
WCZESNODZIECIĘCE DOŚWIADCZENIA I ICH WPŁYW NA DOROSŁE ŻYCIE



„Tak długo, jak ukrywasz sam przed sobą swoje sekrety i unikasz wiedzy, tak długo prowadzisz sam ze sobą wojnę (...) Jedynym rozwiązaniem jest pozwolić sobie na dowiedzenie się tego, co już wiesz. To wymaga wielkiej odwagi”.

Bessel van der Kolk

Środowisko w jakim przychodzimy na świat, czyli rodzina pochodzenia, jest pierwszym systemem społecznym, w którym funkcjonujemy. To tam kształtują się nasza tożsamość i wzorce relacji. Obserwując interakcje między rodzicami, uczymy się, jak budować bliskość, jak rozwiązywać konflikty i jak wyrażać emocje. Od rodziców przejmujemy również system

wartości oraz przekonania dotyczące np. pracy, pieniędzy czy miłości. Rodzina jest zatem matrycą, na której opiera się późniejsze życie człowieka.

Jednymi z najczęściej komunikowanych problemów, z którymi pacjenci zgłaszają się do gabinetu terapeuty, są trudności w związkach, niska samoocena czy lęki. Przyczyny tych kłopotów zwykle mają swoje korzenie w dynamice wczesnych relacji z opiekunami. Obecność przemocy fizycznej, emocjonalnej czy seksualnej, uzależnień, chorób psychicznych rodziców, rozwodów z konfliktem, ubóstwa czy zaniedbania może prowadzić do przewlekłego stresu oraz problemów zdrowotnych i relacyjnych w dorosłym życiu.

W 1992 roku psychiatrka Judith Herman wprowadziła pojęcie złożonego stresu pourazowego C-PTSD (ang. *complex post-traumatic stress disorder*), które obejmuje długotrwałą i powtarzalną krzywdę doznawaną w relacji zależnościowej, czyli takiej, w której ofiara zdana jest na łaskę oprawcy i nie ma możliwości ucieczki.

C-PTSD dotyczy zatem długotrwałych, doznawanych w dzieciństwie traum, do których należą: przemoc fizyczna, werbalna i emocjonalna, nadużycie seksualne, opuszczenie czy zaniedbanie emocjonalne, pogarda, poniżanie, deprywacja dotyku, odrzucenie, brak miłości i zaangażowania, wsparcia i pomocy. Przy czym, jeżeli nadużycie lub zaniedbanie jest poważnie nasilone, każda jego forma może przyczynić się do rozwinięcia się u dziecka C-PTSD.



Złożony stres pourazowy jest zatem cięższą odmianą zespołu stresu pourazowego PTSD (ang. *post traumatic stress disorder*), który wynika zazwyczaj z intensywnego lecz pojedynczego traumatycznego wydarzenia tj. wypadek, katastrofa naturalna czy napaść. Charakteryzuje się również szerszym zakresem objawów, które wykraczają poza klasyczne objawy PTSD. Najczęściej dotyczą one:

- dysregulacji emocjonalnej, która przejawia się w trudnościach z kontrolą emocji, chronicznym poczuciu pustki, napadach złości lub głębokiej depresji;
- zaburzeń tożsamości i poczucia własnej wartości; stanom tym towarzyszy uczucie wstydu, poczucie winy i chroniczne poczucie bezradności; zniekształceniu podlega również obraz siebie widzianego jako tego „złego” lub „uszkodzonego”;
- trudności w relacjach interpersonalnych, przejawiających się w niemożności zaufania innym, izolacji czy powielaniu destrukcyjnych relacji.

Kiedy podstawowe potrzeby dziecka nie są zaspokajane, wzrasta u niego poczucie zagrożenia. Następuje wówczas aktywacja współczulnego układu nerwowego, który uruchamia tryb przetrwania. Jeżeli sytuacja się powtarza, dochodzi do trwałej hiperstymulacji układu neurohormonalnego, a powroty do równowagi stają się coraz rzadsze. Mamy wówczas do czynienia z sytuacją chronicznego napięcia i podwyższonej czujności, czyli nadmiernego pobudzenia współczulnego układu nerwowego, odpowiedzialnego za mobilizację organizmu w sytuacjach stresu, zagrożenia lub wysiłku, który uruchamia reakcję „walki lub ucieczki”. Jest to wrodzona, automatyczna reakcja na niebezpieczeństwo, obecna u wszystkich ludzi. Złożoność neurologiczna tego odruchu umożliwia człowiekowi znajdującemu się w niebezpieczeństwie reagowanie na cztery różne sposoby.

1. Reakcja walki to agresywna odpowiedź na zagrożenie.
2. Reakcja ucieczki uruchamia się, gdy na zagrożenie człowiek reaguje odwrotem.
3. Reakcja zastygnięcia dotyczy sytuacji, kiedy osoba zdaje sobie sprawę, że opór jest daremny i poddaje się, popadając w stan odrętwienia. Może to przybrać formę dysocjacji (odcięcia się od rzeczywistości) lub zapadania się w sobie, niejako godząc się na najgorsze.
4. Reakcja obłaskawiania ma miejsce wtedy, gdy osoba w reakcji na zagrożenie stara się być dobra, pomocna, miła i w ten sposób udobruchać napastnika/zatrzymać oprawcę w jego zamiarach.

Zwykle dzieje się tak, że dziecko, które doświadcza traumy relacyjnej, „wybiera” jedną z powyższych strategii przetrwania (ważne, żeby zaznaczyć, że proces ten nie jest świadomy i zależy od wielu różnych czynników biologicznych, psychologicznych i środowiskowych), która umożliwia przetrwanie w traumatyzującym środowisku. Z czasem wzorzec ten zakorzenia się w jego psychice, a wraz z wiekiem przekształca się w struktury obronne.

Osoby, które w przeszłości reagowały walką, w dorosłości mogą zmagać się z nadmierną wybuchowością, zaburzeniami zachowania, potrzebą kontroli przybierającą formę zniewalania, dręczenia czy wymagania od innych perfekcji.

Reakcja ucieczki dotyczy osób, u których w dorosłości dominuje niepokój, panika, pośpiech, nadmierna ambicja, pracoholizm, zaburzenia nastroju oraz perfekcjonizm, który służy nawiązaniu więzi i daje poczucie bezpieczeństwa.

Reakcja zastygnięcia skutkuje niemożnością nawiązywania kontaktów, ukrywaniem się i izolacją. Może przybierać formę pustelniczego trybu życia, ucieczki w świat marzeń oraz lęku przed osiągnięciami.



Obłaskawianie z kolei może generować posłuszeństwo, służalczość, nadszkalowanie innym i skłonność do perfekcjonizmu społecznego, czyli przekonania, że osoba ta musi spełnić nierealistycznie wysokie standardy narzucone z zewnątrz, aby zostać zaakceptowana, doceniona lub uniknąć krytyki czy odrzucenia. Wzorcem relacyjnym, jaki odtwarza w dorosłym życiu, jest przyłgnięcie, aby nawiązać kontakt z drugą osobą i skłonność do ustępowania, aby czuć się bezpiecznie.

Pete Walker, w swojej książce poświęconej tematyce złożonej traumy wczesnodziecięcej, wyróżnił pięć charakterystycznych cech, z którymi zmagają się osoby, u których występuje C-PTSD. Należą do nich: emocjonalne flashbacki (retrospekcje), toksyczny wstyd, opuszczanie siebie, zaciekły wewnętrzny krytyk i lęk społeczny.

Flashback emocjonalny to nagły powrót do przytłaczających stanów emocjonalnych związanych z pierwotnymi doświadczeniami (które były obecne u krzywdzonego lub opuszczonego dziecka). Wyzwalaczem (ang. *trigger*) jest wewnętrzny lub zewnętrzny bodziec, który aktywuje flashback emocjonalny. Osoba doświadcza intensywnych uczuć (np. strachu,

wstydu, poczucia beznadziei, opuszczenia, bezsilności, wrażenia bycia „małym” i bezbronny), ale zwykle nie jest w stanie powiązać tego z konkretnym, przeszłym wydarzeniem. Emocje wydają się być wywołane bieżącą sytuacją, choć ich natężenie jest niewspółmierne (zdecydowanie silniejsze) do bodźca, który je wywołał. W takim momencie aktywizuje się prawa półkula mózgu, która odgrywa kluczową rolę w rozpoznawaniu emocji, a dostęp do lewej – odpowiedzialnej za logiczne myślenie - jest ograniczony. Oznacza to, że człowiek tymczasowo traci dostęp do tego, co wie o sobie i świecie np., że jest dorosłą osobą, jest bezpieczny oraz ma takie zasoby i możliwości, jakich nie miał w przeszłości. Flashbackom emocjonalnym mogą towarzyszyć również objawy fizyczne podobne jak podczas ataku paniki, takie jak: przyspieszone bicie serca, płytki oddech, drżenie, pocenie się, wzmożone napięcie mięśni. Przykładami flashbacków emocjonalnych mogą być np.:

- poczucie zwątpienia lub całkowita utrata nadziei przy zwykłym niepowodzeniu,
- uczucie głębokiej urazy przy błahym nieporozumieniu,
- silny niepokój z powodu codziennych interakcji społecznych,
- wściekłość lub uczucie wrogości wobec kogoś z powodu bycia niezrozumianym,
- poczucie dojmującego opuszczenia lub braku ważności z powodu nieokazanego nam w danym momencie zainteresowania.

Toksyczny wstyd charakteryzuje się tym, że niszczy poczucie własnej wartości osoby z C-PTSD. To głębokie, chroniczne poczucie, że jest się osobą fundamentalnie złą, bezwartościową i niegodną miłości lub akceptacji. Ta przytłaczająca pogarda dla samego siebie jest zwykle flashbackiem uczucia, którego człowiek doświadczył w przeszłości, cierpiąc z powodu braku zainteresowania, zaniedbania lub pogardy traumatyzującego opiekuna. Utrudnia on, a często wręcz uniemożliwia szukanie dla siebie wsparcia czy pocieszenia.

Kiedy rodzice nie zapewniają dziecku wystarczająco bezpiecznej więzi oraz pozytywnych i wspierających informacji zwrotnych, przeżywa ono niepokój i strach. Niezależnie od tego, czy to poczucie zagrożenia wynika z czynnej przemocy, czy z biernego zaniedbania, dziecko musi w jakiś sposób zaadaptować się do tych niesprzyjających rozwojowi warunków. Jedną z najczęstszych strategii jest reagowanie adaptacyjnym perfekcjonizmem na budzące przestroch zagrożenie. Jedyną nadzieją i wewnętrznym przekonaniem dziecka jest to, że jeżeli będzie dobre, posłuszne, mądre, pomocne i pozbawione wad - zyska zainteresowanie i uznanie rodziców. Niestety, im bardziej się stara, tym bardziej nie udaje się osiągnąć celu. Wówczas rodzi się w dziecku przekonanie, że jest obarczone jakimiś niemożliwymi do zaakceptowania wadami i że nie można go kochać nie ze względu na nieodpowiednie zachowanie, ale dlatego, że samo w sobie jest wadliwe.

Dziecko zaczyna widzieć tylko to, co w nim jest nie tak i/lub jakie ma braki (czego nie wie lub nie umie). Od tego momentu wewnętrzny krytyk działa już nieustannie i ma za zadanie „naprawić” dziecko, aby zasłużyło na miłość lub akceptację. Ponieważ akceptuje on tylko perfekcjonizm, dziecko dokłada wszelkich starań, aby uniknąć jakichkolwiek błędów, które mogłyby skutkować odrzuceniem. Z czasem ten krytyczny głos zlewa się z tożsamością osoby, która doświadczyła traumy relacyjnej, i skutecznie hamuje jej rozwój w różnych obszarach. W dorosłości zahamowania te najczęściej przejawiają się brakiem samoakceptacji, stabilnego poczucia tożsamości, niskim poczuciem własnej wartości, trudnościami w odczuwaniu współczucia wobec siebie, niemożnością chronienia siebie, samoopieki oraz brakiem umiejętności czerpania otuchy w bliskich relacjach. Wewnętrzny krytyk ma w sobie taką siłę, że jest w stanie strącić człowieka w otchłań depresji, paraliżującego lęku i toksycznego wstydu.



Brak miłości, poczucia bezpieczeństwa, opieki i wsparcia w dzieciństwie sprawia, że w późniejszym okresie życia człowiek zmagą się z lękiem społecznym i brakiem epistemicznego zaufania (ang. *epistemic trust*). Staje się niechętny do poszukiwania wsparcia u innych osób, i wyrabia w sobie przekonanie, że inni ludzie są niewiarygodni, a ich komunikaty mogą być manipulacją lub zwiastować zagrożenie. Samowystarczalność staje się jego strategią przetrwania.



Trauma złożona jest wyuczonym zestawem reakcji w odpowiedzi na pozabezpieczną relację z opiekunem. Oznacza to, że jej przyczyny są uwarunkowane środowiskowo, a nie genetycznie. Nie ma zatem charakteru wrodzonego ani nie stanowi stałej cechy osobowości. Jest to szczególnie istotne i optymistyczne, ponieważ tego, czego się nauczyliśmy, możemy się również oduczyć. Powrót do zdrowia po traumie relacyjnej to jednak proces długotrwały i złożony, który wymaga cierpliwości i często wsparcia specjalistów, ponieważ to, co wydarzyło się w relacji, tylko w relacji może zostać uleczone.

Kluczowym elementem leczenia C-PTSD jest zatem doświadczenie bezpieczeństwa i odbudowa zaufania w nowych, zdrowych relacjach. Do takich relacji należy również relacja terapeutyczna. Jest to fundament, na którym można budować dalszą pracę, między innymi nad rozwijaniem umiejętności radzenia sobie z intensywnymi emocjami (gniewem, wstydem, lękiem), zmianą negatywnego obrazu siebie, głębokim poczuciem wstydu, winy i bezwartościowości. Ważne

jest zintegrowanie często fragmentarycznych, traumatycznych wspomnień i ułożenie ich w spójną narrację. Porządkuje to chaos i pozwala zrozumieć, co się stało, a co najważniejsze, że już się skończyło.

Zagłębianie się w przeszłość i analizowanie dawnych wydarzeń nie jest zatem „grzebaniem” bez celu. Ma to pomóc w zrozumieniu, w jaki sposób te doświadczenia wpływają na obecne problemy i zachowania pacjenta. Zrozumienie tego wpływu umożliwia pacjentowi odzyskanie wpływu na teraźniejszość i podjęcie świadomych decyzji o zmianie.

Warszawa, 20 stycznia 2025 r.

(-)Maria Mossor-Kwit

Maria Mossor-Kwit – psychoterapeutka ze Specjalistycznej Poradni Rodzinnej Wawer. W ośrodku prowadzi psychoterapię indywidualną osób dorosłych oraz psychoterapię par i rodzin (w tym sesje w ramach krótkoterminowej psychoterapii dla par z depresją metodą stworzoną w Tavistock Relationships w Londynie).

Specjalistyczna Poradnia Rodzinna Wilanów jest komórką organizacyjną Centrum Wspierania Rodzin „Rodzinna Warszawa” działającą dla mieszkańców Warszawy.

Zapraszamy do zapoznania się z innymi artykułami w naszej [czytelni](#)!

Skontaktuj się z nami:



536 244 059



poradniawilanow@spr.waw.pl



www.centrumwspieraniarodzin.pl/



[@sprwarszawa](https://www.facebook.com/sprwarszawa)