8 Brandchaft, B. *Systems of pathological accommodation and change in analysis*. Psychoanalytic Psychology, 2007; 24(4), 667.
- 9 Khan, M. M. *Ego distortion, cumulative trauma, and the role of reconstruction in the analytic situation*. The International journal of psycho-analysis. 1964; 45, 272.
- 10 Crastopol, M. *Micro-trauma: A Psychoanalytic Understanding of Cumulative Psychic Injury*. Routledge, 2015
- 11 Mitchell, S. A. *Relational concepts in psychoanalysis*. Harvard University Press, 1988.
- 12 Winnicott, D. W. *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press, 1965.
- 13 Stolorow, R., Stolorow, R., Atwood, G., Orange, D. *Worlds Of Experience Interweaving Philosophical And Clinical Dimensions In Psychoanalysis*. Basic Books, 2008.
- 14 Bromberg, P. M. *Speak! that I may see you; some reflections on dissociation, reality, and psychoanalytic listening*. Psychoanalytic Dialogues. 1994; 4(4), 517-547.
- 15 Lyons–Ruth, Karlen, et al. *Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment*. Infant mental health journal. 1998; 19(3), 282–289.
- 16 Kohut, H. *Thoughts on narcissism and narcissistic rage*. The psychoanalytic study of the child. 1972; 27, 360–400.
- 17 Gergely, G., Fonagy, P., Jurist, E., Target, M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press, 2002.
- 18 Schore, J. R., Schore, A. N. *Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment*. Clinical Social Work Journal. 2008; 36(1), 9–20.
- 19 O’Kearney, R. *Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research*. International Journal of Eating Disorders. 1996; 20(2), 115–127.
- 20 Shore, A.N. *The right brain implicit self: A central mechanism of the psychotherapy change process*. In: J. Petrucelli (Ed.), *Knowing, not-knowing&sort-of-knowing: Psychoanalysis and the experience of uncertainty* (pp.177–202). London: Karnac, 2010.
- 21 Treasure, J., Tchanturia, K., Schmidt, U. *Developing a model of the treatment for eating disorder: using neuroscience research to examine the how rather than the what of change*. Counselling and Psychotherapy Research. 2005; 5(3), 191–202.
- 22 Zhang, X., Li, T., Zhou, X. *Brain responses to facial expressions by adults with different attachment-orientations*. Neuroreport. 2008; 19(4), 437–441.
- 23 Mitchell, S. A. *Attachment theory and the psychoanalytic tradition: Reflections on human relationality*. Psychoanalytic Dialogues. 1999; 9(1), 85–107.
- 24 Schore, A. N. *Affect regulation and the repair of the self (norton series on interpersonal neurobiology) (Vol. 2)*. WW Norton & Company, 2003.
- 25 Bromberg, P. *Truth and human relatedness. The shadow of the tsunami and the growth*

- of the relational mind. NJ: Analytic Press Hillsdale, 2011.
- 26 Shore, A.N. *Attachment, trauma and the developing brain: Origins of pathological dissociation*. In: P. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders* (pp. 107-141). New York: Taylor&Francis Group, 2009.
 - 27 Berthoud, H. R., Lenard, N. R., Shin, A. C. *Food reward, hyperphagia, and obesity*. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2011; 300(6), R1266–R1277.
 - 28 Edelman, G. M. *The remembered present: A biological theory of consciousness*. Basic Books, 1989.
 - 29 Edelman, G. M. *Wider than the sky: The phenomenal gift of consciousness*. Yale University Press, 2004.
 - 30 Pearlman B. *Body or mind: A discontinuous model of neural emotional processing*. In: J. Petrucelli (Ed.), *Body states: Interpersonal and relational perspectives on the treatment of eating disorders*. London: Routledge, 2014
 - 31 Bromberg, P. M. *Shrinking the tsunami: Affect regulation, dissociation, and the shadow of the flood*. *Contemporary Psychoanalysis*. 2008; 44(3), 329–350.
 - 32 Petrucelli, J. (Ed.). *Body-states: Interpersonal and Relational Perspectives on the Treatment of Eating Disorders*. Routledge, 2014.
 - 33 Alexander, F. *Analysis of the therapeutic factors in psychoanalytic treatment*. *The psychoanalytic quarterly*. 1950; 19(4), 482.
 - 34 Stern, D. B. *Unformulated experience: From familiar chaos to creative disorder*. *Contemporary Psychoanalysis*, 1983; 19(1), 71–99.
 - 35 Aron, L. E., Anderson, F. S. E. *Relational perspectives on the body*. Analytic Press, 1998.
 - 36 Mitchell, S. A. *Contemporary perspectives on self: Toward an integration*. *Psychoanalytic Dialogues*. 1991; 1(2), 121–147.
 - 37 Boston Change Process Study Group. *The «something more» than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2005; 53(3), 693–729.
 - 38 Riera, R. *La connexión emocional*. Barcelona: Octaedro, 2010.
 - 39 Bowlby, J. *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books, 1969.
 - 40 Ainsworth, M. D. *Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother*. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 1964; 51–58.
 - 41 Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. *Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation*. *Child Development*. 1970; 41, 49–67.
 - 42 Beebe, B., Lachmann, F. M. *The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations*. *Psychoanalytic psychology*. 1988; 5(4), 305.
 - 43 Beebe, B., Lachmann, F., Jaffe, J. *Mother—infant interaction structures and presymbolic self- and object representations*. *Psychoanalytic dialogues*. 1997; 7(2), 133–182.
 - 44 Beebe, B., Lachmann, F. M. *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Routledge, 2013.
 - 45 Meltzoff, A.N., Moore, M.K. *Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates*. *Science*. 1977; 198, 75–78.
 - 46 Meltzoff, A.N., Moore, M.K. *Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures*. *Child Development*. 1983; 54, 702–709.

- 47 Trevarthen, C. *Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. Before speech: The beginning of interpersonal communication*. 1979; 321–347.
- 48 Trevarthen, C., Aitken, K. J. *Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications*. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2001; 42(1), 3–48.
- 49 Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, T. B. *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction*. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*. 1979; 17(1), 1–13.
- 50 Tronick, E. Z. *Emotions and emotional communication in infants*. *American psychologist*. 1989; 44(2), 112.
- 51 Chess, S., Thomas, A. *Goodness of fit: Clinical applications from infancy through adult life*. Psychology Press, 1999.
- 52 Main, M., Cassidy, J. *Categories of response to reunion with the parent at age 6: predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period*. *Developmental psychology*. 1988; 24(3), 415.
- 53 Behrens, K. Y., Hesse, E., Main, M. *Mothers' attachment status as determined by the Adult Attachment Interview predicts their 6-year-olds' reunion responses: A study conducted in Japan*. *Developmental Psychology*. 2007; 43(6), 1553.
- 54 Ainsworth, M. S. *Infant–mother attachment*. *American psychologist*. 1979; 34(10), 932.
- 55 Stevenson–Hinde, J., Verschueren, K. *Attachment in childhood*. *Blackwell handbook of childhood social development*. 2002; 182–204.
- 56 Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Flemming, W. S., Gamble, W. *Attachment and emotional regulation during mother-teen problem-solving*. *A control theory analysis*. *Child Development*. 1993; 64, 231–245.
- 57 Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., Parsons, E. *Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1999; 67–96.
- 58 Wachtel, P. L., Kruk, J. C., McKinney, M. K. *Cyclical psychodynamics and integrative relational psychotherapy*. *Handbook of psychotherapy integration*. 2005; 2, 172–195.

mgr Andrzej Ochojski

Andrzej Ochojski, MA

TRAUMY RAJSKICH PTAKÓW. O NATALII I KONSTANTYM GAŁCZYŃSKICH

TRAUMAS OF THE BIRDS–OF–PARADISE. ON NATALIA AND KONSTANTY GAŁCZYŃSKI

Pani Kirze Gałczyńskiej – wiernej strażniczce skarbu...

Streszczenie

Związek wielkiego poety Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego i gruzińskiej księżniczki Natalii Awałowej to nie było zwykłe małżeństwo. To było przede wszystkim spotkanie dwóch niespotykanych osobowości – prawdziwie rajskich ptaków, które połączyła wielka miłość do siebie nawzajem, ale także do poezji, literatury i muzyki.

Ich wzajemne oddziaływanie przyniosło wyjątkowy efekt synergii. Rzecz można, że dzięki miłości do Natalii Konstanty stworzył nowy rodzaj liryki – lirykę małżeńską, zachwycającą poezję, która uświęciła codzienne bytowanie, świat zwykły dwojga kochających się ludzi, gdzie szarość powszedniego dnia rozświetlona zostaje zachwytemi nad urodą życia zawartą w najprostszych jego elementach. Poeta tworzył, a żona była mu nie tylko muzą, źródłem natchnienia i tematem liryków ale także opiekunem i przyjacielem, bezpieczną przystanią wśród życiowych wirów. Była także, szczególnie po jego śmierci, niezwykłą strażniczką jego spuścizny, realizującą pilnie jego testamentowe pragnienie – «ocalić od zapomnienia...»

Losy obojga, rozgrywające się na tle niezwykle dynamicznych i bardzo dramatycznych wydarzeń, zmieniających Europę i cały świat od początku XX wieku, to główny wątek artykułu. Traumatyczne zdarzenia, które oboje głęboko przeżywali już w młodości pozostawiły w ich psychice niezatarte piętno, zaś ich wspólne zmagania z trudnym bytowaniem, szczególnie w okresie międzywojennym, są do dziś godne podziwu i dla wielu mogą być przykładem budzącym nadzieję.

Nie oszczędzał ich czas II wojny światowej. Rozłączeni na ponad 4,5 roku poddani zostali najtrudniejszemu próbom weryfikującym nie tylko ich miłość. Przez

«czasy pogardy» – Konstanty w sowieckiej i hitlerowskiej niewoli, a Natalia z matką i dzieckiem w okupowanej, a później heroicznie walczącej Warszawie – udało im się przenieść i ocalić najwyższe wartości: miłość do ojczyzny, wartość ludzkiej godności i niezachwianą wiarę w oczyszczającą moc duchowego dorobku ludzkości. Rzecz niezwykła, jak dowodzi «Notatnik» Gałczyńskiego, zawierający zapiski czynione w trudnym okresie niewoli, poeta mimo doznawanych krzywd i udręk, przeżywający rozpaczliwą tęsknotę nie uległ nigdy pokusie nienawiści. Trauma wojenna odbiła się na zdrowiu obojga. Los pozwolił im jednak do siebie powrócić i przeżyć jeszcze chwile szczęścia. Mimo trudnych realiów opresyjnego reżimu, Gałczyński nadal zapamiętałe tworzył i osiągnął niezwykle poziomy poetyckiej wrażliwości. Niestety, po uwolnieniu z obozu przeżył ledwie 8 lat. Po jego śmierci Natalia Gałczyńska oddała kulturze polskiej nieocenione zasługi chroniąc i upowszechniając dorobek wielkiego poety.

Abstract

The relationship of the celebrated poet Konstanty Ildefons Gałczyński and a Georgian princess Natalia Avalov was no ordinary marriage. It was first and foremost a coming together of two unique personalities – true birds-of-paradise, who were united by the great love to each other but also to poetry, literature and music.

Their interaction brought to life an extraordinary effect of synergy. One could say that his love to Natalia enabled Konstanty to create a new type of lyric poetry – the poetry of marriage, an enchanting verse that made sacred the daily life, the ordinary world of two people in love, where the gray of everyday is illuminated with admiration of the beauty of life, concealed in life's simplest aspects. The poet was creating and his wife acted not only as his Muse, the source of inspiration and the theme of the verse but also as his protector and friend, a safe haven in the turmoil of existence. Even more, she was, especially after he had passed away, a remarkable guardian of his legacy, eagerly executing his testamentary wish – «to rescue from oblivion...»

The fortunes of the two, taking place during the extremely dynamic and dramatic events that had been transforming Europe and the entire world since the beginning of the 20th century constitute the focal point of the article. The traumatic occurrences they both had deeply experienced as early as in their youths, impressed an irreversible stamp on their psyches, while the struggles with hardships of existence they shared, particularly during the period in between wars, are admirable to this day and may be an example giving hope to many.

The time of WWII was not easy for them. Separated for over 4,5 years, the two were subjected to most difficult ordeals that verified not only their love. Through the «times of contempt» – when Konstanty was held in Soviet and Nazi captivity and Natalia with her mother and child in occupied, and later heroically fighting Warsaw – they managed to carry and save the highest of values: the love to one's native country, the value of human dignity and the unshaken faith in the resurrecting power of the spiritual output of mankind. Astonishing as it is, as Gałczyński's «Notatnik» (Notes) proves with the records the poet made during the hard times of captivity, Gałczyński

never surrendered himself to the temptation of plunging into hatred, even despite the harm and wrong he suffered and the desperate homesickness he endured.

The trauma of war heavily affected the health of both. Still, fate let them find themselves again and live once more a time of happiness together. In spite of the harsh realities of oppressive regime, Gałczyński worked passionately and reached exceptionally high levels of poetic sensibility. Unfortunately, after his liberation from captivity he lived only 8 more years. When he died, Natalia Gałczyńska did invaluable service to the Polish culture, protecting and promoting the literary output of the great poet.

Rajskie ptaki

«Na Nowej Gwinei kangury wspinają się na drzewa, a motyle wielkości dużych talerzy śmigają po lesie deszczowym, w którym ssaki składające jaja taplają się w błocie. Żaby mają nosy jak Cyrano de Bergerac, a rzeki są pełne tęczowych ryb. Jednak żaden z cudów nowogwinejskiej przyrody nie zafascynował naukowców tak, jak stworzenia, które XIX-wieczny przyrodnik Alfred Russel Wallace nazwał najbardziej niezwykłymi i najpiękniejszymi z pierzastych mieszkańców Ziemi. Miał na myśli rajskie ptaki.»¹⁶²

Gdy 6 września 1522 roku, po trzech latach żeglugi dookoła świata, do hiszpańskiego portu Sanlúcar de Barrameda koło Kadyksu zawinął jedyny ocalały z wyprawy Ferdynanda Magellana żaglowiec Victoria, przywiózł nie tylko ponad 25 ton goździków wartych olbrzymią fortunę. Przywiózł także legendę wysp szczęśliwych, odkrytych gdzieś na końcu świata, na których żyją ptaki rodzące się w raju.

Marynarze Magellana, którzy podobno mieli ze sobą pióra kilku tych niezwykłych stworzeń, relacjonowali opowieści tubylców. Według nich «bolong diwat» (ptaki bogów) żyją w bezkresie nieba, pożywiając się rosą z chmur. Ich niezwykle zdobne pióra zadziwiają kształtem, pysznie mieniące się różnymi kolorami w zależności od oświetlenia, przyćmiewające swoim pięknem znane dotąd klejnoty stanowiły oczywisty dowód na pochodzenie z zupełnie innego świata. Nie dziwi więc, że nazywano je powszechnie rajskimi ptakami, nawet w łacińskiej nazwie systematycznej (*Paradisaeidae*).

Przez wieki odkrywcy i podróżnicy nie szczędzili trudu, by poznać dalekie kraje, gdzie żyją te wyjątkowe stworzenia, obserwować fascynujące zachowania i przywozić ich cenne pióra. Rajskie ptaki pobudzały wyobraźnię artystów. Już od XVI w. na przedstawiających raj arrasach pojawiają się dziwne ptaki, a na powstałym sto lat po wyprawie Magellana obrazie «Raj i grzech pierworodny»¹⁶³ namalowanym wspólnie przez Jana Breughela i Petera Paula Rubensa można nawet rozpoznać konkretne gatunki «*Paradisaeidae*». Legenda rajskich ptaków upowszechniła się w przekazach ludowych, utrwaliła się w baśniach, stała się też motywem poetyckim i inspiracją muzyczną. Niezwykłość i cudowność tych stworzeń sprawiły,

162. Rajskie ptaki czyli raj odnaleziony. National Geographic Polska, 2013-05-16 10:06 <http://www.national-geographic.pl/national-geographic/przyroda/rajskie-ptaki-czyli-raj-odnaleziony>

163. Wg Royal Picture Gallery Mauritshuis w Hadze tytuł obrazu brzmi: Het aards paradijs met de zondeval van Adam en Eva, (ang.): The Earthly Paradise with the Fall of Adam and Eve

że w kulturze europejskiej «rajski ptak» jest synonimem wyjątkowego, żyjącego na pograniczu Ziemi i Nieba stworzenia, jedyne go pośrednika łączącego znany nam świat z jakimś światem innym, równoległym, nierzeczywistym, rajem utraconym, do którego tęsknimy.¹⁶⁴

Odczuciu temu nie przeszkadza, że współcześni ornitolodzy przypisują te ptaki do rzędu wróblowatych. Przeciwnie, choć w ich współczesnej nazwie «cudowronki» wskazuje się na podobieństwo z ptakami powszechnie u nas znanymi, to przedrostek «cudo-» zachowuje elementy ich legendarnej nierzeczywistości. Legenda trwa tym bardziej, że do dziś nie poznano wszystkich gatunków, nie zbadano do końca ich obyczajów, nie spenetrowano siedlisk.

Niechaj więc rodzą się w swoim niedostępnym raju, na wyspach szczęśliwych i podtrzymują nadwątloną nadzieję na istnienie innego, lepszego, niewypowiedziane piękniejszego świata, którego oni są tylko posłańcami.

Czasami jednak zdarza się cud, a może jakaś boska pomyłka, w wyniku której «dusza» rajskiego ptaka wciela się w człowieka. Pojawia się ktoś niezwykły – malarz, muzyk, poeta lub ktoś, o kim się powie po prostu: nadwrażliwy. Jego niezwykłość budzi podziw i zazdrość, wywołuje niepokój i niezrozumienie, a jego zachowanie, zakłócające spokój uporządkowanego świata, zaskakuje, drażni a nawet irytuje innych ludzi. Tymczasem «dusza» rajskiego ptaka uwięziona w ciele człowieka trzepoce i cierpi nie mogąc uwolnić się z pułapki. Tęskniąc do świata, z którego pochodzi, do swojego świata, miota się w klatce, z której na zewnątrz wyfruwać cudowne pióra podziwiane przez publiczność. Dramat człowieka z taką duszą to niezliczone próby odzyskania wolności, zerwania pęt. Wyzwolenie przynosi śmierć. Poeta zaznaje spokoju, a jego dusza powraca do wytęsknionego raju. Spokój odzyskują także ci, których swoim krzykiem poruszał i przerażał, którym zakłócał codzienną regularność bytu.

Martwe ptaki preparuje się i wypycha, a artystom stawia się pomniki z brązu.

Czasem tylko, dla sensacji i pikanterii, wspomina się ich szaleństwa, ucieczki w alkohol, narkotyki, lecz rzadko, bo to trudne do zrozumienia, próbuje się wejść w ich cierpienia i traumy.

Wykolejony kolejarz

Nikt nie jest w stanie zrozumieć jak to się stało, że 23 stycznia 1905 r. w rodzinie technika kolejowego Konstantego i jego żony Wandy pojawił się rajski ptak. Nic na to nie wskazywało, miejsce było zwyczajne: kamienica przy ul. Mazowieckiej 11 w Warszawie,

«(...) w pokoiku oświetlonym skąpo światłem naftowych lamp.»

(*Życiorys ciasny, ale własny*, 1952)¹⁶⁵

164. por. D. Attenborough, E. Fuller: *Drawn from paradise. The discovery, art and natural history of the birds of paradise*. Collins, London 2012.

165. Cytaty kursywą pochodzą z wierszy Gałczyńskiego, wg wydania *Wiersze zebrane T.1 i T2*, Warszawa 2014.

Po latach żona poety Natalia, opowiadając córce o młodości jej ojca «(...) zawsze jednakowo zadziwiona, powtarzała pytanie: skąd po wielu pokoleniach ludzi nawykajmniej przeciętnych, nijakich, pozbawionych wykształcenia, umiejętności nawiązywania najprostych stosunków z partnerami życiowymi, jak w takiej rodzinie (zarówno po mieczu jak i po kądzieli), nie wiadomo na dobre skąd, pojawił ktoś o tak fascynującej osobowości, kulturze, wyrafinowanym smaku, niecodziennych zamiłowaniach, niepospolitym, wszechstronnym talencie? Skąd na przekór wielowiekowej tradycji pokoleniowej wziął się ten człowiek z taką wrażliwością, czułością dla bliskich, dla świata?... Poznała ten dom, jego wnętrza, poznała matkę poety. Na nurtujące ją pytania nie znalazła nigdy odpowiedzi.»¹⁶⁶

Neurasteniczny ojciec poza swoją nerwicą obdarzył syna także swoim własnym imieniem. Tajemnicze imię Ildefons, którym poeta później dumnie odróżniał się od ojca¹⁶⁷, trafiło się przypadkiem, przypadając z kościelnego kalendarza na dzień jego urodzin.

Niewiele później urodził się kolejny Gałczyński – Mieczysław, ukochany brat Konstantego. «Dwaj chłopcy — Konstanty Ildefons i Mieczysław Zenon — rośli (...) w domu smutnym, pozbawionym pogody, ciepła, rodzicielskiej miłości, wspólnych zabaw, spacerów, wyjść w miasto, za to przepełnionym awanturami, łzami matki, coraz wyraźniej dającej o sobie znać wrogości między dorosłymi. Musieli sobie wystarczać sami. Rolę opiekuna i wychowawcy Mietka przejął na siebie starszy zaledwie o 11 miesięcy Kostek: to on czytał mu bajki, on je wymyślał i opowiadał, on kształtował jego zainteresowania, on podsuwał książki, on wreszcie zabierał braciszka na spacer po niedalekim Kercelaku, na jakieś ślizgawki czy inne zabawy zimowe.»¹⁶⁸

Ojciec kształtował pierworodnego syna na swój obraz i podobieństwo. Nie licząc się z jego zdaniem wyznaczył mu tę samą życiową drogę: ukończenie Szkoły Technicznej Kolei Warszawsko-Wiedeńskiej, które zagwarantuje mu dobrze płatną i zapewniającą prestiż pracę na kolei.

Wybuch I wojny światowej przekreślił te plany. W 1914 r. urzędnik kolejowy Gałczyński wraz z rodziną został służbowo ewakuowany do Moskwy. Wydaje się to paradoksem, ale właśnie tam, w Moskwie czasu wojny i rewolucji odmienił się los młodego Kostka, ktoś go docenił i pozwolił mu na marzenia. W 1915 r. «Konstanty syn Konstantego» rozpoczął naukę w Szkole Realnej Polskiego Komitetu Pomocy Ofiarom Wojny, którą założył i prowadził wybitny pedagog Władysław Giżyński. Tam trafił pod opiekę Kazimierzy i Józefa Grabowskich, nauczycieli z powołania, wspaniałych, szlachetnych ludzi.¹⁶⁹ Oni rozpoznali rajskiego ptaka – zdolnego,

166. Kira Gałczyńska: *Rola Natalii i domu w twórczości K. I. Gałczyńskiego*. Referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Dzieło i życie K.I. Gałczyńskiego”. Kraków 3-5 grudnia 2003 r., s.6. <http://www.kigalczynski.pl/prace/konferencje/krakow2003/referaty/galczynska.pdf>

167. „Ja Konstanty, syn Konstantego, zwany w Hiszpanii mistrzem Ildefonsem...”, (Noctes Aninensis, 1939 r.)

168. Kira Gałczyńska, op. cit. s. 4-5.

169. Historia życia Józefa Grabowskiego godna jest szczególnego upamiętnienia jako przykład skromności, szlachetności, patriotyzmu i gotowości do heroicznych czynów.

utalentowanego ucznia i kierując zainteresowania młodego chłopca ku literaturze, muzyce, teatrowi, rozbudzili w nim «żar serca». Dali mu jeszcze coś więcej. U nich naprawdę poznał, co to ciepło prawdziwego domu: bezpieczeństwo, miłość, troska. Taki dom starał się później budować, taki dom słał w swoich wierszach, a panią Kazimierę wspominał po wielu latach dedykacją: «Poświęcam mojej drogiej niezapomnianej nauczycielce – Pani Kazimierze Grabowskiej».¹⁷⁰

A działo się to w Moskwie ogarniętej wrzeniem, w Moskwie rewolucji lutowej i przewrotu bolszewickiego w 1917 r. Młody chłopiec przeżył tam «(...) pierwsze kontakty z rewolucyjną poezją rosyjską, z manifestami Burluka, Majakowskiego, Chlebnikowa rozlepianymi na płotach i murach...».¹⁷¹ Tam też był po raz pierwszy świadkiem upadku porządku świata, który dotąd powszechnie uważany był za niezmienny i trwały. Wtedy też po raz pierwszy, choć nie ostatni, uszedł cało z historycznej katastrofy, gdy w 1918 r. całej rodzinie udało się bezpiecznie powrócić do Warszawy.

Odtąd nie było już mowy o karierze kolejarskiej. «Jesienią Kostek i Mietek, pomimo sprzeciwów ojca, kontynuują naukę w Gimnazjum Władysława Giżyckiego...»¹⁷², który przeniósł swą szkołę do Warszawy. Matka wspierała synów. Kostek jeszcze w szkole podjął swe pierwsze próby prozatorskie i poetyckie i gdy wydawało się, że los dobrze przełożył zwrotnicę, kierując jego życie na bezpieczniejsze i spokojne tory, wydarzyła się w życiu szesnastolatka niespodziewana tragedia.

W 1921 r. jego najukochańszy brat, najbliższa mu podówczas osoba, rozchorował się i zmarł. „Mietek zapadł na dość powszechną chorobę wieku dziecięcego – szkarlatynę. Na ogół mali chorzy z niej wychodzą. Tylko tu, na Towarowej, finał **musiał być**¹⁷³ inny! O śmierć Mietka Kostek obwiniał ojca: zamiast czuwać przy chorym, w porę podawać lekarstwa (robili to na zmianę z matką), zniknął gdzieś w knajpie. Tej bezsensownej śmierci nigdy nie wybaczył swemu ojcu. I stosunki między nimi z chłodnych, obojętnych – ale na miarę mieszczańskiej rodziny poprawnych – stały się wręcz wrogie. W roku 1924 papa Gałczyński definitywnie opuścił mieszkanie na Towarowej. Zmarł w trzy lata później.»¹⁷⁴

Śmierć brata była niewątpliwie największą traumą w dotychczasowym życiu szesnastolatka. Trudno byłoby w obecnej chwili zastosować medyczne kryteria diagnostyczne do oceny wpływu tego zdarzenia na psychikę Konstantego, jednakże o sile traumatycznego przeżycia świadczą dowody pośrednie:

- jego obecność przy śmierci brata, którego uznawał za najbliższą, ukochaną osobę,
- przekonanie o własnej bezsilności oraz o tym, że śmierć nie musiała nastąpić, że była ona skutkiem zaniedbania ojca, zobowiązanego do opieki nad chorym.

170. Dedykacja do wiersza: Wilno, ulica Niemiecka, 1935.

171. Oficjalna witryna Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego. Życie. s.1, <http://www.ki-galczynski.pl/zycie/>

172. tamże.

173. podkreślenie autorki

174. Kira Gałczyńska, op. cit. s. 6.

Pod wpływem tej tragedii Kostek wkrótce wyprowadził się z domu. Przez kilka lat swoje przeżycia dotyczące tamtego zdarzenia szczelnie zamknął przed światem. To wyjątkowa, w jego przypadku, reakcja, bo przecież od początku tworzył poezję autotematyczną, chętnie prezentował szczegóły swej biografii, a nawet sam ją tworzył i sam mitologizował. Dopiero po siedmiu latach powrócił do swej traumy w prostym, przejmującym wierszu:

*Padał deszcz. Nikt konwulsji nie dostał,
gdy spuścili trumnę na sznureczkach.
Doktorowi wypadła teczka.
«... Mój panie, śmierć to rzecz prosta.»*

*Było cicho, zupełnie cicho.
Może wszystko było zmyślane?
Ale dziadek, siwy jak gołąbek
miał oczy takie czerwone.*

*A gdy się wszystko skończyło,
doktor krzyknął: «Boże, to już trzecia godzina!»
Skonał braciszek, skonał, skonał, skonał.
Zostało po nim serce z kory i okaryna
stłuczona.
(Śmierć braciszka, 1928)*

Z upływem lat łagodniał nieco stosunek poety do ojca. W poemacie *Bal u Salomona* powstałym w 1933 r. wspomina go negatywnie, lecz bez nienawistnych emocji, a nawet z próbą zrozumienia, z cieniem empatii:

*Na początku był ojciec. Każdy ojciec jest zły.
Miał swoje wyrachowania, swoje serce (...)*

W rok później poświęcił mu wiersz *Portret ojca artysty*. Widać, że przez lata ojciec był dla niego problemem, z którym nie potrafił się do końca uporać, a przez wykpiwane tu przywary i małostki rodzica przebija tęsknota za lepszym, godnym tego miana ojcem, któremu syn, od dnia urodzin, gotów był ofiarować serdeczne uczucie.

*Ojciec lubił lenistwo. Całymi dniami
widziałeś pasibrzucha, jak się bawił z psami.*

*To zagwiżdże, to muchę zdusi pod Obrazem
i marsz w gąszcz pod oknami do czytania gazet.*

*(...) Byłem wtedy nie większy od pszczoły. Gdy w dymach
zmierzchu ujrzałem w oknie łeb ojca - olbrzymia,*

*strach i śmiech wstrząsały, bo krzywa szlafmyca
ciągnie – myślałem – ojca prosto do księżycy.*

Emocjonalnych więzi syna z ojcem nigdy nie było. Istniał tylko ich dojmujący brak, tak silnie odczuwany przez poetę, że dostrzegany nawet przez jego znajomych. Aleksander Maliszewski nazwał to uczucie «gwoździem»: «(...) czuło się kpinę, gniew, urazę, ale wszystko to było jakby w otoczce uśmiechu, podziwu, utajonej miłości. Nikt z nas tego gwoźdźca nie poruszał. Przeczuliśmy, że w sercu Kostka ćmiła tęsknota do «dziwnego» ojca, który był i którego jednocześnie nie było.»¹⁷⁵ Ojciec często znikał z domu, najczęściej do knajp, gdzie brylował w kolejarzkim towarzystwie, a pani Wanda, matka poety czekała na niego płacząc. Kiedyś Maliszewski usłyszał jej rozpaczliwe wyznanie, «(...) że jeśli Konstanty będzie podobny do ojca, to ona się zabije.»¹⁷⁶ Kostek wypełniał ten brak tworzeniem własnej genealogii. «W zależności od humoru opowiadał kolegom, że tata jest zakrystianinem, organistą, wędrownym golibrodą czy też zapalaczem latarni»¹⁷⁷, a kiedyś nawet jako swojego ojca przedstawił przypadkowo spotkanego, miłego staruszka.¹⁷⁸

Rajski ptak zaczął błyskać swoimi kolorowymi piórami jeszcze w szkole. A «(...) po maturze w 1923 r. rozpoczął studia na Uniwersytecie Warszawskim, równocześnie na dwóch kierunkach: filologii klasycznej i anglistyce; fascynował się Rimbaudem, Yeatsem, Poem, Rilke, Hofmannsthałem, liryką rosyjską: Błokiem i Jesieninem, publikował wiersze w czasopismach studenckich.»¹⁷⁹

Studia traktował na swój, «ptasi», sposób. «Wydziobywał ziarenka (...)»¹⁸⁰, uczył się tylko tego, co go interesowało, nie zdawał kolokwii, nie stawiał się na egzaminach. «Po prostu nie przywiązywał wagi do formalności, nie zależało mu na dyplomie.»¹⁸¹ Nie znosił skrupowania, rygorów jakiegokolwiek instytucji. Być może najbardziej odpowiadałyby mu studia w nieformalnym stowarzyszeniu, podobnym do Akademii Platońskiej, a może już wtedy «dusza rajskiego ptaka» rwała się do lotu i szerokiej przestrzeni. Pofrunął więc w artystyczną przestrzeń Warszawy debiutując pierwszymi wierszami, buńczucznie wpychając się w środowisko uznanych bywalców literackich kawiarni i knajp, a przede wszystkim z zapalem rozpoczynając swymi obrazoburczymi, birbancko – poetyckimi wystąpieniami autokreację swej legendy – największego, szalonego i nieobliczalnego «cygana» spośród młodych poetów.

Skandalizująca autopromocja została na czas pewien przerwana powołaniem do wojska. Jako studenta, skierowano go jesienią 1926 roku do Szkoły Podchorążych Rezerwy. Nieliczni naiwni sądzili, że uda się tam jakoś «uformować» niesfornego indywidualistę. Nic bardziej błędnego.

175. A..Maliszewski: Konstanty. w: Wspomnienia o K.I.Gałczyńskim, red. A.Kamieńska, J.Śpiewak, W-wa 1961.s. 71.

176. tamże.

177. Anna Arno: Konstanty Ildefons Gałczyński. Niebezpieczny poeta. Kraków 2013, s.15.

178. Aleksander Maliszewski, op. cit. s. 72-73.

179. Jerzy Stefan Ossowski: Poezja jest tylko dla tych, co mają czyste serca. w: Konstanty Ildefons Gałczyński: Szarlatanów nikt nie kocha. Wiersze zebrane. Tom I. Warszawa 2014, s.7.

180. Anna Arno, op. cit., s. 26.

181. tamże.

Niepokorna dusza Konstantego uznała wtedy za swego ideowego patrona postać Józefa Szwejka z powieści Jaroslava Haška. To się nie mogło się dobrze skończyć, gdy «(...) na egzaminacyjne pytanie odpowiedział ponoć cytatem z Haška, «że karabin to narzędzie szatana». Tą bezczelną odzywką zapewne przebrał miarę i został przeniesiony do pułku piechoty stacjonującego w Berezie Kartuskiej.(...) Służył tu aż dwa lata jako zwykły szeregowiec.»¹⁸²

Ktoś mógłby uznać to za klęskę, lecz Gałczyński nie dał się złamać, nie zrezygnował ze swej niepokorności. Niezwykłą fantazję, bujną surrealistyczną wyobraźnię i zaskakujące poczucie humoru wykorzystywał do radzenia sobie z wojskowym drylem. Przeciw żołnierskiej uniformizacji i dyscyplinie stosował cały arsenał przeróżnych, przemysłnych, niepowtarzalnych sztuczek. Jego dwuletnia wojskowa «kariera» z powodzeniem mogłaby posłużyć za kanwę osobliwego scenariusza filmowego, nie gorszego od znakomitej komedii «C.K. Dezerterzy». W liście do Aleksandra Maliszewskiego podsumował wszystko z finezyjną, szwejkowską ironią prostaczka: «Ciągłe siedzę w pace, bo nie możemy się wzajemnie zrozumieć.»¹⁸³ Przełożeni często dawali za wygraną. Uznając, że nie stworzą żołnierza z tego materiału, zlecali Gałczyńskiemu inne zadania. Najlepiej sprawdził się jako instruktor kulturalno-oświatowy pisząc dla kompanii piosenki pod znane melodie lub inscenizując okazjonalne przedstawienia. Końcowego egzaminu jednak ponownie nie zaliczył, skutecznie przekonując komisję, że jest niespełna rozumu. W połowie 1928 r. został w końcu zwolniony ze służby, bez awansu do stopnia podchorążego, jako zwykły szeregowiec.

Spoglądając po latach na ten biograficzny epizod odnosi się nieprzeparcie wrażenie, jakby to wszystko było zamierzonym, z przekorą odegranym spektaklem, w którym udało się poecie całkowicie zamienić miejscami fantazję z najbardziej prymitywną, koszarową rzeczywistością. Siła jego autokreacji oszołomiła i zdezorientowała kadrę wojskową, grupę widzów najmniej podatną, jakby się zdawało, na czary poety-szarlatana. Być może poeta sam w ich moc uwierzył, choć naprawdę, z wielu wojskowych tarapatów wybawiał go Julian Tuwim, ceniony w środowisku sanacyjnych pułkowników.

Epizod szkolenia wojskowego, choć to barwna anegdota, nie byłby wart tak szerokiego opisu, gdyby nie jego, nieprzeczuwane w tym momencie, fundamentalne znaczenie dla życia i dalszych losów Gałczyńskiego. Stopień szeregowego, który «zachował» wbrew wszelkim wysiłkom przełożonych, uratował mu życie 11 lat później, gdy wichry wojny miotają nim jak liściem.

Gruzińska księżniczka

26 sierpnia 1908 roku sfrunął z nieba kolejny rajski ptak. Do Kalisza. Tutaj było inaczej. Na urodziny córki Natalii w pięknym domu czekali kochający się rodzice: Wiera, córka radcy stanu i naczelnika powiatu Piotra Dmitriewicza Snaksarewa, Rosjanina powszechnie szanowanego przez obywateli miasta oraz jej mąż

182. tamże, s. 43-44.

183. Aleksander Maliszewski, op. cit. s. 76.

Konstanty¹⁸⁴ Awałow, a właściwie Awaliszwili, bo to Gruzin z książęcego rodu. Wcześniej urodził się im pierworodny syn Nikołaj, ukochany przez Natalię brat i przyjaciel.

Romantyczna jest historia rodziców Natalii. Niezwykła uroda Wiery, siedemnastoletniej uczennicy Instytutu Maryjskiego w Sankt Petersburgu sprawiła, «(...) że jej ojciec otrzymał zaproszenie – a raczej niemal rozkaz – przedstawienia na dworze swojej najmłodszej córki.»¹⁸⁵ Zrządzeniem losu na jej pierwszym balu w wielkim świecie pojawił się także młody, przystojny Gruzin, znakomity kawalerzysta, carski oficer, książę Konstanty Nikołajewicz Awałow. Dalej wszystko potoczyło się jak w bajce. Oczarowany piękną panną młody książę stracił dla niej głowę a «(...) po takim balu i po kilkunastu wizytach u państwa Snaksarewów – gdzie od czasu do czasu udało mu się wymienić kilka słów z piękną dziewczyną – oświadczył się i został przyjęty.»¹⁸⁶ Zakochana panna Wiera oświadczyła jednak, zaskakując wszystkich, że pragnie ukończyć szkołę. Kiedy, wyróżniona złotym medalem, została absolwentką Państwowego Gimnazjum w Kaliszu nic już nie stało na przeszkodzie, by 28 lipca 1904 roku w pułkowej cerkwi w Kaliszu odbył się wspaniały ślub.

Córka Wiery i Konstantego była niezwykle dzieckiem. Podczas, gdy jej starszy brat był trochę melancholijnym samotnikiem, niepodzielającym ojcowskiego uwielbienia dla koni, chętnie pogrążającym się w lekturze książek, ona prezentowała zupełnie odmienny temperament.

«Natalii wszędzie było pełno, wcześniej – przebrana w gruzińskie stroje, które jej Konstanty przywoził ze swych niekończących się delegacji – nauczyła się tańczyć lezginkę¹⁸⁷, biegała z kindżałami ojca i wywijiała nimi jak zaprawiony w niejednym boju wojownik, wspaniale jeździła konno (...) Najczarowniejszym jednak towarzyszem codziennych eskapad dziewczynki, nieustannych zabaw i wciąż na nowo odkrywanego świata był ojciec. Patrzył na nią jak w obrazek, pozwalał absolutnie na wszystko. Nareszcie miał komu opowiadać o ojczystym kraju – o jego prastarej historii zamkniętej w niezwykłych poematach. (...) O starych zamkach, pieczeniu barana, polowaniach, patrzeniu w niebo pełne gwiazd, o konnych wyprawach w wysokie, sięgające nieba góry, o rozmowach z ukrytym za skałami echem, o księżniczkach czekających na swoich rycerzy...

Mówił o Gruzji jako o najczarowniejszym miejscu na ziemi, jako o nagromadzeniu piękna, którego nigdzie indziej nie ma... I wtedy z jego oczu zniknął smutek, rozpromieniał się cały, a odbłyśki tego szczęścia widoczne były w czarnych wielkich oczach małej córeczki...»¹⁸⁸ Opowiadał jej przecież o swoim utraconym raj, a rajski ptak, zaklęty w ciele jego pięknej córki, rozumiał go jak nikt inny.

Podczas częstych wyjazdów służbowych Konstantego Natalia chętnie spędzała czas z kochanym bratem Nikołajem. «Cudownie starał się zastępować jej uwielbia-

184. To już trzeci Konstanty w tej opowieści.

185. Kira Gałczyńska: *Srebrna Natalia czyli palcem planety obracasz*. Warszawa 2014, s. 67.

186. tamże s. 68.

187. Lezginka - tradycyjny, ludowy taniec kaukaski, o tempie żywym, w metrum 6/8. Charakteryzuje się drobnymi, szybkimi krokami, gwałtownymi ruchami ramion i ciała i pozą orła, z lekko wzniesionymi do góry, "rozpiętymi" ramionami.

188. tamże s. 79-80.

nego ojca, był nieodłącznym towarzyszem, opiekunem... Też uważał ją za zjawisko, za dziewczynkę przybyłą nie wiadomo skąd...»¹⁸⁹

Spokojne dzieciństwo przerwała wielka wojna. W lecie 1914 r. Konstanty Awaliszwili zmuszony był opuścić rodzinę. Został wezwany do Petersburga, a wkrótce potem wyruszył na front. Kalisz, najspokojniejsze dotąd miejsce na ziemi, już w pierwszych dniach wojny, w sierpniu, został straszliwie zniszczony. Rodzinie Natalii udało się jednak szczęśliwie ewakuować do letniego domu na wsi, gdzie przeczekano najgorsze. Kiedy tylko stało się to możliwe wszyscy wrócili do Kalisza. Wszyscy, z wyjątkiem ojca Natalii, księcia Konstantego Awaliszwili, wysokiego oficera carskiej kawalerii, który przepadł gdzieś w zawierusze wojennej.

Kiedy zęgnęła Natalia ukochanego ojca miała zaledwie 6 lat. Czekwała na niego wytrwale przez długie, niespokojne lata wielkiej wojny. Gdy nastał wreszcie pokój, Kalisz znalazł się w niepodległej Polsce. Młodziutka księżniczka rozpoczęła naukę w polskiej szkole i dziwiła się coraz bardziej, że jej ojciec ciągle nie wraca. Nie potrafiła sobie tego wyjaśnić. Wiedziała, że mama pojechała szukać ojca i dotarła nawet do jakiegoś generała, ale dlaczego wróciła sama? W domu nikt nie chciał jej niczego wytłumaczyć, choć zauważała, że dorośli mają przed nią jakieś tajemnice... Czekwała coraz bardziej niecierpliwie.

Jej matka Wiera ostatnią korespondencję od ukochanego męża otrzymała około 1915 roku. Potem podjęła samodzielne poszukiwania. W listopadzie 1917 r., po długiej wędrówce, dotarła aż do Kaługi, do dowództwa Gruzjińskiego Pułku Konnego, gdzie opowiedziano jej o bohaterskich czynach księcia Konstantego na froncie rosyjsko-austriackim i o tym, że 7 marca 1917 r. ciężko ranny dostał się do niewoli tureckiej. Kiedy zrezygnowana wracała samotnie do Kalisza, przebywając wielkie przestrzenie Rosji, poznała z bliska tragiczne realia krwawej, bolszewickiej rewolucji. W domu zaś czekała lakoniczna informacja, że mąż «(...) dostał się do bolszewickiej niewoli. Ta smutna wiadomość oraz niedawne przeżycia przekonały ją, że czerwona niewola dla białego księcia to oczywisty wyrok śmierci.»¹⁹⁰ Więcej wieści o mężu, księciu Konstantym Awałowie nie miała już nigdy.¹⁹¹

Dziecięcy świat Natalii, z miłością i zapamiętaniem oczekującej kochanego papy, dramatycznie zawalił się pewnego dnia w parku, podczas najlepszej zabawy z koleżanką, która mówiąc o jej ojcu niespodziewanie użyła czasu przeszłego. To wystarczyło, by runęła wątpliwa nadzieja. Dziewczynka zmusiła koleżankę, by powiedziała jej wszystko... Okazało się, że wszyscy, poza Natalią, wiedzieli już o śmierci jej ojca.

«Płacz, a potem zawzięte i lodowate wobec najbliższych milczenie Naty trwały kilka dni. (...) zamknęła się w swoim własnym świecie, z którego, jak z obronnej skorupy, nie chciała za żadne skarby wyjść; trwała w jakimś dziwnym stanie – ni to letargu, ni to półśnie; nie jadła, nie płakała. Wydawać się mogło, że wszystkie łzy wylała w pierwszym godzinnym bardzo głośnym szloch. (...) nagle zaczęła robić

189. tamże s. 80.

190. tamże s. 43.

191. Dalsze losy Konstantego Awaliszwili udało się w jakiejś części odtworzyć dopiero jego wnuczce, Kirze Gałczyńskiej w czasie podróży do Gruzji w 2005 r.

wrażenie dojrzałej nad wiek istoty – zamieniona w kamień, przebywająca w swoim własnym, niedostępnym dla innych świecie. Potem wstała, umyła się i (...) od brata usłyszała o wszystkim, co wiedzieli dorośli: o czerwonej niewoli, z której biały oficer, do tego książę, nie mógł ujsć z życiem. (...) To było jej pożegnanie z ojcem. (...) w rozmowach z najbliższymi nie przywoływała jego imienia; pochowała prezenty od niego, zniknęły fotografie, jego drobiazgi, gruzińskie książki.»¹⁹² Żywą pamięć o ukochanym papie schowała głęboko w sobie.

Ta wielka trauma młodzietki Naty zmieniła rajskiego ptaka. Choć pozostał zjawiskowy urok i czar to zniknęła dziecięca bez troska. Nieszczęście jej jednak nie złamało. Przeciwnie, jakby od skał ojczyzny swego ojca nabrała twardości, a cień ojca – dumnego orła z Kaukazu, dodawał jej sił w najtrudniejszych chwilach, których życie nie szczydziło.

Tęsknota do Farlandii

Zaskakujące są analogie niektórych zdarzeń w życiu matki i córki Awałowych. Zgodnie z planem matki, w 1929 roku Natalia przyjechała do Warszawy. Wiera Snaksarewa, odwieziona kiedyś przez rodziców do szkoły w stolicy imperium, Sankt Petersburgu, swoją córkę wysłała na studia do Warszawy, stolicy niepodległego już państwa, w którym przyszło im dalej żyć. Nie przypuszczała zapewne, że dojdzie tam wkrótce do podobnego spotkania, jakie zdarzyło się jej przed laty, na dworskim balu, na którym spotkała swego księcia.

W niedzielny, majowy poranek 1929 r. w Warszawie, w «Małej Ziemiańskiej», gdzie spotykała się elita literacka, poznali się Natalia i Konstanty, księżniczka i poeta. Jak kiedyś, tak i tym razem, bohaterem pamiętnego spotkania stał się mężczyzna o imieniu Konstanty. Coś z magii musiało być w tej zbieżności imion, w czarnych włosach, przenikliwym spojrzeniu i niezwykłym uroku osobistym ich obu – gruzińskiego księcia i aspirującego do miejsca na Parnasie młodego poety. Trudno też nie mówić o magii Wiery i Natalii – natychmiast zauroczyły Konstanty. Obie także zapamiętały na zawsze, każda swoje spotkanie, jako niezwykłą chwilę, błysk uczucia, które od razu rozpałiło się w wielką, prawdziwą miłość do końca dni, na dobre i na złe.

Natalia wspominała po latach: «Zobaczyłam rozczochrane czarne włosy i oczy, bardzo duże, zielone, mrużące się jak u kota. (...) zobaczył mnie w tej Ziemiańskiej nagle i od razu. (...) zakochał się właśnie w tej chwili (...) Następnej niedzieli przyszedł o dziewiątej rano. Był dość speszony, poprosił o szklankę wody. (...) Wyjął tylko, że przez cały tydzień tkwił jak głupi w Ziemiańskiej i czekał na mnie. (...) Pod oknami fruwały gołębie, a na podwórzu rosła ogromna akacja i w pokoju było dużo zielonego cienia. I oczy Konstantego też były zielone. (...) I już nie mogliśmy się rozstać.»¹⁹³

To spotkanie przesądziło o dalszym życiu obojga. Przez miesiące, zaczarowani, żywili się tylko, jak rajskie ptaki, poezją i pocałunkami. Konstanty, znany już wówczas poeta, zmienił się bardzo widocznie. Przyjaciele z Kwadrygi zorientowali się, że znika z ich towarzystwa «(...) na całe tygodnie, a kiedy się pokazuje, jest jakiś

192. tamże s. 95-96.

193. tamże s. 124-126.

inny, radosny, optymistyczny, schludniejszy w mowie i uczynkach, a co było ponad wszelką miarę nienormalne – nieomal wytworny.»¹⁹⁴ Przyczynę jego dziwnego zachowania pojęli, gdy poznali olśniewającą urodą i wdziękiem Natalię, która «(...) objawiła się (...) nagle w obrazie jakiejś egzotycznej Madonny w purpurowej sukni z wysokim, stylowym kołnierzem.»¹⁹⁵

Natalia, owładnięta płomiennym uczuciem, jakby zapomniała o całym, zewnętrznym świecie. Jej światem stała się nagle poezja, zaś poezja ukochanego Kota, jak nazywała Konstantego, czymś absolutnie najważniejszym. «Tak minęło lato i jesień. Nie byłam na żadnym wykładzie. Na listy matki i wypytywania brata odpowiadałam wykrętnie. Byliśmy nieludzko szczęśliwi.»¹⁹⁶ Czuli się jak dwoje przeznaczonych sobie ludzi, którzy dziwnym trafem odnaleźli się w bezkresie.

Ślub wzięli 1 czerwca 1930 r. w cerkwi prawosławnej w Warszawie. Dziwny ślub, bez pytania kogokolwiek o zgodę. «Było pusto i biednie, nie miałam ślubnej sukni, welonu z mirttem, orszaku, gości. Nawet obrączki mieliśmy bardzo cieniutkie. Ale cerkiewne dzwony biły jak na Wielkanoc. Nad schodami nagle przefrunęły gołębie... To był czarodziejski ślub, takiego drugiego nie mogło być na świecie. A w wierszu (Ballada ślubna I) było wszystko, wszystkie te drobiazgi. A także prawda uczucia i ogromnej urody tego dnia.»¹⁹⁷

Nie było im łatwo. Matka Konstantego już wcześniej dziwiła się wytwornej panie u boku swojego syna, nie ukrywając obaw o jej przygotowanie do życia w warunkach znacznie trudniejszych niż te, do których przywykła. Wyraźnie jednak nie doceniała siły uczucia i niezwykłej determinacji Natalii. Konstanty zaś starał się zrobić wszystko, by uszczęśliwić swą ubóstwianą żonę. Przede wszystkim więc pisał i karmił żonę swoją poezją, magią i niezwykłościami. Pisał dla niej i o niej.

Zwykle baśnie i liryczne uniesienia poetów kończyły się najdalej po hucznym ślubie, z nastaniem dnia powszedniego. Gałczyński zaś rozpoczął swoją baśniową kreację tam, gdzie inni ją zakończyli, w dniu następnym. Któż powiedział, że następny, zwykły dzień musi być nudny? Może ten, kto nie ma żadnych wspomnień z rajku? Dotąd «miłość małżeńska, uświęcona, legalna – dźwigała piętno powszedniości życiowej, wydawała się mdła i prozaiczna.»¹⁹⁸ Kochać własną żonę? To dziwne dla wielu. I takie niepoetyckie. A Konstanty prawdziwie, szczerze i szaleńczo kochał swoją żonę Natalię. «Temat miłości spełnionej, domowej, trwającej wśród codziennych akcesoriów, kuchennych zapachów uczynił (...) swoją specjalnością.»¹⁹⁹ Wyniósł na szczyt i uświęcił jej urzekającą zwyczajność, codzienne trwanie. Do dziś, przez wiele lat, pozostaje ona źródłem zachwytów, dla wielu uzdrawiającą wodą z sadzawki Siloe, a cytaty z jego wierszy narzędziem do wyrażania uczuć, pomocą dla ludzi, którym Bóg «odmówił tej anielskiej miary», lecz pozwolił sięgnąć po blaski rajskiego ptaka w wielkich chwilach własnych wzruszeń.

194. Aleksander Maliszewski, op. cit., s. 78.

195. Stanisław Maria Saliński: Okruchy lustra. Fragment wspomnień o Lucjanie Szenwaldzie. „Twórczość” 12960, nr 4, s. 80.

196. Kira Gałczyńska, op. cit. s. 128.

197. tamże s. 130.

198. Wiktor Woroszyński: Album poezji miłosnej. Warszawa 1965, s. 196.

199. Anna Arno, op. cit. s. 78.

Nie było mu łatwo. Mimo kilkuletnich starań nie udało mu się zdobyć pozycji gwarantującej druk jego utworów. Brak druku to brak pieniędzy. Gałczyński, jak każdy mężczyzna, który zakłada rodzinę, czuł się odpowiedzialny za jakość wspólnego bytowania. O ile wcześniej był w stanie godzić się na skromne życie, to małżeństwo z Natalią wiele zmieniło, poczuł się odpowiedzialny za ukochaną osobę. Używając dzisiejszej terminologii medycznej można powiedzieć, że był pod wpływem stresu, który szybko przeszedł w stan przewlekły, niekontrolowany, z którym nie umiał dać sobie rady. Świat co chwilę skrzeczał biedą i beznadzieją, a poeta próbował czarować.

*Moja mała bardzo lubi rosół,
moja smagła, moja smukła.
Gdy je rosół, to ja jestem wesół,
bo to szczęście, gdy jest rosół i bułka.*

(Piosenka, 1934)

Dla żony gotów był na wiele. Jeszcze przed ślubem wystarał się o stałą posadę jako referent cenzury, lecz dla poety była to nie tylko praca nudna, wymagająca przestrzegania rygorów, których nie uznawał już na studiach i w wojsku. Było to też zajęcie upokarzające. Nic dziwnego, że porzucił je już w miesiąc po ślubie. Walka o własną pozycję, o popularność, o dostęp do druku, rywalizacja z innymi, niepewność, permanentny brak pieniędzy, a do tego jeszcze porzucenie nędznej posady, która wprawdzie nie rokowała żadnych perspektyw na przyszłość, lecz doraźnie stanowiła przynajmniej iluzję stałego źródła utrzymania oraz poczucie niespełnienia w roli mężczyzny utrzymującego rodzinę to według współczesnej medycyny zespół bardzo silnych stresorów.

To zaskakujące, ale w skali badania stresu Holmes'a i Rahe'a zawarcie związku małżeńskiego jest znaczącym stresorem. Cóż dopiero, gdy ślub odbywa się w tak silnie stresujących okolicznościach, jak ślub Natalii i Konstantego: biednie i samotnie, bez udziału rodziców i najbliższych z obawy na ich sprzeciw, bez przyjęcia weselnego i całego, radosnego rytuału, który służy naprawdę do rozładowania silnego napięcia emocjonalnego. Oboje wspomagali się jak mogli. Dzięki poezji Konstantego, wyobraźni i wrażliwości Natalii uciekali do świata nierzeczywistego, do raju, który usilnie starali się sprowadzić na ziemię.

Wkrótce po ślubie Natalia zauważyła, że jej mąż «(...) Nagle zaczynał długo spać, nieraz do południa – on, który zwykle o szóstej rano był gotów do pisania. Praca stawiała się dla niego czymś wstrętnym. Nie był w stanie napisać nawet najbliższego listu. Nie czytał, nie słuchał muzyki, nie pił kawy. Bezmyślnie przerzucał gazety, chodził z kąta w kąt. Nawet twarz miał zmienioną, jakby zmarzniętą, narzekał, że mu zimno. Po kilku dniach takiego życia zaczynał pić wódkę. Szukał w niej ucieczki przed nudą. Świat wydawał mu się jałowy, nie do zniesienia. Chciał odzyskać swoją zdolność do zachwyty, ostrą wrażliwość na dźwięki i kolory, całe bogactwo, nagle utracone królestwo. Łudził się, że wódka pomoże.»²⁰⁰

200. Kira Gałczyńska, op. cit., s. 131.

Współcześnie da się zinterpretować takie zachowanie jako behawioralne i psychologiczne skutki permanentnego stresu, nad którym Gałczyński tracił kontrolę. W latach trzydziestych XX w. badania nad stresem było dopiero w początkowym stadium i niewiele o nim wiedziano. Opisywane przez Natalię zmiany na twarzy, zaburzenia ciepłoty ciała to, niezależne od woli, stresowe reakcje fizjologiczne. Przygnębienie, paraliż twórczy, wewnętrzna pustka i lęki to psychiczne skutki fizjologicznych reakcji mózgu podczas silnego stresu. W takich sytuacjach naturalne są też: gniew, złość, rozdrażnienie, nerwowość, depresja, poczucie winy, obniżona samoocena, poczucie braku kontroli, niezdolność do koncentracji, natrętne myśli, zachowania agresywne i nadmierny pociąg do alkoholu. Dodać należy także osobniczą wrażliwość na stres, której uwarunkowania są bardzo złożone. Trzeba także pamiętać o tym, że reakcje na stres mogą występować w różnych okresach, nawet długo po ustąpieniu działania stresorów.

Warto tu przez chwilę zająć się alkoholowym problemem Gałczyńskiego, z którym borykał się do końca swego życia. Mówi się, że do picia namówił nastoletniego Kostka jeden z jego nauczycieli.²⁰¹ Bóg jeden wie, jak było naprawdę. Faktem jest alkoholowa skłonność ojca poety, co w świetle dzisiejszej wiedzy medycznej miało istotne znaczenie dla podatności na alkohol jego syna. Problem alkoholowy pogłębił także, powszechnie akceptowany, cyganeryjny tryb życia artystów. Jednakże skutki przewlekłego stresu miały w tym przypadku ogromny, negatywny wpływ. Jedy- nym lekarstwem, jedynym ratunkiem poety była wielka miłość, która rozkwitła od pierwszego spotkania z Natalią. Przy skromnych możliwościach ówczesnej medycyny była to znacząca siła wspierająca poetę w dramatycznych zmaganiach z chorobą. Wsparcie Natalii było nie do przecenienia. To ona cierpliwie znosiła jego depresje i upadki, czekała na niego, wybaczała i podawała mu pomocną dłoń. Nigdy nie potępiała go jako człowieka, przeciwnie, zyskując coraz większą świadomość jego stanu robiła wszystko, co wtedy było możliwe, by doprowadzić do jego wyleczenia.

Niektórzy twierdzą, że dla poety «(...) Alkohol miał więc być ucieczką w okresach poetyckiej posuchy, formą odreagowania, a nawet okupem za dar poezji.»²⁰² Trudno zgodzić się z nazwaniem jego tragicznie ponurych okresów alkoholowych – formą odreagowania. To stres wyczerpywał jego psychiczne siły, powodował paraliż twórczy i lęki, a wtedy, w akcie desperacji poeta uciekał w alkohol, choć z czasem coraz bardziej zdawał sobie sprawę, że to droga donikąd. Jakże mógł tworzyć ów poeta złotego słońca i bijącego srebrem księżycy, gdy, nie wiadomo dla niego skąd, pojawiały się niespodziewanie ciemne chmury niepokoju, gęstniejące w czarny lęk odgradzający go od światła. Popadał w rozpacz, darł pracowicie zapisane kartki, tracił wiarę w talent i sens swojego istnienia, wpadał w depresję, w spiralę lęku, z którego już nie potrafił się sam wydobyć.

Można wierzyć, że współczesna medycyna pomogłaby mu skuteczniej, tym bardziej, że Gałczyński nie potrzebował alkoholu do pisania. Pisał zawsze na trzeźwo, w przeciwieństwie do niektórych artystów, gnębionych uzależnieniem, potrzebujących alkoholu jako podniety lub «uczestnika» procesu tworzenia. Jego alkoholo-

201. Anna Arno, op. cit., s. 85.

202. tamże, s. 91.

we ucieczki nie miały nigdy charakteru ciągłego. Przerzywały je krótsze lub dłuższe, czasem wielomiesięczne, okresy absolutnej abstynencji, a nawet gwałtownego wstępu do alkoholu. Niestety, każdy alkoholowy «upadek» poety, choć kończył się powrotem, gwałtownymi, głębokimi i szczerymi przeprosinami żony, a w końcu uzyskaniem wybaczenia, jako silne przeżycie emocjonalne, był kolejnym bodźcem stresowym, którego skutki odkładały się zapewne do przyszłych reakcji.

Trudna do zniesienia rzeczywistość wywoływała także naturalne pragnienie znalezienia spokojnego miejsca dla siebie, zbudowania gniazda gdzie indziej, gdzie jest lepiej, piękniej, spokojniej. Dusza rajskiego ptaka odczuwała tęsknotę za miejscem swego pochodzenia, dalekim krajem, do której droga jest nieznaną, a mosty zerwane:

*Wszędzie duszno i ciasno — lecz znam ja
pewien kraj pod nazwą Farlandia,
tam jest niebo śpiewające i palmy.
(...) To jest kraj, który jedziemy odkryć,
bardzo wiotki, bardzo słodki —
Farlandia.*

(Farlandia, 1934)

Wymyślona przez Gałczyńskiego Farlandia – zbitka dwóch angielskich słów, to po prostu: daleki kraj. Daleką, odległą ziemią nazywali marynarze Magellana ojczyznę cudownych ptaków, których pióra przywieźli do Europy. Konstanty obiecywał Natalii znalezienie mitycznej Farlandii, przeniesienie się do takiego miejsca, gdzie mogliby spokojnie osiąść i założyć rodzinne gniazdo. Tymczasem odwiedzali tę krainę dzięki sile poety-szarlatana, na skrzydłach wyobraźni.

Latem 1931 r. ich los się nagle odmienił. Wyjechali do Berlina, gdzie Konstanty dostał pracę jako referent kulturalny w Konsulacie Generalnym RP. Po raz pierwszy i jedyny przestały im dokuczać kłopoty finansowe, a poeta zachwycony danymi mu możliwościami, potraktował ten wyjazd jako swoiste studia nad kulturą europejską. Wrażliwi, młodzi, zakochani małżonkowie zachłannie chłonęli wrażenia odwiedzając muzea, filharmonie i teatry, zwiedzając pełne pięknych krajobrazów i zabytków Niemcy, Holandię i Danię. Oczywiście obowiązki w konsulacie poeta traktował bardzo lekko, lecz po pewnym czasie zaczął mu przeszkadzać przesyt wrażeń. Mało wtedy pisał. Poczul, że marnuje czas i nie potrafi powrócić do rytmu tworzenia. Każdy zastój twórczy był dla niego powodem do niepokoju i uchylał drzwi lękowi. Skończyło się to wielkim kryzysem wewnętrznym, konfliktem z żoną, a nawet krótkim rozstaniem. Wreszcie, na przełomie stycznia i lutego 1933 roku natłok przeżyć i wrażeń znalazł gwałtowne ujście. W przypływie natchnienia, w kilka dni napisał znakomity poemat *Bal u Salomona*.

«Ale w Niemczech zrobiło się nie do zniesienia. Do władzy doszedł Hitler. (...) Potem przeżyliśmy pożar Reichstagu i palenie książek. Nagle zatęskniliśmy za Warszawą.»²⁰³ Ponadto poecie coraz trudniej przychodziło pokonywanie swej organicz-

203. Kira Gałczyńska, op. cit., s. 141-142.

nej niechęci do biurokracji, co musiało się skończyć utratą posady. W rezultacie już 14 kwietnia Natalia i Konstanty wrócili do Warszawy, gdzie musieli wszystko zaczynać od nowa. Nie mieli mieszkania, a w wynajętym pokoiku na Mokotowie czekała na nich wierna towarzysząca wielu artystów – bieda. Gałczyński na nowo próbował przebijać się w środowisku literackim, ale «(...) wszystko układało się jak najgorzej.»²⁰⁴ Natalia była bardzo dzielna. Po przeżyciu kolejnej depresji męża przekonała go do leczenia sanatoryjnego, a sama podjęła pracę i zamieszkała w skromnym pokoiku w pobliżu Filtrowej.

Rok 1934 przyniósł nadzieję na lepsze. Konstanty postanowił przenieść się do Wilna. Wyjechał sam, pełen entuzjazmu. Natalia poczuła chęć odpoczynku po silnie stresujących, pierwszych latach małżeństwa. «(...) wciąż zwlekałam z wyjazdem do Wilna. Te trzy lata małżeństwa bardzo mnie zmęczyły, samotny pobyt w Warszawie stał się prawdziwym wypoczynkiem. Chodziłam na zabawy w towarzystwie brata i jego kolegów i ten wesoły karnawał bez Kota, bez wiecznej troski «píše czy nie píše», trzymał mnie w Warszawie (...)»²⁰⁵

Wreszcie, przekonywana listami i wierszami, po kilku miesiącach pojechała do Wilna.

*W tym Wilnie będziesz różą, w tym Wilnie matką z młodu...
Ej, woźnico, zatrzymaj swe konie!
Znam domek: drzwi na ulicę, a okna od ogrodu,
a w ogrodzie rosną dwie jabłonie.*

(Szczęście w Wilnie)

W tamtym, prowincjonalnym, starym Wilnie było im naprawdę lepiej niż w Warszawie. Poeta znalazł pracę w wileńskiej radiostacji, a jej dyrektor Witold Hulewicz natychmiast rozpoznał prawdziwy talent. «Ojciec powiedział: «Zapamiętaj sobie tego pana, będziecie uczyć się jego wierszy i ty, i twoje dzieci...» Poeta ten miał dziwne imiona: Konstanty Ildefons...»²⁰⁶ Przede wszystkim jednak dużo pisał i, co dla niego najważniejsze, drukował.

*Moja poezja to jest noc księżycowa,
wielkie uspokojenie;
kiedy poziomki słodkie są w parowach
i słodsze cienie.*

*(...) Moja poezja to są proste dziwy,
to kraj, gdzie w lecie
stary kot usnął pod lufcikiem krzywym
na parapecie.*

(O mej poezji, 1934)

204. tamże, s. 143.

205. tamże, s. 145.

206. Agnieszka Hulewicz -Feillowa: Rodem z Kościanek. Kraków 1988, s. 111.

W Wilnie znalazła się możliwość stworzenia domu, własnego gospodarstwa, skromnego ale pełnego ciepła, szczęśliwego miejsca.

*O zielony Konstanty, o, srebrna Natalio!
Cała wasza wieczerza dzbanuszek z konwalią;
wokół dzbanuszka skrzacik chodzi z halabardą,
broda siwa, lecz dobrze splamiona musztardą,
widać podjadł, a wyście przejedli i fanty -
o, Natalio zielona, o, srebrny Konstanty!*

(O naszym gospodarstwie)

Pobyt w Wilnie to także przyjaźń z wieloma znanymi twórcami i wspaniałe wakacje w Ornianach, w posiadłości sławnej wtedy Hanki Ordonówny, dla której Konstanty pisał teksty piosenek. W Wilnie także przyszła na świat ukochana córka Natalii i Konstantego, Kira. Wiadomość o ciąży wiele zmieniła w ich życiu. Konstanty nie posiadał się z radości. Poczul się zobowiązany do zwiększenia wysiłków twórczych, lecz pisanie pod presją potrzeb materialnych nie przychodziło mu łatwo i powodowało kolejne nastroje depresyjne. Natalia przeżywała lęk młodej matki: «Może po raz pierwszy w życiu ogarnęła mnie trwoga: czy dziecko może być zależne od «pisze–nie pisze»? Przecież my ciągle żyjemy jak w przeciągu...(...) Mieliśmy bardzo mało pieniędzy. Ale w tym okresie biedy, niepokoju i jakiegoś odcięcia od świata miłość jeszcze się wzmogła, jeżeli to było możliwe.»²⁰⁷

Wkrótce po urodzinach Kiry Gałczyńscy wyjechali z Wilna i osiedli, jak się zdawało na stałe, w podwarszawskim Aninie. Poeta stawał się coraz bardziej znany i dzięki temu dochody rodziny znacznie się polepszyły. Jak wspominała Natalia – w Aninie wreszcie znaleźli swe miejsce i stworzyli prawdziwy dom z kominkiem, ogrodem, a przede wszystkim w otoczeniu wielu przyjaciół, dla których drzwi tego domu były zawsze otwarte.

*Proszę, proszę, rozgość się, serdeczny,
rozejrz się dokładnie po wszystkim;
to jest czajnik – prawda, jaki śmieszny?
z gwizdkiem.
To mruczenie, Powiem ci w sekrecie:
jest mruczeniem kota Salomona.
A ta pani zamyślona, z kwiatami -
to moja żona.*

(Wizyta, 1936)

Jak wielki ładunek miłości, radości i szczęścia z bycia razem niosą tu proste słowa: moja żona? Wydawało się, że utracony raj jest blisko mimo, że w tym okresie nie brakowało traumatycznych zdarzeń.

207. Kira Gałczyńska, op. cit., s. 155.

W lutym 1937 roku zmarł ukochany brat Natalii – Mikołaj, znakomicie zapowiadający się inżynier lotnictwa. Choć emocjonalny związek rodzeństwa był bardzo silny siostra, wspomina śmierć i pogrzeb brata w zaledwie kilku ciepłych zdaniach. To może dziwić, lecz przypominając wewnętrzną przemianę Natalii pod wpływem traumy związanej z utratą ojca, widać wyraźnie jak głęboko ukryła teraz miejsce na własną rozpacz i żal, jak stwardniała zewnętrznie po tamtej traumie.

W następnym roku zmarła matka Konstantego. Jak wspominała Natalia: «Kot bardzo przeżył śmierć matki. Zadręczał się wyrzutami, że był niedobrym synem. Zapomniał, jak ponury, pełen hysterii był dom jego dzieciństwa. O wszystko oskarżał siebie. I tak chciwie słuchał, kiedy mówiłam o innym lepszym świecie, gdzie spotykają się kochający.»²⁰⁸

Tymczasem nad Europą gromadziły się już czarne chmury wojny. Gałczyński przeczuwał nadchodzące nieszczęście. Mówił o nadchodzącej, nieuniknionej wojnie, o osamotnieniu Polski i o tym, że wyruszy na front pozostawiając żonie troskę o matkę i córkę. Jego ostatni, przedwojenny wiersz, w którym pisał o co będzie walczył, nie zdążył się już ukazać. Wieczorem 25 sierpnia

1939 r. odebrał kartę mobilizacyjną, pożegnał bliskich i z małą walizką wyruszył na spotkanie losu, na wieloletnią rozłąkę i tułaczkę.

Wichry wojny

Konstanty

Dziwnym trafem, a może na mocy decyzji podjętej przez kogoś, kto chciał chronić poetę, szeregowy Wojska Polskiego Konstanty Ildefons Gałczyński skierowany został najdalej na wschód, na granicę polsko – radziecką, do batalionu «Ludwikowo» w Korpusie Ochrony Pogranicza. Decyzja racjonalna, jeśli była świadoma, bo wszak zagrożenia spodziewano się z zachodu, zaś wschodnią granicę miał zabezpieczać, co najmniej do 31 grudnia 1945 r., Pakt o nieagresji zawarty między Polską a ZSRR. KOP – formacja wojskowa czasu pokoju, służył jedynie do wyłapywania agentów i dywersantów przerzucanych z ZSRR, więc szer. Gałczyński, znający doskonale język rosyjski i świetnie nawiązujący kontakty z ludźmi, mógł tam być zarówno użyteczny jak i stosunkowo bezpieczny.

Istotnie, do pamiętnego 17 września 1939 r. na pograniczu województwa poleskiego z ZSRR niewiele się działo. Trudno wierzyć późniejszej relacji poety, że żołnierze z nudów tylko popijali i śpiewali patriotyczne piosenki.²⁰⁹ Wiadomo przecież, że to właśnie tam 16 września powstał wiersz Gałczyńskiego Pieśń o żołnierzach z Westerplatte, doręczony Natalii szczęśliwym trafem, po paru tygodniach, w okupowanej Warszawie, a później rozpowszechniany w prasie podziemnej. Wiersz, który wkrótce stał się dla Polaków w okupowanym kraju i za granicą, symbolem legendarnego bohaterstwa żołnierzy – obrońców ojczyzny, musiał powstać w at-

208. tamże, s.171.

209. Wydaje się, że Anna Arno (op. cit. s. 187) dała się zwieść traktując dosłownie relację przekazaną w obozie Johnowi Burtonowi przez Gałczyńskiego. Prawdopodobnie należało ją potraktować, jak np. jego wcześniejsze opowieści o ojcu z wiersza Żywoć Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego.

mosferze dramatycznego nasłuchiwania komunikatów radiowych i niepokojącej żołnierzy pogranicza nieprzewidywalności dalszych zdarzeń.

Już następnego dnia o godzinie 6.00 nastąpił niespodziewany atak oddziałów NKWD. Żołnierze batalionu «Ludwikowo», choć nieprzygotowani dostatecznie, nie dali się jednak zaskoczyć, byli gotowi do walki i bronili się do południa. Opór obrońców Westerplatte mógł być dla nich przykładem. Walki, podczas której zginęło ośmiu żołnierzy, a siedmiu dostało się do niewoli, zaprzestano dopiero po otrzymaniu rozkazu Naczelnego Wodza, by wobec agresji ZSRR wycofywać się w zwartych oddziałach w kierunku Węgier i Rumunii.²¹⁰

Żołnierz-poeta trafił do niewoli i po przebyciu ponad 700 km w głąb Rosji znalazł się, o ironio, w Domu Wypoczynkowym im. Gorkiego zlokalizowanym w Pustelni Opatyńskiej – zabytkowym klasztorze z XVIII wieku. Dziś to miejsce znane jest jako otwarta rana, traumatyzująca Polaków, stacja «Golgoty Wschodu»: obóz NKWD w Kozielsku. We wrześniu i październiku 1939 r. miejsce to nie kojarzyło się jeszcze ze zbrodnią ale to właśnie stamtąd tysiące przetrzymywanych jeńców wysłano po kilku miesiącach do katyńskiego lasu, na śmierć.

Ledwie miesiąc spędził tam szeregowy Gałczyński, pracując fizycznie przy urządzaniu obozu. Zdawał sobie sprawę, że znalazł się w świecie grozy, w którym przestają działać jego sowizdrzalskie sztuczki stosowane kiedyś podczas służby wojskowej w Berezie Kartuskiej. Nie mógł przecież nie pamiętać krwawej rewolucji bolszewickiej, którą sam widział i przeżył w młodości. Teraz chodziło o życie, o przetrwanie. Trudno bez wzruszenia czytać, napisane w tym obozie, strofy jego wiersza Sen żołnierza marzącego o szczęśliwym powrocie do domu:

*Żona zaklaszcze w dłonie,
jak ptak do furtki pomknie -
zaczzerwieni się mocniej
na klombach pelargonie.
Przy furtce pocałunki,
przy furtce łzy rzęsiście...
Jak cicho! Córka śpi.
Dzięki Ci za to, Chryste!*

(Sen żołnierza, 1939)

Miał dużo szczęścia, że nie ukończył podchorążówki. Jako szeregowy żołnierz nie wzbudził szczególnego zainteresowania NKWD i na mocy porozumienia Rzeczy z ZSRR o wzajemnej wymianie jeńców polskich odpowiednio do ich miejsca zamieszkania został, jak wielu innych, 28 października 1939 r. wysłany pociągiem na granicę niemiecko - radziecką w Brześciu. Jeńcy wierzyli głęboko, że wracają do domu, jednakże na dworcu w Warszawie oznajmiono im, że jadą dalej, na roboty do Niemiec. Rozczarowanie było dramatyczne. Opowiadał później: «Do dziś słyszę echo skrzypiących zamków w drewnianych przedziałach: brzmiało jak dzwon

210. Jerzy Prochwicz: Formacje Korpusu Ochrony Pogranicza w 1939 roku. Warszawa: Wydawnictwo Neriton, 2003. s. 197.

cmentarny; nikt się nie odzywał, ale wszyscy wiedzieli, że jesteśmy w tarapatkach. (Na miejscu – przyp.aut.) Urzędnicy ze swastykami popędzili nas jak bydło i umieścili w zagrodach przed stacją kolejową. Wykrzyknęli kilka nazwisk. Zdaje się, że oddzielili technicznych, a całą resztę, łącznie z poetami, wysłali na bogatą niemiecką wieś do ładowania gnoju.»²¹¹

Nim dojechali do Niemiec, podczas transportu Gałczyński przeżył kolejną traumę. Ponieważ dobrze mówił po niemiecku mianowano go komendantem wagonu, odpowiedzialnym za pełny skład osobowy jeńców. Niemcy zapowiedzieli, że za ucieczkę jednego więźnia rozstrzelają dziesięciu innych. W drodze, w okolicach Częstochowy, z jego wagonu uciekło czterech. Gałczyński zameldował o tym dopiero koło Opola. «Następnie wygłosił żarliwą mowę obrończą. Powoływał się na konwencję genewską, a na zakończenie stwierdził, że Niemcy powinni byli wypożyczyć go w broń, aby mógł zapobiec dezercji. Tym razem nikogo nie ukarano.»²¹²

Grupę jeńców, wśród których był poeta, skierowano do wyczerpującej pracy fizycznej w gospodarstwie rolnym w okolicy Stendal. Ciężko to przeżył poeta nieprzyzwyczajony do tak wielkiego wysiłku. Przemęczony, niejednokrotnie musiał mobilizować się do pracy całą siłą woli, a podczas najtrudniejszych, wyczerpujących i poniżających prac dodawał sobie siłę rozmyślaniami o sztuce, czytaniem nawet skrawków gazet, jakie mu wpadły w ręce i żarliwą modlitwą. Przez trzy miesiące notował swe rozważania w brulionie, który dostał od kolegi.

Ten «Notatnik» to przejmujące świadectwo walki z własną słabością fizyczną, podejmowania trudu samodoskonalenia duchowego nawet podczas kopania buraków, czy ładowania gnoju. W zapiskach «Notatnika» wyrażał swoją bezbrzeżną tęsknotę do bliskich: córeczki Kiry, jej babci, która specjalnie za nim nie przepadała, ale którą on uwielbiał i z szacunkiem nazywał Mama. Przede wszystkim jednak cierpiał z tęsknoty do najdroższej Natalii, którą w Notatniku nazywał najczęściej Cesarzową.

Poza fizycznym pozbawieniem wolności i oderwaniem od najbliższych wiele cierpień sprawiało poecie oderwanie od kultury, która dotąd była dla niego niezbędnym pokarmem:

*«Niebezpieczeństwo; trudne, niewygodne, skomplikowane sytuacje, ciężka robota — to jest najlepsza gleba (do duchowej pracy nad sobą – przyp. aut.).
Dziś, idąc do Birkholz, westchnąłem: — Żeby chociaż szorować podłogę w bibliotece. Śnią mi się, psiakrew, jakieś inkunabuły (wiegendrucke) bezcenne, encyklopedie pierwszorzędne, a nade wszystko ci autorzy, którzy, czuję, potrzebni mi są obecnie do budowy: a więc Tolstoj, Tacyt, Leibniz, Kant, Gibbon, Akwinata, no i wielu innych. Jak hiena szuka ścierwa i wyje, tak ja mógłbym chodzić, wyć i szukać książek!»*

(Notatnik 23 IX 41)

211. John Burton: Mirador. My Term as Hitler's Guest. Londyn 1986, s. 70. cytata w przekładzie Anny Arno.

212. Anna Arno, op. cit., s. 188.

Traumatyczne przeżycia, wspomnienia bliskich spotkań ze śmiercią starał się tam umniejszać, jakby nawet przed sobą samym minimalizować ich ciężar:

«Śmierć już mi dwa razy zaglądała w oczy, raz w strażnicy podczas napadu czerwonych, drugi raz w transporcie od pistoletu czarnych. Zdaje się, żem się kostuchy tak bardzo nie uląkł. Teraz jest trzeci raz, kiedy kostucha się skrada.»

(Notatnik 15 X 41)

Dwa pierwsze przypadki zagrożenia życia to kilkugodzinna walka obronna na placówce KOP-u, zagrożenie rozstrzelaniem za ucieczkę jeńców z transportu, a trzeci to groźba utraty życia za niezłomną postawę i walkę o godność i prawa jeńców, bo Gałczyński jeńcem pokornym nie był.

Miał pełną świadomość, że nie idzie o to tylko, by jeńców wykorzystać do pracy, ale by ich jeszcze złamać, upokorzyć, a w końcu wymusić na ich świadomości zgodę na przynależność do Untermenschen – podludzi, nad którymi Übermenschen – rasa panów ma pełną i «sprawiedliwą» władzę. Opierał się temu ze wszystkich sił i do oporu przekonywał innych jeńców. Korzystał ze wszelkich możliwości: powoływał się na konwencję genewską, pisał raporty, tłumaczył kolegom, że namawianie ich do składania oświadczeń o przejściu do «cywila» to podstęp, by pozbawić ich resztki praw jenieckich. Płacił za to wysoką cenę. Jak wspominał Tadeusz Widmański: «początkowo kuszone jeńców cywilną garderobą i wysokimi zarobkami. Kiedy to nie pomogło, zaczęto ich głodzić, zmuszano do nadmiernej pracy, zamykano w więzieniu i bito.»²¹³

Za swą działalność poeta był ofiarą dotkliwych represji. Skazywany na karcer, w Stalagu XIA Altengrabow izolowany w karnej kompanii, niejednokrotnie czuł bliskość śmierci. Nie można się dziwić, że wtedy niewiele pisał, ale za to pisał z takim ładunkiem miłości i tęsknoty, że emocje czuje się jeszcze dziś:

*Jedyna moja na świecie,
jakże wystawię Twe imię?
Ty jesteś mi wodą w lecie
i rękawicą w zimie.*

(List jeńca – Obóz Altengrabow, 1942)

Kiedy zaś, po lekturze Notatnika sięgniemy po napisaną w tymże obozie Pieśń o fladze czuje się w niej prawdziwą wielkość poety i godną podziwu, niezłomną wiarę w odrodzenie szczerze ukochanej ojczyzny:

*Jedna była – gdzie? Pod Tobrukiem.
Druga była – gdzie? Pod Narvikiem.
Trzecia była pod Monte Cassino.
(...) jak wielka zorza szalona,
czerwona jak puchar wina,
biała jak śnieżna lawina,*

213. Tadeusz Widmański: Szpital w niewoli. Warszawa 1970, s. 89.

*najukochańsza, najmilsza,
biało-czerwona.(...)*

(Pieśń o fladze – Obóz Altengrabow, listopad 1944)

Smutne, że dziś prawdziwy patriotyzm stał się niewiele wartym groszem, wyświechtanym przez brudne palce cynicznych polityków ciskających go z lekceważeniem ciemnemu ludowi.

Natalia

To bardzo znaczące, że Natalia Gałczyńska, która tak szczegółowo opowiedziała swojej córce Kirze swoje losy od dnia poznania Konstantego do dnia jego wyjazdu na front w dniu 25 sierpnia 1939 roku, nigdy nic więcej nie dodała do tej opowieści. Mimo wielu próśb i nalegań nigdy nie zgodziła się na jakikolwiek wspomnienia czasu późniejszego. Znamienne, że i poeta nie dał się córce na takie wspomnienia nigdy namówić.²¹⁴ Co więcej, stwierdzał stanowczo: «Umówmy się, że tego czasu nie było. Ani obozów, ani śmierci... To znaczy były, ale ja nie chcę o nich pamiętać.»²¹⁵

Gdy poeta wyruszył na wojnę,²¹⁶ pozostawił w domu nieliczną rodzinę, trzy kobiety: żonę Natalię, jej matkę Wierę i swą trzyletnią córeczkę Kirę. Wichry wojny już wkrótce dały się im we znaki. Najpierw szaleńcza, zgoła absurdalna – jak wspomina Kira, ucieczka na wschód przed najeżdżącą. Piesza wędrownka w tłumach uchodźców, potworny strach przed bombardującymi samolotami, noclegi w przydrożnych rowach, brud i dotkliwy głód to znane obrazy z kronik pierwszych dni wojny. Podobno Natalia, jak kiedyś Wiera (jakże dziwnie się kręci karuzela losu), chciała szukać męża wśród oddziałów generała Kleeberga. Potem powrót do domu, którego już nie było, bo zmiotła go niemiecka bomba, mieszkanie kątem u przyjaciół i pierwsza okupacyjna zima, «straszna, lodowata. Okna bez szyb, domy bez ogrzewania i masa śniegu.»²¹⁷

W tym trudnym, dramatycznym czasie cały ciężar przetrwania, utrzymania rodziny wzięła na siebie Natalia, kiedyś czarująca księżniczka Awałowa, a teraz mężna, odporna na trudy, niepoddająca się zwątpieniom dzielna kobieta. Już przed wojną, razem z Konstantym zaznała biedy, lecz teraz dodatkowym, zapewne głęboko w serce wbitym cierniem, była obawa o los swego ukochanego. Trudno nie przypuszczać, by patrząc na kilkuletnią Kirę, nie wspominała własnej bolesnej tęsknoty

214. «Traumatyczne doświadczenia w specyficzny sposób wpływają na funkcje poznawcze, a w szczególności na pamięć.» - z artykułu: Michalina Gawinecka, Izabela Łucka, Aleksandra Cebella: Pamięć zdarzeń traumatycznych. Psychiatria 2008; 5: 65–69, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/download/29155/23920>, 01.02.2016.

215. Kira Gałczyńska: Zielony Konstanty. Warszawa 2011, s. 174. Wojenne losy Natalii Gałczyńskiej, jej matki Wiery i kilkuletniej wówczas córki Kiry znane są jedynie dzięki późniejszej drobiazgowej rekonstrukcji dokonanej przez Kirę na podstawie własnych wspomnień i relacji znajomych i przyjaciół.

216. Trudno bez emocji napisać takie zdanie o losie poety...

217. Kira Gałczyńska: Srebrna Natalia. s. 189.

za ojcem, który wyruszył na wojnę, gdy sama była dzieckiem, by nie dręczyły jej złe myśli o tym, że mąż może gdzieś zaginać podobnie jak jej ojciec. Nosili przecież te same imiona. Nomen omen?

Rzeczywistość wymuszała działanie. Przyjaciele pomogli na początku, a później Natalia znalazła pracę jako kelnerka w kawiarni Arkadia, co pozwoliło jej zdobyć skromne środki na utrzymanie matki i córki. Prawdopodobnie już wiosną 1941 roku zaangażowała się także w działalność konspiracyjną.

Kira wspomina, że dopiero po latach, po wojnie dowiedziała się, «że moja matka była kolporterką prasy podziemnej, że to dzięki niej w «gazetkach» drukowano wiersze ojca, które przysyłał z obozu. I że została łączniczką Jerzego Kirchmayera.²¹⁸ (...) że przystojny młody mężczyzna, nazywany Krzysiem, który zaczął pojawiać się na Czarnieckiego bodaj w '43 roku, to był Krzysztof Kamil Baczyński.»²¹⁹

Poetom nie powinno się dawać karabinów. Śmierć poety, nieuchronnie powracająca przy każdym wspomnieniu nazwiska Baczyński²²⁰, za którym niekończącym się szeregiem należałoby wspominać tak wielu innych, to nie tylko śmierć człowieka, lecz obumarcie części duchowej sfery człowieczeństwa w każdym z nas. Na szczęście Gałczyński przeżył, a wierszem Pieśń o żołnierzach z Westerplatte, który bił rekordy popularności w podziemnych antologiach poezji, wywalczył więcej niż swoim karabinem.

Kiedy wybuchło Powstanie Warszawskie Natalia Gałczyńska, Polka, córka Gruzina i Rosjanki poszła na miejsce zbiórki. Wkrótce wróciła płacząc, z krwawiącymi nogami, bo doszła już tylko do Dworca Gdańskiego. Tragizm Powstania i koszmar jego upadku Wiera, Natalia i Kira przeżyły równie dramatycznie jak wszyscy cywilni mieszkańcy Warszawy. We wrześniu żona poety ciężko zachorowała. Pewnie nawet jej odziedziczona po ojcu, kaukaska odporność już nie wystarczyła. Po kapitulacji, w ciężkim marszu ocalałych, wypędzanych mieszkańców zburzonego miasta wydawało się, że wycieńczona Natalia umiera. Kilkuletnią Kirę paraliżował strach o życie matki potęgowany gehenną obozu przejściowego w Pruszkowie, gdzie się znalazły.

Szczęśliwie jednak, jacyś ludzie z podziemia wydostali całą trójkę z obozu i umieścili w domu Jarosława Iwaszkiewicza, skąd po pewnym czasie, jadąc do Kalisza, przypadkowo trafiły do Krakowa «bez środków do życia, bez jakichkolwiek znajomości, w środku bodaj nocy. Uratował nas – wspomina Kira – całkiem obcy kolejarz.»²²¹ W jego domu odpoczęły, Natalia doszła do siebie na tyle, że w grudniu 1944 r. powróciły do rodzinnego Kalisza, gdzie udało się doczekać końca wojny.

218. Jerzy Kirchmayer - oficer dyplomowany Wojska Polskiego, w 1939 r. w Sztapie Armii "Pomorze", ciężko ranny w Puszczy Kampinoskiej. W okresie okupacji w ZWZ i AK, szef Sztabu Okręgu Warszawa Województwo i oficer Oddziału III Komendy Głównej AK. Współautor planu akcji zbrojnej "Burza".

219. Kira Gałczyńska, op. cit. s. 194.

220. Krzysztof Kamil Baczyński, genialny poeta, zginął w walce w pierwszych dniach Powstania Warszawskiego.

221. Kira Gałczyńska, op. cit. s. 204.

Oczekiwanie

W pierwszych dniach wolności, po chwilach wielkiego uniesienia i szczęścia z powodu zakończenia wojny rodzina Gałczyńskiego przeniósła się do Krakowa, by tam oczekiwać jego powrotu. Kraków, miasto ocalałe z pożogi, był wtedy postrzegany jak raj. Do przyjazdu tutaj namówili Natalię przyjaciele. «Wszystko toczy się normalnie – pisali – działają szpitale, lekarze przyjmują i leczą, związek literatów na Krupniczej rozdaje paczki UNRRA, zapomogi, a nawet mieszkania.»²²²

Zdaje się, że równie przekonująco jak pomoc związku literatów, podziałała informacja o możliwości leczenia. Bo było co leczyć. Natalia wiedziała, że pod zamkniętymi powiekami jej 9-letniej Kiry widoczne są jeszcze obrazy «dni, o których trudno zapomnieć, jeśli całą okupację przeżyło się w Warszawie, gdy widziało się ogrodzone getto, gdy trzeba było po kładce nad nim przechodzić, gdy było się przymusowym świadkiem ulicznych egzekucji.»²²³ W Krakowie babka, matka i córka znalazły miejsce, w którym Wiera i Natalia z czułością stworzyły dziecku prawdziwy i bezpieczny dom. Kira wspomina krakowskie bytowanie jako szczęśliwe i pełne radości. Nic dziwnego, przecież okna wychodziły na Planty...

Przed wszystkim jednak leczyć trzeba było Natalię – natychmiast i intensywnie. Choroba z września 1944 r. mimo przejściowych okresów poprawy nie ustąpiła, wzywani lekarze nie potrafili pomóc i nawet pobyt w szpitalu nie zakończył się diagnozą i podjęciem skutecznej terapii. Pomógł dopiero azjatycki lekarz, absolwent medycyny na Uniwersytecie Moskiewskim, który jakimś cudem znalazł się w Krakowie. Rozpoznał on nowotwór układu limfatycznego. Dziś wiemy, że lęk o Konstantego, o matkę i córkę, przeżycia w Warszawie podczas okupacji i Powstania to zespół niezwykle silnych stresorów, których przewlekłe działanie może nie tylko powodować hamować działanie układu immunologicznego ale także być jednym z czynników spustowych uruchamiających działanie mechanizmu choroby nowotworowej. Ów lekarz także, na podstawie rozmowy z Wierą zdiagnozował tę samą chorobę jako przyczynę śmierci jej syna, brata Natalii, Mikołaja.

Terapia doktora Badmajewa przyniosła widoczną poprawę zdrowia Natalii, której inni lekarze nie dawali szans przeżycia.²²⁴ Nie zdołała jednak wyleczyć jej z głębokiej tęsknoty za Konstantym, za którym też, im starsza, tym bardziej stęskniona była Kira. Po zakończeniu wojny oczekiwanie na powrót Konstantego – ojca i męża stawało się coraz bardziej niezdrowe, dojmujące, dramatyczne. Trauma, którą Natalia przeżyła w dzieciństwie, zmieniła jej sposób odczuwania. Skierowała jej emocje ku wnętrzu, na zewnątrz budując pancierz odporności. Osłoniła się nim jak

222. tamże, s. 212.

223. tamże.

224. Historia doktora Włodzimierza Badmajewa to fascynujący wątek na osobną, pasjonującą opowieść. Badmajew to potomek parających się medycyną buriackich lamów buddyzmu tybetańskiego, wywodzących się z klasztoru Aga, we wschodniej Syberii. Przed wybuchem I wojny światowej ukończył Cesarską Wojskową Akademię Medyczną w Piotrogradzie i uzyskał stopień doktora. Pod opieką wuja nadal studiował buddyzm i medycynę tybetańską, a po jego śmierci opuścił ogarniętą rewolucją Rosję i zamieszkał w Polsce. Jego syn Piotr, żołnierz AK po Powstaniu Warszawskim przebywał również w Stalagu XI A Altengrabow. Nie wiadomo, czy spotkał się z Gałczyńskim.

por. <http://medycynalex.blogspot.com/2014/05/medycyna-tybetanska.html>

Perseusz tarczą przed porażającym śmiercią wrokiem Meduzy. Mijały lata wojny, a Natalia trwała w oczekiwaniu. Skończył się koszmar okupacji, a Konstanty nie wracał. Mijały kolejne miesiące...

Dramat i siłę takiego oczekiwania najlepiej chyba wyraża znany wiersz Konstantego Simonowa²²⁵ *Жди меня* (Czekaj na mnie). To najpiękniejszy, najbardziej emocjonalny wiersz o oczekiwaniu żony na powrót męża–żołnierza, o oczekiwaniu wbrew wszystkiemu, o sile oczekiwania ocalającej go od śmierci. Wiersz prawie nieprzetłumaczalny, w wersji oryginalnej, rosyjskiej najpełniej przekazujący ogromny ładunek emocjonalny:

Жди меня, и я вернусь.
Только очень жди,
Жди, когда наводят грусть
Жёлтые дожди,
Жди, когда снега метут,
Жди, когда жара,
Жди, когда других не ждут,
Позабыв вчера.
Жди, когда из дальних мест
Писем не придет,
Жди, когда уж надоест
Всем, кто вместе ждёт.

Listy od Konstantego Ildefonsa z odległej niewoli przychodziły rzadko. Potem już wcale nie było wieści. Cóż mogła o tym myśleć Wiera, wspominająca swego męża, który nigdy z wojny nie wrócił? Natalia też nie mogła uniknąć podobnych skojarzeń, przecież patrząc na Kirę widziała siebie sprzed lat.

Po wojnie pojawiały się pogłoski o śmierci Gałczyńskiego. Mówiło się, że zginął w Dachau, że zmarł na gruźlicę, że został zastrzelony podczas próby ucieczki z obozu... Kiedy w styczniu 1946 r. w «Tygodniku Powszechnym» i w «Przekroju» opublikowano nawet artykuły będące czymś w rodzaju pośmiertnego wspomnienia Natalia prawie się załamała. Podniosła się jednak z tego, nieodrodna córka Kaukazu i oświadczyła stanowczo: «To nieprawda. Dopóki nie zobaczę jego grobu, nigdy nie uwierzę w jego śmierć! I jakby na potwierdzenie tych słów nie wiadomo jakimi drogami drogami dociera do niej mała stroniczka z modlitewnika Konstantego (...) Na tej kartce, niemal z zaświatów, znanym charakterem pisma biegną w poprzek słowa: *Твůj obrazек з Люльки Малюльки jest ciągle ze mną. Twój do śmierci i po śmierci Kot. 8 XII 45 Мерпен*».²²⁶ Teraz Natalia zaczęła już szybko wracać do zdrowia. Wzorem swojej matki postanowiła zrobić wszystko, by Konstantego, zagubionego gdzieś na zachodzie Europy, sprowadzić do domu.

225. Zupełnie nieoczekiwanie dla autora pojawia się w narracji jeszcze jeden Konstanty... czwartu... Przypadek? Konstanty Simonow pojawił się osobiście w domu Natalii i Konstantego Gałczyńskich w listopadzie 1950 r.

226. Kira Gałczyńska, op. cit. s. 218-219.

Jej determinacja została nagrodzona. W marcu 1946 roku w drzwiach ich mieszkania stanął kompletnie posiwiały mężczyzna w angielskim battle dress. Nie poznała go Kira. On też nie poznał od razu swojej córki. Konstanty Ildefons Gałczyński wrócił do domu po 7 latach tułaczki.

W labiryncie zgliszcz

Po odzyskaniu wolności Gałczyński długo nie wracał do kraju. Ten trudny do zrozumienia okres w jego życiu jest dla biografów przedmiotem rozlicznych kontrowersji i często czynionych poecie zarzutów.

Tymczasem niewiele wiadomo o jego ostatnich miesiącach niewoli, które zapewne były niezwykle dramatyczne. Na początku 1945 r. został karnie przeniesiony do obozu w Tangerhütte. Jak wspominał później jego obozowy przyjaciel John Burton, poeta złamany wieloletnią niewolą liczył się z najgorszym. «Raz czy dwa prosił mnie, żebym odnalazł Nataszę i Kirę, i jak człowiek gotujący się na śmierć prosił, abym im przekazał jak bardzo je kocha.»²²⁷ Z Tangerhütte wysłano Gałczyńskiego do drużyny roboczej budującej schrony w Hillersleben, a «na kilka tygodni przed wyzwoleniem trafił jeszcze do odlewni żelaza w Gardenlegen. Przeżył tam okres zmasowanych alianckich nalotów»²²⁸ i doczekał się wyzwolenia.²²⁹

Jeśli tak było, to wolność przynieśli mu amerykańscy żołnierze, którzy wkroczyli do miasteczka Gardenlegen 14 kwietnia 1945 r. Wkrótce Amerykanie odkryli, że poprzedniego dnia dokonano tam straszliwej zbrodni na więźniach z ewakuowanego obozu Mittelbau–Dora. Ponad tysiąc pędzonych tamtędy więźniów nie mogło iść dalej z powodu chorób i wycieńczenia, zaś ich strażnicy z SS chcieli czym prędzej ukryć się przed nadchodzącymi aliantami. Z pomocą miejscowych strażaków, żołnierzy Luftwaffe, starszych wiekiem Volkssturmistów i nastolatków z Hitlerjugend zapędzili więźniów do ogromnej stodoły, którą podpalili, a do uciekających z pożaru strzelali z karabinów i panzerfaustów. Następnego dnia, gdy wszyscy oprawcy wrócili do pogorzelska, by zatrzeć ślady zbrodni, nadjechali amerykańscy żołnierze i odkryli masowy mord.²³⁰

Ta zbrodnia odbiła się natychmiast szerokim echem wywołując ogromne wzburzenie i oddźwięk nie tylko wśród wojsk alianckich w Niemczech ale na całym świecie. Już 19 kwietnia 1945 r. *Washington Post* i *New York Times* zamieściły na ten temat obszernie artykuły ilustrowane zdjęciami korespondentów wojennych. Nie wydaje się możliwe, choć to tylko przypuszczenie, by Gałczyński się o tym nie dowiedział i nie przeżył głęboko tej tragedii. Wielkie, czarne skrzydło śmierci znów prawie go musnęło i być może to zdarzenie zatrasnęło na zawsze przed światem wieko pamięci jego obozowych wspomnień.

227. John Burton, op. cit. s. 92. cytat w przekładzie Anny Arno.

228. Anna Arno, op. cit. s. 205.

229. Kira Gałczyńska twierdzi, że najpierw było Gerdenlegen (powinno być Gardenlegen) a potem Hillersleben. Nie ma to większego znaczenia dla powyższych rozważań, bo obie miejscowości dzieli zaledwie 37 km.

230. por. Wikipedia https://pl.wikipedia.org/wiki/Zbrodnia_w_Gardelegen a także United States Holocaust Museum <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10006173>

Nawet jednak, jeśli ten dramat nie dotknął bezpośrednio poety, nawet jeśli nie poczuł się świadkiem tej zbrodni, to prawie pewnym jest, że jeszcze w niewoli, a na pewno po wyzwoleniu, usłyszał o mordzie w Katyniu i mógł tę wieść konfrontować ze swoimi przeżyciami z obozu w Kozielsku. Wszak niemiecka propaganda jeszcze w czasie wojny szeroko upowszechniała odkrycie masowych grobów polskich żołnierzy, co mimo wysiłków aliantów, by przemilczeć tę zbrodnię sowieckiego sprzymierzeńca, doprowadziło do zerwania stosunków rządu Sikorskiego z ZSRR.

Odzyskanie wolności łączyło się więc dla poety z kolejną traumą – wyjściem spoza drutów kolczastych na zgliszczu, ruiny i cmentarze. Wojna się skończyła, ale jakże miał teraz poradzić sobie z zastaną rzeczywistością? Na wolność wyszedł inny człowiek: wyczerpany fizycznie, posiwiwały, z twarzą pooraną zmarszczkami, opanowany przez lęki, które nie dawały mu spokoju. Wyrwał się na wolność i jak przerażone zwierzę popędził przed siebie, byle dalej od miejsc budzących grozę. W obozie przejściowym w Höxter długo zachowywał anonimowość, unikał towarzysztwa Polaków i szukał ucieczki w alkoholu. Podobnie jak inni, ocaleli z zagłady, których rodziny i przyjaciele zginęli, miał poczucie winy, powszechne u wielu podobnych ofiar, winy wynikającej z irracjonalnego samooskarżania się za to, że nadal żyje, gdy wielu wokół poraziła śmierć.

Owo poczucie winy ofiar niewoli, cudem ocalałych z zagłady wynika z potwierdzonej licznymi badaniami utraty wiary we własną wartość, w sens własnego istnienia. Przez lata dręczyły ich pytania na kształt wyrzutów sumienia: dlaczego ja przeżyłem? w imię jakich zasług? przecież wokół mnie śmierć dopadła tylu wspańiających ludzi? Stąd rodziły się myśli, a nawet próby samobójcze. Franciszek Kobusiński wspomina Gałczyńskiego w Höxter: «Przekupiony butelką poprowadził tylko konferansjerkę na inauguracyjnej imprezie, ale alkohol wprowadził go w rozpacz. Za kulisami wyciągnął pasek ze spodni i groził, że się powiesi.»²³¹

Posługując się współczesną wiedzą na temat traumy wiele można wyjaśnić i zrozumieć: «To nie sama doznana krzywda jest przyczyną zaburzeń psychicznych, choroby; często to nieświadoma, stłumiona, beznadziejna rozpacz, że nie wolno ujawnić tego, co się przecierpiało. Że nie tylko nie wolno tego ujawnić, ale nawet doznawać uczuć gniewu, rozpacz, wściekłości, bezyli i smutku. Zasada: «To, czego nie powinno być, być nie może» – rządzi się wtedy mocnymi, strasliwymi prawami. Doprowadza to wielu ludzi do samobójstwa, prób samobójczych; bo zdarzają się zwycięskie bitwy, ale przede wszystkim jednak chwile załamania.»²³²

Naukowe opisy stanu psychiki osoby przeżywającej ciężką traumę są niezwykle poruszające. Osoba taka «desperacko i prawie na oślep szuka kogoś, na kim mogłaby się «uwiesić». Bardzo potrzebuje otuchy i pociechy, więc paradoksalnie bardzo szybko przywiązuje się do obcych. (...) Uraz odziera ofiarę z poczucia siły i kontroli, (...). Pourazowe stany rozkojarzenia nakładają się na wywołane depresją problemy w koncentracji, paraliż inicjatywy potęguje apatię, bezsilność i bezradność ofia-

231. Franciszek Kobusiński: Obóz w Höxter. Wspomnienie czwarte - Gałczyński. Czas Ostreszowski 2004, nr 46.

232. Alina Radny: Wpływ traumy na psychikę. Psychoterapia ofiary. w: Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu, 2009- 2011, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, s. 112. https://www.pum.edu.pl/_data/assets/file/0003/47442/NK_2011_106-119.pdf

ry, obsesyjne zdręczanie się tymi wspomnieniami potęguje jej beznadziejny stan i samopoczucie. Skrajnie negatywny obraz siebie staje się pożywką dla ruminacji. Zerwanie związków pogłębia izolację (...) wtedy korzyści płynące ze wsparcia emocjonalnego są o wiele większe niż z niejednej terapii medycznej. Traumatyczne doświadczenia zaburzają normalną regulację stanów emocjonalnych, systematycznie wywołując przerażenie, gniew, żal, stany dysforyczne, stany zawężenia czy rozkojarzenia, swoisty «paraliż umysłu», intoksykację. Pojawiają się u ofiar traumy wtedy stany zagubienia, pustki i niewypowiedzianej samotności: »²³³

Jakże więc dziwić się, że Konstanty Ildefons Gałczyński, poeta, odzyskawszy wolność po 4 latach, 7 miesiącach i 27 dniach, tak długo «nabłakał się» po świecie. Meppen, Bruksela, Paryż, Awinion, Marsylia, plany podróży do Londynu, do Szkocji, do Włoch – to nie była trasa powrotu Odysa, to raczej «oczyszczająca» z niewoli tułaczka podobna błędzeniu po pustyni ludu Mojżesza, a związki z innymi kobietami, mimo niezagasłej wciąż miłości do Natalii, to niemożliwa do pohamowania potrzeba bliskości. Dołożmy jeszcze dręczącą polską emigrację niepewność co do sensu powrotu do kraju zawładniętego przez Stalina, «serdecznego ojca Polski i Polaków» i mamy labirynt, z którego trudno się wyplątać.

W nieskończonych korytarzach labiryntu jedyną nadzieją pozostaje kłębek nici, który odchodzącemu w ciemność Tezeuszowi wcisnęła Ariadna lub mała ikonka – wizerunek Madonny, który od Natalii otrzymał na wojenną tułaczkę Konstanty.

*Cóżem winien, żem się tak nabłakał,
żeby w końcu do ciebie przyjść,
żeby w końcu zrozumieć, że ty jesteś łąka
i drzewo, i księżyc, i liść.*

(*Cóżem winien 1946*)

Tresura rajskiego ptaka

22 marca 1946 r. Konstant Ildefons Gałczyński wrócił do Polski. Dobrze zdawał sobie sprawę z tego, że wraca do kraju, który poddany jest bezwzględnej władzy radzieckiej. Nie miał złudzeń, znał ją dobrze. On, przed wojną piszący teksty (np. Bal na Kremlu), w których realistycznie przedstawiał jej prawdziwe, okrutne oblicze, a nawet przewidywał już wtedy, że

*Za parę lat i tak pod stienku²³⁴
i trach — tarach ! mon cher —*

(*Pardon, ZSRR, 1935*)

który znał prawdę o Katyniu, który dopiero co odzyskał wolność i nie pozbył się wcale skutków przeżytej traumy. Wrócił, choć mógł się spodziewać opresji i kolejnych traumatyzujących przeżyć. Wrócił, bo tam był jego dom z Natalią , Kirą

233. tamże s. 111.

234. ros. - pod ścianę

i Wierą, ojczyzna, o której marzył przez długie lata niewoli. Zapewne wierzył także w swoją zdolność przetrwania i ufał sile swojej poezji zmieniającej rzeczywistość, zapewne też nie potrafił pozostać w oddaleniu, gdy jego kraj podnosił się ze zgliszcz. Wrócił również dlatego, że tylko w Polsce czuł się poetą, potrzebnym rodakom na co dzień, jak piekarz, szewc czy murarz.

Z chwilą zejścia na ląd z pokładu statku «Ragne» przywożącego emigrantów rzucił się do działania. Pisał, drukował, spotykał się z czytelnikami. Był już znany sprzed wojny, lecz jego wiersze czasu wojny, popularyzowane w podziemnych wydawnictwach dzięki staraniom Natalii, po wyzwoleniu wypowiedane już na głos, przyniosły mu szerokie uznanie. Podjął stałą współpracę z *Przekrojem*, *Szpilkami*, *Odrodzeniem*, drukował w *Tygodniku Powszechnym*, a wkrótce wydano w Warszawie jego wybór poezji – *Wiersze*. Wtedy właśnie powstała magiczna, natchniona Zaczarowana dorożka i niezwykle *Kolczyki Izoldy*, a «(...) przed «uwikłaniami» w zależność polityczną poeta bronił się humorem, ironią, paradoksami, dopuszczając do głosu wiele wykreowanych postaci, którym przypisywano albo nadwyżkę rzeczywistego entuzjazmu albo oportunistę. Dzięki łączeniu tragizmu i komizmu, fantastyki i realizmu, stosowaniu poetyki karnawalizacji i absurdu, (...) Gałczyński pragnął kontynuować na wskroś indywidualny – i dziś wiemy, że niemający podobnego sobie w polskiej poezji – wzorzec liryki magicznej.»²³⁵

Niestety rzeczywistość kreowana przez komunistyczną władzę natarczywie domagała się coraz dalej idących kompromisów. Gałczyński, zmuszany do politycznych deklaracji, ukrywał twarz, nakładając maskę «sérioznego» trybuna rewolucji, a partyjni aktywiści przez czas pewien nabierali się na to lub dla doraźnych korzyści przymykali oko na jego stylizacje, w których niekoherencja prawdy i sztuczności jest przecież wyraźnie widoczna. Jak na straganach Kercelaku, zapamiętanych przez poetę z dzieciństwa i wczesnej młodości, można było sprzedawać «złote» pierścionki z mosiądzu, «prawdziwe» obrazy Matejki przedstawiające jelenie na rykowisku, tak teraz Gałczyński postanowił, że na swoim stoisku wystawi wszystko: to, co się spodoba prymitywnej władzy i to, czego rzeczywistą wartość dostrzeże prawdziwy znawca. Przy tym, korzystając z okazji, z nieukrywaną radością pisał jak «rzemieślnik poezji» do ludzi prostych, o prostych sprawach, do «dziewczyn z drukarni», do «ludzi z wiosek i małych miast», którym w trudnym, powojennym czasie naprawdę oświetlał drogę i magią słowa odmieniał codzienne bytowanie.

Mimo niezłej sytuacji materialnej, bo władza ludowa dbała o służących jej poetów, poeta nie czuł się dobrze. Skutki przeżytej traumy wojennej potęgowane przez dyskomfort psychiczny wywołany ciągle narzucanymi ograniczeniami i wielki wysiłek twórczy nadwyrężyły poważnie jego zdrowie. W czerwcu 1948 roku poeta przeżył pierwszy zawał. Gdy tylko powrócił do zdrowia, nie oszczędzając się kontynuował wytężoną pracę twórczą.

Tymczasem w Polsce po sfałszowanym referendum w 1946 roku nikt już nie wierzył w obietnicę łagodnej rewolucji złożoną przez Jerzego Borejsę w 1945 r.

235. Jerzy Stefan Ossowski: *Poezja jest tylko dla tych, co prze poezję pragną oczyścić się*. w: *Konstanty Ildefons Gałczyński: Gałczyński. Portret muzy. Wiersze zebrane. Tom II*, Warszawa 2014, s.10.

Hasło: «Rewolucja wymaga ofiar» coraz częściej kojarzono z dosłownym znaczeniem nadanym mu przez Robespierre'a. Polscy neofici socjalizmu zaczęli gorączkowo wskazywać wrogów władzy ludowej, by chronić własne głowy przed zagrożeniem ze strony reżimu, który złowrogą satysfakcję czerpał z bezlitosnego poszukiwania i demaskowania «wrogów ludu». Tak pojawiła się «sprawa Gałczyńskiego», którego poezja znakomicie nadawała się do obrzucania prymitywnymi zarzutami drobnomieszczaństwa, filisterstwa i bezideowego blichtru. Jak na ironię, w tamtych czasach litanię zarzutów wieńczyło zwykle oskarżenie o związek z faszyzmem, choćby nawet nieuświadomione.

Poeta został zaatakowany już w lutym 1950 r. na plenarnym posiedzeniu Zarządu Głównego Związku Literatów Polskich, a na czerwcowym zjeździe literatów jego twórczość została poddana druzgocącej krytyce przez agresora, którego nazwiska nie warto tu nawet wspominać. W pamięci pozostało żądanie, by wreszcie «(...) Gałczyński ukręcił łeb temu rozwydrzonemu kanarkowi, który zagnieździł się w jego poezji.»²³⁶ Ponoć Gałczyński powiedział: «Cóż, kanarkowi można łeb ukręcić, ale wtedy wszyscy zobaczą klatkę. Co zrobić z klatką, koledzy?...»²³⁷

Koledzy, pisarze i poeci zachowali się w większości bojaźliwie i tchórzliwie, a nawet część z nich, z wrażliwością żarliwych enkawudystów, przyłączyła się do oskarżycielskiej kampanii. Jak wspominał później Marian Elie, redaktor naczelny *Przekroju* «Wielu napastników usprawiedliwiała się potem, że «takie były czasy, że była wojna w Korei» itd. Nie spotkałem jednak nikogo, kto by oświadczył: Wyrządziłem dużą krzywdę Gałczyńskiemu, wstyd mi.»²³⁸

Napiętnowany Konstanty Ildefons Gałczyński został zmuszony do złożenia samokrytyki. Dziś, czytając jej tekst widać, że zachował się odważnie i godnie, co było rzadkością w realiach tamtych czasów. Nie płaszczył się przed nikim, nie wypierał się swojej przeszłości i nikogo o nic nie oskarżał. Nie spodobało się to wielu krytykom, którzy chętnie widzieliby go zebrzącego o litość. Kampania krytyki przybrała na sile, a w jej efekcie na długi czas przestano przyjmować do druku teksty poety. Był to cios najboleśniejszy. «Wszystko to spotkało człowieka niezwykle wrażliwego, cichego, dobrego, (...) taki był Konstanty. I do tego całkowicie wyzbyty jadu, zawiści, zazdrości.»²³⁹

Poeta, osłabiony wcześniejszymi przejściami i przedwcześnie postarzały, ciężko przeżył ten okres. Mógł liczyć tylko na najbliższych. Natalia «(...)w najtrudniejszej dla Konstantego próbie – gdy odebrano mu możliwość pracy, a więc i sens istnienia – stanęła raz jeszcze obok niego i zaczęła szukać jakiegось wyjścia, szukać ratunku. I znalazła.»²⁴⁰ Wyjechali na Mazury, do sławnej teraz leśniczówki Pranie, położonej nad jeziorem, w głębi lasu.

236. por. Adam Ważyk: Referat programowy wygłoszony na V Walnym Zjeździe ZLP w Warszawie. cytata za Jerzy Stefan Ossowski, op. cit. s. 21.

237. Jerzy Stefan Ossowski, op. cit. s.22.

238. Ludwik Jerzy Kern: Nie nadawał się na etat, rozmowa z M. Eilem, w: idem, *Pogaduszki*. Kraków 2002, s. 83.

239. tamże.

240. Kira Gałczyńska, op. cit., s. 270.

Natalia, działając intuicyjnie, zachowała się jak najlepszy terapeuta. Osłoniła ukochanego mężczyznę, wydobyła go spod ostrzału silnych, negatywnych bodźców stresowych i przeniosła do leśnej głuszy, daleko od całego zła tego świata. Tam zaczęła go leczyć natura. Ciężko zraniony poeta począł chłonać dobroczynną moc lasu i jeziora, pochylać się nad opadłymi żołądziami, wsłuchiwać się w szeleszczącą muzykę traw i sitowia, podnosić wzrok w górę, ku chmurom i słońcu, a podczas cichych nocy, ku świetlistemu księżycowi.

Po ciężkich przeżyciach leśniczówka pośród wspaniałej mazurskiej przyrody była dla cierpiącego człowieka najlepszą lecznicą, a spokój odludzia i cudowna przyroda, dostępna na wyciągnięcie ręki, wprowadziła go z powrotem w świat uniesień i zachwyków. Tutaj właśnie, w mazurskim mikrokosmosie, odbudowując na nowo swój świat stworzył poeta niekwestionowane arcydzieła, by wspomnieć tylko zachwycającą *Kronikę olsztyńską*, poruszające *Spotkanie z matką*, cudowną *Rozmowę liryczną*, niezwykle *Wita Stwosza* i genialny poemat *Niobe*.

Znów pisał i po pewnym czasie ponownie drukował. Spieszył się. Miał niezwykle dar przewidywania zdarzeń. W jego Kronice olsztyńskiej odczuwa się nastrój nadchodzącego końca, pobrzmiwają metaforycznymi znaczeniami zachody słońca, oznaki nadchodzącej jesieni i nieuchronnej zimy. W marcu 1952 roku poeta doznał drugiego zawału serca. I tym razem przeżył. I nadal wytrwale pisał, z wolna przygotowując się do odejścia:

*Gdy odejdę, nie płacz, moja żono -
ja księżycem wrócę pod twe okno.
Kiedy w szybie promień zamigoce,
wiedz: to ja. Twój księżyc. Serce nocy.*

(*Księżyc* 1952)

W sierpniu 1953 r. w leśniczówce Pranie powstały *Pieśni* – przejmujący poemat pożegnalny, którego powtarzający się dwuwers: «*Chciałbym (...) ocalić od zapomnienia.*» jest lirycznym testamentem wielkiego poety. *Pieśni* to list do przyszlących pokoleń, nabrzmiały najszlachetniejszymi uczuciami, to prawdziwy klejnot, najpiękniejsze z piór rajskiego ptaka, który odlatując do swojego raju pragnie wypełnić, najlepiej jak to tylko możliwe, pustkę, którą po sobie zostawia.

*Wybaczcie mi, ludzie,, jeśli
w tych pieśniach dałem tak mało,
że nie takie niosę pieśni,
jakie by nieść należało;
że tyle tu tych piękności,
ptaków, różnych pobrzękań,
złocistości, srebrzystości,
księżyców, Bachów i światła.
Cóż, kocham światło. Promieniem,
jak umiem, wiersze obdzielam.
O, gdybym mógł, tobym zmienił*

*cały świat w jeden kandelabr.
(...) Jesteśmy w pół drogi. Droga
pędzi z nami bez wytchnienia.
Chciałbym i mój ślad na drogach
ocalić od zapomnienia.*

(*Pieśni*, 1953)

Trzeci i ostatni zawał przyszedł 6 grudnia 1953 r. Natalii i siedemnastoletniej Kirze zawałił się świat. «Ciemna gawiedź w rękach smutnych psychopatów»²⁴¹, która ledwie tydzień wcześniej rozpoczynała kolejną nagonkę na poetę²⁴² stanęła zdezorientowana w obliczu nagłej śmierci. Środowisko literackie było skonsternowane i właściwie nie wiedziało jak się zachować. Odbył się skromny pogrzeb, choć państwowy, ale zorganizowany jakby wstydliwie. Uczestniczyła w nim zaledwie grupka przyjaciół, a Stefan Kisielewski, wracając z cmentarza powiedział zirytowany: «Czego wy chcecie? Przecież to był wielki poeta, więc musieli go chować po cichu, żeby nie drażnić małych. Ale on się jeszcze odezwie!»²⁴³

Natalia Gałczyńska przeżywała swą żałobę przez 11 kolejnych lat...

Wiele stworzeń da się wytresować, niektórzy mówią: «nauczyć». Są foki podrzucające piłki, tańczące słonie na arenie, gadające papugi i gwarki, sokoły do polowań, ale rajske ptaki? Nie ma ich w żadnym cyrku. Być może są zbyt delikatne, zbyt niezależne, a może po prostu zbyt przywiązane do swego odległego, do niezemskiego kraju pochodzenia, do wolności po prostu, by mogły tę więź poświęcić jako cenę za przetrwanie w ziemskiej rzeczywistości? Ale «smutni psychopaci» nic o tym nie wiedzą.

Piśmiennictwo

- 1 *Rajske ptaki czyli raj odnaleziony*. National Geographic Polska, 2013–05–16 <http://www.national-geographic.pl/national-geographic/przyroda/rajske-ptaki-czyli-raj-odnaleziony>
- 2 D. Attenborough, E. Fuller: *Drawn from paradise. The discovery, art and natural history of the birds of paradise*. Collins, London 2012.
- 3 *Konstanty Ildefons Gałczyński: Szarlatanów nikt nie kocha*. Wiersze zebrane. Tom I, Warszawa 2014.
- 4 *Konstanty Ildefons Gałczyński: Portret muzy. Wiersze zebrane. Tom II*, Warszawa 2014.
- 5 Kira Gałczyńska: *Rola Natalii i domu w twórczości K. I. Gałczyńskiego*. Referat wygłoszony na Międzynarodowej Konferencji Naukowej «Dzieło i życie K.I. Gałczyńskiego». Kraków 3–5 grudnia 2003 r. <http://www.kigalczynski.pl/prace/konferencje/krakow2003/referaty/galczynska.pdf>

241. cyt. z wiersza K.I. Gałczyńskiego: Horacjusza wydanie weneckie... powstałego w 1935 r.

242. por. Jerzy Stefan Ossowski, op. cit. s.35.

243. Jerzy Waldorff: *Czarne owce dla Apolla*. Kraków-Wrocław 1984, s. 55.

- 6 Zespół Szkół Ogólnokształcących w Raciborzu, Józef Grabowski. http://www.zso1raciborz.pl/articles.php?article_id=21
- 7 *Oficjalna witryna Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego. Życie*. <http://www.kigalczynski.pl/zycie/>
- 8 Aleksander..Maliszewski: *Konstanty*. w: *Wspomnienia o K.I.Gałczyńskim*, red. A. Kamieńska, J. Śpiewak, W-wa 1961.
- 9 Anna Arno: *Konstanty Ildefons Gałczyński. Niebezpieczny poeta*. Kraków 2013.
- 10 Jerzy Stefan Ossowski: *Poezja jest tylko dla tych, co mają czyste serca*. w: *Konstanty Ildefons Gałczyński: Szarlatanów nikt nie kocha. Wiersze zebrane. Tom I*. Warszawa 2014.
- 11 Kira Gałczyńska: *Srebrna Natalia czyli palcem planety obracasz*. Warszawa 2014.
- 12 Stanisław Maria Saliński: *Okruchy lustra. Fragment wspomnień o Lucjanie Szenwaldzie*. «Twórczość» 12960, nr 4.
- 13 Wiktor Woroszyński: *Album poezji miłosnej*. Warszawa 1965.
- 14 Agnieszka Hulewicz – Feillowa: *Rodem z Kościanek*. Kraków 1988.
- 15 Jerzy Prochwicz: *Formacje Korpusu Ochrony Pogranicza w 1939 roku*. Warszawa: Wydawnictwo Neriton, 2003. s. 197.
- 16 Jerzy Prochwicz: *Walki oddziałów KOP na terenach północno – wschodniej Polski*. w: *Беларускі Гістарычны Зборнік – Białoruskie Zeszyty Historyczne nr 13*. http://kaminikat.fontel.net/www/czasopisy/bzh/13/13art_prochwicz.htm
- 17 John Burton: *Mirador. My Term as Hitler's Guest*. Londyn 1986.
- 18 *Konstanty Ildefons Gałczyński: Notatnik*. http://www.kigalczynski.pl/notatnik/notatnik.html?p=_no
- 19 Tadeusz Widmański: *Szpital w niewoli*. Warszawa 1970.
- 20 20. Michalina Gawinecka, Izabela Łucka, Aleksandra Cebella: *Pamięć zdarzeń traumatycznych*. *Psychiatria* 2008; 5: 65–69, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/download/29155/23920>, 01.02.2016.
- 21 Kira Gałczyńska: *Zielony Konstanty*. Warszawa 2011.
- 22 Wikipedia: *Jerzy Kirchmayer*. https://pl.wikipedia.org/wiki/Jerzy_Kirchmayer
- 23 *Natalia i potomek buriackich lamów*. <http://medycynalex.blogspot.com/2014/05/medycyna-tybetanska.html>
- 24 *Konstanty Ildefons Gałczyński*, «Rozmowa z Badmaszą», «Przekrój» 1946, nr 67, s. 17.
- 25 Serwis «II Wojna światowa». Piotr Badmajew. http://www.sww.w.szu.pl/index.php?id=biografia_piotr_badmajew
- 26 Wikipedia: *Zbrodnia w Gardelegen* https://pl.wikipedia.org/wiki/Zbrodnia_w_Gardelegen
- 27 *United States Holocaust Museum: Gardelegen* <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10006173>
- 28 Franciszek Kobusiński: *Obóz w Höxter. Wspomnienie czwarte - Gałczyński*. *Czas Ostreszowski* 2004, nr 46.
- 29 Alina Radny: *Wpływ traumy na psychikę. Psychoterapia ofiary*. w: *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu*, 2009–2011, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. https://www.pum.edu.pl/__data/assets/file/0003/47442/NK_2011_106-119.pdf
- 30 Jerzy Stefan Ossowski: *Poezja jest tylko dla tych, co prze poezję pragną oczyścić się*. w: *Konstanty Ildefons Gałczyński: Gałczyński. Portret muzy. Wiersze zebrane. Tom II*, Warszawa 2014.
- 31 Ludwik Jerzy Kern: *Nie nadawał się na etat, rozmowa z M. Eilem*, w: idem, *Pogaduszki*. Kraków 2002, s. 83.

dr n. med. Mirosław Tyrpień,
 dr hab. n. med. Janusz Kasperczyk,
 dr n. med. Karolina Lau,
 dr n. hum. Urszula Marcinkowska,
 mgr Jacek Olszewski,
 prof. zw. dr hab. n. med. Joško–Ochojska Jadwiga
 Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej w Zabrzu
 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

dr n. med. Mirosław Tyrpień,
dr hab. n.med. Janusz Kasperczyk,
dr n. med. Karolina Lau,
dr n. hum. Urszula Marcinkowska,
mgr Jacek Olszewski,
prof. zw.dr hab. n.med. Joško–Ochojska Jadwiga
Chair and Department of Environmental Medicine and Epidemiology

POGLĄDY STUDENTÓW MEDYCYNY NA TEMAT TRAUMY

THE MEDICAL STUDENTS VIEWS ABOUT THE TRAUMA

Streszczenie

Trauma to stan psychiczny lub fizyczny wywołany działaniem czynników zewnętrznych zagrażających zdrowiu i życiu człowieka, prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu organizmu, wyrażający się zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi. Z punktu widzenia medycznego, znaczenie wpływu przeżyć traumatycznych na funkcjonowanie organizmu ma kluczowe znaczenie, bowiem trauma, przewlekły stres, to czynniki niejednokrotnie wywołujące powstawanie chorób somatycznych i psychicznych. Ponadto leczenie jakiegokolwiek choroby somatycznej u pacjenta z traumą nie przynosi oczekiwanych efektów, jeżeli jednocześnie nie leczy się konsekwencji traumy. W tym kontekście wiedza przyszłych lekarzy na temat traumy jest bardzo istotna.

Cel pracy

- 1/ Celem badawczym pracy było poznanie poglądów studentów medycyny na temat traumy, ich przeżyć osobistych związanych ze zdarzeniem traumatycznym oraz sposobów radzenia sobie ze stresem.
- 2/ Celem dydaktycznym pracy było zainteresowanie studentów kończących edukację w Uniwersytecie Medycznym problematyką traumy w praktyce lekarza.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono metodą anonimowej ankietyzacji wśród 414 studentów kierunków lekarskich Wydziału w Zabrze i Wydziału w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zebrane ankiety po weryfikacji wprowadzono do bazy danych i analizowano przy użyciu programu Statistica 10.0.

Wyniki

Analizowano odpowiedzi studentów medycyny na 4 grupy pytań:

- 1/ zdarzenie traumatyczne w doświadczeniach osobistych studentów,
- 2/ wiedza studentów na temat traumy i PTSD,
- 3/ podejście przyszłych lekarzy do pacjentów po traumie,
- 4/ radzenie sobie z własnym stresem przez samych studentów.

Zdecydowana większość (95,1%) studentów, niezależnie od płci, uważa że należy leczyć skutki traumatycznych zdarzeń. Zdarzenie traumatyczne było istotnie częściej prawidłowo definiowane przez studentów z Zabrze niż Katowic. Pojęcie stresora traumatycznego wg klasyfikacji DSM-IV było istotnie częściej prawidłowo definiowane przez mężczyzn niż kobiety, natomiast nie wykazano w tym przypadku różnic między wydziałami. Zdecydowana większość studentów (73%) nie posiada przygotowania do postępowania z pacjentami po przeżytych wydarzeniach traumatycznych, w tym co piąty student nie wykazuje potrzeby kształcenia się w tym kierunku. Ponad 80% badanych wysłałaby pacjenta po zdarzeniu traumatycznym do psychologa, a ponad 66% badanych do psychiatry, ale sami po pomoc udaliby się do rodziny lub przyjaciół. Prawie 80% studentów uważa, że silny stres doświadczany podczas studiów ma wpływ na ich zdrowie, przy czym częściej taki związek deklarują kobiety. Ponad 2/3 studentów twierdzi, że radzi sobie sama ze stresem poprzez rozmowy z rodziną, kolegami, znajomymi oraz uprawianiem sportu.

Wnoski

- 1/ 73% osób kończących medycynę uważa, że nie została przygotowana do postępowania z pacjentami, którzy doświadczyli traumy.
- 2/ Zdecydowana większość studentów, niezależnie od płci, uważa, że należy leczyć skutki traumatycznych zdarzeń.
- 3/ Statystycznie częściej studentami deklarującymi bycie przygotowanymi do prowadzenia rozmów z pacjentami po przebytej traumie są studenci wydziału zabrzańskiego, co może być rezultatem wprowadzenia do programu nauczania zajęć fakultatywnych z fizjologii stresu.

- 4/ W przypadku osobistego doświadczenia zdarzenia traumatycznego studenci nie zwróciliby się po pomoc ani do psychologa ani do psychiatry.
- 5/ Przyszli lekarze swoich pacjentów po przeżytych wydarzeniach traumatycznych skierowaliby do psychologa lub psychiatry.
- 6/ Znaczna liczba studentów radzi sobie ze stresem, a preferowanymi metodami radzenia sobie są rozmowy z rodziną oraz z kolegami, znajomymi i uprawianie sportu.
- 7/ Poznanie zagadnień związanych z traumą powinno stanowić elementarną część kształcenia przyszłych lekarzy.

Abstract

Trauma is a mental or physical condition caused by external factors threatening the human life and health, leading to deep and long-lasting changes in the functioning of the body, expressing by the somatic and psychiatric disorders. From the medical point of view, knowledge about the impact of traumatic experiences on the human body functioning is crucial, because trauma and chronic stress, are the main factors that contribute to develop of somatic and mental diseases. In addition, if the consequences of trauma are not heal, the treatment of any somatic disease in a patient with trauma will not bring expected results. In this context, future doctors knowledge about the trauma is very important.

Objectives of the study:

- 1/ *The aim of the research study was to investigate the medical students views about the trauma, their personal experiences related to the traumatic incident and the their methods to manage with stress.*
- 2/ *The didactic aim of the study was the interest of the medical students finishing their education about trauma issues in future general practice.*

Materials and methods:

Studies were performed using anonymous questionnaires. We examined 414 medical students from the Faculty in Zabrze and the Faculty in Katowice, Medical University of Silesia of Silesia. After verification, collected questionnaires were entered into a database and analyzed using the Statistica 10.0.

Results:

We analyzed medical students answers in 4 groups of questions

- 1/ *traumatic events in the students personal experience,*
- 2/ *students knowledge about the trauma and PTSD,*
- 3/ *future doctors approach to the patients after trauma,*
- 4/ *the methods of manage with stress by the students.*

The vast majority (95.1%) of students, regardless of gender, believe that the effects of traumatic events must be treated. Traumatic events were significantly more correctly

defined by students from Zabrze than Katowice. The concept of traumatic stress factor contained in DSM-IV was significantly more correctly defined by men than women, but in this case the differences between departments has not been shown. The vast majority of students (73%) have no preparation for the proceedings with the patients after traumatic event, including that the every fifth student does not demonstrate the need for education in this direction. More than 80% of respondents would send a patient after traumatic event to the psychologist, more than 66% of respondents to the psychiatrist, but they would ask for help their family or friends. Almost 80% of students believe that the strong stress experienced during the study have an impact on their health, this kind of relationship was more declare by the women. More than 2/3 of the students says that they can manage with stress themselves by talking with family, colleagues, friends and sports activities.

Conclusions:

- 1/ 73% of people leaving medical school believes that has not been prepared to deal with trauma experienced patients.
- 2/ The vast majority of students, regardless of gender, considers it is necessary to treat the effects of traumatic events.
- 3/ Statistically more students declared of being prepared to hold talks with patients with a history of trauma are students of the Faculty of Zabrze, which may be the result of the entry into the syllabus elective courses with the physiology of stress.
- 4/ In the case of the personal experience of a traumatic event students would not ask for help a psychologist or a psychiatrist.
- 5/ Future doctors will direct their patients after a traumatic event to a psychologist or psychiatrist.
- 6/ A large number of students can manage with stress by themselves, the preferred methods of manage are talking with family and colleagues, friends and sport.
- 7/ Understanding the issues related to trauma should be a part of future doctors elementary education.

Wstęp

Doświadczanie urazów psychicznych przez ludzi na skutek przeżyć wojennych czy klęsk żywiołowych znane jest od najdawniejszych czasów. Już w starożytnej literaturze można znaleźć opisy skrajnie silnych emocji, odczuć i zachowań osób, które przeżyły zdarzenie traumatyczne. W Odysei Homera znajdują się opisy nawracających natrętnie scen traumatycznych rozgrywających się w umyśle Odysa, będących powszechnym i naturalnym skutkiem doświadczania traumatycznego [1]. Lis-Turlejska przedstawia fragment *Henryka IV* Szekspira, w którym autor opisuje stan psychiczny bohatera po powrocie z wojny. Charakteryzują go: skłonność do poszukiwania samotności, zanik dawnych zainteresowań, nadmierne pobudzenie oraz przeżywanie we śnie i na jawie obrazów z minionej walki [2]. Opisane objawy są charakterystyczne dla zaburzeń po stresie traumatycznym i powinny współcześnie stanowić podstawę do postawienia właściwej diagnozy przez lekarza.

Pierwszych naukowych opisów zależności między przeżywaniem nadmiernych emocji a występowaniem zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu człowieka dokonał Da Costa na podstawie obserwacji poczynionych podczas wojny secesyjnej. Opisane przez niego objawy dotyczyły głównie zaburzeń kardiologicznych, takich jak: palpacje serca, ból w klatce piersiowej, tachykardia, nudności. Osoby doświadczające stresu podczas wojny cierpiały również na zaburzenia snu i przerażające sny [3].

Ze względu na rozmiar zjawiska, zainteresowanie psychicznymi zaburzeniami spowodowanymi przeżyciami traumatycznymi znacznie wzrosło podczas I wojny światowej. W armii brytyjskiej około 7–10% oficerów i około 3–4% pozostałych żołnierzy przeżyło załamanie nerwowe. W polowych szpitalach z tego powodu znalazło się 80 000 żołnierzy, a 25% z nich kontynuowało leczenie w szpitalach psychiatrycznych. Wśród lekarzy istniały kontrowersje dotyczące diagnostyki i określenia przyczyn zaburzeń występujących u żołnierzy. Część z nich twierdziła, że cierpią na histerię, inni byli zdania, że zaburzenia spowodowane są mikrourazami mózgu na skutek gwałtownej zmiany ciśnienia podczas wybuchu pocisków. Pojawiło się wówczas określenie «szok artyleryjski», jednak po krótkim czasie przestało obowiązywać, gdyż zaburzenia występowały również u żołnierzy nie mających kontaktu z materiałami wybuchowymi czy salwami artyleryjskimi. Na podstawie diagnoz psychiatrycznych kilkadziesiąt tysięcy żołnierzy zostało wyłączonych ze służby wojskowej [1].

Znaczny rozwój badań nad zaburzeniami po stresie traumatycznym u ludzi nastąpił po II wojnie światowej. Początkowo badania dotyczyły głównie zaburzeń psychicznych występujących u żołnierzy wracających z wojny i ofiar pożogi wojennej. W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku nastąpiło szczególne nasilenie badań nad stresem traumatycznym. Wiązały się one z występowaniem zaburzeń psychicznych, somatycznych i behawioralnych u żołnierzy amerykańskich wracających z wojny wietnamskiej, u których stwierdzano agresywne zachowania, samobójstwa, depresje, nadużywanie alkoholu i narkotyków oraz angażowanie się w działalność przestępczą. Również w tym okresie nastąpił znaczny rozwój badań nad ofiarami holocaustu, które po okresie «zamknięcia» w sobie przeżyć z okresu II wojny światowej, zaczęły opowiadać o swoich tragicznych doświadczeniach [1]. Podobnie jak u weteranów wojennych, u ofiar holocaustu stwierdzano zaburzenia psychosomatyczne objawiające się silnym lękiem, koszmarnymi snami, zachwianiem reakcji uczuciowych i znacznie ograniczoną zdolnością do mówienia o traumatycznych przeżyciach [3].

Przełomowym momentem w rozwoju badań nad stresem traumatycznym było ogłoszenie w 1980 roku trzeciego wydania DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association [APA], 1980) – obowiązującego w Stanach Zjednoczonych systemu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych. W DSM-III wprowadzono nową jednostkę chorobową określoną jako «zaburzenie po stresie traumatycznym» (*post-traumatic stress disorder*, w skrócie PTSD). Zdarzenie traumatyczne definiowano jako «dający się wyodrębnić stresor, który wywołałby znaczące symptomy dystresu u prawie każdego». Wskazano stresory, które mogą prowadzić do powstania PTSD, tj. gwałt, agresywny napad, walkę

frontową, klęski żywiołowe (np. powódź, trzęsienie ziemi) oraz katastrofy komunikacyjne i przemysłowe. Podano również jako stresory bombardowanie, tortury, obrazy koncentracyjne, terroryzm określając je jako tzw. man-made disasters. Wymienienie dużej liczby stresorów podyktowane było występowaniem podobnych objawów u osób narażonych na zdarzenie traumatyczne [1, 4].

Wyszczególniono również kryteria diagnostyczne DSM-III zawierające trzy kategorie symptomów [4]:

- 1/ dotyczy ponownego odtwarzania traumy i obejmuje takie objawy jak powracające sny, dotyczące traumy, powtarzające się natarczywe wspomnienie.
- 2/ to objawy związane z uporczywym unikaniem i zmniejszeniem ogólnej reaktywności, takie np. jak unikanie myśli i uczuć związanych z traumą.
- 3/ utrzymujące się objawy psychofizjologicznego pobudzenia (np. trudności z zasypianiem lub snem).

Kryteria diagnostyczne sformułowane początkowo w DSM-III, zostały zmodyfikowane w 1987 roku (DSM-III-R). Wprowadzono wymóg występowania symptomów przez czas dłuższy niż miesiąc po urazie. Ten warunek wykluczał z kategorii osoby, u których diagnozowano po ostrym urazie zaburzenie przystosowania [5]. W 1992 roku Światowa Organizacja Zdrowia w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, ICD-10, w części dotyczącej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych wprowadziła bardzo podobną jednostkę chorobową. W ICD-10 zdarzenie traumatyczne jest definiowane jako „ekspozycja na wyjątkowo zagrażający lub katastroficzny stresor krótko – lub długotrwały”, co poszerza zakres objawów w porównaniu z DSM-IV [6].

Klasyfikacja DSM III uporządkowała dotychczasową wiedzę zdobytą na podstawie badań naukowych i obserwacji klinicznych związanych ze stresem traumatycznym to jednak już wcześniej, bo w DSM-I (1952) i DSM-II (1968) próbowano opisywać i diagnozować zaburzenia psychiczne po bardzo silnych przeżyciach. W DSM-I wprowadzono wówczas takie kategorie, jak ogólna reakcja stresowa i nerwica lękowa lub depresyjna (po bardziej długotrwałej reakcji), w zależności od tego, co dominowało w zespole objawów, lęk i niepokój czy przygnębienie i smutek. W DSM-II reakcje trwały zostały zaklasyfikowane podobnie jak w DSM-I, natomiast na określenie ostrej reakcji pourazowej zastosowano termin «przejściowe zakłócenie sytuacyjne», określane również przemijające zaburzenia uwarunkowane sytuacyjnie [1, 5]. Yehuda i McFarlane twierdzili, iż wprowadzając nową jednostkę chorobową, nazwaną PTSD, do klasyfikacji uznano, że trwałe zaburzenia psychiczne mogą wystąpić u każdego człowieka w wyniku ekstremalnie przykrych doświadczeń oraz że są one przejawem trudności z zaadaptowaniem się do trudnej sytuacji [7].

W 1994 roku opublikowano czwartą edycję DSM określając precyzyjniej stresor traumatyczny mogący prowadzić do PTSD. Według DSM-IV zdarzenie traumatyczne jest to zdarzenie związane z zagrożeniem życia lub fizycznej integralności, podczas którego dana osoba przeżywa intensywny strach, poczucie bezradności lub makabry [4]. W DSM-IV rozszerzono kryteria definiowania traumatycznych zdarzeń w porównaniu z wcześniejszymi definicjami, w których zajmowano się przede

wszystkim traumatycznymi przeżyciami związanymi z walką frontową, klęskami żywiołowymi lub napadami kryminalnymi. Do definicji DSM-IV włączono takie zdarzenia, jak nagła, nieoczekiwana śmierć bliskiej osoby, bycie świadkiem śmierci lub zagrożenia życia lub uzyskanie diagnozy choroby zagrażającej życiu [8]. Klasyfikacja DSM-IV, po klasyfikacji ICD-10, należy do najczęściej stosowanych przez lekarzy psychiatrów [9].

W DSM-IV wprowadzono po raz pierwszy nową jednostkę chorobową «Ostre zaburzenie po stresie traumatycznym», w skrócie ASD, związaną z przeżyciem podobnych jak w PTSD stresorów, jednak diagnozuje się je maksymalnie do miesiąca czasu po zaistniałym zdarzeniu traumatycznym. Istnieją dwie zasadnicze różnice pomiędzy kryteriami diagnostycznymi: czas trwania objawów i objawy dysocjacyjne [5].

W opublikowanej w 2013 roku V edycji przytoczonej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V) wyszczególniono zaburzenie jakim jest trauma oraz zaburzenia związane z doświadczonym stresem Trauma-and Stressor-Related Disorders [10].

W odniesieniu do traumy w DSM-V wprowadzono:

- 1/ Wszystkie objawy traumy muszą pojawić się bądź nasilić po wystąpieniu zdarzenia traumatycznego.
- 2/ Stworzono osobne kryteria dla dzieci w wieku ≤6 lat.
- 3/ Dodano nowe podtypy PTSD (bez różnicowania ze względu na wiek)

Doświadczenie zdarzenia traumatycznego wywołuje negatywne konsekwencje zarówno u dorosłych, jak u dzieci i młodzieży. Skutki przeżycia głębokiego stresu mogą być destrukcyjne dla funkcjonowania fizycznego i psychicznego młodego organizmu oraz mogą być czynnikiem zaburzającym jego prawidłowy rozwój. Stresorami, które mogą w najwyższym stopniu wpływać na dalszy rozwój są śmierć bliskiej osoby oraz doświadczanie nadużyć seksualnych [11]. Im młodsze dziecko, tym bardziej niekorzystne konsekwencje ma dla jego zdrowia psychicznego doświadczenie przeżycia traumatycznego zdarzenia [12]. Badania wskazują, że młodzież, która doświadczyła traumy jest w większym stopniu narażona na wystąpienie epizodów depresji, emocjonalnych zaburzeń po stresie traumatycznym i nadużywanie substancji uzależniających [13].

Z punktu widzenia psychologicznego, według Zawadzkiego i Strelau współczesne pojęcie traumy rozumiane jest jako stan psychiczny lub fizyczny wywołany działaniem realnie zagrażających zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych (przyroda, ludzie), prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych [14]. Rezultatem tego urazu mogą być utrwalone trudności w powrocie do poprzedniego funkcjonowania, czasem układające się w zespół objawów zwany zaburzeniem stresowym pourazowym.

Z punktu widzenia medycznego, znajomość wpływu przeżyć traumatycznych na funkcjonowanie organizmu ma kluczowe znaczenie. Trauma, przewlekły stres, to czynniki niejednokrotnie wywołujące powstawanie chorób somatycznych i psychicznych. Dodatkowo, leczenie jakiegokolwiek choroby somatycznej u pa-

cja pacjenta z traumą nie przynosi oczekiwanych efektów, bowiem dochodzi wówczas do licznych zmian w układzie immunologicznym, który jest osłabiony. Zaburzony jest również ośrodkowy układ nerwowy, w którym na skutek stresu i przeżyć traumatycznych dochodzi do zaburzeń w funkcjonowaniu, a nawet zmian w anatomii mózgu, w postaci zmniejszenia niektórych struktur z powodu atrofi neuronów (hipokampie i kora przedczołowa) oraz powiększeniu jąder migdałowatych. Konsekwencje tych zaburzeń są bardzo poważne, prowadzą bowiem do depresji, PTSD, fobii, itd. Leczenie pacjenta w takim stanie niewątpliwie utrudnia, a czasem nawet uniemożliwia leczenie choroby somatycznej [15, 16].

W tym kontekście, wiedza studentów medycyny na temat stresu i traumy nie jest bez znaczenia.

Założenia pracy

Studia medyczne należą do jednych z najtrudniejszych studiów i wymagają od studentów dużej odporności psychicznej i fizycznej. Wynika to z programu studiów, na których studenci mają m.in. zajęcia z anatomii wraz z ćwiczeniami prosektoryjnymi oraz zajęcia kliniczne. Podczas zajęć klinicznych studenci mają kontakt z pacjentami w różnym stanie zdrowia, również w stanie terminalnym. Dla niektórych osób kontakt ze zwłokami czy pacjentami w bardzo ciężkim stanie, szczególnie pacjentami z chorobą nowotworową, zwłaszcza dziećmi z chorobą nowotworową, czy ofiarami wypadków może oddziaływać negatywnie na ich zdrowie psychiczne. Również brak odpowiedniej wiedzy, a co za tym idzie brak możliwości pomocy pacjentom może prowadzić do stanu bezsilności, a w konsekwencji do przewlekłego stresu. Nie bez znaczenia jest fakt, że dzisiaj student a jutro lekarz wykonujący zawód zaufania publicznego musi cechować się cierpliwością, kulturą osobistą i bardzo dużą wrażliwością na cierpienie drugiego człowieka oraz empatią.

Cele pracy

- 1/ Celem badawczym pracy było poznanie poglądów studentów medycyny na temat traumy, ich przeżyć osobistych związanych ze zdarzeniem traumatycznym oraz sposobów radzenia sobie ze stresem.
- 2/ Celem dydaktycznym pracy było zainteresowanie studentów kończących edukację w Uniwersytecie Medycznym problematyką traumy w praktyce lekarza.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono metodą anonimowej ankietyzacji wśród 414 studentów kierunku lekarskiego Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Wydziału Lekarskiego w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Respondentami Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu byli studenci V i VI roku studiów (248 osób), a Wydziału Lekarskiego w Katowicach studenci VI roku studiów (166 osób). Kobiety stanowiły 70,3% (291 osób) a mężczyźni 29,7% (123 osoby) badanej populacji.

Kwestionariusz zawierał 28 pytań, przy czym jedno pytanie było typu półotwartego a pozostałe typu zamkniętego. Zagadnienia poruszane w kwestionariuszu

odnosiły się do ogólnej wiedzy, poglądów o traumie oraz sposobach radzenia sobie ze stresem. Przed przystąpieniem do ankietyzacji respondenci zostali poinformowani o jej celach, sposobie wypełniania kwestionariusza oraz o dobrowolności udziału w badaniu.

Dane, po wprowadzeniu do bazy danych i sprawdzeniu poprawności, analizowano w programie Statistica. Wstępnie wyliczono statystykę opisową, następnie analizowano różnice międzygrupowe za pomocą testu χ^2 wraz z odpowiednimi poprawkami. We wszystkich analizach przyjęto jako istotne wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Studenci medycyny odpowiadali na 4 grupy pytań:

- 1/ zdarzenie traumatyczne w doświadczeniach osobistych studentów,
- 2/ wiedza studentów na temat traumy i PTSD,
- 3/ podejście przyszłych lekarzy do pacjentów po traumie,
- 4/ radzenie sobie z własnym stresem przez samych studentów.

Zdarzenia traumatyczne w doświadczeniu studentów medycyny

W tabeli I przedstawiono odpowiedzi ankietowanych studentów dotyczące traumatycznych zdarzeń, które wydarzyły się w ich życiu. Prawie 40% studentów było uczestnikami wypadku komunikacyjnego. Blisko 25% było świadkami zdarzenia, w którym zginął człowiek, tyle samo respondentów znalazło się osobiście w sytuacji zagrażającej ich życiu. Te dwa zdarzenia statystycznie częściej dotyczyły mężczyzn niż kobiet ($p=0,009$ oraz $p=0,0001$). Na częstość wymienionych powyżej zdarzeń nie wpływała istotnie płeć respondentów, ani wydział, na którym studiowali. Jedynie zdarzenia traumatyczne wśród bliskich częściej zgłaszane były przez studentów medycyny z Katowic ($p=0,003$). Zdecydowana większość (95,1%) studentów, niezależnie od płci, uważa że należy leczyć skutki traumatycznych zdarzeń.

Tabela 1. Traumatyczne zdarzenia doświadczane przez studentów medycyny.

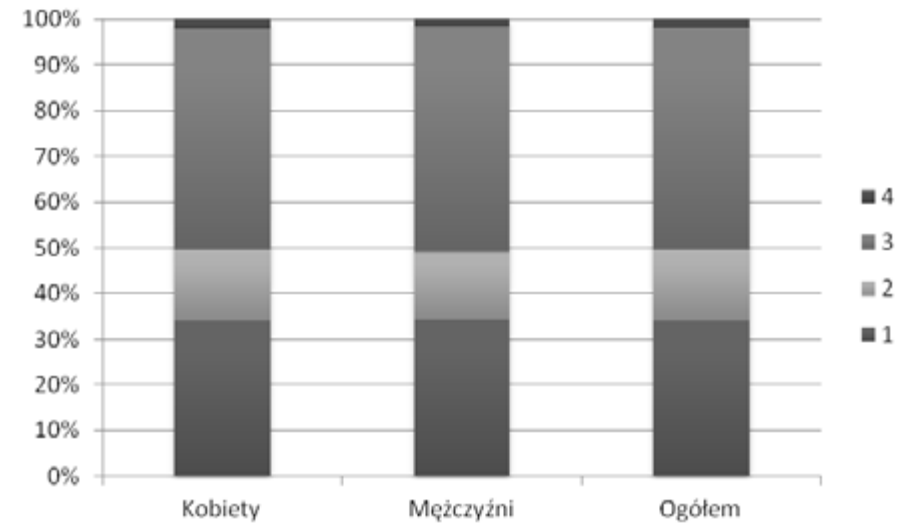
Pytanie	Kobiety N % kobiet	Mężczyźni N % mężczyzn	Ogółem N % ogółu	p kobiety vs. mężczyźni	
Czy był Pan/ Pani świad- kiem zdarzenia, w którym zginął człowiek?	tak	60 20,6%	40 32,8%	100 24,2%	0,009
	nie	231 79,4%	82 67,2%	313 75,8%	

Czy był Pan/ Pani uczestnikiem wypadku komunikacyjnego?	tak	108 37,1%	54 43,9%	252 60,9%	NS
	nie	183 62,9%	69 56,1%	252 60,9%	
Czy był Pan/ Pani sam w sytuacji zagrożenia życia?	tak	59 20,3%	47 38,2%	106 25,7%	0,0001
	nie	231 79,7%	76 61,8%	307 74,3%	
Czy przeżył Pan/ Pani śmierć bliskiej osoby?	tak	208 72,0%	85 69,7%	293 71,3%	NS
	nie	81 28,0%	37 30,3%	118 28,7%	
Czy w otoczeniu bliskich Pana/ Pani osób miały miejsce traumatyczne wydarzenia?	tak	162 56,4%	75 61,0%	237 57,8%	NS
	nie	84 29,3%	29 23,6%	113 27,6%	
	nie wiem	41 14,3%	19 15,4%	60 14,6%	
Czy uważa Pan/ Pani, że należy leczyć skutki traumatycznych przeżyć?	tak	276 95,2%	115 95,0%	391 95,1%	NS
	nie	14 4,8%	6 5,0%	20 4,9%	

Wiedza studentów na temat traumy i PTSD

Studenci bardzo różnie rozumieją pojęcie «zdarzenie traumatyczne». Niezależnie od płci, badani wskazywali, że zdarzeniem traumatycznym jest sytuacja, w której zagrożone jest zdrowie i życie człowieka (48%) ale również za takie zdarzenie uznawali stresujące zdarzenie życiowe (33%) (Ryc. 1). Rozumienie pojęcia różniło się istotnie w zależności od wydziału ($p=0,004$). Studenci Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko – Dentystycznym w Zabrze w 52,3% udzielili prawidłowej odpowiedzi, określając zdarzenie traumatyczne jako „sytuację w której zagrożone jest zdrowie i życie ludzkie” Studenci Wydziału Lekarskiego w Katowicach poprawnej odpowiedzi udzielili w 40%. Różnica ta była statystycznie znamienne. ($p=0,004$).

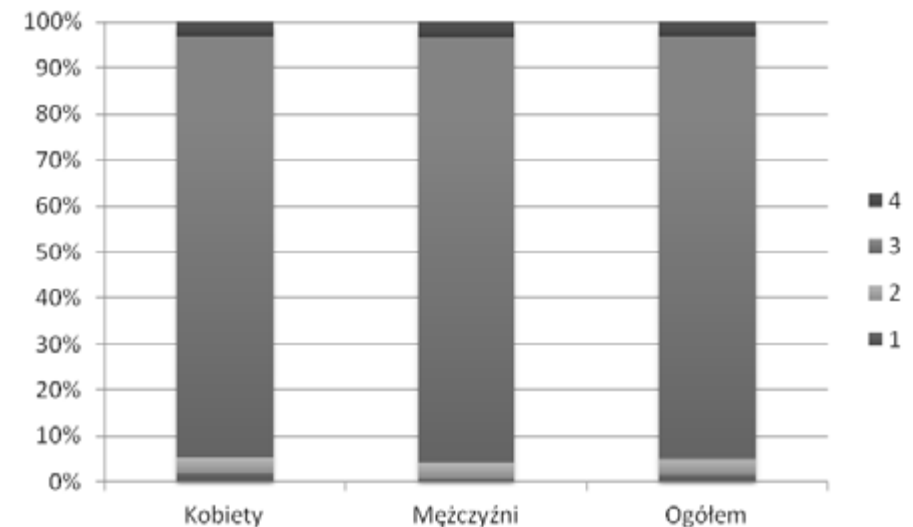
- 1/ Stresujące zdarzenie życiowe
- 2/ każda sytuacja powodująca dyskomfort psychiczny
- 3/ sytuacja, w której zagrożone jest zdrowie i życie ludzkie
- 4/ przewlekły stres



Ryc.1. Rozumienie określenia «zdarzenie traumatyczne» przez studentów.

Poproszono również o określenie co oznacza skrót PTSD. Poprawnej odpowiedzi udzieliło 92% badanych, niezależnie od płci i wydziału (Ryc. 2).

- 1/ Profilaktyka skierowaną przeciw dopalaczom;
- 2/ terapia przeciw zaburzeniom emocjonalnym;
- 3/ zaburzenia psychiczne po stresie traumatycznym;
- 4/ syndrom wypalenia zawodowego

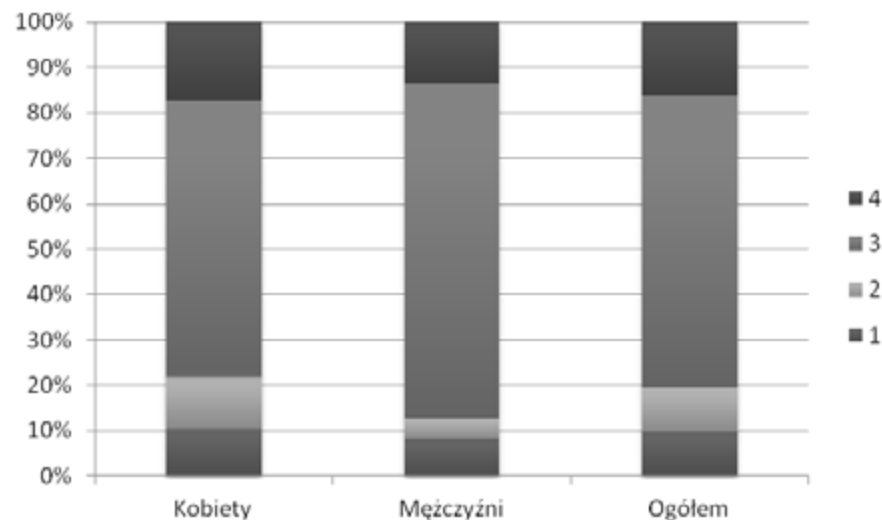


Ryc. 2. Znajomość rozwinięcia skrótu PTSD

W celu dalszego sprecyzowania wiedzy studentów zadano im pytanie o znajomość definicji traumatycznego stresora według klasyfikacji DSM-IV. Prawidłowej

odpowiedzi: stresor traumatyczny to doświadczenie związane z poważnym zranieniem, śmiercią lub zagrożeniem integralności cielesnej własnej lub innych osób, na które człowiek był bezpośrednio narażony i przeżywał wówczas uczucie silnego strachu, bezradności lub przerażenia udzieliło 63% badanych, istotnie więcej mężczyzn niż kobiet (74% vs. 60%, $p < 0,05$, rycina 3).

- 1/ Każdy stresor wywołujący reakcję stresową;
- 2/ zdarzenie związane z zagrożeniem życia;
- 3/ doświadczenie związane z poważnym zranieniem, śmiercią lub zagrożeniem integralności cielesnej własnej lub innych osób, na które człowiek był bezpośrednio narażony i przeżywał wówczas uczucie silnego strachu, bezradności lub przerażenia;
- 4/ to stresor psychologiczny powodujący PTSD



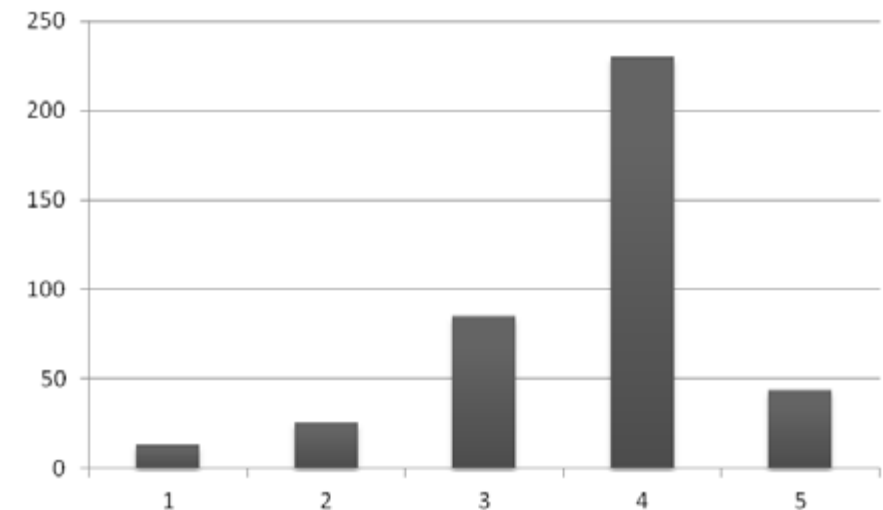
Ryc.3. Znajomość definicji stresora traumatycznego wg DSM-IV.

Podejście przyszłych lekarzy do pacjentów po przebytej traumie

Zapytano studentów o przygotowanie do postępowania terapeutycznego z pacjentem po przeżytym wydarzeniu traumatycznym, którego będzie leczył z powodu jakiejś choroby somatycznej. 73% studentów nie jest przygotowanych do takiego postępowania, w tym 55% studentów nie posiada takiego przygotowania ale deklaruje, że chciałaby je nabyć, natomiast 18% badanych, czyli prawie co piąty student nie wie jak postępować z takim pacjentem i dodatkowo nie wykazuje ani chęci ani potrzeby kształcenia się w tym kierunku. Jedynie 9% uważa się za przygotowanych do udzielania pomocy pacjentowi po przebytej traumie (Ryc. 4).

- 1/ nie, nie sądzę, że będę mieć takich pacjentów;
- 2/ nie, uważam, że to rola psychologa;
- 3/ nie wiem;

- 4/ nie, ale chcę się do tego przygotować;
- 5/ tak, wiem

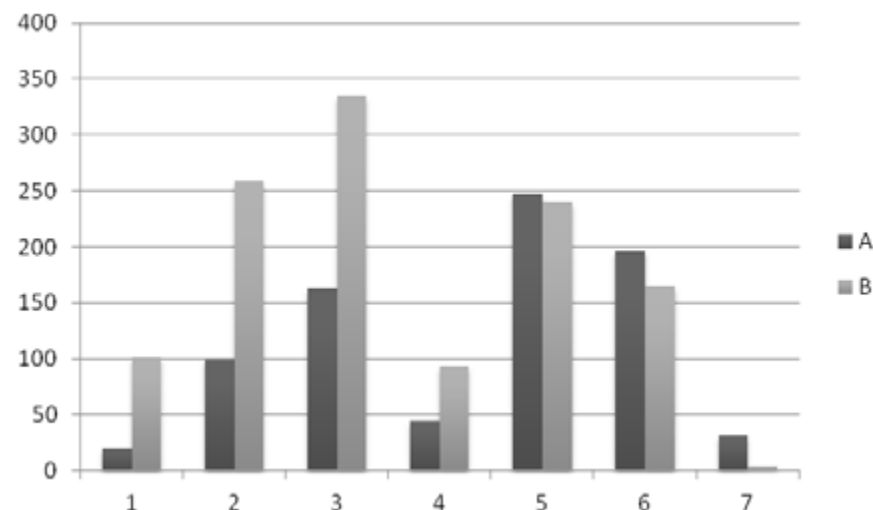


Ryc. 4. Wiedza studentów na temat postępowania z pacjentem po zdarzeniu traumatycznym.

Zapytano również studentów do kogo oni sami by się zgłosili po pomoc oraz do kogo powinna się zgłosić inna osoba, np. ich pacjent. Okazuje się, że studenci w przypadku zdarzenia traumatycznego udaliby się po pomoc do rodziny i przyjaciół, ale swoich pacjentów skierowaliby do specjalistów (Ryc. 5). Ponad 80% badanych wysłałaby pacjenta do psychologa, a ponad 66% badanych do psychiatry. Ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi w pytaniu odsetek odpowiedzi nie sumuje się do 100%.

- A osoby, do których student zgłosiłby się gdyby doświadczył zdarzenia traumatycznego
- B osoby, do których powinien się zgłosić pacjent po przebytych zdarzeniu traumatycznym

- 1/ lekarz rodzinny;
- 2/ psychiatra;
- 3/ psycholog;
- 4/ ksiądz;
- 5/ przyjaciel;
- 6/ ktoś z rodziny;
- 7/ do nikogo – powinienem przeżyć to sam



Ryc. 5. Osoby, do których można się zgłosić po pomoc w przypadku doświadczenia zdarzenia traumatycznego.

Wśród badanych prawie 26% deklaruje przygotowanie do rozmowy z pacjentem, który przeżył traumę (istotnie częściej mężczyźni niż kobiety; $p=0,003$). Niestety, ponad 2/3 studentów nie jest przygotowanych do rozmowy z takim pacjentem. Ponadto, prawie połowa studentów (44,8%) uważa, że jeżeli dwóch pacjentów cierpi na tę samą chorobę somatyczną, ale jeden z nich przeżył wydarzenie traumatyczne, to należy leczyć ich tak samo, w tym 7,8% ogółu badanych uważa, że przeżyta trauma nie wpływa w ogóle na sposób leczenia współistniejących chorób somatycznych, a 37% uważa, że leczenie będzie zależało od tego, jaka to będzie choroba, bez względu na wcześniejsze traumatyczne przeżycia. Mężczyźni w tym względzie częściej prezentują taką postawę (Tab. II). Nie wykazano różnic w podejściu do konieczności odmiennego leczenia pacjentów z traumą i bez traumy pomiędzy studentami Wydziału w Katowicach i studentami Wydziału w Zabrze.

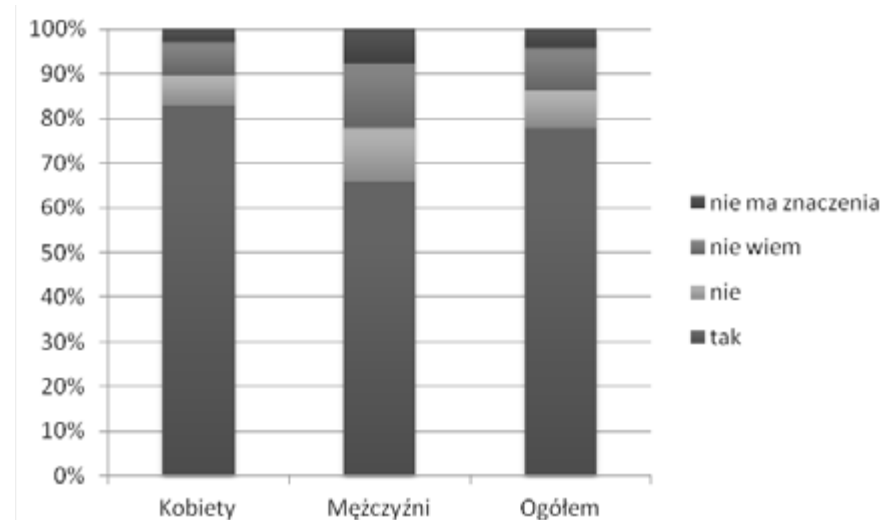
Tabela 2. Podejście studentów do leczenia pacjentów po traumatycznym zdarzeniu.

Pytanie	Kobiety N % kobiet	Mężczyźni N % mężczyzn	Ogółem N % ogółu	p kobiety vs. mężczyźni
Czy jest Pan/ Pani przygo- towany/a do rozmowy z pacjentem, który przeżył traumę?	tak	60 21,4%	42 35,6%	102 25,6%
	nie	221 78,6%	76 64,4%	297 74,4%
				0,003

Jeżeli dwóch pacjentów cierpi na tę samą chorobę, ale jeden z nich przeżył wydarzenie traumatyczne, to czy uważa Pan/ Pani, że należy leczyć ich tak samo?	tak	18 6,5%	13 11,1%	31 7,8%	0,02
	nie	165 59,3%	53 45,3%	218 55,2%	
	zależy od choroby	95 34,2%	51 43,6%	146 37,0%	

Radzenie sobie ze stresującymi zdarzeniami życiowymi

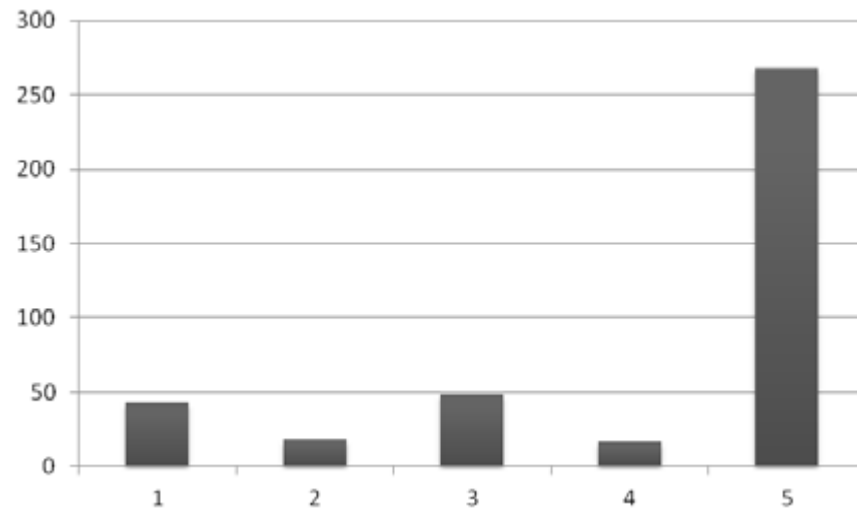
Ponieważ trauma łączy się ściśle ze stresem zadano studentom także pytania o stres i radzenie sobie z nim. Przede wszystkim zapytano studentów czy silny stres, którego doznają podczas studiów medycznych wpływa na ich zdrowie. Prawie 80% udzieliło twierdzącej odpowiedzi, przy czym częściej taki związek deklarują kobiety (Ryc. 6).



Ryc. 6. Wpływ silnego stresu związanego ze studiowaniem medycyny na zdrowie studentów.

Następnie zapytano badanych czy ich zdaniem dobrze radzą sobie ze stresem (Ryc. 7). Ponad 2/3 studentów twierdzi, że radzą sobie ze stresem sami, intuicyjnie, ale co ósmy student uważa, że nie radzi sobie ze stresem i jednocześnie nie potrzebuje pomocy.

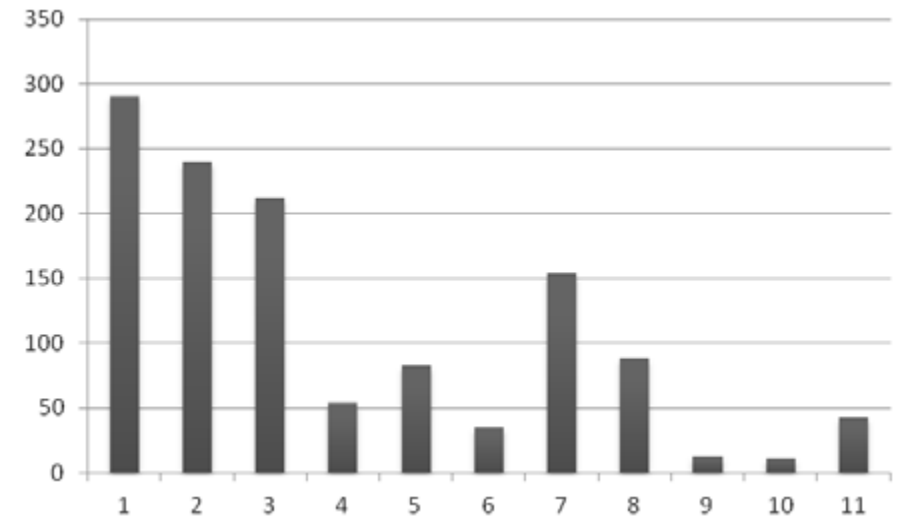
- 1/ nie, chciałbym uzyskać fachową pomoc;
- 2/ nie, mimo fachowej pomocy;
- 3/ nie, ale nie chcę pomocy;
- 4/ tak, dzięki fachowej pomocy;
- 5/ radzę sobie sam, intuicyjnie.



Ryc.7. Ocena radzenia sobie ze stresem.

Ponadto zadano studentom pytanie dotyczące sposobów, które stosują, gdy w ich życiu wydarzy się trudna sytuacja (Ryc. 8). Wśród najczęściej preferowanych metod dominują rozmowy z rodziną, z kolegami, znajomymi oraz uprawianie sportu, natomiast do najrzadziej stosowanych zaliczają się: wizyty u psychologa, zażywanie środków uspokajających oraz narkotyków.

- 1/ rozmowy z rodziną;
- 2/ rozmowy z kolegami;
- 3/ uprawianie sportów;
- 4/ wzmożone palenie papierosów;
- 5/ spożywanie alkoholu;
- 6/ zażywanie leków uspokajających;
- 7/ spacerowanie;
- 8/ jazda na rowerze;
- 9/ kontakt z psychologiem;
- 10/ zażywanie narkotyków;
- 11/ inne:



Ryc. 8. Sposoby radzenia sobie ze stresem w sytuacjach szczególnie trudnych.

Tabela 3 zawiera natomiast procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej i psychiatrycznej przez studentów. Dwukrotnie częściej studenci skorzystali z pomocy psychologa niż psychiatry i jednocześnie nieco wyżej ocenili skuteczność wizyt u psychologa. Częściej z obu rodzajów porad korzystają studentki.

Tabela 3. Korzystanie z pomocy psychiatrycznej i psychologicznej przez studentów medycyny.

Pytanie		Kobiety N % kobiet	Mężczyźni N % mężczyzn	Ogółem N % ogółu
Czy kiedykolwiek korzystał Pan/Pani z pomocy psychologa?	tak	44 15,1%	17 13,9%	61 14,8%
	nie	247 84,9%	105 86,1%	352 85,2%

Czy kiedykolwiek korzystał Pan/Pani z pomocy psychiatry?	tak	21 7,2%	3 2,4%	24 5,8%
	nie	269 92,8%	120 97,6%	389 94,2%
		średnia ±SD	średnia±SD	średnia ±SD
Czy uzyskana pomoc u psychologa była efektywna w skali 1-5		2,6 ±2,16	2,3 ±1,81	2,5 ±2,06
Czy uzyskana pomoc u psychiatry była efektywna w skali 1-5		2,4 ±2,22	1,9 ±2,20	2,3 ±2,20

Dyskusja

W niniejszym badaniu oceniano poglądy studentów medycyny na temat traumy, jak również to czy sami doświadczyli traumatycznych zdarzeń. Wśród badanych studentów około ¼ deklarowała, że przynajmniej raz znalazła się w sytuacji zagrożenia własnego życia. W bliskim otoczeniu ponad połowy studentów miały miejsce traumatyczne zdarzenia. W badaniach przeprowadzonych wśród studentów warszawskich uczelni autorstwa Lis-Turlejskiej [17] wykazano, że przynajmniej jedno traumatyczne zdarzenie przeżyło 75,6% badanej grupy (n=475). Istotnie częściej takich zdarzeń doświadczały mężczyźni niż kobiety, co potwierdzono w badaniu własnym. Przeżycie traumy związanej z zagrażającym życiu wypadkiem deklarowało ponad 21% studentów warszawskich uczelni. Wśród studentów SUM z kolei uczestnikami wypadku komunikacyjnego było blisko 40% badanych. W badaniu Lis-Turlejskiej mężczyźni istotnie częściej niż kobiety doznali rozboju/napadu i zagrożenia bronią. Kobiety z kolei częściej deklarowały molestowanie, przemoc fizyczną w dorosłości, przemoc seksualną w dzieciństwie i próby gwałtu. Lis-Turlejska [17] przytacza również niepublikowane wyniki innych kwestionariuszowych badań studentów, z których wynika, że objawy PTSD wykazuje się u od 3% [18] do 10% badanych [19].

Efektom przeżytej traumy mogą być negatywne konsekwencje w zachowaniu widoczne już u młodych osób. U studentów (n=207) w innych badaniach wykazano ciągłe odczuwanie niepokoju i unikanie okazywania własnych emocji [20]. Z kolei w Kenii (n=923) objawy zaburzeń po stresie traumatycznym dotyczyły 15,7% studentów [21]. W innym badaniu wykazano dodatnią korelację pomiędzy występowaniem objawów PTSD u młodych osób a wizytami u specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym w ciągu ostatnich 12 miesięcy (od momentu udziału w badaniu) [22]. W badaniu studentów SUM niespełna 15% kiedykolwiek korzy-

stało z porad psychologa a jedynie 5,8% korzystało z pomocy psychiatry. Uzyskaną u powyższych specjalistów pomoc przyszli lekarze oceniają raczej słabo, w skali 5-punktowej (odpowiednio: średnia 2,5 oraz średnia 2,2). Pomimo braku zaufania do tego typu porad, swoich pacjentów, którzy przeżyli traumatyczne zdarzenie przyszli lekarze skierowaliby do psychologa i psychiatry. Przewarżająca większość – 95% studentów uważa bowiem, że skutki traumatycznych przeżyć należy leczyć. W sytuacjach kiedy to oni sami stają w obliczu trudnych zdarzeń najczęściej szukają pomocy u rodziny i kolegów. Niepokojący jest fakt, że ponad połowa studentów SUM nie czuje się przygotowana do postępowania z pacjentem po zdarzeniu traumatycznym. Lickiewicz i wsp. zauważają, że umiejętności związane z trudnymi sytuacjami i komunikacją pacjent–lekarz nie stanowią stałej części edukacji przyszłych lekarzy. Informowanie o ciężkiej diagnozie czy śmierci pacjenta jest najczęściej włączone do zajęć z psychologii, w zakresie daleko niewystarczającym, fragmentarycznym i rzadko przybierają formę zajęć treningowo–ćwiczeniowych [23]. Studenci SUM Wydziału Lekarskiego w Zabrze mają możliwość udziału w zajęciach fakultatywnych na temat stresu w postaci wykładów, prelekcji i warsztatów. Są to jedyne zajęcia fakultatywne ze stresu we wszystkich Uczelniach Medycznych w Polsce, a zostały wprowadzone przez prof. Jadwigę Joško – Ochojską [24]. Przeprowadzone w ramach niniejszej pracy badania wykazują przewagę wiedzy studentów wydziału zabrańskiego nad studentami wydziału katowickiego na temat stresu i traumy. Jest to niewątpliwie rezultatem prowadzonego w Zabrzu fakultetu na temat stresu, bowiem takich zajęć nie ma w programie nauczania w Katowicach. Warto zwrócić uwagę, że różnica w wiedzy studentów wystąpiła już po 2 latach prowadzenia takich zajęć.

Stres wśród studentów uczelni medycznych jest coraz częściej podejmowanym problemem badawczym [25, 26, 27]. W badaniach przeprowadzonych w grupie 400 studentów medycyny w Arabii Saudyjskiej blisko 1/3 wszystkich osób deklarowała, że nie radzi sobie ze stresem. Nie wykazano statystycznych różnic w radzeniu sobie ze stresem studentów V i VI roku, w stosunku do młodszych kolegów [28]. Większość przebadanych przez nas studentów deklarowała, że sama (intuicyjnie) radzi sobie ze stresem i nie potrzebuje pomocy. Jednocześnie studenci twierdzili, że stres przeżywany na studiach ma istotny wpływ na ich zdrowie. Stosunkowo niewielka liczba studentów deklarowała stosowanie alkoholu, papierosów i narkotyków jako sposób radzenia sobie ze stresem. Autorzy innych badań wykazali, że wśród studentów medycyny papierosy i alkohol są mniej popularne niż ich stosowanie przez studentów uczelni niemedycznych. Stosowanie narkotyków z kolei częściej deklarują przyszli lekarze niż inni studenci [29]. Może być to związane z większą niż u innych osób wiedzą przyszłych lekarzy na temat dawek jakie trzeba przyjąć aby uzyskać określony efekt po zażyciu środków psychoaktywnych. Stosowanie tego typu używek w efekcie stresu jest powszechniejszym zjawiskiem u studentów medycyny w Wielkiej Brytanii [30].

Jak wykazaliśmy w naszym badaniu zdarzenia traumatyczne dotyczą osób również w młodym wieku, w Polsce niewiele jest jednak danych na ten temat. Niniejsze opracowanie jest pierwszym, które dotyczy oceny poglądów przyszłych

lekarzy na temat traumy. Szczególną wagę do faktu przeżywania stresu i traumy u pacjentów powinni przywiązywać lekarze ginekolodzy i położnicy. Na całym świecie prowadzone są bowiem badania dowodzące związku pomiędzy przeżytą przez kobiety ciężarne traumą a występowaniem chorób psychicznych u dzieci [31]. Niewątpliwie jednak każdego lekarza, bez względu na rodzaj specjalizacji powinny cechować empatia i zrozumienie ludzi stojących w obliczu traumy oraz ugruntowana wiedza teoretyczna i praktyczna w tym temacie.

Wnioski

- 1/ Ponad połowa osób kończących medycynę uważa, że nie została przygotowana do postępowania z pacjentami, którzy doświadczyli traumy.
- 2/ Zdecydowana większość studentów, niezależnie od płci, uważa, że należy leczyć skutki traumatycznych zdarzeń.
- 3/ Statystycznie częściej studentami deklarującymi bycie przygotowanymi do prowadzenia rozmów z pacjentami po przebytej traumie są studenci wydziału zabrzańskiego, co może być rezultatem wprowadzenia do programu nauczania zajęć fakultatywnych z fizjologii stresu.
- 4/ W przypadku osobistego doświadczenia zdarzenia traumatycznego studenci nie zwróciliby się po pomoc ani do psychologa ani do psychiatry.
- 5/ Przyszli lekarze swoich pacjentów po przeżytym zdarzeniu traumatycznym skierowaliby do psychologa lub psychiatry.
- 6/ Znaczna liczba studentów radzi sobie ze stresem, a preferowanymi metodami radzenia sobie są rozmowy z rodziną oraz z kolegami, znajomymi i uprawianie sportu.
- 7/ Poznanie zagadnień związanych z traumą powinno stanowić elementarną część kształcenia przyszłych lekarzy.

Piśmiennictwo

- 1 Dudek B. *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003: 11–14.
- 2 Lis-Turlejska M. *Traumatyczny stres. Koncepcje i badania*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 1998.
- 3 Hovens, J. E. *Research into the Psychodiagnostics of Posttraumatic Stress Disorder*. Delft: Eburon Press, 1994.
- 4 Lis-Turlejska M. *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2002: 7–9.
- 5 Bryant R.A., Harvey A.G. *Zespół ostrego stresu. Teoria, pomiar, terapia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011: 10–12
- 6 Ogińska-Bulik N. *pozytywne skutki wydarzeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Wydawnictwo Difin, Warszawa 2013: 13.
- 7 Yehuda R., McFarlane A.C. *Conflict between current knowledge about posttraumatic*

- stress disorder and its original conceptual basis*. Am. J. Psychiatry, 1995, 152(12): 1705-1713.
- 8 Lis-Turlejska M. *Psychologiczne następstwa stresu traumatycznego*. [w:] Psychologia kliniczna. T. 2. Sęk H. (red. naukowy). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008: 124.
 - 9 Heitzman J., Łoza B., Kosmowski W. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych – koncepcyjne założenia ICD-11*. Psychiatria Polska. 2011; 6: 941–950.
 - 10 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed.)*. Washington, DC: Matthew J. Friedman, 2013.
https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Webinar_Recordings/RECFREE01/slides.pdf
 - 11 Bee H. *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań, Zyski i S-ka, 2004.
 - 12 Dąbkowska M. *Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. Psychiatr Prakt Ogólnolek. 2006; 4(6): 161–164.
 - 13 Ickovics J.R., Meade Chs, Kershaw T.S, Milan S, Lewis J.B, Ethier K.A. *Urban Teens: Trauma, Posttraumatic Growth, and Emotional Distress Among Female Adolescents*. J Consult Clin Psychol, 2006; 74 (5): 841–850.
 - 14 Zawadzki B., Strelau J.: *Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu*. Nauka, 2008; 2: 47–55.
 - 15 Joško – Ochojska J. *Kat w domu, czyli o molestowaniu moralnym w rodzinie*. W: *W przestrzeni stresu i lęku*. Stres nasz codzienny. Red. Joško-Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2014.
 - 16 Joško – Ochojska J. *Neurofizjologia empatii – o tym, jak człowiek kształtuje człowieka*. W: *Zrozumieć drugiego człowieka. Empatia w medycynie i komunikacji społecznej*. Red. Joško – Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2015.
 - 17 Lis-Turlejska M. *Zdarzenie traumatyczne - sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie*. [w:] *Konsekwencje psychiczne traumy, uwarunkowania i terapia*. Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. (red. naukowy). Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009: 15-33.
 - 18 Kałuża J. *Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych i PTSD a przekonania dotyczące siebie i świata w grupie studentów*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa 2005.
 - 19 Rasińska A. *Rozpowszechnienie zdarzeń traumatycznych i objawów PTSD w próbie mieszkańców domu akademickiego*. Nieopublikowana praca magisterska, Wydział Psychologii UW, Warszawa 2005.
 - 20 Tull M.T., Hahn K.S., Evans S.D., Salters-Pedneault K., Gratz K.L. *Examining the role of emotional avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and worry*. Cogn Behav Ther. 2011; 40(1): 5–14.
 - 21 Othieno CJ, Okoth R, Peltzer K, Pengpid S, Malla LO. *Traumatic experiences, posttraumatic stress symptoms, depression, and health-risk behavior in relation to injury among University of Nairobi students in Kenya*. Int J Psychiatry Med. 2015; 50(3): 299-316.
 - 22 Prochaska J.D., Le V.D., Baillargeon J., Temple J.R. *Utilization of Professional Mental Health Services Related to Population-Level Screening for Anxiety, Depression and Post-traumatic Stress Disorder Among Public High School Students*. Community Ment Health J. 2016; Jan 5.
 - 23 Lickiewicz J., Serednicki W., Zasada E., Wordliczek J. *Wprowadzenie algorytmu postępowania i kontaktu z rodziną pacjenta krytycznie chorego*. Doświadczenia Centrum Urazowego Medycyny Ratunkowej i Katastrof w Krakowie. Anestezjologia i Ratownic-

- two 2014; 8: 441–447.
- 24 Marcinkowska U., Lau K., Joško – Ochojska J. *O potrzebie kształcenia studentów medycyny w aspekcie wiedzy o stresie w ramach zajęć fakultatywnych*. Hygeia 2013, 48(2): 152–155.
 - 25 Helmers K.F., Danoff D., Steinert Y., Leyton M., Young S.N. *Stress and depressed mood in medical students, law students, and graduate students at Mc Gill University*. Academic Medicine 1997, vol. 72, no. 8: 708–714.
 - 26 Schmitter M., Liedl M., Beck J., Rammelsberg P. *Chronic stress in medical and dental education*. Medical Teacher 2008, vol. 30, no. 1: 97–99.
 - 27 Sawa R.J., Phelan A., Myrick F., Barlow C., Hurlock D., Rogers G. *The anatomy and physiology of conflict in medical education: a doorway to diagnosing the health of medical education systems*. Medical Teacher 2006, vol. 28, no. 8: e204– e213.
 - 28 Bamuhair S.S., Al Farhan A.I., Althubaiti A., Agha S., Rahman S., Ibrahim N.O. *Sources of Stress and Coping Strategies among Undergraduate Medical Students Enrolled in a Problem-Based Learning Curriculum*. Journal of Biomedical Education vol. 2015: 1-8.
 - 29 Kozłowski P., Idziak M., Jędrzejewska B., Daniluk J. *Ocena występowania negatywnych czynników stylu życia wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i studentów uczelni niemedycznych*. Journal of Health Sciences 2014, 04(02): 191–200.
 - 30 Ashton C.H., Kamali F. *Personality, lifestyles, alcohol and drug consumption in a sample of British medical students*. Medical Education 1995, vol. 29, no. 3: 187–192.
 - 31 Joško - Ochojska J. *Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej na losy jej dziecka. Lęk – nieodłączny towarzysz człowieka od poczęcia aż do śmierci*. Śląski Uniwersytet Medyczny 2013: 11-35. *I Interdyscyplinarna Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu «W przestrzeni stresu i lęku»*.

Katowice miejscem spotkań świata biznesu Katowice – a venue for business world meetings

Ponad 6,6 tysięcy spotkań, 0,5 mln uczestników, którzy zostawili w naszym mieście niemal 80 mln zł, z czego 23 mln zł tylko na same noclegi – te liczby są dowodem wzrastającej popularności Katowic jako miejsca spotkań biznesowych.

Over 6,6 thousand meetings, 0.5 mln participants who spent almost PLN 80 mln in our city, including PLN 23 mln expended just on accommodation – the figures evidently reflect the growing popularity of Katowice as a venue of business world meetings.

Szczególnie istotnym elementem oddziałującym na rozwój przemysłu wydarzeń była zakończona w ubiegłym roku budowa Międzynarodowego Centrum Kongresowego (MCK), której koszt przekroczył 320 mln zł. Potężna inwestycja, wyróżniająca się dachem w formie zielonej doliny, uczęszczanej nie tylko przez mieszkańców, powstała tuż przy katowickiej ikonie – Spodku. Obiekt wybudowany na zrewitalizowanych terenach dawnej kopalni – jak zapewniają eksperci – będzie odgrywał kluczową rolę w kształtowaniu konkurencyjności regionu, a w dalszej perspektywie także konkurencyjności kraju.

A particularly significant element affecting development of the event industry was the completion of the International Congress Centre (MCK), whose construction cost exceeded PLN 320 mln. This huge investment distinguished by the building's roof in form of a green valley, which is visited not only by the residents, came into existence in the immediate vicinity of Katowice's symbol – the Spodek Arena. The edifice built on the revitalised premises of the former coal mine – as experts assure us – will play a key role in shaping regional and, in the long term, also national competitiveness.

Obok Międzynarodowego Centrum Kongresowego, które w połączeniu ze Spodkiem, może przyjąć jednocześnie nawet 11,5 tys. osób, w Katowicach znajduje się wiele innych miejsc, w których odbywają się duże wydarzenia, m.in. nowe siedziby Narodowej Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia i Muzeum Śląskiego, które sąsiadują z MCK.

Apart from the International Congress Centre, which combined with the Spodek Arena is capable of seating 11,5 thousand attendees on one occasion, there are a lot of other venues in the city where great events are held such as a new seat of the National Polish Radio Symphony Orchestra or the Silesian Museum adjacent to the International Congress Centre.

– Przemiana Katowic, którą dostrzegamy już od kilku lat, sprawia, że miasto staje się zdecydowanym liderem zmian gospodarczych i społecznych. Ich efektem jest chociażby ogromne zainteresowanie inwestowaniem w naszym mieście. W ogólnym ujęciu przekłada się to na podniesienie jakości życia w Katowicach, a w bardziej szczegółowym – procentuje m.in. poszerzeniem rynku usług czy nowymi miejscami pracy. Katowice dość wyraźnie w ostatnich latach podkreśliły swoje istnienie na europejskim rynku, czego dowodem jest wzrastająca z każdą edycją popularność Europejskiego Kongresu Gospodarczego czy też wysokie notowania naszego miasta w międzynarodowych rankingach –

– mówi **Marcin Krupa, prezydent Katowic**.



– The transformation of Katowice, which has been visible for several years now, is turning the city into an absolute leader in terms of economic and social changes. They result, for instance, in a considerable investment interest in our city. Generally, it is reflected in improvement of living standard in Katowice, and more specifically - brings benefits in form of, among others, expansion of the market for services or creation of new jobs. In the recent years, Katowice has clearly emphasized its position in the European market which is confirmed by the growing, with every edition, popularity of the European Economic Congress or a high position of our city in international rankings –

– says **Marcin Krupa, the Mayor of Katowice**.

