

CPTSD: neurobiologia, relacje i 13 kroków Pete'a Walkera



AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł stanowi kompleksowe kompendium wiedzy na temat złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD). Autor przybliży różnice diagnostyczne między standardowym PTSD a traumą relacyjną, opierając się na klasyfikacjach ICD-11 i DSM-5. Kluczowym elementem tekstu jest analiza neurobiologicznych mechanizmów obronnych, takich jak model 4F (walka, ucieczka, zamrożenie, ugłaskiwanie) oraz teoria poliwalgalna. Czytelnik pozna praktyczny protokół 13 kroków Pete'a Walkera, który pomaga w zarządzaniu retrospekcjami emocjonalnymi i wyciszaniu Wewnętrznego Krytyka. Tekst podkreśla również wagę procesu żałoby jako metabolicznej regeneracji psychiki, prowadzącej do integracji doświadczeń i odzyskania równowagi emocjonalnej.

This article provides a comprehensive compendium of knowledge about complex posttraumatic stress disorder (CPTSD). The author outlines the diagnostic differences between standard PTSD and relational trauma, drawing on the ICD-11 and DSM-5 classifications. A key element of the text is an analysis of neurobiological defense mechanisms, such as the 4F model (fight, flight, freeze, appease) and polyvagal theory. Readers will learn Pete Walker's practical 13-step protocol, which helps manage emotional flashbacks and quiet the Inner Critic. The text also emphasizes the importance of the grieving process as a metabolic regeneration of the psyche, leading to the integration of experiences and the restoration of emotional balance.

Artykuł analizuje perspektywę Pete'a Walkera na temat złożonego zespołu stresu pourazowego (CPTSD), odróżniając go od standardowego PTSD. Podczas gdy PTSD koncentruje się na reakcji na pojedyncze traumatyczne zdarzenie, CPTSD jest rozumiane jako głęboko zakorzeniony wzorec adaptacyjny, wynikający z chronicznych, relacyjnych urazów. Walker proponuje holistyczne podejście terapeutyczne, które obejmuje żałobę jako proces metaboliczny

emocji, reparenting, osłabianie Wewnętrznego Krytyka oraz praktyczne protokoły radzenia sobie z retrospekcjami. Kluczowym elementem jest zrozumienie czterech reakcji obronnych (4F): walki, ucieczki, zamrożenia i ugłaskiwania, nie jako patologii, lecz jako adaptacyjnych strategii przetrwania. Artykuł podkreśla znaczenie regulacji autonomicznej, konstrukcji emocji i relacyjnego kontekstu w procesie leczenia CPTSD, prezentując model Walkera jako praktyczny interfejs między neurobiologią a codziennym doświadczeniem traumy.

SŁOWA KLUCZOWE

CPTSD

PTSD

Pete Walker

retrospekcja emocjonalna

13 kroków

reakcja ugłaskiwania

teoria poliwalgalna

model 4F

neurobiologia traumy

ICD-11

dysocjacja

regulacja emocji

Wewnętrzny Krytyk

budżet ciała

żałoba emocjonalna

CPTSD vs PTSD: różnice w standardach ICD-11 i DSM-5

Aby właściwie usytuować perspektywę Walkera, trzeba nakreślić tło kliniczne. Podręcznikowe PTSD, zdefiniowane w klasyfikacji DSM-5, to zespół stresu pourazowego rozpoznawany na podstawie ekspozycji na traumę oraz konstelacji objawów: natrętnych wspomnień, unikania, negatywnych zmian nastroju i nadmiernej czujności. Formalne kryteria, uwzględniające warianty: dziecięcy oraz dysocjacyjny, wymagają utrzymywania się symptomów przez co najmniej miesiąc. DSM-5 podkreśla przy tym kluczowy detal: reakcje dysocjacyjne, takie jak flashbacki, mogą prowadzić do utraty orientacji. Flashback nie jest bowiem tylko mentalnym obrazem, lecz ponownym przeżywaniem zdarzenia na całej skali intensywności, z poczuciem, jakby działo się tu i teraz.

CPTSD dokłada do tej struktury kolejne piętro. W klasyfikacji ICD-11 Światowej Organizacji Zdrowia obejmuje ono wszystkie objawy PTSD, ale wzbogaca je o trzy grupy zaburzeń w organizacji Ja (DSO): uporczywe trudności w regulacji emocji, utrwalony negatywny obraz siebie oraz chroniczne problemy w relacjach. W tym ujęciu trauma przestaje być pojedynczym epizodem, a staje się całym środowiskiem rozwojowym. To właśnie tę „złożoną” formę postulowała Judith Herman, obserwując pacjentów po długotrwałych, relacyjnych urazach – ofiary przemocy domowej czy swoistego „więzienia rodzinnego”. Najnowsze badania precyzują jednak, że choć wielokrotna trauma znacząco zwiększa ryzyko CPTSD, nie jest jego warunkiem koniecznym. Korelacja jest silna, lecz niedoskonała, co ma fundamentalne znaczenie diagnostyczne.

Flashback emocjonalny: całkowita regresja organizmu

Wyobraźmy sobie pamięć nie jako zakurzone archiwum, lecz jako teatr neurofizjologii. Na tej scenie światłami steruje układ autonomiczny, a z budki suflera nieustannie szepcze Wewnętrzny Krytyk. W takim teatrze retrospekcja nie jest odtwarzanym klipem wideo, lecz totalnym stanem całego organizmu – ciała, które teraz, w terażniejszości, reaguje na to, czego wtedy nie zdołało przetworzyć. Ta fundamentalna intuicja stanowi rdzeń perspektywy Pete’a Walkera na złożony zespół stresu pourazowego (CPTSD). Nie leczy się bowiem obrazu z przeszłości; leczy się nawyk autonomicznego przełączania reakcji w stronę zagrożenia. Dlatego u Walkera terapia opiera się na czterech filarach: żałobie jako „metabolizmie emocji”, reparentingu, osłabianiu Krytyka oraz praktycznych protokołach radzenia sobie z retrospekcjami. To nie są puste metafory – za każdą z nich stoi twarda neurobiologia pamięci, mechanizmy regulacji autonomicznej i solidne podstawy klasycznej psychoterapii.

Cztery filary zdrowienia według Pete’a Walkera

Jeśli „fizjologia traumy” to nieustanna aktywacja układu współczulnego, to potrzebujemy czegoś więcej niż teorii – potrzebujemy zestawu narzędzi. Takich, które uczą organizm schodzenia z wysokich obrotów w stronę ukojenia, z toksycznego wstydu ku współczuciu, z porzucenia siebie w stronę samoopieki. Słynne „13 kroków zarządzania retrospekcjami emocjonalnymi” Walkera to właśnie taki interfejs między neurobiologią a codziennością. Proces zaczyna się od rozpoznania stanu („Mam retrospekcję”), by natychmiast przełączyć perspektywę czasową („Jestem bezpieczny tu i teraz”). Następnie wracamy do ciała, ucinamy katastrofizm Wewnętrznego Krytyka, a potem – i to jest sedno – pozwalamy sobie na żałobę. Żałoba jako „metabolizm emocji”: łzy, gniew, werbalna wentylacja, czucie. Ten z pozoru prosty protokół ma zaskakująco solidne fundamenty neurofizjologiczne. Obniża tonus reakcji walki lub ucieczki, aktywizuje komponenty przywspółczulne i uczy mózg, że dawny bodziec jest echem przeszłości, ale tu i teraz nie stanowi śmiertelnego zagrożenia.

Teoria poliwagalna Porgesa: hierarchia reakcji na traumę

Gdyby chcieć naszkicować mapę „mózgu Walkera”, zobaczylibyśmy układ trzech fundamentalnych osi. Pierwsza to regulacja autonomiczna, którą Stephen Porges w swojej teorii poliwagalnej rozpiął na trzy stany: grzbietowy bezruch (zamrożenie), mobilizację współczulną (walkę/ucieczkę) oraz brzuszną gałąź nerwu błędnego, odpowiadającą za bezpieczeństwo i zaangażowanie społeczne. Protokół 13 kroków porusza

się precyzyjnie między tymi stanami, z ambicją, by „przywracać” zaangażowanie tam, gdzie dominowały już tylko bezruch i mobilizacja.

Granularność i budżet ciała stabilizują afekt

Oś druga zanurza nas w konstruowaniu emocji i koncepcji „budżetu ciała”. Lisa Feldman Barrett przekonująco dowodzi, że mózg nie jest reaktywny, lecz predykcyjny – nieustannie „budżetuje” energię na podstawie wyuczonych wzorców. Zwiększenie „granularności” emocjonalnej, czyli nauka odróżniania wstydu od poczucia winy czy strachu od paniki, fundamentalnie usprawnia samoregulację. W tym świetle wentylowanie u Walkera to nie „gadanie o uczuciach dla zasady”, lecz trening precyzyjnego kodowania sygnałów, który zmienia przyszłe predykcje i obniża metaboliczne koszty reakcji.

Typologia 4F: walka, ucieczka, zamrożenie i ugłaskiwanie

Jedną z największych zasług Pete’a Walkera dla psychologii praktycznej było stworzenie klarownej mapy tego, co w literaturze klinicznej i neurobiologicznej rozpisane jest na wiele skomplikowanych modeli. Chodzi o repertuar czterech reakcji obronnych, zwanych 4F: fight, flight, freeze i fawn (walka, ucieczka, zamrożenie, ugłaskiwanie). Ta prosta typologia pozwala wreszcie zrozumieć, dlaczego objawy CPTSD bywają tak dramatycznie różne. Dlaczego jedni pacjenci „eksplodują” gniewem, inni „uciekają” w pracoholizm, jeszcze inni „kamienieją” w milczeniu, a niektórzy po prostu „znikają”, próbując rozpuścić się w potrzebach innych?

Walker proponuje, by patrzeć na 4F nie jak na patologie, lecz jak na genialne w swojej tragicznej logice adaptacje rozwojowe – strategie przetrwania wyuczone w warunkach chronicznego zagrożenia. Gdy dziecko nie może ani walczyć, ani uciec, a zamrożenie lub ugłaskiwanie daje choćby cień szansy na przetrwanie, układ nerwowy zapisuje ten wzorzec jako nawyk. CPTSD staje się więc biografią reakcji obronnych, które w dorosłości uruchamiają się automatycznie, często w sposób zupełnie nieadekwatny do realnego poziomu zagrożenia. To oprogramowanie, które kiedyś ratowało życie, teraz staje się klatką.

Reakcja walki (Fight) to energia kontroli i granic. W teatrze neurofizjologii jest to czysta mobilizacja układu współczulnego: tętno przyspiesza, mięśnie się napinają, ciało szykuje się do ataku lub obrony. Dla dziecka wychowanego w przemocowym domu „walka” mogła oznaczać jedyny sposób na zaznaczenie swojego istnienia – krzyk, opór, protest. W dorosłości ten sam mechanizm przybiera formę kompulsywnej potrzeby kontroli, chronicznej drażliwości, agresji słownej czy obsesyjnego perfekcjonizmu. To obwód nerwowy,

który angażuje korę przedczołową jako centrum dowodzenia, ale w trybie awaryjnym, zdominowanym przez alarmowe sygnały z ciała migdałowatego. Zdrową wersją tej energii jest asertywność; problem zaczyna się, gdy uruchamia się ona na oślep, a inni ludzie stają się jedynie ekranem do projekcji dawnych wrogów.

Ucieczka (Flight) to ruch jako iluzja bezpieczeństwa. To drugi wariant mobilizacji współczulnej, który u dziecka mógł oznaczać dosłowne chowanie się w szafie, uciekanie w świat książek lub fantazji. W dorosłości strategia ta rozrasta się do postaci nadmiernej aktywności: pracoholizmu, kompulsywnego uczenia się, nieustannego bycia zajęтым, byle tylko nie poczuć tego, co czai się w ciszy. Walker nazywa to zjawisko „manią produktywności” – lękiem zamaskowanym nieustannym ruchem. Biologicznie ucieczka ma sens, bo zmniejsza ryzyko konfrontacji. Psychologicznie jednak staje się strategią unikania emocji, bliskości i introspekcji, dając złudzenie kontroli za cenę chronicznego wyczerpania. Zdrowa energia eksploracji zamienia się w „hiperaktywność na biegu jałowym”.

Zamrożenie (Freeze) to bezruch jako tarcza. Trzecia reakcja uruchamia najstarszą ewolucyjnie, grzbietową gałąź nerwu błędnego, która odpowiada za stan bezruchu, spowolnienia akcji serca i poczucia odcięcia od ciała. Dla dziecka w sytuacji skrajnego zagrożenia znieruchomienie i „udawanie martwego” było czasem jedyną dostępną strategią przetrwania. W dorosłości ten wzorzec manifestuje się jako prokrastynacja, emocjonalne odrętwienie, stany depresyjne czy dysocjacja, czyli poczucie odrealnienia. To stan zawieszenia, psychicznej hibernacji, w której nic nie boli, ale też nic nie może się rozwinąć. W literaturze klinicznej freeze łączy się z wyuczoną bezradnością, a w traumie rozwojowej jest fundamentem chronicznej dysocjacji. Zdrowa wersja tego toru to umiejętność odpoczynku i kontemplacji. W CPTSD zamrożenie nie jest wyborem, lecz automatyzmem, który odbiera sprawczość.

Ugłaskiwanie (Fawn) to bezpieczeństwo przez podporządkowanie. To najsubtelniejsza i najpóźniej nazwana ze strategii, polegająca na tym, że dziecko uczy się, iż przetrwanie zależy od zadowolenia oprawcy. Musi wyprzedzać jego potrzeby, dostosowywać się, rezygnować z siebie. W dorosłości owocuje to nadmierną ugodowością, zacieraniem własnych granic, uzależnieniem od aprobaty i fundamentalną trudnością w mówieniu „nie”. Psychologicznie fawn jest skrajną formą lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania, gdzie cena za bezpieczeństwo jest bardzo wysoka. Neurobiologicznie to paradoks: mieszanka współczulnego pobudzenia do działania z próbą wykorzystania brzusznej gałęzi nerwu błędnego, odpowiedzialnej za społeczne sygnały bezpieczeństwa. Całość działa jednak w trybie poddania. Walker podkreśla, że to często niewidoczna reakcja, mylona z empatią i altruizmem. Jej zdrowy odpowiednik to autentyczna troska i współpraca, lecz w CPTSD jest to strategia przetrwania okupiona utratą własnej tożsamości.

Żałoba jako metabolizm: proces uwalniania bólu

Żałoba to jedno z najbardziej zdradliwych pojęć w leksykonie psychologicznym. Większości z nas kojarzy się ona z rytuałem funeralnym, czernią, ciszą i wspomnianiem osoby zmarłej. Pete Walker odwraca tę perspektywę, używając tego terminu w zgoła odmiennym kontekście: jako procesu metabolicznego psychiki, którego zadaniem jest strawienie i wydalenie toksycznych pozostałości po traumie. Nie chodzi tu o stratę konkretnego człowieka, lecz o utratę dóbr elementarnych – bezpiecznego dzieciństwa, prawa do radości oraz poczucia bycia dostrzeżonym i kochanym. To żal po „utraconych szansach rozwojowych”, których nie da się odzyskać, ale które można i należy opłakać. W tym ujęciu żałoba jest nie tyle pożegnaniem, ile alchemiczną przemianą zamrożonych emocji w energię, która ponownie może płynąć.

Walker dzieli ten proces na cztery fundamentalne etapy, które wspólnie tworzą pełny cykl zdrowienia. Każdy z nich ma swój neurobiologiczny odpowiednik, kulturowe uwarunkowania i kluczowe znaczenie terapeutyczne, tworząc spójną mapę powrotu do siebie.

Pierwszym krokiem jest gniew, lecz nie w formie rozproszonej wściekłości, a jako odzyskana energia samoobrony, która niegdyś została brutalnie zablokowana. U dzieci doświadczających przemocy lub zaniedbania naturalny odruch gniewu był karany, toteż z czasem przekształcał się w toksyczny wstyd – w przekonanie: „to moja wina, że mnie skrzywdzono”. Walker podkreśla, że zdrowy gniew działa niczym chemiczny rozpuszczalnik, który „odkleja” wstyd od samego doświadczenia. Pozwala on wreszcie powiedzieć: „to było złe”, zamiast trwać w poczuciu: „ja jestem zły”. Neurobiologicznie odpowiada to kontrolowanej aktywacji układu współczulnego, niczym świadome ćwiczenie mięśnia, który odzyskuje sprawność, zamiast degenerować się w stronę autoagresji. To właśnie ten mechanizm miała na myśli Judith Herman, pisząc: „Trauma okrada człowieka z języka. Żałoba i gniew przywracają mowę i sprawczość”, co pozwala ofierze odzyskać rolę podmiotu we własnej historii.

Drugim procesem jest płacz – najbardziej pierwotny, biologiczny system samoukojenia. Łzy to nie tylko roztwór soli; zawierają one hormony stresu, takie jak kortykotropina (ACTH), których wydalenie dosłownie obniża ich stężenie w organizmie. Płacz aktywuje układ przywspółczulny, zwłaszcza nerw błędny, przywracając miarowy rytm serca i równowagę oddechu. Dlatego Walker traktuje płacz nie jako oznakę słabości, lecz jako potężny lek biologiczny, w który wyposażony jest każdy człowiek. W aspekcie kulturowym obserwujemy tu ogromne zróżnicowanie. W tradycjach śródziemnomorskich rytualny płacz stanowił formę wspólnotowej ekspresji, uznawaną za konieczny etap żałoby. W kulturach północnoeuropejskich, przeciwnie, był on tłumiony jako niestosowny. Różnice te pokazują, jak „polityka emocji” wpływa na zdolność do zdrowienia – im większe jest społeczne przyzwolenie na łzy, tym większa szansa, że żałoba stanie się procesem grupowym, a nie samotnym „duszeniem w gardle”.

Trzeci etap to wentylacja werbalna, czyli mówienie o swoich doświadczeniach. Walker zaznacza, że nie chodzi o suche raportowanie faktów, lecz o znalezienie języka dla emocji i budowanie zdań łączących prawą i lewą półkulę mózgu. Prawa półkula przechowuje bowiem pamięć emocjonalną i obrazową, podczas gdy le

Protokół 13 kroków: opanowanie retrospekcji

Retrospekcja emocjonalna w rozumieniu Pete’a Walkera nie jest filmem odtwarzanym w głowie. To pełnoustrojowy stan „tu i teraz”, w którym ciało i układ nerwowy reagują tak, jakby dawne zagrożenie znów stało się realne. W terminologii diagnostycznej mieści się to w spektrum objawów intruzyjnych PTSD, opisywanych jako „reakcje dysocjacyjne (flashbacki), podczas których jednostka czuje lub zachowuje się tak, jakby traumatyczne zdarzenie działo się ponownie”. W C-PTSD bywa to jednak szczególnie „afektywne” – pozbawione obrazów, za to zdominowane przez paraliżujący wstyd, lęk i poczucie rozpadu. Dlatego protokół trzynastu kroków ma strukturę „przełącznika stanów”, który kolejno oswaja czas, ciało, narrację i relację, by obniżyć poczucie bieżącego zagrożenia i odzyskać sprawczość.

Krok 1. „Mam retrospekcję”. Nazwanie stanu jako reset czasu

Pierwsze zdanie, „Mam retrospekcję”, działa jak mentalny stempel czasowy. Z perspektywy poznawczej dekonstruuje ono kluczowy mechanizm podtrzymujący PTSD, który opisali Ehlers i Clark: zaburzenie trwa, ponieważ mózg przetwarza traumę w sposób generujący poczucie aktualnego zagrożenia. Nazwanie procesu wprowadza kluczowy dystans między bodźcem a jego automatyczną interpretacją, przywracając ramę: „to jest wspomnienie, nie bieżące wydarzenie”. W modelu podwójnej reprezentacji Brewina to początek rekontekstualizacji, czyli przenoszenia materiału z pamięci „sytuacyjnie dostępnej” (SAM), będącej czystym, bezczasowym odczuciem, do „werbalnie dostępnej” (VAM), pozwalającej narracyjnie zarządzać pobudzeniem. Takie etykietowanie ma też wymiar biologiczny. Jak opisała to Lisa Feldman Barrett, mózg przestaje marnotrawić zasoby z „budżetu ciała” na niepotrzebną mobilizację do walki.

Krok 2. „Czuję strach, ale nie jestem w niebezpieczeństwie”. Rozdzielenie afektu od oceny

To zdanie rozdziela dwa poziomy: fizjologiczne pobudzenie i poznawczy wniosek o zagrożeniu. W języku teorii regulacji emocji Jamesa Grossa dokonujemy tu „przekształcenia poznawczego”, czyli reinterpreterujemy odczucia płynące z ciała, aby nie były automatycznie mapowane na katastrofę. W kategoriach teorii konstrukcji emocji Lisy Feldman Barrett to dosłownie akt „zbudowania” nowego znaczenia dla tych samych wrażeń interoceptywnych. Serce bije szybciej nie dlatego, że „ktoś stoi za drzwiami”, lecz dlatego, że autonomiczny układ nerwowy uruchomił starą, zapisaną predykcję. Dzięki temu spada „poczucie aktualnego zagrożenia” – główny motor napędowy PTSD.

Krok 3. „Mam prawo do granic”. Przywrócenie woli i pola

Deklaracja prawa do granic to ruch z samego centrum Ja. Teoretycznie przecina ona toksyczną pętlę „bezradność → wstyd → samoporzucenie”, którą w literaturze o C-PTSD identyfikuje się jako zaburzenie organizacji Ja, szczególnie w obszarze regulacji afektu i koncepcji siebie. Ta zmiana ramy podmiotowej ma również natychmiastowy skutek neuroregulacyjny. Poczucie sprawczości obniża pobudzenie i symbolicznie „domyka” otwartą pętlę reakcji obronnych (walka, ucieczka, zamrożenie, uległość), które w C-PTSD potrafią zastygać w skrajnych, wyniszczających trybach.

Krok 4. „Do wewnętrznego dziecka mówię z czułością”. Korekta przywiązaniowa

Mówienie uspokajająco do własnej, „mł

Współregulacja i bezpieczna więź leczą traumę

Jeśli zespół stresu pourazowego (PTSD) można leczyć w laboratorium indywidualnej pamięci, to jego złożony odpowiednik (C-PTSD) wymaga teatru relacyjnego – przestrzeni, w której drugi człowiek staje się lustrem, regulatorem i świadkiem. Klinicyści tacy jak Walker, Herman, Fisher czy van der Kolk są w tej kwestii zgodni: złożona trauma jest chorobą relacji, a zatem jej leczenie musi być doświadczeniem w niej zakorzenionym.

Dlaczego więź jest tu kluczowa? Trauma przewlekła niemal zawsze rozwija się w kontekście interpersonalnym: przemocy w rodzinie, zaniedbania, emocjonalnego lub seksualnego wykorzystywania. To najbliższe osoby stają się źródłem zagrożenia, co podkopuje fundamentalny mechanizm psychiczny, jakim jest przywiązanie. Mózg dziecka, ewolucyjnie zaprogramowany do szukania bezpieczeństwa w ramionach opiekuna, w warunkach C-PTSD uczy się czegoś przeciwnego: że ramiona bywają nieprzewidywalne, a poczucie bezpieczeństwa jest iluzją. Stąd bierze się kluczowe zjawisko, jakim jest dysregulacja przywiązaniowa, czyli głębokie zaburzenie zdolności do tworzenia bezpiecznych więzi.

Podejście relacyjne zakłada, że żadna, nawet najgłębsza samoanaliza nie wystarczy, jeśli nie zostanie skorygowana przez współregulację. To proces, w którym doświadczamy, że drugi człowiek jest obecny, stabilny, reaguje z troską i nie wycofuje się w momencie naszego kryzysu. Jest to neurobiologiczny dowód na to, że świat może być bezpieczny.

Stephen Porges w swojej teorii poliwalnej precyzyjnie wyjaśnił neurobiologię tego bezpieczeństwa. Pokazał, że nasz układ nerwowy, a konkretnie brzuszna gałąź nerwu błędnego, odpowiada za zaangażowanie społeczne – regulację rytmu serca, mimiki, tonu głosu i oddechu w obecności innych. Uśmiech, łagodna intonacja, kontakt wzrokowy i spokojna mowa drugiej osoby mają działanie niemal farmakologiczne, ponieważ wysyłają do naszego ciała sygnał: „jesteś bezpieczna”. To nie metafora, to czysta fizjologia.

Pete Walker pisze wprost, że trauma nie ustąpi w pełni dzięki „ćwiczeniom solo”. Konieczne są powtarzalne doświadczenia relacyjne, w których ciało może się przekonać, że reakcja „walcz, uciekaj, zamierzaj lub podporządkuj się” (4F) nie musi się uruchamiać, bo drugi człowiek nie stanowi zagrożenia. Dlatego terapia oparta na współregulacji – od klasycznej psychoterapii, przez grupy wsparcia, aż po korektywne relacje przyjacielskie – stanowi fundament zdrowienia.

Jednym z najbardziej oryginalnych wkładów Walkera jest koncepcja reparentingu, czyli świadomego uczenia się rodzicielstwa wobec samego siebie. Skoro dzieciństwo było go pozbawione, dorosły może nauczyć się pełnić te role wobec swojego wewnętrznego Ja. Walker wyróżnia tu dwa bieguny. Samomatkowanie to praktyki czułości, troski i emocjonalnego ukojenia, wewnętrzny głos mówiący: „jestem przy tobie, możesz płakać, twoje uczucia są ważne”. Z kolei samoojcowanie to praktyki struktury, granic i zachęty do działania: „dasz radę, wierzę w ciebie, wytrwaj w tym trudnym zadaniu”. Razem tworzą one brakujące ogniwo rozwoju – wewnętrznych rodziców, którzy wspierają, zamiast krytykować.

Walker trzeźwo zauważa, że nie zawsze można polegać wyłącznie na sobie. Dlatego proponuje praktykę „reparenting by committee”, czyli świadomego korzystania z wielu źródeł wsparcia. W skład takiej „komisji” mogą wchodzić terapeuta, przyjaciele, partner, a nawet autorzy książek, którzy „pożyczają” nam swój opiekuńczy głos. W tym ujęciu zdrowienie staje się siecią wzajemnej

Reparenting: techniki samo-matkowania i samoojcowania

Jedną z najbardziej oryginalnych propozycji Walkera jest koncepcja reparentingu, czyli świadomego uczenia się rodzicielstwa wobec samego siebie. Skoro dzieciństwo było czasem deficytu opieki i wsparcia, dorosły może przejąć stery i nauczyć się pełnić te role wobec własnego Ja. Walker precyzyjnie rozróżnia tu dwa komplementarne bieguny. Pierwszy to samomatkowanie: praktyki czułości, troski i emocjonalnego ukojenia, wewnętrzny głos szepczący: „Jestem przy tobie, możesz płakać, twoje uczucia są ważne”. Drugi to samoojcowanie, czyli praktyki budowania struktury, stawiania granic i zachęty do sprawczości, wyrażone w komunikacji: „Dasz radę, wierzę w ciebie, wytrwaj w tym trudnym ćwiczeniu”.

Oba te procesy razem tworzą brakujące ogniwo rozwoju – wewnętrznych wspierających rodziców, którzy zastępują surowego wewnętrznego krytyka. To nie jest jedynie poetycka metafora, lecz konkretny proces neurobiologiczny. Odpowiada on bowiem przesunięciu aktywności z reaktywnych obszarów limbicznych, odpowiedzialnych za strach i panikę, do dojrzałej kory przedczołowej, która zarządza planowaniem i regulacją emocji. To jak zmiana dyrygenta orkiestry z impulsywnego na rozważnego.

Walker pozostaje jednak realistą i przyznaje, że nie zawsze można polegać wyłącznie na sobie. Dlatego proponuje praktykę „reparenting by committee”, czyli zebrania całego komitetu wspierających opiekunów. W jego skład mogą wejść terapeuta, zaufani przyjaciele, partner, a nawet autorzy książek, którzy swoim tekstem „pożyczają” nam głos dojrzałego opiekuna. W tym ujęciu zdrowienie nie jest samotną wspinaczką. Staje się procesem osadzonym w sieci wzajemnej regulacji, a nie punktową interwencją jednego specjalisty.

Neutralizacja wewnętrznego i zewnętrznego krytyka

Warto zatrzymać się przy dwóch sabotażystach, którzy skutecznie torpedują proces leczenia: Wewnętrznym i Zewnętrznym Krytyku. To bliźniacze głosy, choć każdy ma inną melodię destrukcji. Wewnętrzny torturuje nas perfekcjonizmem i katastrofizmem, szepcząc nieustannie „muszę”, „zawsze”, „na pewno źle się skończy”. Zewnętrzny z kolei kolonizuje nasz obraz świata, malując innych jako osoby z zasady niegodne zaufania i nieuchronnie rozczarowujące. To on buduje mur nieufności między nami a resztą rzeczywistości.

Pete Walker podchodzi do nich bezceremonialnie. Proponuje odzyskanie zdrowego gniewu i zastosowanie techniki „stopowania myśli” – krótkiego, stanowczego „NIE!” lub „Zamilknij!” rzuconego w twarz wewnętrznemu oprawcy. Zaraz potem następuje korekta poznawcza, czyli sformułowanie alternatywnego, realistycznego komunikatu, oraz „zasilanie dowodem” – przywołanie listy własnych, twardych faktów i osiągnięć. To nie jest naiwne pozytywne myślenie. To czysta neuroplastyczność w działaniu: każda taka runda osłabia stary, nawykowy szlak neuronalny i wzmacnia nowy, wspierający tor myślowy.

W przypadku Krytyka Zewnętrznego dochodzi jeszcze jeden, kluczowy komponent: przeniesienie. Zbyt silna, nieadekwatna złość odczuwana „tu i teraz” bywa bowiem echem gniewu „tam i kiedyś”. Żaloba po dawnych stratach staje się wtedy wentylem bezpieczeństwa, który pozwala wypuścić parę z kotła – inaczej destrukcyjny wybuch kierujemy w niewłaściwą stronę. Jednym z najsubtelniejszych markerów postępu staje się więc ruch „od projekcji do rozumienia”. Zamiast wydawać uogólnione wyroki, zaczynamy odczuwać autentyczną ciekawość relacyjną.

Interocepcja i znaczniki somatyczne rekalkibrują traumę

Trzecia oś to markery somatyczne, opisane w słynnej hipotezie Antonia Damasia. Zgodnie z nią emocje i sygnały płynące z ciała ukierunkowują nasze wybory, zanim do głosu dojdzie chłodna racjonalizacja. W C-PTSD ten wewnętrzny system alarmowy jest jednak rozregulowany: czerwony marker zagrożenia zapala się zbyt wcześnie i gaśnie zbyt późno. Dlatego ćwiczenia powrotu do ciała, które Walker szkicuje w krokach 7a–7e, są w istocie praktyką ponownej kalibracji tych sygnałów. To neuroekonomia w wersji klinicznej.

Pułapka przebaczenia: dlaczego Walker zaleca ostrożność

I tu dochodzimy do kluczowej różnicy między PTSD a CPTSD, która zmienia wszystko. PTSD bywa „reakcją na zdarzenie” – pojedynczym, ostrym śladem pamięciowym, który trzeba wygasić, przepracować i wkomponować we własną historię. CPTSD jest natomiast „stylem adaptacji”, całym systemem operacyjnym ja-świat, wyuczonym w przewlekłej relacji zagrożenia i porzucenia. Dlatego w przypadku CPTSD terapia musi być wielowymiarowa: to jednoczesna praca w obszarach psychoedukacji, restrukturyzacji poznawczej, regulacji somatycznej, uważności, żałoby, reparentingu, relacji i granic. Właśnie z tego powodu Pete Walker tak mocno ostrzega przed „przedwczesnym przebaczeniem”. Wybaczenie bez żałoby to przymusowa pozytywność, która jedynie utrwała wyparcie i podtrzymuje zamknięty obieg wstydu. A to oznacza, że „kryterium sukcesu” nie brzmi: „Nigdy już nie będę mieć flashbacków”, lecz: „Potrafię szybko rozpoznać ten stan, obniżyć pobudzenie, poprosić o koregulację i wrócić do sprawczości”.

Czy w labiryncie przeszłości, gdzie echo dawnych urazów wciąż wybrzmiewa w ciele, odnajdziemy klucz do teraźniejszości? Może terapia CPTSD to nie tylko leczenie ran, ale przede wszystkim budowanie mostów – pomiędzy zamrożonymi emocjami a pulsującym życiem, pomiędzy samotnością a siecią wsparcia, pomiędzy przeszłością a szansą na nową narrację o sobie samym? A może, paradoksalnie, uzdrowienie polega na tym, by zaakceptować te blizny, uczynić je częścią naszej historii, świadectwem przetrwania i siły, która pozwoliła nam dojrzeć w cieniu traumy?

Inspiracje

[1] "Complex PTSD. From surviving to thriving" Pete Walker

2013 | CreateSpace Independent Publishing Platform

Pete Walker jest licencjonowanym psychoterapeutą specjalizującym się w traumie dziecięcej i złożonym zespole stresu pourazowego (C-PTSD). Jest doradcą, wykładowcą i autorem, znanym z poradnika „Złożone PTSD: Od przetrwania do rozwoju”.

Pete Walker is a licensed psychotherapist specializing in childhood trauma and Complex PTSD (C-PTSD). He is a counselor, lecturer, and author, known for his self-help guide, 'Complex PTSD: From Surviving to Thriving'.

Literatura uzupełniająca

Książki

Autorzy przywoływani w artykule:



[1] "The Tao of Fully Feeling: Harvesting Forgiveness Out of Blame"

Pete Walker

2015 | Createspace Independent Publishing Platform | ISBN: 9781515079767



[2] "Homesteading in the Calm Eye of the Storm: A Therapist Navigates His CPTSD"

Pete Walker

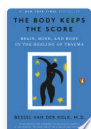
2017 | Createspace Independent Publishing Platform | ISBN: 9781974029150

[3] "Holistically Treating Complex PTSD: A Six-Dimensional Approach: Guidance for Therapists, Coaches, and Other Helpers to Repair the Damage and Arrested Development Suffered By Survivors"

Pete Walker

2023

Literatura pokrewna (Google Scholar):



[4] "Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society"

Bessel Van Der Kolk

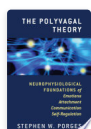
2014 | Penguin | ISBN: 9781101608302



[5] "Father-Daughter Incest"

Judith Herman, Lisa Hirschman

2012 | Harvard University Press | ISBN: 9780674076518



[6] "The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation"

Stephen W. Porges

2011 | W. W. Norton & Company | ISBN: 9780393709063



[7] "Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Internal Self-Alienation"

Janina Fisher

2017 | Routledge | ISBN: 9781134613083

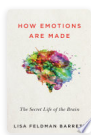
[Google Scholar](#)



[8] "Our Polyvagal World: How Safety and Trauma Change Us"

Stephen W. Porges, Seth Porges

2023 | W. W. Norton & Company | ISBN: 9781324030263

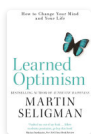


[9] "How Emotions Are Made: The Secret Life of the Brain"

Lisa Feldman Barrett

2017 | HarperCollins | ISBN: 9780544129962

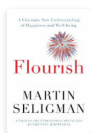
[Google Scholar](#)



[10] "Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life"

Martin Seligman

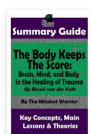
2018 | Hachette UK | ISBN: 9781473684324



[11] "Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment"

Martin Seligman

2012 | Random House Australia | ISBN: 9781864712988

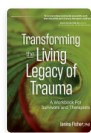


[12] "The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma"

Bessel Van Der Kolk

2019 | Independently Published | ISBN: 9781795001960

[Google Scholar](#)



[13] "Transforming the Living Legacy of Trauma: A Workbook for Survivors and Therapists"

Janina Fisher

2021 | PESI Publishing | ISBN: 9781683733485

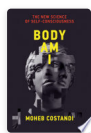
[Google Scholar](#)



[14] "Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain"

Antonio Damasio

2005 | Penguin | ISBN: 9780143036227



[15] "The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness"

Antonio Damasio

2022 | MIT Press | ISBN: 9780262368704

Artykuły naukowe

Autorzy przywoływani:

[1] "Long-Term Improvements of Complex Post-Traumatic Stress Disorder (CPTSD) Symptoms After Multimodal Psychodynamic Inpatient Rehabilitation Treatment—An Observational Single Center Pilot Study"

L. Teismann, C. Weigel, J. Brakemeier, et al.

2025

[2] "Childhood trauma, attachment orientation, and complex PTSD (CPTSD) symptoms in a clinical sample: Implications for treatment"

A. Cavka, M. Vaso, E. Mellqvist-Fjaestad, A. Broberg, H. Strandell, E. Skarphedinsson

2021 | Development and Psychopathology

[Google Scholar](#)

[3] "Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma"

Judith Lewis Herman

1992 | Journal of Traumatic Stress

[4] "Tracing the paths: a systematic review of mediators of complex trauma and complex post-traumatic stress disorder"

Grace Ryan et al.

2024 | Frontiers

[Google Scholar](#)

[5] "Polyvagal theory: a journey from physiological observation to neural innervation and clinical insight"

Stephen W. Porges

2021 | Current Opinion in Physiology

[6] "The polyvagal perspective"

Stephen W. Porges

2007 | Biological Psychology

[7] "A theoretical exploration of polyvagal theory in creative arts and psychomotor therapies for emotion regulation in stress and trauma"

Susan van Hooren, Marijke C. Lelie, Joke M. Korevaar

2024 | Frontiers in Psychology

[8] "Considering PTSD from the perspective of brain processes: a psychological construction approach"

Michael K Suvak, Lisa Feldman Barrett

2011 | Journal of Traumatic Stress

[Google Scholar](#)

[9] "Emotions are real"

Lisa Feldman Barrett

2012 | Emotion

[Google Scholar](#)

[10] "Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?"

Evangelia Giourou, Maria Skokou, Stuart P Andrew, Konstantina Alexopoulou, Philippos Gourzis, Eleni Jelastopulu

2018 | World Journal of Psychiatry

[11] "Learned helplessness"

M E Seligman

1972 | Annu Rev Med

[12] "Failure to escape traumatic shock"

Overmier, J. B., Seligman, M. E.

1967 | Journal of Experimental Psychology

[13] "Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma"

Bessel A van der Kolk, Susan Roth, David Pelcovitz, Susanne Sunday, Joseph Spinazzola

2005 | J Trauma Stress

[14] "A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity"

M. Cloitre, B.C. Stolbach, J.L. Herman, B. van der Kolk, R. Pynoos, J. Wang, E. Petkova

2009 | J Trauma Stress

[15] "Dissociative Phenomena in the Everyday Lives of Trauma Survivors"

Janina Fisher

2001

[16] "The 4Fs: A Trauma Typology in Complex PTSD"

Pete Walker

[Google Scholar](#)

[17] "The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex"

A.R. Damasio

1996 | Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences

[18] "Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions"

A.R. Damasio, T.J. Grabowski, A. Bechara, H. Damasio, L.L.B. Ponto, J. Parvizi, R.D. Hichwa

2000 | Nature Neuroscience

APA ONE Publishing System

Fundacja Dobre Państwo © 2026

Article ID: 53255b74-dc30-4b11-a731-923ab93c08c7