

Lech Kalita

**UTRZYMYWANIE SIĘ SZKODLIWYCH KONSEKWENCJI
DZIECIĘCEJ TRAUMY W ADOLESCENCJI I W DOROSŁYM
ŻYCIU: MECHANIZMY BIOLOGICZNE, SKUTKI
PSYCHOLOGICZNE, PRZYKŁADY KLINICZNE**

**PERSISTENCE OF HARMFUL CONSEQUENCES OF CHILDHOOD
TRAUMA IN ADOLESCENCE AND ADULT LIFE:
BIOLOGICAL MECHANISMS, PSYCHOLOGICAL EFFECTS, CLINICAL EXAMPLES**

Praktyka prywatna

**resiliency
childhood trauma
trauma psychotherapy**

Streszczenie

W niniejszym artykule krótko przedstawię biologiczne mechanizmy oddziaływania traumy psychicznej na mózg dziecka, odnosząc się zwłaszcza do rozwojowych konsekwencji występujących w adolescencji i dorosłości. W odwołaniu do nakreślonego tła neurobiologicznego opiszę wiele problemów psychologicznych: trudności relacyjnych, behawioralnych i emocjonalnych, a także zaburzeń i chorób psychicznych związanych z biologicznymi konsekwencjami traumy. Przytoczę wyniki badań ilościowych prowadzonych w grupach wystarczająco dużych, by uzasadnić pogląd o prawidłowościach występujących w zakresie konsekwencji traumy dziecięcej w adolescencji i dorosłości. Zilustruję główne tezy artykułu za pomocą dwóch przykładów klinicznych — krótkich opisów pochodzących z własnej praktyki psychoterapeutycznej i superwizyjnej. Przykłady kliniczne dotyczą psychoterapii oraz innych oddziaływań prowadzonych na przestrzeni kilkunastu lat, co pozwoli obserwować, jak trauma oddziaływała na losy dziecięcych pacjentów w miarę ich dojrzewania i wchodzenia w dorosłość, ze szczególnym uwzględnieniem roli wczesnych urazów środowiskowych i okresów nasilonego stresu wpisanych w rozwój. Na koniec zaproponuję dwa wnioski dotyczące praktycznej użyteczności rozumienia opisanych prawidłowości oraz uwzględnienia ich w budowaniu koncepcji potraumatycznej rezyliencji.

Summary

In this article, I will briefly present the biological mechanisms of the impact of psychological trauma on the child's brain, referring especially to the developmental consequences occurring in adolescence and adulthood. I will then describe a range of relational, behavioral and emotional problems, as well as mental disorders and illnesses related to the biological consequences of trauma. I will cite the results of quantitative research conducted in groups large enough to justify the view of regularities in the consequences of childhood trauma in adolescence and adulthood. I will illustrate the main theses

of the article using two clinical examples from my own psychotherapeutic and supervisory practice conducted over several years, which allowed me to observe how trauma influenced the fate of child patients as they matured and entered adulthood. Finally, I will propose two conclusions regarding the practical usefulness of understanding the described regularities and taking them into account in building the concept of post-traumatic resilience.

Biologiczne mechanizmy traumy

Mechanizm oddziaływania traumy na rozwijający się organizm oraz konsekwencje dla późniejszego rozwoju emocjonalnego, poznawczego i społecznego wyczerpująco opisali De Bellis i Zisk [1].

Jednym z najważniejszych obszarów wczesnego oddziaływania traumy na organizm jest tzw. oś HPA (od pierwszych liter: hypothalamic-pituitary-adrenal axis), czyli układ podwzgórza, przysadki mózgowej i nadnerczy. Jest to sieć złożonych, dwukierunkowych zależności w zakresie regulacji hormonalnej, odpowiadająca za reakcje na stres oraz adaptację do czynników środowiskowych. Oś HPA pełni kluczową rolę w przygotowywaniu organizmu do walki, ucieczki lub zastygnięcia w reakcji na zagrożenie. Bierze ona także istotny udział w regulacji nastroju i kształtowaniu emocji.

W uproszczonej wersji sposób działania osi HPA można opisać następująco: w odpowiedzi na bodziec stresowy dochodzi do wzmożonego działania kortykolibertyny (CRH, ang. corticotropin-releasing hormone), neurohormonu wydzielanego w podwzgórzu i stymulującego produkcję i wydzielanie hormonu adrenokortykotropowego (ACTH, ang. adrenocorticotropic hormone) w przednim płacie przysadki mózgowej. ACTH za pomocą układu krwionośnego trafia do komórek nadnerczy, pobudzając je do wzmożonej produkcji glikokortykosteroidów, w tym kortyzolu, znanego jako hormon stresu. Jedną z głównych funkcji kortyzolu jest zwiększenie stężenia glukozy we krwi w celu pobudzenia organizmu w odpowiedzi na zagrożenie. W komórkach nadnerczy i zakończeniach układu współczulnego dochodzi równolegle do wzmożonego wydzielania katecholamin, w tym epinefryny (nazywanej potocznie adrenaliną), odpowiedzialnych za mobilizację organizmu do wysiłku poprzez skurcz naczyń krwionośnych i przyspieszenie rytmu serca.

W okolicznościach nieprzekraczających możliwości adaptacyjnych układ HPA skutecznie mobilizuje organizm do okresowego wzmożonego wysiłku, po którym następuje powrót do mniej intensywnej aktywności. Jednak wskutek nadmiernego stresu działanie osi HPA pociąga za sobą konsekwencje szkodliwe dla funkcjonowania organizmu. Zbyt wysoki poziom glikokortykosteroidów i katecholamin prowadzi do utrzymywania organizmu w stanie chronicznego pobudzenia, co może skutkować zarówno nadmiernym uwrażliwieniem, jak i (wskutek działania negatywnego sprzężenia zwrotnego w układzie HPA) uniewrażliwieniem na bodźce zagrażające. Wykazano związki między niewłaściwą gospodarką kortyzolem i epinefryną a wieloma zaburzeniami psychicznymi, m.in. PTSD i depresją.

Rozregulowanie działalności osi HPA w odpowiedzi na traumę (czyli zagrażające bodźce przekraczające możliwości radzenia sobie jednostki) we wczesnym dzieciństwie przynosi konsekwencje dla rozwoju całego organizmu, zwłaszcza mózgu, co wiąże się z licznymi trudnościami emocjonalnymi, psychologicznymi i społecznymi, w wielu

wypadkach prowadzącymi do zaburzeń psychicznych. To, czy bodźce stresowe osiągną poziom traumatyczny, czyli przekraczający zdolność do zdrowej adaptacji, zależy od wielu uwarunkowań, zarówno indywidualnych, jak i środowiskowych: m.in. czynników genetycznych, dostępnego wsparcia społecznego oraz siły i charakteru samego urazu.

Sytuacja chronicznej traumy, utrzymująca się w dzieciństwie i adolescencji skutkuje (między innymi poprzez opisane wyżej rozregulowane działanie osi HPA) nieprawidłowym funkcjonowaniem i rozwojem wielu obszarów mózgu odpowiedzialnych za kontrolę nad zachowaniem, przetwarzanie afektu i zintegrowane przeżywanie obrazu siebie. Jedną z konsekwencji traumy jest wadliwa regulacja pracy grzbietowo-bocznej kory przedczołowej mózgu, odpowiadającej między innymi za tzw. funkcje wykonawcze, czyli procesy pozwalające kontrolować i regulować zachowanie oraz inicjować aktywność celową. Zakłócenia pracy tego obszaru mózgu, takie jak zaburzenia kontroli hamowania, dysfunkcje pamięci roboczej i planowania, skutkują obniżoną zdolnością do odraczania gratyfikacji, wzrostem agresji, impulsywności oraz zachowań antyspołecznych. Zakłócony przepływ dopaminy, serotoniny i oksytocyny wpływa nie tylko na przetwarzanie poznawcze, ale też na ogólną modulację strachu i przyjemności za pomocą m.in. receptorów zlokalizowanych w mózdzku. Konsekwencją tych wielopoziomowych zakłóceń są zaburzenia zachowania, zaburzenia więzi oraz zaburzenia nastroju (np. depresja).

Udział układu limbicznego (szczególnie ciała migdałowatego i układu nagrody) w reakcji na traumę został szeroko opisany. Pokrótkie — ciało migdałowate pełni ważną rolę w przetwarzaniu informacji afektywnych ze względu na połączenia zarówno z częściami mózgu odpowiedzialnymi za funkcjonowanie poznawcze, jak i z autonomicznym układem nerwowym, czyli obszarem biologicznej reakcji organizmu na stres. Odgrywa także ważną rolę w przetwarzaniu informacji w sferze kontaktów międzyludzkich, o czym świadczy fakt, że objętość ciała migdałowatego u ludzi jest pozytywnie skorelowana z wielkością ich sieci społecznej [2]. Działanie układu limbicznego i ciała migdałowatego jest ściśle związane z funkcjonowaniem sieci HPA: są one stymulowane do pracy przez hormony nadnerczy. Wadliwa regulacja układu limbicznego i ciała migdałowatego może prowadzić do zaburzeń zachowania oraz utrudnionego funkcjonowania społecznego, a także — wskutek deregulacji układu nagrody — do anhedonii oraz nawykowej regulacji afektu za pomocą substancji, co grozi uzależnieniem. Istnieją także dane wskazujące na zakłócony rozwój komunikacji międzypółkulowej (za którą odpowiada między innymi ciało modzelowate) wskutek chronicznej traumy i rozregulowania działania osi HPA. Wśród konsekwencji zaburzonej komunikacji między półkulami wymienia się między innymi zaburzone dojrzewanie tak zwanej sieci stanu spoczynkowego (ang. default mode network, DMN), czyli — w dużym uproszczeniu — trybu funkcjonowania mózgu nieskoncentrowanego na realizacji zadań w środowisku. Wydaje się, że DMN odgrywa rolę w procesach samoświadomości, budowaniu reprezentacji siebie i tworzeniu narracji na własny temat, bowiem mało rozwinięta sieć stanu spoczynkowego (obserwowana u osób doświadczających traumy w dzieciństwie) wiąże się z negatywnymi myślami i autonarracjami, deficytami funkcjonowania społecznego oraz ze słabszym poczuciem integracji oraz nasilonym ryzykiem przeżywania objawów dysocjacyjnych.

Utrzymywanie się opisanej wyżej wielopoziomowej dysfunkcji rozwijającego się mózgu w okresie dzieciństwa i adolescencji może prowadzić do równoległego, wtórnego

pojawienia się w okresie dorastania kolejnych zaburzeń zdrowia psychicznego, na przykład zaburzeń nerwicowych, lękowych, depresyjnych, zaburzeń zachowania oraz nadużywania substancji, dodatkowo utrudniających prawidłowe funkcjonowanie mózgu i rozwój psychiki. Jednocześnie zaburzenia funkcjonowania osi HPA, mające źródło w dziecięcej traumie, prowadzić mogą do ogólnego słabszego stanu zdrowia fizycznego, utrzymującego się w dorosłym życiu: zaburzeń metabolizmu, ryzyka wystąpienia chorób autoimmunologicznych czy przedwczesnego starzenia się.

Opisane wyżej procesy biologiczne stanowią podstawę wielu zaburzeń objawiających się w dorosłości, a stanowiących konsekwencję traumy doznawanej w dzieciństwie. Okres dojrzewania to często czas, w którym owe konsekwencje krystalizują się w postaci wyraźnych problemów relacyjnych, problemów z zachowaniem oraz problemów emocjonalnych, które bądź to już w adolescencji, bądź dopiero w dorosłości osiągają nasilenie pozwalające na diagnozę zaburzeń i chorób psychicznych.

Problemy relacyjne w konsekwencji dziecięcej traumy

Wśród najczęściej pojawiających się relacyjnych problemów wynikających z przeżytych w dzieciństwie traum wymienić należy skłonność do samoizolacji oraz wykształcenie się pozabezpiecznych wzorców przywiązania.

Futa i współpracownicy [3] przyjrzeni się sposobom, w jakie dorosłe kobiety radzą sobie z trudnymi wspomnieniami z przeszłości. W grupie 196 badanych osoby, które doświadczyły w dzieciństwie traumy (przemocy seksualnej i/lub przemocy fizycznej) radziły sobie w dorosłym życiu ze wspomnieniami znacznie gorzej niż osoby bez historii traumy. Kobiety, które nie doznały w dzieciństwie traum, wyraźnie rzadziej dystansowały się od innych ludzi, częściej szukały wsparcia społecznego i bardziej potrafiły koncentrować się na pozytywnych stronach życia. Kobiety, które doznały traumatyzującej przemocy, usiływały uporać się z bolesnymi wspomnieniami przede wszystkim za pomocą strategii samoizolacji oraz samoobwiniania, które stanowiły ich podstawowy mechanizm radzenia sobie, natomiast znacznie rzadziej niż kobiety nieobciążone traumą decydowały się na skorzystanie ze wsparcia społecznego.

Erozkan [4] przeprowadził badanie w grupie 911 dorosłych osób (492 kobiet, 419 mężczyzn), koncentrując się na związkach między dziecięcą traumą a wzorcem przywiązania u osób dorosłych. Odwoływał się on do klasyfikacji Bartholomew i Horowitz [5], którzy w oparciu o prace Bowlby'ego, Ainsworth i Main [w: 6] wyróżnili cztery wzorce przywiązania u osób dorosłych: bezpieczny, ambiwalentny, unikający i lękowy. Osoby, które doświadczyły psychicznej, emocjonalnej i seksualnej przemocy, a także psychicznego i emocjonalnego zaniedbania częściej rozwijały wzorce lękowe, ambiwalentne i unikające. Badani, którzy nie doznali takich traum w dzieciństwie częściej rozwijali bezpieczny wzorec przywiązania. Unger i De Luca [7] uzyskały podobne wyniki w grupie 552 kobiet i 294 mężczyzn: według uzyskanych przez nie wyników przemoc fizyczna w dzieciństwie badanych wiązała się z unikającymi i lękowymi wzorcami przywiązania. W badaniu Erozkana [4] miarą traumy najbardziej bezpośrednio korespondującym z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania okazało się zaniedbanie emocjonalne, współwystępujące z każdą inną formą nadużycia i przemocy.

Larsen i współpracownicy [8] prowadzili badania w grupie 338 kobiet i 296 mężczyzn, z których część korzystała z pomocy wskutek doznanych w dzieciństwie traum. Przyglądali się między innymi jakości związków romantycznych tworzonych przez osoby badane. Wyniki wskazały, iż osoby badane, które w dzieciństwie doznały przemocy fizycznej i/lub seksualnej, funkcjonują gorzej w relacjach jako dorośli. W porównaniu z badanymi niemającymi historii dziecięcej traumy brakowało im umiejętności społecznych, doświadczali oni większych trudności w budowaniu więzi, wybierali bardziej problematycznych partnerów romantycznych oraz częściej przeżywali wstyd w relacjach. Autorzy badania zwrócili uwagę, iż trudności relacyjne dotyczyły w jednakowej mierze mężczyzn i kobiet, a także podkreślili, iż skłonność do wchodzenia w związki z problematycznymi partnerami naraża osoby z historią traumy dziecięcej na ponowne przeżywanie trudnych sytuacji w dorosłości.

Zespół pod przewodnictwem Doby [9] w badaniu obejmującym 456 młodych ludzi wykazał, że w nasileniu związków między traumą dziecięcą a objawami PTSD w adolescencji i wczesnej dorosłości pośredniczą strategie regulacji emocji — nie tylko realizowane samodzielnie, ale także strategie regulacji emocji w relacjach interpersonalnych. Najważniejsze nieadaptacyjne strategie interpersonalne związane są z deficytami mentalizacji i polegają na silnej emocjonalnej pobudliwości oraz na skłonności do unikania związków uczuciowych.

Można zauważyć, iż zjawiskiem powtarzającym się w cytowanych wynikach badań jest tendencja do wycofywania się z głębokich relacji międzyludzkich przy jednoczesnej wrażliwości na przeżywanie negatywnych uczuć w tych relacjach. Trauma doznana w dzieciństwie kładzie się zatem wyraźnym cieniem na możliwości budowania bezpiecznych związków oraz na zdolności do przeżywania spokoju i stabilności w nawiązywanych relacjach.

Problemy behawioralne w konsekwencji dziecięcej traumy

Do problemów behawioralnych stanowiących najpowszechniejsze konsekwencje dziecięcych traum zaliczyć można skłonność do zachowań autoagresywnych, szkodliwe używanie substancji wraz z ryzykiem uzależnienia oraz próby samobójcze.

Serafini i współpracownicy [10] dokonali systematycznego przeglądu wyników współczesnych badań poświęconych związkowi między przemocą doznawaną w dzieciństwie a niesamobójczymi zachowaniami autoagresywnymi osób dorosłych. Łączna liczba osób badanych objętych owym systematycznym przeglądem wyniosła ponad 22 tysiące badanych w próbach kohortowych, ponad 1,7 tysiąca badanych w próbach longitudinalnych oraz ponad 60 tysięcy badanych w próbach retrospektywnych. Wyniki przeglądu jednoznacznie wskazują, iż istnieje wyraźny związek między przemocą doznawaną w dzieciństwie a niesamobójczymi zachowaniami autoagresywnymi w dorosłości, a także podejmowaniem w dorosłości prób samobójczych. Wśród czynników pośredniczących w owym silnym związku wskazuje się na rolę samokrytycyzmu, nasilenie objawów PTSD, niską samoocenę oraz objawy dysocjacyjne. Szczególnie silny związek występował między niesamobójczymi aktami autoagresji a doświadczeniem przemocy seksualnej. Badacze zwrócili uwagę także na różnice związane z płcią: wśród osób doświadczających przemo-

cy w dzieciństwie kobiety częściej niż mężczyźni dokonywały aktów autoagresji i prób samobójczych w dorosłości.

Podobne wnioski sformułował zespół pod przewodnictwem Brown [11], który przyjrzał się związkom dziecięcej traumy i autoagresji w dorosłości w reprezentatywnej próbie społeczeństwa niemieckiego (badanie objęło 2498 osób). Wśród osób badanych 3% podejmowało akty autoagresji, zaś 30% zgłaszało doświadczenie przemocy w dzieciństwie. W grupie osób podejmujących akty autoagresji 72% badanych doświadczyło przemocy w postaci emocjonalnego zaniedbania, co stanowiło najsilniejszy związek (silniejszy niż w przypadku aktów autoagresji i przemocy fizycznej i seksualnej).

Bahk i współpracownicy [12] przyglądali się szczegółowej drodze do formowania myśli samobójczych przez dorosłe osoby, które doświadczyły traumy w dzieciństwie. W zaprojektowanym przez nich badaniu uczestniczyło 211 osób. Wyniki wskazały, iż najsilniejszy bezpośredni związek występuje między przemocą seksualną doznaną w dzieciństwie a myślami samobójczymi w dorosłości. Inne formy przemocy fizycznej oraz przemocy emocjonalnej wiązały się z ideami samobójczymi za pośrednictwem najważniejszego, podstawowego mediatora, jakim było nasilenie lęku. Wyjątek stanowiły osoby, które doświadczały traumatyzującego zaniedbania emocjonalnego — w ich przypadku rolę podstawowego mediatora odgrywało postrzegane wsparcie społeczne.

Felitti i współpracownicy [13] wprowadzili pojęcie „negatywnych doświadczeń w dzieciństwie” (ang. adverse childhood experiences, ACE), wraz ze skalą pomiarową pozwalającą szacować ich ilościowe natężenie. W kolejnych latach badacze wykazywali, iż wyższe wyniki na skali ACE współwystępują z wyższym ryzykiem chorób, niskiej jakości życia, przedwczesnej śmierci i niebezpiecznych zachowań (zob. np. [14]). Zespół pod kierownictwem Dube [15] przebadał ponad 8600 osób, przyglądając się związkowi między traumatycznymi wydarzeniami w dzieciństwie a szkodliwymi wzorcami korzystania z substancji psychoaktywnych. Każde negatywne doświadczenie w dzieciństwie zwiększało od 2 do 4 razy ryzyko szkodliwego używania oraz uzależnienia od substancji. Taka prawidłowość utrzymywała się stabilnie we wszystkich grupach wiekowych — zarówno u nastolatków, jak i u osób dorosłych, prowadząc badaczy do sformułowania wniosku, iż ACE odpowiadają za przynajmniej połowę, a może nawet dwie trzecie przypadków problematycznego używania substancji.

Wyniki uzyskane przez Rogersa i współpracowników [16] sugerują, iż liczba negatywnych doświadczeń w dzieciństwie jest bardzo dobrym predyktorem problematycznego używania substancji: większa liczba ACE różnicuje młodzież pod kątem ilości i częstotliwości zażywanych substancji w tak krótkim okresie obserwacji jak nawet 30 dni. Wszyscy wymienieni badacze zwracają uwagę, iż szkodliwemu używaniu substancji i uzależnieniom towarzyszy podwyższone ryzyko wystąpienia kolejnych negatywnych doświadczeń życiowych, nasilających trudności powstałe w okresie dzieciństwa.

Problemy emocjonalne w konsekwencji dziecięcej traumy

Obok wielu problemów relacyjnych i behawioralnych doświadczenie dziecięcej traumy skutkuje skłonnością do usztywnionego przeżywania negatywnych afektów, zwłaszcza przeżycia bezzadności i niskiego poczucia własnej wartości.

Courtney i współpracownicy [17] przyglądali się afektywnym przeżyciom adoloscen-
tów, którzy doświadczyli w dzieciństwie traumatyzujących zdarzeń. Badanie prowadzono
w grupie 92 osób zgłaszających objawy depresyjne. Courtney wykazała, iż poczucie
bezzradności stanowiło najsilniejszy czynnik pośredniczący między doświadczeniem prze-
mocy emocjonalnej w dzieciństwie a silnymi objawami depresji w adolescencji. Wyniki
swoich badań osadziła w prawidłowości stwierdzonej przez zespół Alloy w wyczerpującym
przeanalizie danych empirycznych [18]: przemoc doświadczona w dzieciństwie koreluje
z zaburzeniami nastroju w dorosłości przy silnym udziale zniekształceń poznawczych.

Lamis i współpracownicy [19] podjęli próbę jeszcze bardziej szczegółowego badania
związków między przemocą doznaną w dzieciństwie a poczuciem bezzradności w dzieciń-
stwie, koncentrując się na czynnikach nasilających lub łagodzących ów związek. Prowa-
dząc badania w grupie 121 kobiet podejmujących próby samobójcze i doświadczających
przemocy w dorosłości ze strony partnerów zespół Lamisa zauważył, iż powiązanie między
wcześniejszą przemocą doznaną w dzieciństwie a dorosłym poczuciem bezzradności jest tym
silniejsze, im niższe jest poczucie egzystencjalnego sensu oraz własnej wartości. Można
zatem sądzić, iż problemy afektywne osób z doświadczeniem traumy dziecięcej zająbiają
się i wzajemnie nasilają, gdyż jedną z podstawowych konsekwencji traumatycznych do-
świadczeń w dzieciństwie jest właśnie niskie poczucie własnej wartości.

Briere i Runtz w doniosłej, powszechnie cytowanej pracy [20] poświęconej objawom
psychopatologicznym u dorosłych osób, które doświadczyły zaniedbań w dzieciństwie,
wskazują związek między dziecięcą traumą psychologiczną (zaniedbaniem emocjonalnym)
a niską samooceną jako współzależność najsilniejszą i najbardziej jednoznaczną spośród
wszystkich badanych zmiennych (wśród innych silnych związków wymieniają połączenie
między przemocą fizyczną doznaną w dzieciństwie i agresją wobec innych oraz między
przeciążeniem seksualną doznaną w dzieciństwie i ryzykownymi zachowaniami seksualnymi).
Karakus [21] wykazał, iż ów silny związek występuje już w adolescencji. Jego badania
objęły grupę 915 uczniów tureckich szkół średnich. Analiza wyników wskazała na silny,
stabilny i powtarzalny związek traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa (wśród nich
także wyizolowanego czynnika zaniedbań emocjonalnych) z niskim poczuciem własnej
wartości. Zależność ta ma naturę liniową — im bardziej nasiloną traumą dziecięcą, tym
niższe poczucie własnej wartości.

Zaburzenia i choroby psychiczne osób dorosłych związane z dziecięcą traumą

Opisane wyżej problemy relacyjne, behawioralne i emocjonalne mogą osiągnąć nasile-
nie, w którym diagnozuje się określone jednostki psychopatologiczne: choroby i zaburzenia
psychiczne. Psychopatologia najczęściej wiązana z konsekwencjami traumy dziecięcej
(i zawierająca w sobie opisane wyżej komponenty relacyjne, behawioralne i afektywne)
to zaburzenia nastroju (depresja i anhedonia), zaburzenia dysocjacyjne oraz zaburzenia
osobowości typu borderline.

Związki dziecięcej traumy z depresją w dorosłym życiu wskazywali w przytoczonych
wyżej publikacjach m.in. Briere i Runtz [20] czy Petruccelli i in. [14]. Współcześnie
badacze są zainteresowani raczej doprecyzowaniem szczegółów tego związku niż po-

twierdzeniem jego istnienia. Przykładem takiej konstrukcji badania są dociekania Negele i współpracowników [22] zbudowane wokół poszukiwań powiązań między szczególnie uporczywymi, chronicznymi zaburzeniami depresyjnymi a traumą doznaną w dzieciństwie. W badanej przez nich grupie 350 pacjentów leczących się wskutek chronicznej depresji aż 75% badanych zgłaszało istotne traumatyczne zdarzenia z dzieciństwa, zaś 37% doznało traum wielokrotnych. Co więcej, osoby doznające większej liczby traumatycznych doświadczeń doświadczały wyraźnie większego nasilenia objawów depresyjnych (liczba traum stanowiła jedyny czynnik jednoznacznie związany z nasileniem objawów pacjentów cierpiących na chroniczne depresje — ani rodzaj traumy, ani płeć osób badanych nie różnicowały nasilenia objawów).

Ciekawe wnioski dotyczące związków dziecięcej traumy z depresją u dorosłych płyną z zestawienia wyników uzyskanych w dwóch niezależnych badaniach: zespołów Aunoli [23] oraz Rakowa [24]. Ten ostatni analizował związki między depresją rodzica a zaburzeniami internalizacyjnymi dziecka, szczególną uwagę zwracając na rolę wywoływania poczucia winy w dzieciach. Badana przezeń grupa liczyła 129 dzieci (w 102 rodzinach). Zachowania rodziców, polegające na wzbudzeniu poczucia winy u dzieci, istotnie okazały się czynnikiem pośredniczącym w rozwinięciu zaburzeń internalizacyjnych u dzieci, przy czym wykazano spójność między obserwowalnymi zachowaniami rodziców a zgłaszanymi przez dzieci subiektywnymi przeżyciami.

Zespół Aunoli [23] przyglądał się interakcjom w 152 fińskich rodzinach w zakresie okazywanej przez rodziców czułości i kontroli — oraz związku tych zachowań ze złością i niepokojem dzieci. Nadmierne nasilenie kontroli prowadziło do nasilenia złości i niepokojem, zaś czułość okazywana w codziennych interakcjach nie miała wpływu na poziom złości i niepokojem. Zestawiając uzyskane przez te dwa zespoły wyniki można sądzić, iż zaniedbania emocjonalne polegające na wzbudzaniu poczucia winy i nadmierne surowej kontroli rodzicielskiej prowadzą do zaburzeń internalizacyjnych uniemożliwiających zdrowe przeżywanie i ekspresję niepokojem i złości — co stanowiłoby przekonujące wyjaśnienie udokumentowanego związku między zaburzeniami internalizacyjnymi w dzieciństwie a depresją i zaburzeniami lękowymi w dorosłości (np. [25]).

Związki między traumatycznymi doświadczeniami z dzieciństwa a zaburzeniami dysocjacyjnymi stanowią obszar intensywnych dociekań badaczy, między innymi doniosłych prac van der Kolka [26, 27]. Autor ten tłumaczy biologiczne tło mechanizmów dysocjacji, polegających na niemożności wyrażenia przytłaczających doznań i emocji słowami ani włączenia ich w poznawczy, oparty na werbalnej autonarracji obraz siebie i własnych doświadczeń, co prowadzi do subiektywnego wrażenia poodrywania owych fragmentów od reszty psychologicznego życia.

W bogatej literaturze poświęconej tym zagadnieniom podkreślić można rolę badań skupionych na rozłożonych w czasie związkach między traumatycznymi przeżyciami w dzieciństwie a dysocjacją w dorosłości. Lyons-Ruth i współpracownicy [28] uwypuklają w tym kontekście kluczową rolę relacji rodzice–dziecko jako czynnika kształtującego przywiązanie, a tym samym pośredniczącego między traumą doznaną w dzieciństwie a zaburzeniami dysocjacyjnymi w dorosłym życiu. Lyons-Ruth wskazuje, iż bezpieczne wzorce przywiązania między dzieckiem a rodzicami mogą skutecznie chronić je przed dysocjacyjnymi konsekwencjami traumy, jeśli jej źródłem były czynniki zewnętrzne bądź

relacje z innymi osobami niż rodzice. Najbardziej szkodliwe są zatem sytuacje, w których dziecko doznaje traumy ze strony rodzica (zwłaszcza gdy krzywdzą oboje rodzice bądź dziecko jest wychowywane tylko przez nadużywającego rodzica): trauma zarówno pierwotnie zakłóca funkcjonowanie dziecka w teraźniejszości (dzieciństwie), jak i może prowadzić do utrwalenia pozabezpiecznych wzorców przywiązania, co wtórnie naraża dziecko na zaburzenia dysocjacyjne w przyszłości (dorosłości).

Kong i współpracownicy [29] przyjrzeni się bardziej szczegółowo pośredniczącej roli relacji przywiązania w kształtowaniu się zależności między traumą w dzieciństwie a dysocjacją w dzieciństwie. Wyodrębniając poszczególne rodzaje przemocy i poszczególne afekty w relacji przywiązania wykazali oni, iż przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna i zaniedbania opiekuńcze w dzieciństwie tym mocniej skutkują dysocjacją w dorosłym życiu, im większe jest natężenie lęku w relacji przywiązania, natomiast w przypadku nadużytych seksualnie w dzieciństwie — dysocjacja w dorosłym życiu jest tym silniejsza, im więcej lęku i unikania występuje w relacji przywiązania.

Szczególne połączenie opisanych relacyjnych, emocjonalnych i behawioralnych problemów w trwały styl przeżywania siebie przyjmuje postać zaburzenia osobowości typu borderline. Jednym z przełomowych punktów w systematycznym badaniu związków między zaburzeniem osobowości typu borderline a historią dziecięcej traumy była praca opublikowana ponad 30 lat temu przez badaczy, którzy w kolejnych dekadach umocnili swą pozycję wiodących ekspertów w tej dziedzinie wiedzy: Herman, Perry'ego i van der Kolka [30]. Przyglądając się niewielkiej próbie pacjentów (N = 21) autorzy wykazali silne związki między psychopatologią typu borderline a zgłaszanymi historiami dziecięcych traum: przy czym im więcej zdarzeń traumatycznych wystąpiło w historii dzieciństwa, tym bardziej natężenie psychopatologii przesunęło się od cech borderline w kierunku pełnoobjawowego zaburzenia osobowości. Niewystarczająca pod względem metodologicznym, ale doniosła z perspektywy klinicznej publikacja dostarczyła bodźca dla ogromnej liczby projektów badawczych poświęconych związkom między dziecięcą traumą a zaburzeniem borderline.

Bozzatello i in. [31] zaproponowali systematyczny przegląd badań prowadzonych w tej dziedzinie w ostatnich 20 latach. Ostatecznie ich analiza objęła 171 publikacji powstałych po 1 stycznia 2000 roku. Wnioski z przeprowadzonego przeglądu potwierdzają zarówno kliniczne intuicje Herman, Perry'ego i van der Kolka [30], jak i pozostają spójne z pozostałymi wynikami przytoczonymi w niniejszej pracy. Bozzatello na podstawie aktualnie dostępnych danych empirycznych stwierdza, iż interakcja czynników temperamentalnych, środowiskowych i genetycznych może skutkować rozwinięciem zaburzeń osobowości typu borderline już w bardzo młodym wieku. Dostępne dane sugerują, iż przemoc, zaniedbanie i dręczenie w dzieciństwie, a także wrodzona, temperamentalna agresja i skłonność do negatywnego afektu wchodzi w interakcje z dysfunkcyjnym środowiskiem rodzinnym oraz strukturalnymi i funkcjonalnymi aberracjami mózgu i polimorfizmem genów: wszystko to znacznie podnosi ryzyko rozwinięcia się zaburzenia borderline. Skutki traumy dziecięcej są zatem poważniejsze, jeśli zachodzą one w dysfunkcyjnych rodzinach i na tle wrodzonych cech temperamentalnych i/lub polimorfizmu genów.

Przykłady kliniczne

W celu praktycznej ilustracji oddziaływania dziecięcej traumy na dalsze etapy rozwoju, adolescencję i dorosłość, przedstawię krótko losy dwóch osób, których rozwój na przestrzeni ponad 10 lat miałem sposobność obserwować w różnych zawodowych kontekstach. Zaznaczam przy tym, iż przedstawione sytuacje kliniczne nie stanowią próby dostarczenia dodatkowej argumentacji dla przedstawionych w artykule tez, a ich celem jest jedynie ilustracja opisanych wyżej prawidłowości. Skrócowa forma prezentacji nie pozwala uznać niniejszych treści za pełnoprawne opisy przypadków, zaś brak jednolitej metodologii prezentacji pracy klinicznej sprawia, iż przedstawione historie traktować należy wyłącznie anegdotycznie, czyli jako wskazanie pojedynczych, pochodzących z doświadczenia autora przykładów, w których odnaleźć można występowanie zjawisk empirycznie wykazanych przez cytowanych badaczy. Sądzę jednak, iż warto sięgnąć także do tej warstwy dociekań, by za pomocą zdolności do empatii i współodczuwania nadać pełniejsze znaczenie zgromadzonym danym.

Pacjenta, którego nazwę Janek, poznałem w 2007 roku w publicznym ośrodku świadczącym pomoc psychologiczną dzieciom z rodzin alkoholowych, gdzie wówczas pracowałem. Janek miał wówczas 15 lat. Przez 2 lata korzystał z psychoterapii indywidualnej w ośrodku, następnie zaś przez 3 kolejne — w następnym miejscu, w którym pracowałem. Zakończyliśmy regularną pracę, gdy miał 20 lat, po czym realizowaliśmy kolejne, krótkoterminowe, kilkumiesięczne kontrakty terapeutyczne, gdy Janek miał 22, 25 oraz 27 lat.

Dzieciństwo Janka było obciążone przynajmniej czterema negatywnymi doświadczeniami (ACE), chronicznie traumatyzującymi chłopca. Ojciec pacjenta był głęboko uzależniony od alkoholu. Co więcej, stosował przemoc psychiczną i fizyczną wobec członków rodziny — przede wszystkim żony, ale zdarzało mu się także bić dzieci, w tym Janka. Chłopak czuł, że matka nie jest dla niego dostępna emocjonalnie, bowiem koncentrowała się niemal wyłącznie na konflikcie z mężem, często posługując się Jankiem jako sojusznikiem. Wskutek alkoholizmu ojca rodzina borykała się także z różnymi problemami natury finansowej i socjalnej.

Rozpoczynając psychoterapię Janek zgłaszał przede wszystkim bardzo niskie poczucie własnej wartości, skłonność do wycofywania się z relacji z rówieśnikami, osamotnienie, a także silny lęk przed własną złością — uczuciem, które w jego przeżyciu niebezpiecznie zbliżało go do ojca. Głównym wątkiem pięcioletniej indywidualnej pracy terapeutycznej z Jankiem było rozwijanie jego umiejętności wchodzenia w relacje. Potrzebował on wsparcia, by nabrać zaufania do własnych relacyjnych kompetencji oraz by docenić własną zdolność do miłości. Jednym z trudniejszych wyzwań w tym zakresie było łagodzenie poczucia winy wpisanego w miłość do ojca (rodzina pragnęła, by Janek nienawidził ojca). W końcowej fazie pierwszego kontraktu terapeutycznego, gdy Janek był już pełnoletni, ciężar pracy przesunął się na potrzebę integracji własnej popędowości (agresji, ambicji, potrzeb rywalizacyjnych, impulsów seksualnych) z dorosłym obrazem siebie.

Kolejne powroty Janka do krótkoterminowych kontraktów wiązały się z kolejnymi powtórzeniami problemów relacyjnych. Bodźcem do pierwszego powrotu był poważny kryzys w związku, wynikający z nieumiejętności otwartego mówienia o swoich potrzebach. Impulsem do drugiego powrotu były powtarzające się epizody głębokiego przygnębienia,

wynikające z poczucia braku egzystencjalnego sensu i braku poczucia wartości pomimo uzyskiwania zewnętrznych osiągnięć — zdobywania wykształcenia, utrzymywania związku, samodzielnego życia, pracy zarobkowej. Ostatni nasz kontakt terapeutyczny był motywowany kolejnym kryzysem związanym z narodzinami syna Janka. Napięcie emocjonalne i obciążenia organizacyjne wpisane w życie rodzinne i w ojcostwo sprawiły, iż Janek zaczął coraz częściej rozładowywać niepokój za pomocą marihuany, co kojarzyło mu się z alkoholizmem ojca i wywoływało fale potężnego poczucia winy.

W oparciu o ten skrótowy opis można zauważyć, iż Janek na przestrzeni lat podejmował wytrwałe próby budowania zdrowych relacji i konstruktywnego życia, które w momentach nasilonego stresu, związanego z naturalnymi procesami rozwoju (budowaniem związków, usamodzielnianiem się czy zakładaniem rodziny) załamywały się i prowadziły do ponownego nasilenia problemów psychicznych. Można przypuszczać, iż biologiczne zmiany, do których doszło w organizmie chłopca wskutek dziecięcych traum, nadal oddziałują na jego życie, podatne jedynie w umiarkowanej mierze na zmianę za pomocą psychoterapii. Po stronie sukcesów terapeutycznych wskazać można natomiast fakt, iż pacjent był w stanie włączyć się w realizację ważnych ról życiowych oraz sięgać skutecznie po adekwatną pomoc w sytuacji normatywnych kryzysów.

Dziewczynka, którą nazwę Anią, pozostawała pod opieką superwizowanej przeze mnie instytucji socjoterapeutycznej od 11. do 18. roku życia, a nasze losy skrzyżowały się ponownie — przy okazji superwizji innej instytucji — gdy Ania miała 22 lata. Od 14. do 17. roku życia Ania korzystała z indywidualnej psychoterapii, a dzięki umocowaniu pomocy w ramach jednej instytucji superwizowany przeze mnie zespół pedagogów i psychologów miał dostęp do ogólnych wniosków z przebiegu jej terapii.

Oboje rodzice Ani byli uzależnieni od alkoholu, a ich związek rozpadł się, gdy dziewczynka miała 6 lat. Przez całe dzieciństwo Ania doświadczała przemocy zarówno ze strony matki, z którą mieszkała, jak i ze strony jej kolejnych partnerów. Gdy Ania miała 8 lat jeden z partnerów matki nadużył ją seksualnie, co uruchomiło proces interwencji zakończony umieszczeniem dziewczynki w spokrewnionej rodzinie zastępczej. Zarówno w mieszkaniu matki, jak i w rodzinie zastępczej panowały ubogie warunki socjoekonomiczne. W powyższej całkowicie skrótovej historii dzieciństwa wskazać można przynajmniej siedem negatywnych doświadczeń (ACE), składających się na jej dziecięcą traumę.

Wychowawcy realizujący pracę socjoterapeutyczną z Anią usiłowali wspierać ją w wielu kłopotach. Ania była impulsywna, zdarzały się jej wybuchy agresji, mimo że była lubiana w grupie, nie nawiązywała głębszych przyjaźni, a inne dzieci często traktowała manipulacyjnie. Mimo wysokiej inteligencji nie była zainteresowana nauką, co prowadziło do kłopotów edukacyjnych. Jednocześnie Ania budziła dużo sympatii i współczucia w wychowawcach, którzy przez lata podejmowali wiele wrażliwych i pomocnych interwencji socjoterapeutycznych. Przede wszystkim pracowali z nią nad umiejętnością dostrzegania własnych zasobów, starali się także zwiększać jej poziom empatii poprzez pogłębianie relacji z grupą. Równoległe uczyli Anię konsekwencji poprzez stawianie wyraźnych granic jej opozycyjnym zachowaniom.

W późniejszej adolescencji Ania zaczęła podejmować zachowania ryzykowne i destrukcyjne: sięgała regularnie po papierosy i alkohol, zdarzały się jej kradzieże w sklepie, ubierała się w sposób odbierany przez inne dzieci jako wulgarny. W psychoterapii indywi-

dualnej, z której wówczas korzystała, terapeutka starała się wspierać Anię w opanowywaniu owych zachowań, rozwijając w niej poczucie odpowiedzialności za siebie samą oraz włączając elementy edukacji seksualnej, zwłaszcza w zakresie ryzykownych zachowań. Kiedy Ania zaczęła zbliżać się do pełnoletniości, oferowano jej pomoc w usamodzielnieniu, co wiązało się z wymogiem kontynuowania edukacji oraz współpracy ze specjalistami, jednak Ania nie podjęła tej oferty i niemal od razu po ukończeniu 18. roku życia przestała korzystać ze wsparcia instytucjonalnego.

Cztery lata później, w innej instytucji, gdzie prowadziłem superwizję pracy zespołu zajmującego się przemocą domową, jedna z psychologów opowiedziała o skomplikowanej sytuacji, z którą się zetknęła. Młoda kobieta, matka 2-letniej dziewczynki, poszukiwała schronienia w hostelu w związku z przemocą doznawaną ze strony uzależnionego od alkoholu partnera starszego o ponad 20 lat. Prezentowała się pracownikom owego zespołu jako osoba roszczeniowa, manipulacyjna, nieadekwatna w zachowaniu i mało opiekuńcza wobec dziecka, podejrzewali oni również, iż sama także nadużywa alkoholu. Współczucie i chęć pomocy budziła jednoznacznie już tylko jej zaniedbana córka. W trakcie rozmowy zdałem sobie nagle sprawę, że omawiamy sytuację doskonale znanej mi Ani, która przez cztery lata samodzielnego życia zdążyła wpaść w poważne kłopoty, które prawdopodobnie staną się udziałem także kolejnego pokolenia.

W świetle opisanych wyżej zjawisk można sądzić, iż biologiczne uwarunkowania przy jednoczesnym przytłaczającym ciężarze wielokrotnej, głębokiej traumy dziecięcej i braku wspierającego środowiska domowego nie pozwoliły na trwałą pozytywną zmianę negatywnych wzorców. Pomimo wysiłków specjalistów zaangażowanych w pomoc dziewczynce, stres wpisany w momenty przejścia w kolejne etapy rozwoju: adolescencję, a następnie wczesną dorosłość, popychał Anię ku kolejnym destrukcyjnym rozwiązaniom, przysparzającym jej jeszcze większych kłopotów.

Poddając refleksji różnicę w losach Ani i Janka zwrócić można uwagę nie tylko na odmienną intensywność traum doznanych w dzieciństwie (o ile subiektywnej intensywności traum nie sposób porównać, o tyle wnioski z badań nad ACE pozwalają sformułować taką tezę), ale też prawdopodobny wpływ różnic w zakresie indywidualnych czynników ochronnych. Sikorska [32] na podstawie przeglądu współczesnych koncepcji wskazuje, iż istotne czynniki chroniące to między innymi zaufanie do ludzi i zdolność do emocjonalnej bliskości, a także sprawność procesów poznawczych, autonomia, wewnętrzne poczucie kontroli i dobre kompetencje społeczne. Wydaje się, że cechą szczególnie silnie różnicującą tę dwójkę młodych ludzi była zdolność do emocjonalnej bliskości, ocalona w przypadku Janka, a deficytowa u Ani. Dzięki tej cesze Janek mógł angażować się w ważne, głębokie i wspierające relacje: między innymi intensywną relacją terapeutyczną oraz głęboką, wieloletnią relacją romantyczną ze swoją partnerką. Ania nie potrafiła przeżywać swojej psychoterapii jako ważnej i znaczącej. Mimo że terapię podjęła dobrowolnie, korzystając jedynie z sugestii wychowawczyni (nie była przymuszana do udziału w psychoterapii i mogła w każdej chwili zrezygnować), według terapeutki sesje były powierzchowne, a Ania nigdy nie zdecydowała się otwarcie mówić o swoich głębszych uczuciach czy refleksjach.

Wnioski

Opisałem powyżej biologiczne konsekwencje traum doznanych w dzieciństwie oraz to, w jaki sposób owe biologiczne zmiany mogą rzutować na rozwój mózgu i organizmu w adolescencji oraz ich funkcjonowanie w dorosłości. Przedstawiłem również kilka wniosków z badań psychologicznych, potwierdzających, iż traumy doznane w dzieciństwie kładą się cieniem na całym późniejszym życiu, prowadząc do licznych problemów, zaburzeń oraz chorób. Za pomocą dwóch ilustracji klinicznych usiłowałem statystyczny obraz płynący z badań ilościowych przełożyć także na język praktyki kontaktu z ludzkim cierpieniem. Podsumuję swoje rozważania nad tymi tematami, wprowadzając dwa wnioski.

P o p i e r w s z e, lepsze zrozumienie biologicznych mechanizmów konsekwencji dziecięcej traumy oraz psychologicznych trudności z nich wynikających może przysłużyć się specjalistom usiłującym znaleźć odpowiedni sposób rozumienia dorosłych pacjentów, którzy poszukują psychoterapii, nie skarżąc się na dziecięce traumy, lecz na ich dorosłe konsekwencje. W przypadku części osób cierpiących wskutek m.in. zaburzeń osobowości typu borderline, pogrążonych w chronicznej depresji, izolujących się społecznie lub regulujących nastrój za pomocą samouszkodzeń lub substancji odurzających podstawą ich kłopotów są trudne doświadczenia z dzieciństwa, mimo iż w ich własnej narracji zdarzenia te mogą nie mieć już znaczenia. Jeśli połączenie obrazu klinicznego z danymi z wywiadu pozwoli uzasadnić taką hipotezę, klinicyści mogą skorzystać z bogatego zasobu współczesnych narzędzi pracy z konsekwencjami traumy (np. [27]). Warto podkreślić, iż nie oznacza to konieczności wnikliwego odślaniania bolesnych doświadczeń dziecięcej traumy i szczegółowego omawiania tych wspomnień z pacjentem, kluczowe jest raczej uwzględnienie wpływu owej przeszłości na terażniejszość i próba wypracowania sposobów radzenia sobie ze skutkami traumy mniej kosztownych niż te, które dotychczas umożliwiały przetrwanie. Inaczej mówiąc: celem terapii traumy nie jest opowiedzenie o tym, co się wydarzyło, lecz stworzenie nowej, leczącej opowieści [33].

P o d r u g i e, świadomość potężnego, niszczącego wpływu dziecięcej traumy na mózg oraz na umysł i emocje dziecka, adolescenta i dorosłego może pomóc nam odpowiednio kalibrować ambicje terapeutyczne oraz z szacunkiem odnosić się do sytuacji, w których ciężar konsekwencji dziecięcych traum okazuje się przeważać nad wysiłkami podejmowanymi w celu uzyskania zdrowia psychicznego. Koncepcja rezyliencji jako zjawiska z istotną rolą czynników indywidualnych [34] czy zyskująca na popularności idea kształtowania czy rozwijania rezyliencji na zasadzie ćwiczenia umiejętności [35, 36] ma oczywiście zalety, ale w przypadku osób szczególnie mocno obciążonych ciężarem traum i przeciwnościami losu może prowadzić do jeszcze głębszej stygmatyzacji, poczucia porażki i wstydu po obydwu stronach relacji pomagania: jeśli przy wielu wysiłkach nie udaje się wydobyć z konsekwencji traumy, to być może ktoś (pacjent? terapeuta?) robi „coś nie tak”, jest „niedobrym pacjentem” lub „niedobrym terapeutą”? Taki rodzaj samostygmatyzacji opisują np. Corrigan, Larson i Rüsck [37]. Wydaje się, że alternatywną koncepcją, bardziej spójną z perspektywą przedstawioną w niniejszym artykule, jest postrzeganie rezyliencji jako zjawiska wynikającego z bardzo złożonego, dwukierunkowego oddziaływania czynników ryzyka i czynników chroniących, co proponuje np. Ungar [38, 39]. Taki punkt widzenia zakłada, że rezyliencja osadzona jest nie

tylko w cechach indywidualnych i interakcjach społecznych, ale też w kontekście społeczno-kulturowym, odpowiadającym zarówno za sieć dostępnych form pomocy, jak i za warunki umożliwiające sięganie po tę pomoc. Czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące mają zatem zawsze łączoną naturę biologiczną, psychologiczną, społeczną i środowisko-wo-kulturową, a rezyliencja jest nie tylko zdolnością jednostki do odnalezienia owych zasobów, ale także stanem środowiska (rodziny, społeczeństwa, kultury) tworzącego i oferującego w przystępny sposób owe zasoby [39]. Takie ujęcie pozwala zauważyć, iż w wielu sytuacjach utrzymywania się destrukcyjnych konsekwencji dziecięcej traumy w dorosłym życiu (jak w opisanych przykładach) porażka nie wynika z niedostatków indywidualnej rezyliencji czy z nieskuteczności specjalistów świadczących pomoc, lecz z nieustannego oddziaływania wieloczynnikowej, dwukierunkowej dynamiki między czynnikami ryzyka a czynnikami chroniącymi.

Postęp w zakresie badań nad mózgiem wnosi wiele optymizmu co do możliwości rekonsolidacji pamięci oraz zdolności naprawczych układu nerwowego. Niniejsza praca nie jest próbą nihilistycznego przekreślenia owego optymizmu, lecz próbą uzupełnienia dodającej otuchy narracji o możliwym wzroście potraumatycznym o perspektywę bardziej bolesną, ale również prawdziwą; podkreślającą, iż w niektórych sytuacjach — szczególnie jeśli na osobę z doświadczeniem traumy dziecięcej napiera złożony rodzinno-społeczno-kulturowy układ oddziaływań wspierających oraz sił retraumatyzujących, zwłaszcza z przewagą tych drugich — możliwości wpływu terapeutycznego bywają ograniczone. W moim głębokim przekonaniu warto z wytrwałością podejmować owe wysiłki pomimo umiarkowanych nadziei na poprawę.

Piśmiennictwo

1. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 23(2): 185–222. DOI: 10.1016/j.chc.2014.01.002.
2. Bickart KC, Wright CI, Dautoff RJ, Dickerson BC, Barrett LF. Amygdala volume and social network size in humans. *Nat. Neurosci.* 2011; 14(2):163–164. DOI: 10.1038/nn.2724.
3. Futa KT, Nash CL, Hansen DJ, Garbin CP. Adult survivors of childhood abuse: An analysis of coping mechanisms used for stressful childhood memories and current stressors. *J. Fam. Violence* 2003, 18 (4). 10.1023/A:1024068314963.
4. Erozkán A. The link between types of attachment and childhood trauma. *Univ. J. Educ. Res.* 2016; 4(5): 1071–1079. DOI: 10.13189/ujer.2016.040517.
5. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1991; 61(2): 226–244. DOI: 10.1037/0022-3514.61.2.226.
6. Wallin DJ. *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
7. Unger JAM, De Luca RV. The relationship between childhood physical abuse and adult attachment styles. *J. Fam. Viol.* 2014; 29: 223–234. DOI: 10.1007/s10896-014-9588-3.
8. Larsen CD, Sandberg JG, Harper JM, Bean R. The effects of childhood abuse on relationship quality: gender differences and clinical implications. *Fam. Relat.* 2011; 60: 435–445. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2011.00661.x.

9. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse Negl.* 2022;132: 145–186. DOI: 10.1016/j.chiabu.2022.105815.
10. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M i wsp. The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Front. Psychiatry* 2017; 8: 149. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00149.
11. Brown RC, Heines S, Witt A, Braehler E, Fegert JM i wsp. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry* 2018;18(1): 181. DOI: 10.1186/s12888-018-1754-3.
12. Bahk YC, Jang SK, Choi KH, Lee SH. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investig.* 2017; 14: 37. DOI: 10.4306/pi.2017.14.1.37.
13. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM i wsp. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am. J. Prev. Med.* 1998; 14(4): 245–258.
14. Petruccelli K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2019; 97: 104127. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104127.
15. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003;111(3): 564–572. DOI: 10.1542/peds.111.3.564.
16. Rogers CJ, Forster M, Grigsby TJ, Albers L, Morales C, Unger JB. The impact of childhood trauma on substance use trajectories from adolescence to adulthood: Findings from a longitudinal Hispanic cohort study. *Child Abuse Negl.* 2021; 120: 105200. DOI: 10.1016/j.chiabu.2021.105200.
17. Courtney EA, Kushwaha M, Johnson JG. Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence. *J. Emot. Abuse* 2008; 8(3): 281–298.
18. Alloy LB, Abramson LY, Smith JM, Gibb BE, Neeren AM. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2006; 9: 23–64.
19. Lamis DA, Wilson CK, Shahane AA, Kaslow NJ. Mediators of the childhood emotional abuse–hopelessness association in African American women. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(8): 1341–1350. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.11.006.
20. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl.* 1990; 14(3): 357–364. DOI: 10.1016/0145-2134(90)90007-g.
21. Karakus O. Relation between childhood abuse and self-esteem in adolescence. *Int. J. Hum. Sci.* 2012; 9: 753–763.
22. Negele A, Kaufhold J, Kallenbach L, Leuzinger-Bohleber M. Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depress. Res. Treat.* 2015: 650804. DOI: 10.1155/2015/650804.
23. Aunola K, Tolvanen A, Viljaranta J, Nurmi JE. Psychological control in daily parent-child interactions increases children’s negative emotions. *J. Fam. Psychol.* 2013; 27(3): 453–462. DOI: 10.1037/a0032891.
24. Rakow A, Forehand R, Haker K, McKee LG, Champion JE i wsp. Use of parental guilt induction among depressed parents. *J. Fam. Psychol.* 2011; 25(1): 147–151. DOI: 10.1037/a0022110.
25. Tandon M, Cardeli E, Luby J. Internalizing disorders in early childhood: a review of depressive and anxiety disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2009; 18(3): 593–610. DOI: 10.1016/j.chc.2009.03.004.

26. van der Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J. Trauma Stress*. 1995; 8(4): 505–525. DOI: 10.1007/BF02102887. PMID: 8564271.
27. van der Kolk B. *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: Czarna Owca; 2018.
28. Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, Bianchi I. From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatr. Clin. North Am*. 2006; 29(1): 63–86. DOI: 10.1016/j.psc.2005.10.011.
29. Kong SS, Kang DR, Oh MJ, Kim NH. Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *J. Trauma Dissociation* 2018; 19(2): 214–231. DOI: 10.1080/15299732.2017.1329772.
30. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146(4): 490–495. DOI:10.1176/ajp.146.4.490.
31. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, Bellino S. Borderline personality disorder: risk factors and early detection. *Diagnostics (Basel)*. 2021; 11(11): 2142. DOI: 10.3390/diagnostics11112142.
32. Sikorska, I. Dziecięca trauma: psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka Leczenia* 2014; 29(3–4): 55–70.
33. Meichenbaum D. *Roadmap to resilience: a guide for military, trauma victims, and their families*. Clearwater (FL): Institute Press; 2012.
34. Westphal M, Bonanno GA. Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology* 2007; 56: 417–427. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x.
35. Schiraldi GR. *Siła rezyliencji. Jak poradzić sobie ze stresem, traumą i przeciwnościami losu?* Sopot: GWP; 2019.
36. Hanson R. *Rezyliencja. Jak ukształtować fundament spokoju, siły i szczęścia*. Sopot: GWP; 2020.
37. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the „why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8(2): 75–81. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.
38. Ungar M. Resilience across cultures. *Br. J. Soc. Work*. 2008; 38(2): 218–235. DOI: 10.1093/bjsw/bcl343.
39. Ungar M. Social ecologies and their contribution to resilience. W: Ungar M, red. *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. Springer; 2012, str. 13–32. DOI: 10.1007/978-1-4614-0586-3_2.

Adres: l.kalita@psyche.med.pl