

Trauma relacyjna

Relational trauma

Dorota Draczyńska

Instytut Psychiatrii i Neurologii, I Klinika Psychiatryczna

Summary

The aim of this paper is to briefly present the current knowledge on the definition of relational trauma, place in classifications, prevalence, consequences, and applied therapeutic methods. Reports from many countries indicate that in the relationship with adults, usually parents, on whom the child is dependent for many years, various forms of abuse may occur, related not only to violence, but also to emotional, physical, and intellectual neglect. Behind them, the unregistered area of aversive experiences of children who enter adulthood with the experience of relational trauma is hidden. These adverse childhood experiences significantly affect overall functioning in adulthood. For years, researchers of the phenomenon have been paying attention to the existence of a separate diagnosis related to relational trauma. The 11th edition of the International Classification of Diseases (ICD-11) introduces a new diagnosis: complex post-traumatic stress disorder (Complex PTSD, cPTSD). New methods of therapeutic interventions emerge, and the validation of these methods and explanation of the mechanisms of action is research work for the coming years.

Słowa klucze: trauma dziecięca, negatywne doświadczenia w dzieciństwie, PTSD

Key words: childhood trauma, adverse childhood experiences, PTSD

*Swoje cierpienie odczuwał wcale nie jako część samego siebie,
sam na pewno, tam w głębi, ciągle pozostawał czystą radością.*

Czesław Miłosz, Dolina Issy

Trauma, zgodnie z obowiązującymi w Polsce międzynarodowymi klasyfikacjami zaburzeń psychicznych, ICD-10 oraz DSM-5, to uraz psychiczny spowodowany gwałtownym i przykrym wydarzeniem związanym z zagrożeniem zdrowia lub życia, lub bycie świadkiem takiego wydarzenia. Nietrudno jednak wyobrazić sobie sytuacje, które są przeciążające dla człowieka, a wykraczają poza taką definicję. Zwłaszcza, kiedy dotyczą dziecka, które później staje się dorosłym.

Badacze zajmujący się zjawiskiem traumy rozróżniają traumę związaną z pojedynczym wydarzeniem od traumy wynikającej z wczesnodziecięcych doświadczeń urazowych określanych jako „trauma rozwojowa” (ang. *developmental trauma*) [1] lub jako „trauma relacyjna” (*relational trauma*) [2]. Wprowadzają definicję Traumy przez duże „T” dla przeciążających doświadczeń jednorazowych (PTSD, *Post Traumatic Stress Disorder*), a dla doświadczania traumy relacyjnej pojęcie traumy przez małe „t” – rozumiane jako złe doświadczenia obiektywnie mniej dojmujące, ale mogące wywoływać poważne skutki, jeśli się powtarzają [3]. Z perspektywy osoby dorosłej wydarzenia te mogą wydawać się mało znaczące, ale często mają one istotny wpływ na samopoczucie dziecka, budowanie obrazu siebie i wzorców relacji ze światem [4]. Przykładem może być kontakt z opiekunem niestabilnym psychicznie, doświadczanie parentyfikacji, czyli odwrócenia ról w rodzinie, w której dziecko widząc słabego, bezradnego, niedostępnego emocjonalnie i/lub uzależnionego rodzica, przejmuje jego rolę, troszcząc się o rodzica lub innych członków rodziny, a także doświadczanie umniejszania, krytykowania, wyzwisk, gróźb słownych czy niesprawiedliwego karania [4].

Inni badacze wyróżniają traumę typu I – dla pojedynczych, ekstremalnych wydarzeń, spowodowanych przez katastrofy naturalne, nieintencjonalne lub intencjonalne działanie człowieka oraz traumę typu II – dla powtarzających się wydarzeń, występujących w bliskiej relacji. Typ I określa się także jako prosty i jednorazowy, a typ II – jako chroniczny i złożony, kompleksowy [5].

W literaturze pojawia się także określenie „childhood trauma”, pisane także jako „Childhood Trauma” [6; s. 35], „trauma z dzieciństwa, trauma dziecięca”. Definiowana, zgodnie z propozycją WHO z roku 1999 jako „wszelkie formy złego traktowania fizycznego i/lub emocjonalnego, wykorzystywania seksualnego, zaniedbania lub [...] innego wykorzystywania, skutkujące rzeczywistą lub potencjalną szkodą dla zdrowia, przetrwania, rozwoju lub godności dziecka, doświadczane w relacji zależności, zaufania lub władzy” [7; s. 8].

Ten krótki przegląd wskazuje, że zjawisko traumy relacyjnej nie jest jednoznacznie określone. Można to wiązać z dylematami natury klinicznej w zakresie specyfikowania i rozumienia objawów osób z doświadczeniem traumy złożonej, różnicowania ich od objawów zaburzeń osobowości, szczególnie zaburzeń osobowości typu borderline, jak również z trudnościami w zakresie włączenia do świadomości społecznej myślenia na temat urazowych doświadczeń z dzieciństwa doznanych w relacji z dorosłymi oraz konsekwencji z nimi związanych.

Miejsce w klasyfikacjach ICD-10, ICD-11, DSM-IV, DSM-5

Brak jednostki nozologicznej dla traumy relacyjnej ma odzwierciedlenie w przyjętych klasyfikacjach zaburzeń i chorób psychicznych. O ile konceptualizacja PTSD nie budzi wątpliwości, o tyle rozpoznanie i wyodrębnienie zaburzeń związanych z doświadczeniem traumy relacyjnej podlega ciągłym zmianom. Badacze zjawiska od dawna zwracają uwagę, iż kryteria diagnostyczne PTSD nie obrazują pełnego spektrum trudności występujących u osób z doświadczeniem traumy relacyjnej. Potwierdzono,

iż reakcja na stres traumatyczny wykracza poza objawy PTSD i obejmuje objawy somatyzacji, dysocjacji oraz dysregulacji afektu [8].

Herman już pod koniec lat 80. XX wieku [9] zwracała uwagę na istnienie odrębnej jednostki związanej z doświadczeniami urazowymi w dzieciństwie i relacją z opiekunami. Nazwała ją złożonym zespołem stresu pourazowego (cPTSD, ang. complex Post-Traumatic Stress Disorder). Koncepcje te znalazły odzwierciedlenie w rozpoznaniu, opatrzonym kodem F62 wg ICD-10: „trwałe zmiany osobowości nie wynikające z uszkodzenia ani z choroby mózgu” [10; s. 39], opisującym zaburzenia zachowania i osobowości u dorosłych, którzy doświadczyli silnego oraz przedłużającego się stresu. Jednak to kodowanie nie przyjęło się wśród badaczy i klinicystów, głównie dlatego, że wg ICD-10 takie rozpoznanie u dzieci albo dorosłych z doświadczeniem traumy w okresie rozwojowym nie jest uprawnione, bowiem ich osobowość nie jest jeszcze ukształtowana [8].

Kolejna próba klasyfikacji traumy relacyjnej, to „zaburzenia związane ze stresem ekstremalnym, inaczej nieokreślone” (DESNOS, *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified*). Konceptualizacja DESNOS obejmowała wiele symptomów nie występujących w PTSD. Zdefiniowano sześć grup objawów [11]:

- (1) zmiany w regulacji afektu i impulsów (konieczne A i jedno z B–F):
 - A. regulacja afektu,
 - B. modulacja złości,
 - C. autodestruktywność,
 - D. myśli samobójcze,
 - E. kompulsywność lub skrajne zahamowanie w sferze seksualnej,
 - F. zachowania ryzykowne;
- (2) zmiany w zakresie uwagi i świadomości (konieczne A lub B):
 - A. amnezja,
 - B. przejściowe stany dysocjacyjne lub depersonalizacja;
- (3) zmiany w percepcji siebie (konieczne dwa z A–F):
 - A. niewydolność,
 - B. trwałe uszkodzenie,
 - C. poczucie winy i odpowiedzialności,
 - D. wstyd,
 - E. poczucie niezrozumienia,
 - F. pomniejszanie;
- (4) zmiany w relacjach z innymi (konieczne jedno z A–C):
 - A. niezdolność do zaufania,
 - B. rewiktymizacja,
 - C. wiktymizacja innych;
- (5) somatyzacje (konieczne dwa z A–E):
 - A. układ trawienny,
 - B. przewlekły ból,
 - C. objawy krążeniowo-oddechowe,
 - D. objawy konwersyjne,
 - E. objawy płciowe;

- (6) zmiany w systemie wartości (konieczne A lub B):
- A. rozpacz lub poczucie beznadziei,
 - B. utrata wcześniejszych przekonań dających oparcie.

Rozpoznanie DESNOS włączono do klasyfikacji DSM-IV, jako „niespecyficzne zaburzenia związane ze stresem pourazowym”. Z DSM-5 wyłączono rozpoznanie cPTSD / DESNOS z powodu niewystarczającej liczby badań uzasadniających jego wyodrębnienie [8].

Klasyfikacja ICD-11 wprowadza rozpoznanie „złożony zespół stresu pourazowego – złożone PTSD” (6B41, *complex Post Traumatic Stress Disorder*, cPTSD). Jest to odrębna względem PTSD (6B40), jednostka nozologiczna. Złożone PTSD składa się z dwóch grup objawów: PTSD i zaburzenia organizacji self (DSO, *Disturbance of Self Organization*) [8].

Według ICD-11 (2022), kryteria PTSD obejmują trzy grupy objawów:

1. ponowne doświadczanie (ang. re-experiencing) traumatycznego wydarzenia lub wydarzeń w teraźniejszości, w postaci intruzywnych wspomnień, flashbacków lub koszmarów sennych;
2. unikanie myśli lub wspomnień o wydarzeniu lub wydarzeniach traumatycznych, lub unikanie czynności, sytuacji, lub osób je przypominających;
3. uporczywe postrzeganie podwyższonego zagrożenia wyrażającego się na przykład nadmierną czujnością lub wzmożoną reakcją na bodźce typu nieoczekiwane dźwięki.

cPTSD obejmuje trzy grupy objawów z obszaru organizacji osobowości (DSO, *Disturbance of Self Organization*), które powodują upośledzenie funkcjonowania w obszarze osobistym, rodzinnym, społecznym, edukacyjnym, zawodowym lub w innych:

1. problemy z regulacją afektu (chwiejność emocjonalna, trudności z powrotem do normalnego funkcjonowania);
2. negatywne przekonania o sobie jako kimś bezwartościowym, z towarzyszącym poczuciem wstydu, winy lub porażki, w związku z traumatycznym wydarzeniem;
3. trwałe trudności w podtrzymywaniu relacji i budowaniu bliskości z innymi.

W celu ułatwienia diagnostyki cPTSD, Cloitre i współpracownicy [12], opracowali Międzynarodowy Kwestionariusz Traumatyzacji (ITQ, *International Trauma Questionnaire*), którego przydatność kliniczna została potwierdzona [12, 13].

Wprowadzenie przez Światową Organizację Zdrowia odrębnej jednostki nozologicznej dotyczącej traumy relacyjnej to efekt kilkudziesięciu lat badań epidemiologicznych i klinicznych. Potwierdziły one, iż urazowe doświadczenia z dzieciństwa mogą być podstawą rozwinięcia w dorosłości złożonego PTSD i zaburzeń osobowości.

Rozpowszechnienie

Przemoc, zaniedbanie, maltretowanie dzieci i związana z nimi trauma relacyjna to problem globalny, obecny w krajach o wysokich, niskich i średnich dochodach [14]. Trudny do oszacowania, gdyż brak jest jednolitego systemu gromadzenia danych.

Niektóre rodzaje przemocy mają ukryty lub stygmatyzujący charakter, w jej definiowaniu i rozumieniu [15]. Sposobem na oszacowanie traumy relacyjnej jest odniesienie się do oficjalnych zgłoszeń związanych z przemocą i zaniedbaniem względem dzieci.

W Polsce, w 2020 roku [16], w pieczy zastępczej przebywało 71,5 tys. dzieci, a 12 tys. zostało uznane za doświadczające przemocy w rodzinie. Z raportu wynika, iż 6% badanych nastolatków doświadczyło rodzicielskiego zaniedbania (braku opieki i zaniedbania fizycznego).

Innym wskaźnikiem obrazującym rozmiary zaniedbania oraz nadużywania władzy rodzicielskiej jest liczba ingerencji sądu we władzę rodzicielską. W roku 2020 pokrzywdzonych przestępstwem z art. 207 par. 1 k.k. (znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad małoletnim lub osobą zależną) zostało 2590 małoletnich, w tym 1238 dziewczynek oraz 1352 chłopców [17].

Dane z badań zrealizowanych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę [18] wskazują, że w opinii Polaków przemoc wobec dzieci w rodzinie jest powszechna. Przemocy ze strony bliskich dorosłych doświadczyło 41% młodych ludzi.

Co trzeci badany (33%) doznał ze strony bliskich dorosłych przemocy fizycznej, a co piąty (20%) – przemocy psychicznej. Sprawcami obu tych form przemocy najczęściej byli rodzice. Świadcami przemocy domowej (pomiędzy rodzicami lub ze strony osoby dorosłej wobec innego dziecka) było 13% badanych uczniów. Siedmiu na dziesięciu nastolatków (72%) w wieku 11–17 lat doświadczyło w swoim życiu przynajmniej jednej z siedmiu badanych kategorii krzywdzenia: przemocy ze strony bliskich dorosłych, zaniedbania fizycznego, bycia świadkiem przemocy domowej, przemocy rówieśniczej, obciążających doświadczeń seksualnych, wykorzystania seksualnego, doświadczenia przestępstwa konwencjonalnego (wandalizm, rozbój, napaść).

Sytuacja na świecie jest podobna. Raport opracowany w Stanach Zjednoczonych dotyczący maltretowania dzieci [19] wskazuje, iż w roku 2020 służby opiekuńcze (*Child Protective Services*) otrzymały 3,1 miliona zgłoszeń dotyczących maltretowania dzieci (ponad 4% populacji). Z tego 76,1% dzieci było zaniedbanych, 6,5% maltretowanych fizycznie, 9,4% doświadczyło przemocy seksualnej, a 0,2% to ofiary handlu ludźmi w celach seksualnych.

Raport regionalnego biura WHO na Europę, z roku 2013 [20], wskazuje, iż 18 milionów dzieci w Europie doświadcza wykorzystywania seksualnego, 44 miliony przemocy fizycznej, 55 milionów przemocy psychicznej.

Poza oficjalnymi danymi, ukryty jest nierejestrowany obszar awersyjnych doświadczeń dzieci, które z doświadczeniem traumy relacyjnej wkraczają w dorosłość. Pomocą w przeciwdziałaniu i redukowaniu konsekwencji urazowych doświadczeń dzieci w relacji z opiekunami, zwykle rodzicami, mogłoby być objęcie rodzin programami prewencyjnymi, wspieranie terapii pomagających w budowaniu więzi pomiędzy rodzicem a dzieckiem. Pomaganie rodzicom w rozumieniu potrzeb, emocji i zachowań dziecka oraz siebie samych jako rodziców. Wskazany byłby spójny system edukowania służb społecznych odpowiedzialnych za tworzenie środowisk opieki i wychowania. Takie działania prowadziłyby do minimalizowania kosztów psychospołecznych i medycznych ponoszonych w konsekwencji traumatycznego rozwoju.

*Następstwa traumy relacyjnej**Neurobiologiczne*

Wyniki badań wskazują, iż doświadczenie traumy relacyjnej wpływa negatywnie na rozwój ośrodkowego układu nerwowego, powoduje zakłócenia procesów poznawczych i afektywnych, rozregulowuje układ nerwowy [21, 22]. Przewlekła trauma z dzieciństwa wywołuje zupełnie inne mentalne i somatyczne reakcje adaptacyjne niż pojedyncze wydarzenie traumatyczne w dorosłym życiu [23]. W awersyjnych sytuacjach, dziecko doświadcza bezsilności wobec lęku lub pobudzenia, co uszkadza jego potencjał psychologiczny i stabilność emocjonalną [24].

Z biologicznego punktu widzenia, sytuacja stresowa aktywuje współczulny układ nerwowy i oś podwzgórze – przysadka – nadnercza (HPA, *Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis*). W przypadku reakcji na wydarzenie stresowe jest to mechanizm adaptacyjny, natomiast w sytuacji przewlekłego stresu – a na taki jest narażone dziecko doświadczające przemocy i/lub zaniedbania – prowadzi do upośledzenia wielu procesów fizjologicznych i dysregulacji hormonalnej, jak również odpowiada za powstanie zespołu nadpobudliwości ruchowej z zaburzeniami uwagi [25] oraz za objawy zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego [21].

Autorzy [21] stwierdzają, że w zakresie funkcjonowania afektywnego, awersyjne doświadczenia – przewlekły stres – wpływają na układ nagrody, wywołując zaburzenia w przekąźnictwie dopaminergicznym. Może to skutkować dwiema przeciwstawnymi konsekwencjami: 1) anhedonią, co zwiększa ryzyko zaburzeń nastroju oraz 2) zachowaniami kompensacyjnymi w poszukiwaniu nagrody, co zwiększa ryzyko zachowań nieprzystosowawczych, w tym nadużywania substancji. Kolejną konsekwencją jest selektywność uwagi i nadreaktywność emocjonalna. Osoby z doświadczeniem traumy relacyjnej szybciej reagują na bodźce negatywne niż na neutralne lub pozytywne. Mają trudności z rozpoznawaniem i rozumieniem emocji.

Nadwrażliwość na bodźce niewerbalne oraz bodźce negatywne i nadreaktywność emocjonalna przyczyniają się do rozwoju psychopatologii w wieku dorosłym, w tym np. lęku. Ponadto, pod wpływem urazowych doświadczeń uruchamiają się mechanizmy biochemiczne prowadzące do zmian nie tylko funkcjonalnych, ale i anatomicznych. Mózgi dzieci doświadczających traumy relacyjnej są mniejsze, mają cieńszą korę mózgową w obrębie płatów skroniowych i czołowych oraz zwiększoną objętość istoty szarej w porównaniu z dziećmi bez takiego doświadczenia [21]. Można zatem przyjąć, że trauma relacyjna „zapisuje się” w mózgu i systemie nerwowym, a „zamraża się” w ciele.

Psychologiczne

Teoria przywiązania Johna Bowlby’ego wyjaśnia, w jaki sposób relacja opiekuna z dzieckiem wpływa na zdrowie psychiczne. Badania wzorców przywiązania doprowadziły do zdefiniowania czterech stylów przywiązania: bezpiecznego i trzech pozabezpiecznych: lękowo-ambivalentnego, unikającego i zdeorganizowanego [26].

Sytuacje awersyjne we wczesnym okresie życia doświadczane przez dziecko w relacji z opiekunem (zaniedbanie, odrzucenie, złe traktowanie, przemoc) przyczyniają się do ukształtowania pozabezpiecznego stylu przywiązania [1, 27, 28], nacechowanego lękiem, złością, wstydem, poczuciem winy i krzywdy [28]. Zdaniem autorów [29] zaburzenia przywiązania oznaczają zaburzenia w rozwoju mózgu, który zamiast na rozwoju „skupia się” na przetrwaniu.

Zaburzenie więzi w dzieciństwie i „zamrożenie emocjonalne”, które następuje na skutek doświadczanej przemocy i/lub zaniedbania, skutkuje brakiem zdolności do empatii, nawiązywania relacji i budowania więzi. Niedostrojenie lub emocjonalna niedostępność opiekuna głównego, zwykle matki, negatywne przekazy otrzymywane przez dziecko od rodziców „programują” jego pamięć emocjonalną [27]. Zbierając negatywne doświadczenia dziecko buduje negatywne przekonania na temat siebie, innych i świata np. „jestem słaby, inni są lepsi, świat jest zagrażający” i z tymi przekonaniem wkracza w dorosłość. Przekonania zaczynają funkcjonować automatycznie i kładą się cieniem na odbiorze siebie, świata i ludzi. Zniekształcają rzeczywistość. Osoba, która sobie ich nie uświadamia, zaczyna traktować je jako fakty, a nie jako przekonania nabyte w relacji z opiekunami. Rodzicielskie „jesteś...” zamienia się w „jestem...”, z którego się nie wyrasta.

Potwierdzono silny związek między powtarzającymi się w dzieciństwie doświadczeniami o charakterze traumatycznym a zaburzeniami afektywnymi i zaburzeniami tożsamości [28]. Konsekwencją traum rozwojowych jest również aleksytymia, czyli „brak słów dla emocji” [27] oraz dysocjacja, której „skutkiem ubocznym” są zaburzenia Ja cielesnego [27]. Traumatyzowane dzieci mogą postrzegać umysł i ciało jako odrębne byty. Ja (umysł) pozostaje nie wcielony. Powstaje „Ja nie wcielone” („podzielone Ja”) [30]. Ciało nie jest uznawane za własne, piękne, warte dbania, ochrony, miłości. Jednostka „utyka” w doznanych krzywdach, rozdarciach, urazach, które determinują jakość jej życia [25].

Osoba, która doświadczyła traumy relacyjnej może odczuwać brak poczucia bezpieczeństwa ontologicznego rozumianego jako poczucie sensu istnienia w konkretnym miejscu i czasie [25]. W konsekwencji zagłusza ten brak szumem informacyjnym, rozrywką nie wymagającą wysiłku intelektualnego, przeciążającymi wymaganiami zawodowymi, używkami. Może doświadczać problemów z asertywnością, stawianiem granic, nadmiarowymi reakcjami. Odtwarza niszczące schematy przyczyniając się do transgeneracyjnej transmisji traumy – przekazywania kolejnym pokoleniom własnych urazów psychicznych [25]. Dziecięce doświadczenie przemocy może skutkować tym, że w dorosłości osoby te stosują przemoc wobec swoich dzieci lub zaniedbują je w taki sam sposób, w jaki same były zaniedbywane. Ofiara staje się sprawcą i przekazuje wzorce przemocowe kolejnym pokoleniom [31].

Myśląc o sobie słowami rodziców, dorosłe dzieci mogą czuć się nieudacznikami, być przepełnione poczuciem wstydu, winy, porażki. Kompensować negatywne przekonania na swój temat różnymi strategiami radzenia sobie. Rozwinąć fasadowe Ja, nie wiedząc kim są i do czego zmierzają.

Warto nadmienić, iż korektywny wpływ na doświadczenia traumatycznego rozwoju [32], może mieć przywiązanie do innych, ważnych dorosłych np. dziadków. Może ono

złagodzić negatywny wpływ traumatycznych doświadczeń i poprawić umiejętność radzenia sobie z ich skutkami w dorosłości.

Psychoterapia

Raporty z wielu krajów europejskich wskazują na konieczność wypracowania ujednoliconego standardu w zakresie terapii traumy [33].

Aktualnie dominują oddziaływania stosowane w terapii stresu pourazowego: terapia poznawczo-behawioralna (CBT, *Cognitive Behavioral Therapy*) oraz wywodzące się z nurtu poznawczo-behawioralnego: krótkoterminowa terapia eklektyczna PTSD (BEPP, *Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD*) [34], terapia metodą przedłużonej ekspozycji (PE, *Prolonged Exposure*) [35] i terapia przetwarzania poznawczego w zespole stresu pourazowego (PTSD) (CPT, *Cognitive Processing Therapy*) [36]. Wymienione metody koncentrują się na redukcji objawów oraz radzeniu sobie z lękiem, unikaniem oraz stosowanymi strategiami zabezpieczającymi. Van der Kolk [23] stwierdził, że terapia CBT nie jest wystarczająco efektywna u osób z doświadczeniem traumy relacyjnej.

Stosowana jest także technika odwracania, przetwarzania i przekształcania za pomocą ruchów gałek ocznych traumatycznych wspomnień oraz ich integrację (włączenie) do linii życia (EMDR, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) [37]. Niewielka liczba badań dotyczących tej metody nie pozwala na jednoznaczne potwierdzenie jej skuteczności [38]. Kolejna – psychoterapia psychodynamiczna, przyczyniła się do zrozumienia istoty traumy poprzez wielowymiarowe spojrzenie na osobowość i może być wskazana w terapii, w połączeniu z innymi technikami [39].

Leczenie konsekwencji traumy relacyjnej powinno różnić się od leczenia PTSD. Terapia PTSD koncentruje się na psychologicznych konsekwencjach traumatycznego doświadczenia i na specyficznych urazowych wspomnieniach. Terapia traumy relacyjnej natomiast, oprócz wymienionych, ma przywrócić zdolności do regulacji emocji, umiejętności budowania relacji oraz pomagać w odnalezieniu sensu istnienia. W poszukiwaniu egzystencjalnego spełnienia [40] istotne jest odnalezienie odpowiedzi na cztery fundamentalne pytania dotyczące sensu ludzkiej egzystencji: 1) „czy ja mogę tu być?”, 2) „czy ja lubię żyć”, 3) „czy ja mam prawo być takim, jakim jestem” oraz 4) „po co żyję”, jako branie odpowiedzialności za siebie samego w odniesieniu do poczucia sensu i przyszłości. Często zdarza się, że „ciężar przeszłości” przesłania teraźniejszość. Dlatego ważnym elementem procesu zdrowienia jest aktualność z odniesieniem do przyszłości i przyszłego kształtu życia, za które należy wziąć odpowiedzialność. Ten aspekt terapii traumy relacyjnej wydaje się szczególnie istotny. Prawie zawsze okazuje się, że ktoś, kto szuka pomocy u innych, licząc na to, że pokierują jego życiem, nie do końca zdaje sobie sprawę z własnych zdolności, kompetencji i zasobów. A są to klucze do odnajdywania egzystencjalnego sensu i wzięcia odpowiedzialności za własne życie [40].

Dla traumy relacyjnej nie ma „leczenia pierwszego wyboru”, gdyż jest ona holistyczna, wieloaspektowa i dotyczy prawie wszystkich obszarów funkcjonowania człowieka [23]. W praktyce wskazane jest [23], aby wychodzić poza rozmowę, sto-

sować techniki doświadczeniowe, oddech, ruch, dotyk, działanie. Terapia powinna motywować do brania odpowiedzialności za własne życie, wyprowadzać z myślenia o sobie jako ofierze. Uczyć akceptacji rzeczywistości z określonymi jej warunkami, co nie oznacza aprobaty. Pomagać w odnalezieniu sensu egzystencji i w tym kontekście budować sprawczość osób z doświadczeniem traumy relacyjnej.

Terapia poznawczo-behawioralna „trzeciej fali” – Terapia Akceptacji i Zaangażowania (ACT, *Acceptance and Commitment Therapy*), Terapia Schematu, Dialektyczno-Behawioralna (DBT, *Dialectical Behavior Therapy*), Terapia Psychosomatyczna (SE, *Somatic Experiencing*), Terapia Egzystencjalna mogą okazać się przydatne w leczeniu traumy relacyjnej. Jednak wyjaśnianie mechanizmów ich działania oraz walidacja skuteczności to praca badawcza na najbliższe lata [23].

Terapia traumy relacyjnej jest jak japońska sztuka kintsukuroi (naprawianie złotem). Polega na łączeniu różnych metod oddziaływania w celu stworzenia zintegrowanego podejścia terapeutycznego. Japońska sztuka uczy, że to, co zostało zniszczone, a następnie naprawione, jest cenniejsze od rzeczy nowej [41]. W japońskiej sztuce jest to naprawianie złotem pękniętych przedmiotów, a w terapii – podzielonego przez traumę Ja.

Piśmiennictwo:

1. Heller L, LaPierre A. *Leczenie traumy rozwojowej. Wpływ wczesnej traumy na samoregulację, obraz samego siebie i zdolność do tworzenia związków*. Wydawnictwo Instytutu Terapii Psychosomatycznej, 2018.
2. Howell EF. *The dissociative mind*. New York, NY, USA: Routledge, 2013.
3. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. *The use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy in treating Post-traumatic Stress Disorder – a systematic narrative review*. *Front Psychol*. 2018; 6(9): 923.
4. Chen R, Gillespie A, Zhao Y, Xi Y, Ren Y & McLean L. *The efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in children and adults who have experienced complex childhood trauma: A systematic review of Randomized Controlled Trials*. *Front. Psychol*. 2018; 9: 534.
5. Pietkiewicz IJ, Tomalski R. *Zaburzenia związane z traumą – perspektywa teoretyczna*. *Czasopismo Psychologiczne* 2018; 24(2): 261–268.
6. Nelson CA, Bloom FE, Cameron JL, Amaral D, Dahl RE, Pine D. *An integrative, multidisciplinary approach to the study of brain-behavior relations in the context of typical and atypical development*. *Dev. Psychopathol*. 2002; 14(3): 499–520. DOI: 10.1017/s0954579402003061.
7. *Report of the consultation on child abuse prevention*. WHO, Geneva, 1999WHO/HSC/PVI/99.1.
8. Tomalski R, Pietkiewicz I. *Złożony zespół stresu pourazowego – przełom w leczeniu zaburzeń osobowości*. *Psychiatr. Psychol. Klin*. 2020; 20(1): 54–60.
9. Herman JL, Perry JC, Van der Kolk BA.). *Childhood trauma in borderline personality disorder*. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146(4):490–495.
10. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja*, Tom I, wydanie 2008. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012.

11. Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk BA. *Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: assessment*. Dir. Psychiatri 2001; (21): 373–392.
12. Cloitre M, Hyland P, Prins A, Shevlin M. *The international trauma questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD*. Europ. J. Psychotraumat. 2021; (12): 1930961.
13. Gelezelyte O, Roberts NP, Kvedaraite M, Bisson JI, Brewin CR, Cloitre M, Kairyte A, Karatzias T, Shevlin M, Kazlauskas E. *Validation of the International Trauma Interview (ITI) for the Clinical Assessment of ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in a Lithuanian Sample*. Eur. J. Psychotraumatol. 2022; 13(1): 2037905, DOI: 10.1080/20008198.2022.2037905.
14. van Berkel SR, Prevoe MJL, Linting M, Pannebakker FD, Alink LRA. *Prevalence of child maltreatment in the Netherlands: An update and cross-time comparison*. Child Abuse & Neglect 2020; (103): 104439.
15. Saunders BE, Adams ZW. *Epidemiology of traumatic experiences in childhood*. Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am. 2014; 423(2): 167–184.
16. Główny Urząd Statystyczny: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/dzieci-i-rodzina/dzieci/piecza-zastepcza-w-2020-roku,1,5.html>, 2021.
17. Sprawozdanie z realizacji działań wynikających z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020 za okres od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia 2020 r. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2021.
18. Włodarczyk J, Makaruk K, Michalski P, Sajkowska M. *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badań*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, 2018.
19. Child Maltreatment 2020, Children’s Bureau (Administration on Children, Youth and Families, Administration for Children and Families) of the U.S. Department of Health and Human Services, 2022.
20. *European report on preventing child maltreatment*. Summary. World Health Organization, The Regional Office for Europe, 2013.
21. Pechtel P, Pizzagalli DA. *Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature*. Psychopharmacol. (Berl.) 2011; 214(1): 55–70. DOI:10.1007/s00213-010-2009-2.
22. van Berkel SR, Prevoe MJL, Linting M, Pannebakker FD, Alink LRA. *Prevalence of child maltreatment in the Netherlands: An update and cross-time comparison*. Child Abuse & Neglect 2020; (103): 104439.
23. Van der Kolk B. *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2018.
24. Vetulani J. *Trauma dziecięca a rozwój mózgu*. <https://www.youtube.com/watch?v=tZkBXqZUIY> [dostęp: 2017].
25. Simon W. *Psychoterapia NEST. Teoria i praktyka*. Warszawa: Stowarzyszenie NEST; 2020.
26. Włodarczyk E. *Znaczenie wczesnodziecięcego przywiązania w diadzie matka/opiekun – dziecko*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Studia Edukacyjne 2016; 39: 377–394. <https://hdl.handle.net/10593/17657>.
27. Zdankiewicz-Ściągala E. *Trauma wczesnodziecięca i lękowe style więzi*. <https://www.youtube.com/watch?v=GlvsYebSu9Q> [dostęp: 2017].
28. Liotti G, Farina B. *Traumatyczny rozwój. Etiologia, klinika i terapia wymiaru dysocjacyjnego*. Błedzew: Fundacja Przyjaciele Martynki; 2016.

29. Nelson CA, Bloom FE, Cameron JL, Amaral D, Dahl RE, Pine D. *An integrative, multidisciplinary approach to the study of brain-behavior relations in the context of typical and atypical development*. Dev. Psychopathol. 2002; 14(3): 499–520. DOI: 10.1017/s0954579402003061.
30. Laing RD. *Podzielone ja*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1995.
31. Kowalczyk MH. *Transgeneracyjne wzory przemocy seksualnej w genezie zachowań kobiet wykorzystujących seksualnie dzieci. W: Współczesne problemy resocjalizacji. W poszukiwaniu nowych rozwiązań*. Wydawnictwo Edukacyjne AKAPIT; 2015.
32. Strong DD, Bean, RA, Feinauer LL. *Trauma, attachment, and family therapy with grandfamilies: a model for treatment*. Child. Youth Serv. Rev. 2010; (32): 44–50. DOI: 10.1016/j.childyouth.2009.06.015.
33. Schäfer I, Hopchet M, Vandamme N, Ajdukovic D, El-Hage W, Egreteau L i in. *Trauma and trauma care in Europe*. Eur. J. Psychotraumatol. 2018; 9(1):1556553. DOI: 10.1080/20008198.2018.1556553.
34. Nijdam M, Meewisse M-L, Gersons B, Olf M. *Treatment protocol Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP). Third English version*. Amsterdam: B.P.R. Gersons, 2011.
35. van Minnen A, Harned MS, Zoellner L, Mills K. *Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD*. Eur. J. Psychotraumatol. 2012; 3. DOI: 10.3402/ejpt.v3i0.18805.
36. Resick PA, Monson CM, Chard KM. *Terapia przetwarzania poznawczego w zespole stresu pourazowego (PTSD) Podręcznik dla klinicystów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2019.
37. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. *The use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy in treating Post-traumatic Stress Disorder — a systematic narrative review*. Front Psychol. 2018; 6(9): 923.
38. Chen R, Gillespie A, Zhao Y, Xi Y, Ren Y & McLean L. *The efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in children and adults who have experienced complex childhood trauma: A systematic review of Randomized Controlled Trials*. Front. Psychol. 2018; 9: 534.
39. Spermon D, Darlington Y, Gibney P. *Psychodynamic psychotherapy for complex trauma: targets, focus, applications, and outcomes*. Psychol. Res. Behav. Manag. 2010; (3): 119–127.
40. Längle A. *Analiza egzystencjalna — poszukiwanie zgody na życie*. Psychoterapia 2003; 125(2): s. 33–46.
41. Kumai C. *Życie według kintsugi*. Białystok: Wydawnictwo Kobiece Łukasz Kierus; 2019.
42. Miłosz Cz. *Dolina Issy*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2000, s. 12–13.

Adres: Dorota Draczyńska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
e-mail: ddraczynska@ipin.edu.pl

Otrzymano: 01.08.2022
Zrecenzowano: 14.11.2022
Otrzymano po poprawie: 18.11.2022
Przyjęto do druku: 19.11.2022