Dwa oblicza traumy: porównanie PTSD oraz CPTSD

AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Artykuł stanowi wnikliwe porównanie klasycznego zespołu stresu pourazowego (PTSD) ze złożoną traumą relacyjną (CPTSD). Autorzy wyjaśniają, jak jednorazowe zdarzenia traumatyczne różnią się w skutkach od długotrwałego, chronicznego naruszania granic w bliskich relacjach. Tekst szczegółowo omawia mechanizmy neurobiologiczne, w tym reakcje ciała migdałowatego i układu limbicznego, które odpowiadają za utrwalenie bolesnych wspomnień. Czytelnik dowie się, jak destrukcyjny wpływ na psychikę ma wewnętrzny krytyk oraz paraliżujący toksyczny wstyd, będące filarami CPTSD. Publikacja prezentuje również skuteczne drogi do uzdrowienia, takie jak terapia EMDR, koncepcja reparentingu oraz integracja narracyjna. To niezbędne opracowanie dla osób pragnących zrozumieć głębię ludzkiej psychiki w obliczu cierpienia, oparte na dorobku wybitnych ekspertów, takich jak Pete Walker czy Bessel van der Kolk.

This article provides an insightful comparison of classic posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex relational trauma (CPTSD). The authors explain how single-time traumatic events differ in their effects from long-term, chronic boundary violations in close relationships. The text details the neurobiological mechanisms, including the amygdala and limbic system's responses, which are responsible for perpetuating painful memories. The reader will learn about the destructive impact of the inner critic and paralyzing toxic shame, which are the pillars of CPTSD. The publication also presents effective paths to healing, such as EMDR therapy, the concept of reparenting, and narrative integration. This essential resource for those seeking to understand the depth of the human psyche in the face of suffering, draws on the work of eminent experts such as Pete Walker and Bessel van der Kolk.

Artykuł analizuje dwa oblicza traumy: Zespół Stresu Pourazowego (PTSD) i Złożony Zespół Stresu Pourazowego (CPTSD), ukazując je jako różne manifestacje tego samego rdzenia cierpienia. PTSD, wynikające z pojedynczych, traumatycznych wydarzeń, manifestuje się

poprzez retrospekcje, unikanie i pobudzenie, zacierając granice między przeszłością a teraźniejszością. CPTSD, będące skutkiem długotrwałej traumy relacyjnej, zwłaszcza w dzieciństwie, dodaje do tego toksyczny wstyd, wewnętrznego krytyka i trudności w budowaniu więzi, kwestionując tożsamość ofiary. Kluczowa różnica tkwi w źródle urazu: wydarzenie vs. relacja. Artykuł podkreśla, że oba zaburzenia wymagają kompleksowego leczenia, łączącego pracę z ciałem i umysłem, a także uwzględniającego kontekst kulturowy i społeczne uwarunkowania. Celem jest nie tylko złagodzenie objawów, ale przede wszystkim odzyskanie głosu i prawa do narracji, umożliwiające powrót do życia w teraźniejszości.

SŁOWA KLUCZOWE

PTSD | CPTSD | trauma relacyjna | zespół stresu pourazowego | wewnętrzny krytyk | toksyczny wstyd | reparenting | EMDR | ciało migdałowate | złożona trauma | układ limbiczny | retrospekcje | integracja narracyjna | Pete Walker | Bessel van der Kolk

PTSD vs. CPTSD: incydent a długotrwała opresja

Dwa oblicza traumy, jeden dramat człowieczeństwa. Zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz jego złożony odpowiednik (CPTSD) są jak dwa języki opowiadające o tej samej ranie, lecz posługujące się odmiennymi dialektami. Oba opisują skutki doświadczeń, które przekroczyły zdolność psychiki do adaptacji, jednak różnią się genezą, dynamiką i głębokością zakorzenienia w strukturze osobowości. W ich zestawieniu odbija się pytanie znacznie bardziej uniwersalne: co dzieje się z człowiekiem, gdy świat, który miał być ostoją bezpieczeństwa, staje się źródłem permanentnego zagrożenia?

PTSD to rana czasu i wydarzenia. Zaburzenie to, opisane po raz pierwszy u weteranów wojennych, rodzi się z jednorazowego lub krótkotrwałego doświadczenia traumatycznego. Może nim być wypadek komunikacyjny, napaść, katastrofa naturalna czy udział w walce. Jego kluczowe objawy krystalizują się wokół trzech filarów: natrętnych retrospekcji i koszmarów, unikania wszystkiego, co przypomina o zdarzeniu, oraz stanu chronicznego pobudzenia fizjologicznego. Osoba z PTSD żyje jakby w dwóch czasoprzestrzeniach jednocześnie – w teraźniejszości i w nieustannie odgrywanej na nowo scenie grozy. Ciało, jak pisał Bessel van der Kolk, „strzeże wyniku” – układ limbiczny, z ciałem migdałowatym na czele, nieustannie włącza alarm, mimo że obiektywne zagrożenie dawno minęło. PTSD jest zatem zaburzeniem pamięci i reakcji, w którym traumatyczne wydarzenie zostaje zapisane w mózgu w formie surowej,

fragmentarycznej i zmysłowej. Terapia, czy to EMDR, czy poznawczo-behawioralna, dąży do zintegrowania tych fragmentów i przywrócenia doświadczeniu narracyjnej spójności.

CPTSD to rana relacji i rozwoju. Koncepcja ta, spopularyzowana między innymi przez Pete'a Walkera, opisuje coś znacznie bardziej rozlanego w czasie: konsekwencje przewlekłej, powtarzalnej traumy, zwłaszcza tej doznanej w dzieciństwie. To nie pojedynczy cios, lecz tysiące mikrourazów – zaniedbanie emocjonalne, przemoc psychiczna, fizyczna lub seksualna, dorastanie w atmosferze chaosu i lęku. Kluczowe jest nie samo wydarzenie, lecz systematyczne podważanie fundamentów poczucia własnej wartości i bezpieczeństwa. Dlatego objawy CPTSD wykraczają poza klasyczną triadę PTSD. Do retrospekcji, unikania i pobudzenia dołączają chroniczny, toksyczny wstyd, głęboko zinternalizowany krytyk, zaburzenia obrazu siebie oraz fundamentalne trudności w tworzeniu bezpiecznych więzi. CPTSD to nie tylko dramat „nie mogę zapomnieć, co się stało", ale przede wszystkim egzystencjalny ciężar przekonania „nie wiem, kim jestem i czy zasługuję na istnienie".

Mimo różnic, PTSD i CPTSD wyrastają ze wspólnej matrycy cierpienia. Oba są zaburzeniami pamięci emocjonalnej, w których przeszłość brutalnie wdziera się w teraźniejszość. W obu przypadkach ciało staje się „archiwum traumy", manifestując ból poprzez chroniczne napięcia, dolegliwości psychosomatyczne czy problemy ze snem. Oba są również „chorobami kontekstu", powstającymi w złożonej sieci uwarunkowań rodzinnych, społecznych i kulturowych. Co więcej, leczenie obu wymaga podwójnego ruchu: z jednej strony reedukacji układu nerwowego poprzez techniki somatyczne czy poliwagalne, z drugiej zaś przebudowy osobistej narracji i odnalezienia sensu. Jak pisał Viktor Frankl, „ten, kto ma po co żyć, zniesie niemal każde jak".

Najgłębsza różnica leży jednak w naturze źródła urazu. PTSD rodzi się z wydarzenia, CPTSD – z relacji. W PTSD można wskazać datę i godzinę, powiedzieć „to było wtedy". W CPTSD nie ma jednej sceny, lecz cały toksyczny krajobraz, w którym kształtowała się tożsamość. Pacjent z PTSD częściej powie: „wydarzyło się coś, co mnie złamało". Osoba z CPTSD stwierdzi raczej: „od zawsze coś było nie tak i to mnie ukształtowało". Druga różnica dotyczy głębokości rany. PTSD można porównać do głębokiego cięcia, które, choć bolesne, jest oddzielone od reszty zdrowej tkanki. CPTSD przypomina natomiast ranę, która wrosła w tę tkankę i stała się jej częścią. Dlatego terapia wymaga długotrwałego procesu „reparentingu" – uczenia się bycia dla siebie samego troskliwym opiekunem, którego zabrakło w dzieciństwie. Trzecią kluczową różnicą jest wszechobecność toksycznego wstydu i wewnętrznego krytyka. PTSD to lęk przed światem; CPTSD to lęk przed samym sobą, co czyni je zaburzeniem niszczącym sam rdzeń tożsamości.

Rozróżnienie to ma ogromne znaczenie kliniczne i kulturowe. Przez lata systemy opieki zdrowotnej traktowały pacjentów z CPTSD tak, jakby cierpieli na klasyczny PTSD, co przynosiło jedynie częściowe rezultaty. Skupiano się na ekspozycji na traumę, pomij

Triada PTSD: intruzje, unikanie i nadpobudliwość

Choć PTSD, czyli zespół stresu pourazowego, zdefiniowano dopiero w XX wieku na kanwie doświadczeń weteranów wojennych, jest to rana stara jak sama przemoc. Powstaje wskutek jednorazowego, gwałtownego pęknięcia w osnowie rzeczywistości: wypadku, napaści, katastrofy naturalnej. Kluczowe objawy koncentrują się wokół trzech osi: intruzji przeszłości w teraźniejszość, rozpaczliwego unikania wszystkiego, co mogłoby o niej przypomnieć, oraz nieustannego, wyczerpującego pobudzenia. Osoba dotknięta PTSD żyje jakby w dwóch czasach jednocześnie – w teraźniejszości i w scenie traumy, która odgrywa się w wciąż na nowo. Jak ujął to Bessel van der Kolk, ciało „pamięta wszystko”: układ limbiczny, a zwłaszcza ciało migdałowate, nieustannie bije na alarm, choć obiektywne zagrożenie dawno minęło.

W swej istocie jest to zatem zaburzenie pamięci i reakcji na nią. Wydarzenie traumatyczne nie zostaje bowiem zarchiwizowane jako spójne wspomnienie, lecz zapisuje się w mózgu w postaci surowych, sensorycznych fragmentów. Terapia, czy to EMDR, czy poznawczo-behawioralna, stawia sobie za cel zszycie tych fragmentów w spójną narrację, która ma swój początek, środek i – co najważniejsze – koniec. Chodzi o to, by przeszłość wreszcie stała się przeszłością. PTSD to rana czasu i wydarzenia; głęboka, lecz precyzyjnie zlokalizowana.

CPTSD: trauma relacyjna hamuje rozwój dziecka

Koncepcja C-PTSD, spopularyzowana między innymi przez Pete’a Walkera, opisuje zupełnie inny wymiar urazu, skupiając się na konsekwencjach przewlekłej, powtarzalnej traumy relacyjnej, która zatruwa zwłaszcza dzieciństwo. To nie jest jeden potężny cios, lecz tysiące mikrourazów: zaniedbanie emocjonalne, przemoc psychiczna, fizyczna czy seksualna, dorastanie w atmosferze chaosu i lęku. Kluczowe nie jest więc pojedyncze wydarzenie, lecz systematyczne niszczenie fundamentów poczucia wartości i bezpieczeństwa.

W rezultacie objawy C-PTSD wykraczają poza klasyczną triadę PTSD. Oprócz retrospekcji, unikania i pobudzenia pojawia się chroniczny, toksyczny wstyd, głęboko zakorzeniony wewnętrzny krytyk, zaburzenia obrazu siebie i fundamentalna trudność w tworzeniu bezpiecznych więzi. Dramat nie polega już tylko na pytaniu „jak mogę zapomnieć, co się wydarzyło?”, lecz osuwa się w egzystencjalną otchłań: „nie wiem, kim jestem i czy zasługuję na życie”.

Toksyczny wstyd i krytyk: wewnętrzna pętla autoagresji

Trauma nigdy nie jest niema. Zawsze ma swój głos, który powraca długo po tym, jak ucichnie krzyk ciała. W PTSD ten głos przybiera formę natrętnych retrospekcji i nocnych koszmarów, które odtwarzają wydarzenie.

W CPTSD natomiast często przybiera postać Wewnętrznego Krytyka – surowego, nieprzejednanego sędziego, który dzień po dniu szepcze, że nie jesteśmy dość dobrzy, że zawiedliśmy, że samo nasze istnienie jest pomyłką. Krytyk jest jednym z najbardziej niszczycielskich spadkobierców traumy, ponieważ do swojego istnienia nie potrzebuje już oprawcy. Staje się autonomiczną siłą wewnątrz psychiki, która karmi się każdym potknięciem i czerpie energię z każdej porażki.

Skąd bierze się ten bezlitosny głos? Rodzi się w dzieciństwie, w sytuacji, gdy dziecko, aby przetrwać, musi bezwarunkowo przyjąć perspektywę dorosłych. Jeśli opiekun rzuca oskarżenie: „To twoja wina, że płaczesz", dziecko nie jest w stanie zakwestionować jego autorytetu, więc internalizuje ten komunikat jako prawdę o sobie. To mechanizm, który psychoanaliza nazywa introjekcją – procesem, w którym obce, raniące głosy stają się częścią nas samych, budulcem toksycznego superego. Pete Walker dodaje, że w CPTSD Krytyk jest często nadbudowany na traumatycznej więzi, w której dziecko utożsamia się z agresorem, by zachować resztki iluzji bezpieczeństwa. Krytyk to więc nie „fałszywy głos", lecz wdrukowany skrypt przetrwania, który kiedyś ocalił dziecko, ale w dorosłości staje się źródłem chronicznego wstydu.

Wewnętrzny Krytyk nie działa jednak w próżni, czerpie bowiem siłę z otoczenia. Każda kultura dostarcza mu chóru głosów, które wzmacniają jego osąd i nadają mu pozory słuszności. W społeczeństwach kolektywistycznych dominuje presja wstydu społecznego, ucieleśniona w pytaniu: „Co ludzie powiedzą?". W kulturach indywidualistycznych potężniejsza bywa wina moralna, podsycana przekonaniem, że „wszystko jest twoją odpowiedzialnością". W obu przypadkach Wewnętrzny Krytyk rezonuje z krytykiem zewnętrznym, posługując się normami, które stygmatyzują słabość, lęk czy zależność. Weteran z PTSD w Stanach Zjednoczonych usłyszy: „Bądź twardy, prawdziwy mężczyzna się nie skarży". Kobieta z CPTSD w Polsce spotka się z komunikatem: „Rodziców trzeba szanować bez względu na wszystko". Takie normy nie tylko wspierają Krytyka, ale czynią go głosem „zdrowego rozsądku".

John Bradshaw nazwał toksyczny wstyd „wirusem duszy", ponieważ nie dotyczy on tego, co zrobiliśmy, lecz tego, kim jesteśmy. Wina, która bywa naprawcza, mówi: „Zrobiłem coś złego". Wstyd, który paraliżuje, orzeka: „Jestem zły". W traumie złożonej to właśnie toksyczny wstyd jest głównym paliwem dla Krytyka, powtarzanym w nieskończoność komunikatem, że nie zasługuję na miłość, szacunek ani bezpieczeństwo. Psychologia porównuje ten stan do „czarnej dziury" w psychice – wszystko, co dobre, zostaje wessane i unicestwione, a wszystko, co bolesne, ulega wzmocnieniu. Krytyk jest strażnikiem tej otchłani, który dba, by żadne pozytywne doświadczenie nie zdołało zakorzenić się w poczuciu własnej wartości.

Dezintegracja tożsamości: trauma wpisana w osobowość

Fundamentalna różnica dotyczy natury samego źródła urazu. PTSD to rana czasu i wydarzenia; CPTSD to rana relacji i rozwoju. W przypadku tego pierwszego można wskazać konkretny moment, niemal datę i godzinę, kiedy świat się zawalił – to była jedna, przerażająca scena. W traumie złożonej nie ma pojedynczej sceny, lecz cały toksyczny krajobraz, w którym dziecko musiało dorastać. Dlatego pacjent z PTSD częściej mówi, że „wydarzyło się coś, co mnie złamało", podczas gdy osoba z CPTSD stwierdzi: „od zawsze coś było nie tak i to mnie ukształtowało".

Druga rozbieżność dotyczy głębokości, z jaką uraz wrasta w strukturę osobowości. PTSD można przyrównać do głębokiej rany, która, choć bolesna, pozostaje wyraźnie oddzielona od zdrowej tkanki. Natomiast CPTSD to uraz, który nie leży obok, lecz wrasta w samą tkankę i staje się jej częścią, współtworząc tożsamość. Toteż terapia wymaga długotrwałego procesu reparentingu, czyli świadomego uczenia się, jak być dla samego siebie troskliwym i niezawodnym opiekunem – matką i ojcem, których zabrakło.

Trzecia, być może najdotkliwsza różnica, dotyczy wektora lęku. PTSD to w dużej mierze strach przed światem zewnętrznym, który okazał się niebezpieczny. CPTSD to strach skierowany do wewnątrz, strach przed samym sobą, zinternalizowany jako toksyczny wstyd i nieustępliwy wewnętrzny krytyk. W tym sensie trauma złożona bywa bardziej niszczycielska, ponieważ nie tylko rani, ale odbiera człowiekowi fundamentalne prawo do posiadania i akceptowania własnej tożsamości.

Krytyk zewnętrzny: normy społeczne sankcjonują przemoc

Należy jednak pamiętać, że Krytyk nigdy nie działa w próżni. Każda kultura dostarcza mu bowiem potężnego „chóru" głosów, które wzmacniają jego osąd. W społeczeństwach kolektywistycznych dominuje wstyd społeczny i paraliżujące pytanie: „Co ludzie powiedzą?". W indywidualistycznych silniejsza bywa wina moralna i dogmat osobistej odpowiedzialności. W obu przypadkach Krytyk wewnętrzny wchodzi w fatalny rezonans z krytykiem zewnętrznym, narzucając normy, które stygmatyzują słabość, lęk czy zależność.

Weteran z PTSD w Stanach Zjednoczonych usłyszy więc, by „był twardy", bo prawdziwy mężczyzna się nie skarży. Kobieta z CPTSD w Polsce zderzy się z nakazem, że „rodziców trzeba szanować, choćby nie

wiadomo co”. Takie kulturowe imperatywy nie tylko milcząco wspierają Krytyka. One wręcz czynią z niego głos „zdrowego rozsądku”, a jego okrucieństwo nobilitują do rangi społecznej mądrości.

Reparenting: terapeuta jako nowa figura przywiązania

Skoro Krytyk jest echem nieobecnych lub raniących rodziców, kluczowym antidotum staje się proces, który odwraca tę dynamikę: reparenting. Jest to świadomy akt stawania się dla siebie tym, kim oni nie potrafili być. Samomatkowanie to pielęgnowanie wewnętrznego ciepła i współczucia; samoojcowanie zaś to budowanie granic, odwagi i poczucia sprawczości. Gdy Krytyk syczy: „nic nie potrafisz”, naprzeciw wychodzi mu głos wewnętrznej matki: „próbujesz, uczysz się, a to wystarcza”, wsparty przez głos ojca: „masz prawo do błędów, ale i niezbywalne prawo do działania”. Reparenting nie ucisza Krytyka, lecz osłabia jego monopol na prawdę. Jego toksyczny monolog staje się jednym z głosów w wewnętrznym chórze, a nie jego ogłuszającym refrenem. To proces powolny, często bolesny, lecz neurobiologicznie realny – możliwy dzięki plastyczności mózgu i terapiom opartym na uzdrawiającej relacji.

Protokoły EBT: skuteczność EMDR i terapii poznawczej

Zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz jego złożony odpowiednik (CPTSD) są niczym dwa dialekty opowiadające o tej samej ranie. Oba opisują konsekwencje doświadczeń, które przekroczyły zdolności psychiki do adaptacji, lecz różnią się etiologią, dynamiką i głębokością zakorzenienia w strukturze osobowości. W ich porównaniu odbija się pytanie znacznie bardziej fundamentalne: co dzieje się z człowiekiem, kiedy świat, który miał być ostoją bezpieczeństwa, staje się źródłem śmiertelnego zagrożenia?

PTSD, opisany po raz pierwszy u weteranów wojennych, jest zaburzeniem powstałym wskutek jednorazowego lub krótkotrwałego wstrząsu. Może nim być wypadek samochodowy, napaść, katastrofa naturalna czy udział w walce. Jego kluczowe objawy koncentrują się wokół trzech osi: powracających, intruzywnych wspomnień i koszmarów; unikania wszystkiego, co przypomina o wydarzeniu; oraz przewlekłego stanu fizjologicznego pobudzenia. Osoba z PTSD żyje jakby w dwóch czasoprzestrzeniach jednocześnie – w teraźniejszości i w nieustannie odgrywanej na nowo scenie traumy. Ciało, jak pisał Bessel van der Kolk, „nigdy nie zapomina”, bowiem układ limbiczny, a zwłaszcza ciało migdałowate, wciąż aktywuje alarm, chociaż obiektywne niebezpieczeństwo dawno minęło. PTSD jest zatem zaburzeniem pamięci i reakcji, w którym wydarzenie zostało zapisane w mózgu w formie surowej, fragmentarycznej i sensorycznej. Terapia, czy to EMDR, czy poznawczo-behawioralna, ma na celu zintegrowanie tych fragmentów i przywrócenie doświadczeniu narracyjnej spójności.

Zupełnie inną historię opowiada CPTSD, koncepcja spopularyzowana przez Pete'a Walkera. Opisuje ona skutki przewlekłej, powtarzalnej traumy relacyjnej, zwłaszcza w dzieciństwie. To nie jeden potężny cios, lecz tysiące mikrouderzeń: zaniedbanie emocjonalne, przemoc psychiczna, fizyczna lub seksualna, dorastanie w atmosferze chronicznego lęku i chaosu. Kluczowe nie jest tu pojedyncze wydarzenie, lecz systematyczne podważanie samych fundamentów poczucia wartości i bezpieczeństwa. Dlatego objawy CPTSD wykraczają poza klasyczne ramy PTSD. Oprócz retrospekcji i unikania pojawia się toksyczny wstyd, głęboko zakorzeniony wewnętrzny krytyk, zaburzenia obrazu siebie i fundamentalne trudności w tworzeniu bezpiecznych więzi. PTSD mówi: „Nie mogę zapomnieć, co się wydarzyło." CPTSD szepcze: „Nie wiem, kim jestem i czy w ogóle zasługuję na istnienie."

Mimo różnic oba zaburzenia wyrastają ze wspólnej matrycy cierpienia. Są zaburzeniami pamięci emocjonalnej, w których przeszłość brutalnie wdziera się w teraźniejszość. Angażują ciało, które staje się żywym archiwum traumy, manifestującym się w postaci napięć, dolegliwości psychosomatycznych czy problemów ze snem. Oba są też „chorobami kontekstu", powstającymi w sieci czynników kulturowych, rodzinnych i społecznych. Co więcej, leczenie w obu przypadkach wymaga podwójnego ruchu: z jednej strony reedukacji układu nerwowego poprzez techniki somatyczne czy poliwagalne, z drugiej – przebudowy osobistej narracji i odnalezienia sensu. Jak pisał Viktor Frankl: „Ten, kto ma po co żyć, zniesie niemal każde jak."

Najbardziej fundamentalna różnica dotyczy jednak natury samego źródła urazu. PTSD rodzi się z wydarzenia, CPTSD – z relacji. W pierwszym przypadku można wskazać datę i godzinę; w drugim nie ma jednej sceny, lecz cały toksyczny krajobraz, w którym dojrzewało dziecko.

Somatyka: uwalnianie traumy z układu nerwowego

Zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz jego złożony odpowiednik (CPTSD) są jak dwa języki, które opowiadają o tej samej ranie, lecz używają odmiennych dialektów. Oba opisują konsekwencje doświadczeń przekraczających zdolności psychiki do adaptacji, lecz różnią się etiologią, dynamiką i głębokością zakorzenienia w strukturze osobowości. W ich porównaniu odbija się pytanie bardziej fundamentalne: co dzieje się z człowiekiem, kiedy świat, który miał być źródłem bezpieczeństwa, staje się źródłem zagrożenia?

PTSD, opisany po raz pierwszy u weteranów wojennych, jest zaburzeniem powstałym wskutek jednorazowego lub krótkotrwałego wstrząsu. Może nim być wypadek samochodowy, napaść, katastrofa naturalna czy udział w działaniach zbrojnych. Kluczowe objawy koncentrują się wokół trzech osi: powracających retrospekcji i koszmarów, unikania bodźców przypominających o wydarzeniu oraz przewlekłego stanu fizjologicznego pobudzenia. Osoba z PTSD żyje jakby w dwóch czasach naraz – w teraźniejszości i w nieustannie odgrywanej na nowo scenie traumy. Ciało, zgodnie z opisem Bessela van der

Kolka, „nigdy nie zapomina”, bowiem układ limbiczny, a zwłaszcza ciało migdałowate, wciąż aktywuje alarm, choć obiektywnie zagrożenie dawno minęło. PTSD jest zatem zaburzeniem pamięci i reakcji, w którym wydarzenie traumatyczne zostaje zapisane w mózgu w formie nieprzetworzonej, fragmentarycznej i sensorycznej. Terapia, czy to w formie EMDR, czy poznawczo-behawioralnej, ma na celu integrację tych fragmentów i przywrócenie narracyjnej spójności doświadczeniu.

CPTSD, koncepcja spopularyzowana między innymi przez Pete’a Walkera, opowiada o ranie innego rodzaju. To konsekwencje przewlekłej, powtarzalnej traumy relacyjnej, zwłaszcza w dzieciństwie. Nie jest to jeden cios, lecz setki mikrociosów: zaniedbanie emocjonalne, przemoc psychiczna, fizyczna lub seksualna, dorastanie w atmosferze lęku i chaosu. Kluczowe nie jest pojedyncze wydarzenie, lecz systematyczne podważanie fundamentów poczucia wartości i bezpieczeństwa. Objawy CPTSD wykraczają poza klasyczne ramy PTSD. Obok retrospekcji, unikania i pobudzenia pojawia się chroniczny toksyczny wstyd, głęboko zakorzeniony wewnętrzny krytyk, zaburzenia obrazu siebie i fundamentalne trudności w tworzeniu bezpiecznych więzi. CPTSD to nie tylko „nie mogę zapomnieć, co się wydarzyło”, ale przede wszystkim „nie wiem, kim jestem i czy zasługuję na życie”.

Mimo różnic, PTSD i CPTSD łączy wspólna matryca cierpienia. Oba są zaburzeniami pamięci emocjonalnej, w których przeszłość brutalnie wdziera się w teraźniejszość. Oba angażują ciało, które staje się „archiwum traumy”, manifestującym się w postaci napięć, dolegliwości psychosomatycznych czy trudności w regulacji oddechu i snu. Oba są również „chorobami kontekstu”, powstającymi nie w próżni, lecz w gęstej sieci czynników kulturowych, rodzinnych i społecznych. Co więcej, w obu przypadkach leczenie wymaga podwójnego ruchu: z jednej strony reedukacji układu nerwowego poprzez techniki somatyczne czy poliwagalne, z drugiej zaś przebudowy narracji i poczucia sensu. Jak pisał Viktor Frankl, „ten, kto ma po co żyć, zniesie niemal każde jak”.

Najbardziej fundamentalna różnica dotyczy jednak natury samego źródła traumy. PTSD rodzi się z wydarzenia, CPTSD – z relacji. W PTSD można wskazać datę i godzinę, powiedzieć „to było wtedy”. W CPTSD nie ma jednej sceny, lecz cały krajob

Antoni Kępiński: metabolizm informacyjny a polska trauma

Polska psychiatria i psychologia musiały zmierzyć się z traumą na długo przedtem, nim termin PTSD trafił do podręczników. Druga wojna światowa, okupacja, piekło obozów koncentracyjnych, a wreszcie stalinizm i dekady represji PRL stworzyły społeczeństwo, w którym psychiczne cierpienie stało się normą, choć przez lata pozostawało nieme. Objawy weteranów, więźniów politycznych i ocalałych z Zagłady były przecież

widoczne, lecz diagnozy brzmiały inaczej: nerwice, zaburzenia charakteropatyczne, depresje reaktywne. Zabrakło nie tylko narzędzi, ale i społecznej gotowości, by uznać tę niewidzialną ranę za doświadczenie wspólnotowe, a nie jedynie indywidualną słabość.

Pionierem w tej mrocznej dziedzinie był Antoni Kępiński, który w latach 60. i 70. opisał tak zwany syndrom obozowy – konstelację objawów u byłych więźniów Auschwitz i innych niemieckich obozów. W jego ujęciu traumatyczne doświadczenie nie kończyło się wraz z otwarciem bram, lecz stawało się wewnętrznym krajobrazem, który nieustannie kształtował życie psychiczne, emocje, sen i relacje z innymi. Kępiński, choć nie posługiwał się terminem PTSD, intuicyjnie uchwycił jego istotę. Pamięć zamienia się w ciężar nie do uniesienia, a świat, raz poznany jako wrogi i nieprzewidywalny, już nigdy nie odzyskuje swojej niewinności.

System NFZ: bariery w polskiej psychotraumatologii

Polska psychiatria przez lata opierała swoje fundamenty na farmakoterapii, w której leczenie PTSD niemal automatycznie zaczynało się od wypisania recepty na leki z grup SSRI i SNRI oraz środki nasenne. W tym modelu psychoterapia była w najlepszym razie uzupełnieniem, rzadko fundamentem leczenia. Przełom nadszedł z innej strony – wraz z dynamicznym rozwojem psychologii klinicznej i terapii traumy w sektorze prywatnym oraz organizacjach pozarządowych. To tam na szeroką skalę zaczęto stosować nowoczesne podejścia, takie jak EMDR, terapia schematów, DBT czy Somatic Experiencing. W efekcie system pękł, tworząc paradoksalny krajobraz: wielkie szpitale wciąż stawiają na medykalizację, podczas gdy w kameralnych gabinetach królują zaawansowane protokoły psychoterapeutyczne.

Jest jednak coś, co wymyka się tej systemowej dychotomii: polska specyfika relacyjności. Pacjenci niemal jednym głosem podkreślają, że kluczowym elementem terapii traumy jest spotkanie z drugim człowiekiem, który nie ocenia i nie bagatelizuje ich doświadczenia. To głębokie echo kultury, w której przez pokolenia nakazem było „zaciskanie zębów” i milczenie o psychicznym bólu. Dlatego psychoterapia w polskim kontekście zyskuje wymiar nie tylko kliniczny, ale wręcz emancypacyjny – staje się aktem odzyskiwania głosu i prawa do mówienia o tym, co przez lata było przemilczane.

Współczesne wyzwania, przed jakimi staje polski system ochrony zdrowia psychicznego, tworzą niestety spójny, ponury obraz. Po pierwsze, dramatyczny niedobór specjalistów sprawia, że kolejki do psychiatrów i psychoterapeutów ciągną się miesiącami. Do tego dochodzi brak systemowej integracji, przez co pacjent z traumą musi samodzielnie „składać” sobie pomoc z rozproszonych fragmentów: leki w jednym miejscu, terapia w drugim, a grupa wsparcia w jeszcze innym. Na to nakłada się wciąż żywa stygmatyzacja, w której słowo „trauma” bywa trywializowane lub używane jako etykieta usprawiedliwiająca słabość. Wreszcie wciąż brakuje programów, które dotyczyłyby traumy transgeneracyjnej, ujawniającej się w rodzinach potomków ocalałych z wojny czy represji.

W tym właśnie punkcie polska psychiatria i psychologia stają przed zadaniem, które pół wieku temu zarysował Kępiński: uczynić cierpienie zrozumiałym i oswojonym, a nie tylko medycznie zaklasyfikowanym. Diagnozy PTSD i CPTSD stają się lekcją pokory, przypominając, że trauma nie jest prywatną porażką jednostki, lecz zjawiskiem głęboko kulturowym i społecznym. Jej leczenie wymaga zatem nie tylko terapii indywidualnej, ale i zmiany zbiorowej narracji – odejścia od milczenia ku uznaniu, że rana psychiczna jest równie realna jak rana ciała. Jak pisał Kępiński: „Człowiek nie jest samotną wyspą, jest rzeką, w której płynie historia jego przodków i jego narodu". Polska psychiatria, badając traumę, bada w istocie samą tkankę polskiego doświadczenia, ucząc, że zdrowienie jednostki jest możliwe tylko tam, gdzie wspólnota daje jej prawo do głosu i przestrzeń do nadziei.

Stabilizacja vs. przetwarzanie: priorytet bezpieczeństwa

Terapia traumy nie jest heroicznym szturmem na przeszłość, lecz precyzyjną operacją na układzie nerwowym. Kluczowe staje się zatem pytanie, jak uniknąć retraumatyzacji i kiedy zaciągnąć „hamulec ręczny". Odpowiedzią jest zasada fazowości: najpierw budujemy fundament z regulacji i zasobów – oddechu, uziemienia, wsparcia – a dopiero potem ostrożnie dawkujemy przetwarzanie bolesnych wspomnień. Wskaźnikiem jest tu współregulacja w relacji z terapeutą; jeśli po sesji objawy nasilają się i trwają dłużej niż 48–72 godziny, tempo jest zbyt szybkie. Bezpieczeństwo jest absolutnym priorytetem, dlatego plan kryzysowy i praca nad myślami samobójczymi zawsze wyprzedzają jakąkolwiek formę ekspozycji. Pamiętajmy, że w tym procesie „pół kroku naprzód" jest nieskończenie lepsze niż trzy kroki naprzód i bolesny nawrót.

Wybór terapeuty i metody to decyzja strategiczna, która wymaga pragmatyzmu. Cel i miara sukcesu muszą być jasne od początku, dlatego warto wspólnie ustalić narzędzia monitorowania, takie jak skala PCL-5 dla PTSD czy ITQ dla CPTSD, i śledzić trend poprawy, a nie dążyć do nierealistycznej perfekcji. Należy bez wahania pytać o kompetencje: ukończone szkolenia (EMDR, DBT-PTSD, STAIR, Somatic Experiencing), regularną superwizję i doświadczenie w pracy z traumą złożoną. Równie ważny jest styl pracy – czy terapeuta operuje pojęciami takimi jak okno tolerancji, współregulacja czy Wewnętrzny Krytyk? Po 6–8 sesjach powinien być zauważalny kierunek zmian: większa zdolność do samoregulacji, lepszy sen, krótsze epizody dysocjacji. Jeśli go brakuje, należy rozważyć modyfikację podejścia.

Na drodze do zdrowienia czai się kilka szkodliwych mitów, które potrafią zniweczyć najlepiej rokujący proces. Pierwszy z nich to przekonanie, że „trzeba opowiedzieć wszystko od razu". To nieprawda. Ekspozycja ma być terapeutyczna, nie heroiczna, a jej warunkiem jest stabilizacja. Drugi mit to fałszywa alternatywa: „albo leki, albo terapia". Często najskuteczniejsza jest synergia, gdzie farmakoterapia stabilizuje neurochemiczne tło, a terapia umożliwia głęboką zmianę schematów. Trzeci, szczególnie niebezpieczny, to

hasło „jak nie boli, to nie działa”. Neuroplastyczność, czyli zdolność mózgu do zmiany, wymaga dawki optymalnej, nie maksymalnej. Wreszcie mit ostatni: „to potrwa wiecznie”. Proces zdrowienia nie jest liniowy, lecz iteracyjny. Miarą postępu nie jest całkowity brak objawów, lecz coraz krótszy czas powrotu do wewnętrznej równowagi.

Posttraumatyczny wzrost: odzyskiwanie sensu po katastrofie

Dwa oblicza traumy, jeden dramat człowieczeństwa. Tak zaczyna się opowieść o PTSD.

> Trauma, choć zapisana w ciele i umyśle, nie definiuje całej historii. Uzdrowienie to nie wymazanie przeszłości, lecz tkanie z niej nowej opowieści, w której ból staje się źródłem siły, a kruchość – drogą do autentyczności. Czy potrafimy zamienić archiwum traumy w przestrzeń nadziei?

Inspiracje

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

2013 | CreateSpace Independent Publishing Platform

Pete Walker jest licencjonowanym psychoterapeutą specjalizującym się w złożonym zespole stresu pourazowego (C-PTSD) wynikającym z traumy w dzieciństwie. Jest doradcą, wykładowcą i autorem, znanym ze swojego pełnego współczucia podejścia do powrotu do zdrowia. Jego słynna książka „Złożone PTSD: Od przetrwania do rozkwitu” to poradnik dla osób dotkniętych traumą w dzieciństwie.

Pete Walker *is a licensed psychotherapist specializing in Complex PTSD (C-PTSD) arising from childhood trauma. He's a counselor, lecturer, and author, known for his compassionate approach to recovery. His notable work,* ***Complex PTSD: From Surviving to Thriving****, is a self-help guide for those affected by childhood trauma.*

Private practice in Berkeley, California

Literatura uzupełniająca

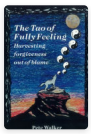
Książki

Autorzy przywoływani w artykule:

[1] **"Holistically Treating Complex PTSD: A Six-Dimensional Approach: Guidance for Therapists, Coaches, and Other Helpers to Repair the Damage and Arrested"**

Pete Walker

2023



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

Pete Walker

2015 | Createspace Independent Publishing Platform | ISBN: 9781515079767



[3] **"Homesteading in the Calm Eye of the Storm: A Therapist Navigates His Complex PTSD"**

Pete Walker

2017 | Createspace Independent Publishing Platform | ISBN: 9781974029150

Literatura pokrewna (Google Scholar):



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

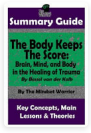
Bessel Van Der Kolk

2014 | Penguin | ISBN: 9781101608302

[5] **"Schizofrenia"**

Antoni Kępiński

2012 | Wydawnictwo Literackie | ISBN: 9788308049471



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

Bessel Van Der Kolk

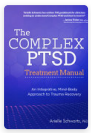
2019 | Independently Published | ISBN: 9781795001960

Google Scholar

[7] **"Psychopatologia nerwic"**

Antoni Kępiński

2017 | Wydawnictwo Literackie | ISBN: 9788308063699



[8] **"A Practical Guide to Complex PTSD: Compassionate Strategies to Begin Healing from Childhood Trauma"**

Arielle Schwartz

2021 | ISBN: 9781683733799

Google Scholar

Artykuły naukowe

Autorzy przywoływani:

[1] **"Clinical implications of neuroscience research in PTSD"**

Bessel A van der Kolk

2006 | Annals of the New York Academy of Sciences

[2] **"Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial"**

Bessel van der Kolk

2014 | The Journal of Clinical Psychiatry

[3] **"The Auschwitz reflections"**

Antoni Kepinski, Jacek Bomba

2007 | Archives of Psychiatry and Psychotherapy

Google Scholar

[4] **"Association Between Shame and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis"**

Karin Thompson et al.

2019 | Journal of Trauma Stress

Google Scholar

[5] **"Treating Internalized Self-Abuse & Self-Neglect This paper describes the role of relational psychotherapy in remediating key"**

Pete Walker

Google Scholar

[6] **"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

[7] **"The Values-Based Psychopathology of Antoni Kępiński (1918-1972)"**

Maximilian Schochow, Giuseppe Stanghellini, Jakub Zawiła-Niedźwiecki, Giovanni Stanghellini

2025 | Psychopathology

[8] **"Antoni Kepiński (1918–1972), pioneer of post-traumatic stress disorder"**

Maximilian Schochow, Florian Steger

2016 | The British Journal of Psychiatry

Google Scholar

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

Ford JD, Courtois CA

2018 | European Journal of Psychotraumatology

APA ONE Publishing System

Fundacja Dobre Państwo © 2026

Article ID: 00e760ea-ab2d-4970-9564-cfe6d9b26ab6