Trauma relacyjna u dziecka doświadczającego przemocy ze strony opiekuna. Znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego

Agnieszka Kubacka-Pawlak, Alicja Śledź, Liliana Gajek

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Artykuł koncentruje się na zjawisku traumy relacyjnej u dzieci doświadczających przemocy i krzywdzenia ze strony bliskich osób, dla których relacja powinna stanowić źródło bezpieczeństwa, a staje się przestrzenią zagrożenia. Tekst ma charakter przeglądowo-analityczny i opiera się na współczesnych ujęciach teoretycznych oraz aktualnych badaniach dotyczących wpływu doświadczeń przemocy relacyjnej na rozwój psychiczny dziecka, organizację przywiązania, regulację emocji, obraz siebie oraz zdolność do tworzenia bezpiecznych więzi.

W artykule omówiono szczególne wyzwania terapeutyczne związane z pracą z dzieckiem skrzywdzonym przez osobę znaczącą, w tym trudności w budowaniu przymierza terapeutycznego, współwystępowanie lojalności wobec sprawcy, trudności w ujawnianiu doświadczeń przemocy, objawy pourazowe oraz znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego. Szczególną uwagę poświęcono specyfice rozumienia i leczenia traumy relacyjnej w dzieciństwie oraz implikacjom dla praktyki klinicznej i pomocowej. Celem artykułu jest uporządkowanie wiedzy na temat psychologicznych konsekwencji przemocy relacyjnej wobec dzieci oraz wskazanie kierunków pracy terapeutycznej adekwatnej do potrzeb dziecka.

Słowa kluczowe:
trauma relacyjna; przemoc wobec dziecka; przywiązanie; relacja terapeutyczna; psychoterapia dzieci

 https://doi.org/10.63237/SMKX9120

Wprowadzenie

Rozwój psychiczny, emocjonalny i społeczny człowieka w pierwszych latach jego życia jest nierozerwalnie związany z jakością środowiska opiekuńczego, w którym dorasta. W ujęciu współczesnej psychologii rozwojowej oraz neurobiologii relacja z głównym opiekunem stanowi fundamentalne źródło bezpieczeństwa, pełniąc funkcję zewnętrznego regulatora niedojrzałego układu nerwowego dziecka. Właśnie wewnątrz tej bezpiecznej więzi tworzy się pierwotna matryca poznawcza i emocjonalna, na której bazuje późniejszy obraz samego siebie i otaczającego świata. W sprzyjających warunkach opiekun chroni przed stresem, uczy samoregulacji i stanowi bezpieczną bazę do eksploracji otoczenia. Zdarza się jednak, że ten porządek ulega drastycznemu odwróceniu. Sytuacja, w której osoba mająca stanowić bezpieczne schronienie staje się jednocześnie źródłem krzywdzenia, zaniedbania i chronicznego lęku, inicjuje negatywne zmiany w funkcjonowaniu małoletniego. Zjawisko to, definiowane jako trauma relacyjna, stanowi główny przedmiot rozważań niniejszego artykułu.

Prezentowany tekst ma charakter przeglądowo-analityczny. Jego głównym celem jest analiza psychologicznych konsekwencji traumy relacyjnej u dziecka doświadczającego przemocy ze strony opiekuna oraz omówienie specyfiki procesu terapeutycznego, w którym to właśnie bezpieczna relacja staje się kluczowym doświadczeniem korektywnym. Realizacja tak sformułowanego celu wymaga pochylenia się nad kilkoma aspektami. Należą do nich przede wszystkim omówienie wpływu traumy relacyjnej dziecka na rozwój emocjonalny i organizację przywiązania, a następnie analiza samej dynamiki spotkania z dzieckiem w gabinecie. W tekście przedstawiono także znaczenie takich mechanizmów, jak opór, *acting out* czy zachowania agresywne, oraz rolę terapeuty i środowiska opiekuńczego w procesie regulacji emocjonalnej dziecka.

Wokół tak zarysowanych celów osadzony został główny problem badawczy niniejszej pracy, sprowadzający się do pytania: jak przebiega proces terapeutyczny dziecka doświadczającego traumy relacyjnej oraz jakie znaczenie ma przymierze terapeutyczne w regulacji jego emocji i budowaniu bezpieczniejszych wzorców więzi? Poszukując odpowiedzi, w kolejnych etapach podjęto próbę wyjaśnienia, w jaki sposób trauma relacyjna uderza w funkcjonowanie emocjonalne dziecka oraz z jakimi trudnościami wiąże się budowanie z nim zaufania. Ważnym elementem rozważań będzie również to, jak można rozumieć manifestacje trudnych zachowań oraz jakie znaczenie w pracy z traumą relacyjną mają techniki eksternalizacyjne, symbolizacja czy praca z częściami. Odpowiedzi na te pytania pozwolą sformułować spójne implikacje kliniczne, użyteczne dla specjalistów pracujących z dziećmi po doświadczeniu przemocy.

Definicja zjawiska traumy relacyjnej

W literaturze przedmiotu szeroko analizowanym zjawiskiem jest „trauma z dzieciństwa", określana także jako „trauma dziecięca" (ang. *childhood trauma*). Zgodnie z propozycją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 1999 roku pojęcie to definiuje się jako wszelkie formy złego traktowania fizycznego i/lub emocjonalnego, wykorzystywania seksualnego, zaniedbania lub innego rodzaju wykorzystywania. Działania te skutkują rzeczywistą lub potencjalną szkodą dla zdrowia, przetrwania, rozwoju lub godności dziecka, a doświadczane są – co istotne – w relacji opartej na zależności: władzy lub zaufania (Draczyńska, 2024).

Badacze zajmujący się zjawiskiem traumy wprowadzają istotne rozróżnienie na urazy związane z pojedynczym wydarzeniem oraz te, które wynikają z powtarzających się wczesnodziecięcych doświadczeń urazowych. Te drugie określane są w literaturze (Draczyńska, 2024) mianem „traumy rozwojowej" (ang. *developmental trauma*). W sytuacji, gdy źródłem urazu są doświadczenia powstające w relacji z osobą znaczącą, stosuje się również pojęcie „traumy relacyjnej" (ang. *relational trauma*). W celu doprecyzowania tego zjawiska stosuje się pojęcie Traumy przez wielkie „T" w odniesieniu do jednorazowych przeciążających zdarzeń (prowadzących do zespołu stresu pourazowego – (ang. *post-traumatic stress disorder*, PTSD). Doświadczanie traumy relacyjnej natomiast definiuje się jako traumę przez małe „t". Rozumie się przez to negatywne doświadczenia, które obiektywnie mogą wydawać się mniej dojmujące, lecz ze względu na swoją powtarzalność potrafią wywoływać niezwykle poważne skutki. Zjawisko to dokładnie opisuje klasyfikacja wprowadzona przez Lenore Terr (za: Herman, 2003) oraz Krystala (za: Gulla, 2012), którzy wyróżniają traumę typu I oraz traumę typu II. Trauma typu I jest urazem prostym i dotyczy pojedynczych, ekstremalnych wydarzeń wywołanych przez czynniki zewnętrzne (np. wypadki, katastrofy czy pozostawienie dziecka bez opieki). Trauma typu II ma charakter złożony, chroniczny i kompleksowy. Wynika ze skumulowanego wpływu chronicznie działających bodźców urazowych w bliskiej relacji. Może to być zaniedbywanie, maltretowanie, nadmierne kontrolowanie dziecka czy niestabilne, chłodne postępowanie rodzica lub opiekuna (Draczyńska, 2024; Gulla, 2012). W traumie typu II źródłem krzywdy są inni ludzie, dlatego uraz ten nazywany jest często traumą interpersonalną lub traumą przywiązania (Gulla, 2012; Bartnikowska i Dufner, 2020).

Rozwijając wątek traumy przywiązania, warto podkreślić, że jej dewastujące skutki wynikają z uderzenia w fundamentalną, biologiczną potrzebę bliskości. Zgodnie z klasycznymi założeniami Bowlby'ego (2007) dorosły powinien stanowić dla dziecka „bezpieczną bazę", z której może ono bez lęku eksplorować świat. Gdy baza ta

staje się przestrzenią zagrożenia, mamy do czynienia z sytuacją swoistego „uwięzienia". Jak zauważa Judith Herman (2003), uwięzienie w dysfunkcyjnym systemie rodzinnym nie tylko generuje objawy przewlekłego stresu, ale przede wszystkim trwale zniekształca rozwijającą się tożsamość małoletniego oraz jego zdolność do budowania zaufania w jakichkolwiek późniejszych relacjach.

Mniejsze dzieci (szczególnie do drugiego roku życia) są na ten rodzaj traumy wysoce podatne, ponieważ ich układ nerwowy jest biologicznie nastawiony na budowanie relacji z opiekunem. W tym okresie intensywnie rozwija się prawa półkula mózgu. Odpowiedzialna jest ona za reakcje przywiązaniowe czy radzenie sobie ze stresem (Schore, 2001, za: Bartnikowska i Dufner, 2020). Krystal (za: Gulla, 2012) zauważa także, że wczesnodziecięca trauma ulega amnezji – dziecko nie potrafi jej zwerbalizować, podczas gdy jej niszczący wpływ na rozwój jest ogromny. W efekcie zła, bliska relacja prowadzi do zjawiska tzw. traumy kumulacyjnej, w której seria niekorzystnych czynników, potencjalnie obojętnych w pojedynczym wystąpieniu, poprzez to nagromadzenie staje się dla dziecka głęboko traumatyzująca (Schore, 2001, za: Bartnikowska i Dufner, 2020).

Skala zjawiska i kontekst społeczny traumy relacyjnej w Polsce

Trudno dokładnie oszacować, jak wiele polskich dzieci doświadcza traumy relacyjnej. Badacze wskazują jednak, że jest ona ściśle powiązana z wychowywaniem się małoletnich w rodzinach obciążonych problemem uzależnień, zaburzeń psychicznych czy przemocy domowej. Ponadto zjawisko wczesnodziecięcych urazów jest wpisane w doświadczenia wszystkich dzieci umieszczonych w pieczy zastępczej oraz dzieci adoptowanych (Romanik i Słowik, 2024). Analiza ogólnopolskich statystyk pozwala zobrazować, jak dużej grupy małoletnich dotyczy ten problem.

Wymieniając okoliczności sprzyjające powstawaniu traumy relacyjnej, należy zwrócić uwagę na narażenie na substancje toksyczne. Działanie czynników traumatyzujących może bowiem rozpoczynać się już w życiu płodowym. Zgodnie z szacunkami w Polsce rocznie na 300 tysięcy urodzeń, przychodzi na świat około tysiąca dzieci obciążonych płodowym zespołem alkoholowym (FAS) (Słowik i Romanik, 2024).

Kolejną bardzo istotną grupę stanowią małoletni, zarejestrowani jako dotknięci przemocą w swoich domach rodzinnych. Z danych Policji wynika, że w 2022 roku liczba dzieci odnotowanych w ramach procedury „Niebieskie Karty" wynosiła 10 982 (Policja, 2022). Zjawisko to widocznie narasta – statystyki za rok 2023 wskazują na znaczny wzrost, obejmując procedurą 17 039 małoletnich dotkniętych przemocą domową (Policja, 2024).

Istotnym czynnikiem jest również oddzielenie od rodziny biologicznej, co z natury wiąże się z głębokimi urazami relacyjnymi. W 2022 roku w polskim systemie pieczy zastępczej przebywało 15 267 dzieci w wieku do szóstego roku życia, a liczba orzeczonych w tym czasie przysposobień wyniosła 2763 (Sejm RP, 2023).

Zarówno ekspozycja na zaniedbanie, przemoc, jak i utrata bezpiecznego środowiska opiekuńczego stanowią bezpośrednie źródło doświadczenia traumy relacyjnej. Jak zauważa Schore (2001, za: Romanik i Słowik, 2024), tego typu przeżycia wywołują ogromne spustoszenie w psychice najmłodszych. W sposób nieunikniony wpływają na ich dalszy rozwój i funkcjonowanie.

Neurobiologiczne uwarunkowania urazu relacyjnego

Zrozumienie mechanizmów traumy relacyjnej u dzieci wymaga odwołania się do wiedzy z zakresu neurobiologii rozwoju. W pierwszych latach życia układ nerwowy człowieka charakteryzuje się intensywnym wzrostem oraz plastycznością, przez co jest wysoce podatny na wpływy środowiska. Jak wskazują Romanik i Słowik (2024), trauma relacyjna „w sposób szczególny odciska piętno na rozwoju dziecka. Wpływa wówczas na jego mózg: może zaburzyć proces dojrzewania neuronów, wywołać zmiany w strukturze kory mózgowej, w wielkości hipokampu, ciała migdałowatego, ciała modzelowatego" (s. 67).

Uraz doświadczany na wczesnym etapie życia niesie nieporównywalnie większe skutki niż trauma w życiu dorosłym. Wynika to z faktu, że – jak zauważają autorki – „do 6. r.ż. dziecko jest całkowicie zależne od opiekuna, a doświadczając traumy właśnie od opiekuna, nie potrafi w konstruktywny sposób ani zadbać o własne bezpieczeństwo, ani samo siebie uspokoić – jego zdolność samoregulacji dopiero się rozwija" (Romanik i Słowik, 2024, s. 66).

Przewlekły stres uderza w fizjologię dojrzewającego układu nerwowego. Sikorska (2014) podkreśla, że „brak bezpiecznego przywiązania oraz konfrontacja z masywnymi stresorami może wpływać hamująco na rozwój mózgu" (s. 61). Autorka szczegółowo wyjaśnia ten proces, wskazując, że „ponieważ rozwój mózgu stymulowany jest poprzez bodźce środowiska, które aktywują z kolei przekaźnictwo synaptyczne w układzie nerwowym – pozostawanie mózgu przez długi czas na poziomie niskiej aktywacji (ze względu na przeżywany przez dziecko stres) prowadzi do długotrwałych zmian w procesach mózgowej przemiany materii" (s. 62).

W tym kontekście absolutnie kluczowa staje się rola osoby dorosłej, ponieważ zgodnie z koncepcją Schore'a „główny opiekun działa jako zewnętrzny regulator psychobiologiczny rozwoju mózgu niemowlęcia" (za: Słowik i Romanik, 2024, s. 3).

Brak takiego oparcia ma drastyczne konsekwencje: „Jeśli w otoczeniu dziecka nie ma bezpiecznego dorosłego, który w pewnym stopniu rekompensowałby niewydolność czy przemoc ze strony opiekuna głównego, trauma staje się dla dziecka wyjątkowo dotkliwa, osłabia lub zakłóca jego więź z rodzicem, przez co zagraża też prawidłowemu rozwojowi psychicznemu" (Słowik i Romanik, 2024, s. 3).

Niezwykle obrazowym dowodem na neurobiologiczne konsekwencje braku bezpiecznej więzi są badania Perry'ego i Pollarda (1997) nad dziećmi poddanymi globalnej deprywacji. Wyniki ich analiz wykazują, że trauma fizycznie przekształca mózg: „Analiza obrazów mózgów wykonanych metodą neuroobrazowania (CT, MRI) wykazała, że dzieci poddane takiej deprywacji miały znacząco mniejszy obwód czaszki oraz wyraźne zmiany w strukturze mózgu, takie jak powiększenie komór mózgowych czy zanik kory mózgowej". Co więcej, „w grupie dzieci z globalnym zaniedbaniem, aż 65% skanów mózgu wykazywało nieprawidłowości" (Perry i Pollard, 1997). Autorki (Romanik i Słowik, 2024) zaznaczają, że eksperci „zgodnie wskazują na negatywny wpływ traumy relacyjnej na rozwój dziecka, szczególnie we wczesnym okresie jego życia" (s. 76).

Uraz relacyjny bardzo często nie może zostać przez małoletniego wypowiedziany słowami. Gulla (2012), przywołując podziały Krystala, zaznacza, że trauma typu II (trauma relacyjna) „ulega amnezji wczesnodziecięcej i nie może być zwerbalizowana, jednak jej wpływ na rozwój dziecka jest ogromny" (s. 674). Niemożność poznawczego ujęcia krzywdy powoduje uruchomienie mechanizmu opisywanego w teorii Maxa Schura jako etap „resomatyzacji (ponownego reagowania somatycznego, gdy próg trudności przekroczy poziom możliwości adaptacyjnych człowieka)" (Gulla, 2012, s. 674).

Tak głębokie zmiany w układzie nerwowym bezpośrednio przekładają się na codzienne funkcjonowanie i objawy kliniczne u dzieci. Słowik i Romanik (2024) szczegółowo wymieniają objawy prezentowane przez dzieci do szóstego roku życia, zaliczając do nich m.in.: „nadmierną czujność", „ponowne doświadczanie traumy", „pobudzenie – przejawiające się w drażliwości, w ekstremalnych napadach złości, w napadach paniki, agresji i autoagresji", a także „unikanie – przejawiające się w zachowaniach dysocjacyjnych" oraz „utratę nabytych umiejętności rozwojowych" (s. 56). Jak ostrzegają autorki opracowania, dziecko w tym wieku nie poradzi sobie samo z ciężarem krzywdy, a „bez odpowiedniego wsparcia jest narażone na trajektorię objawów, która może okazać się przewlekła i wyniszczająca" (s. 57).

Kliniczne aspekty pracy z dzieckiem po doświadczeniu traumy relacyjnej

Wprowadzenie kliniczne

Doświadczenia pracy z dziećmi przebywającymi w pieczy zastępczej pozwalają uchwycić specyfikę funkcjonowania dzieci z historią traumy relacyjnej jeszcze przed rozpoczęciem formalnego procesu terapeutycznego. Już w pierwszych kontaktach widoczna bywa charakterystyczna polaryzacja zachowań: część dzieci intensywnie poszukuje bliskości, skracając dystans fizyczny i emocjonalny wobec nieznanych dorosłych, inne natomiast wyraźnie unikają kontaktu, pozostają wycofane, czujne lub nieufne.

Tego rodzaju zróżnicowanie reakcji można rozumieć jako przejaw zaburzonej organizacji przywiązania, w której relacja z dorosłym nie stanowi przewidywalnego źródła bezpieczeństwa, lecz doświadczenie niepewności, ambiwalencji i potencjalnego zagrożenia (Schwartz, 2020). Jednocześnie u wielu dzieci obserwowalna jest głęboka potrzeba bycia zauważonym, wybranym i objętym relacją – potrzeba, która u osób pracujących z dziećmi wychowującymi się poza rodziną biologiczną często wywołuje doświadczenie „niczyjości" dziecka, jego braku trwałej przynależności do konkretnej osoby, miejsca i historii.

Warunki instytucjonalnej opieki – takie jak duża liczba dzieci, zmienność opiekunów, ograniczona prywatność oraz konieczność funkcjonowania w grupie – dodatkowo utrudniają rozwój stabilnych więzi. Nawet wtedy, gdy podstawowe potrzeby fizyczne dziecka są zabezpieczone, deficyty w obszarze więzi, regulacji emocjonalnej i poczucia stałości pozostają głębokie. Brak możliwości oparcia się na stałej, regulującej obecności dorosłego wpływa na kształtowanie się sposobów radzenia sobie z napięciem, lękiem, złością i poczuciem opuszczenia. W późniejszym okresie wzorce te ujawniają się w relacjach interpersonalnych, w tym także w relacji terapeutycznej.

Wieloletnia praca z dziećmi wychowującymi się poza rodziną biologiczną pozwala zauważyć, że w ich funkcjonowaniu często współistnieją dwa przeciwstawne dążenia: silna potrzeba przywiązania oraz równie silny lęk przed bliskością. Dziecko pragnie relacji, a jednocześnie broni się przed nią, ponieważ wcześniejsze doświadczenia uczyły je, że więź może oznaczać ból, odrzucenie, chaos lub utratę (Keck i Kupecky, 2013). To napięcie staje się jednym z głównych wyzwań w pracy terapeutycznej.

Winieta kliniczna

Poniższa winieta ma charakter ilustracyjny i została opracowana na podstawie powtarzających się zjawisk obserwowanych w pracy terapeutycznej z dziećmi doświadczającymi traumy relacyjnej.

Dziesięcioletnia dziewczynka została zgłoszona na konsultację psychoterapeutyczną przez rodziców zastępczych z powodu nasilonych trudności w regulacji emocji oraz zachowań agresywnych wobec opiekunów i innych dzieci w rodzinie. W wywiadzie wskazywano na częste wybuchy złości, skłonność do zachowań opozycyjnych, trudności szkolne, unikanie wysiłku edukacyjnego oraz tendencję do mijania się z prawdą.

Dziewczynka od około pięciu lat przebywała poza rodziną biologiczną. Początkowo trafiła do pogotowia opiekuńczego, następnie do placówki opiekuńczo-wychowawczej, a od roku mieszkała w rodzinie zastępczej. Relacja z matką biologiczną miała charakter nieregularny i nieprzewidywalny. Matka, będąca osobą poważnie uzależnioną od alkoholu, sporadycznie kontaktowała się z dzieckiem, składała obietnice spotkań, których następnie nie realizowała. Ojciec biologiczny zerwał kontakt z córką, jednocześnie podejmując opiekę nad jej bratem. Dla dziewczynki mogło to stanowić szczególnie bolesne doświadczenie porzucenia i bycia „mniej wybraną", „mniej ważną" niż rodzeństwo.

W pierwszych latach życia dziecko było narażone na liczne doświadczenia traumatyczne. Wychowywało się w środowisku niestabilnym, obciążonym uzależnieniem matki, chaosem relacyjnym oraz przemocą. Dziewczynka doświadczała ekspozycji na przemoc fizyczną i psychiczną, a także była świadkiem przemocy seksualnej wobec matki oraz aktów seksualnych. Tego rodzaju doświadczenia oznaczały nie tylko naruszenie poczucia bezpieczeństwa, lecz także przedwczesne wystawienie dziecka na treści, których nie mogło ono rozwojowo zrozumieć, zintegrować ani symbolicznie opracować.

Kolejne przeniesienia między formami pieczy zastępczej, pobyty w placówkach oraz liczne hospitalizacje psychiatryczne związane z nasilonymi reakcjami emocjonalnymi dodatkowo utrwalały doświadczenie niestabilności. Zachowania dziewczynki, określane przez dorosłych jako „ataki histerii", stawały się często powodem kolejnych interwencji, przeniesień lub specjalistycznych konsultacji. W konsekwencji dziecko mogło doświadczać powtarzającego się wzorca: gdy ujawniało cierpienie poprzez zachowanie, relacja z dorosłymi stawała się zagrożona.

Rodzice zastępczy opisywali dziewczynkę jako dziecko „trudne", reagujące silną agresją oraz autoagresją na próby stawiania granic. W momentach pobudzenia

emocjonalnego kierowała w stronę opiekunów zachowania o charakterze atakującym: wyzywała, kopała, odrzucała kontakt lub uderzała głową w ścianę. Jednocześnie podejmowała intensywne próby utrzymania relacji z matką biologiczną, często opierające się na fantazjach o rychłym powrocie do domu rodzinnego.

Z perspektywy klinicznej nie były to jedynie „kłamstwa" czy „manipulacje", lecz próby ochrony więzi i zachowania psychicznej ciągłości. Dziewczynka tworzyła narrację, w której matka pozostawała dostępna, kochająca i gotowa do odzyskania dziecka. Fantazja ta chroniła ją przed bólem uznania realnej niedostępności matki, a zarazem przed doświadczeniem głębokiej straty.

Psychologiczne znaczenie doświadczeń traumatycznych

Analiza funkcjonowania dziewczynki wymaga uwzględnienia wpływu wczesnych doświadczeń na rozwój psychiczny, obraz siebie, regulację emocji i organizację przywiązania. W traumie relacyjnej źródłem zagrożenia jest często ta sama osoba, która dla dziecka powinna być źródłem bezpieczeństwa. Dziecko pozostaje więc w nierozwiązywalnym konflikcie: potrzebuje opiekuna, a jednocześnie doświadcza od niego chaosu, przemocy, zaniedbania lub niedostępności (Schwartz, 2020).

W takim układzie nie może wykształcić się spójna strategia regulacji emocjonalnej. Dziecko nie uczy się, że napięcie można uspokoić w relacji z dorosłym. Przeciwnie – relacja z dorosłym sama staje się źródłem napięcia. W konsekwencji emocje są przeżywane jako gwałtowne, zalewające i trudne do pomieszczenia. Złość, lęk, wstyd, rozpacz i potrzeba bliskości nie tworzą spójnej narracji wewnętrznej, lecz często pojawiają się w działaniu: poprzez agresję, ucieczkę, odmowę kontaktu, prowokację, idealizację lub dewaluację (Gerhardt, 2016).

U dziewczynki widoczne były trudności w regulacji emocji i wysoka reaktywność, rozszczepienie obrazu siebie i innych, utrwalone poczucie wstydu i niskiej wartości, trudności w mentalizacji i rozumieniu stanów wewnętrznych, tendencja do tworzenia narracji chroniących więź kosztem kontaktu z rzeczywistością oraz silna lojalność wobec krzywdzącego lub niedostępnego opiekuna. Zachowania określane przez otoczenie jako „trudne" – agresja, mijanie się z prawdą, wycofanie, prowokacje czy odmowa współpracy – można więc rozumieć jako strategie przetrwania. Ich celem nie było niszczenie relacji, lecz podejmowana przez dziecko próba ochrony siebie przed przeciążeniem emocjonalnym, wstydem, bezradnością oraz utratą więzi.

Praca z opiekunami jako pierwszy etap interwencji

Proces terapeutyczny rozpoczęto od kilku spotkań z rodzicami zastępczymi. Ich sytuacja emocjonalna była znacząco obciążona. Znajdowali się na granicy rezygnacji z dalszej opieki nad dzieckiem. W ich narracji widoczna była wyraźna ambiwalencja: z jednej strony duże zaangażowanie, troska i gotowość do poszukiwania pomocy, z drugiej – narastająca złość, poczucie odrzucenia, krzywdy, winy i bezradności.

Doświadczenie relacji z dziewczynką uruchamiało w nich intensywne stany emocjonalne, które trudno było im regulować. Reagowali naprzemiennie próbami nadmiernej kontroli, sztywnym stawianiem zasad oraz wycofaniem. Taka zmienność, choć zrozumiała z perspektywy ich przeciążenia, mogła dodatkowo destabilizować relację z dzieckiem. Pomimo wcześniejszej psychoedukacji dotyczącej traumy wczesnodziecięcej bezpośredni kontakt z dzieckiem jako obiektem przywiązania traumatycznego przekraczał ich aktualne zasoby.

W tym etapie pracy istotne było stworzenie przestrzeni do wyrażenia i uporządkowania doświadczeń emocjonalnych opiekunów. Potrzebowali oni nie tylko wiedzy, lecz także regulacji. Interwencje koncentrowały się na zobaczeniu ich wysiłku, przywracaniu poczucia sprawczości, wzmacnianiu zasobów oraz ponownym osadzeniu zachowań dziecka w kontekście traumy relacyjnej.

W pracy z opiekunami terapeutka odwoływała się do koncepcji przywiązania zdezorganizowanego oraz wprowadzała elementy wspierające regulację relacyjną, takie jak zabawa, odzwierciedlanie, dostrojenie i współregulacja, potwierdzenie prawdziwości subiektywnych przeżyć, panowanie nad emocjami, pielęgnowanie relacji (Taylor, 2017, s. 121–125). Ważne było, aby mogli zrozumieć, że agresja, odrzucenie czy prowokacje nie są w prosty sposób kierowane „przeciwko nim", choć pojawiają się właśnie w relacji z nimi. Stanowią raczej odtworzenie wcześniejszych wzorców przywiązania, w których bliskość była niebezpieczna, a zależność od dorosłego wiązała się z ryzykiem zranienia (Levine, 2017, s. 110–123).

Równolegle konieczne było pokierowanie procesem diagnostycznym w kierunku możliwego ADHD oraz konsekwencji wieloletnich zaniedbań somatycznych. Obraz kliniczny dziecka nie mógł być redukowany wyłącznie do traumy. Wymagał szerokiego spojrzenia uwzględniającego zarówno historię relacyjną, jak i funkcjonowanie neuropsychologiczne oraz stan zdrowia. Na tym etapie terapeutka pełniła funkcję regulującą wobec dorosłych, którzy chwilowo tracili dostęp do własnych kompetencji opiekuńczych. Było to istotne, ponieważ dziecko mogło korzystać z terapii tylko wtedy, gdy system opiekuńczy wokół niego stawał się bardziej stabilny, przewidywalny i zdolny do pomieszczania trudnych emocji.

Początek pracy terapeutycznej z dzieckiem

Pierwszy kontakt z dziewczynką charakteryzował się dużą ambiwalencją. Z jednej strony dziecko wykazywało intensywne zainteresowanie osobą terapeutki, dopytując o szczegóły dotyczące jej życia, pracy i obecności. Z drugiej – prezentowało znaczną ruchliwość, trudność w utrzymaniu uwagi oraz pozostawaniu w jednej aktywności. Poruszało się po gabinecie, sprawdzało przestrzeń, badało granice i dostępność osoby dorosłej.

W narracji dziewczynki pojawiały się treści niezgodne z rzeczywistością, dotyczące zarówno relacji z matką biologiczną, jak i funkcjonowania szkolnego. Mówiła, że mieszka z „ciocią i wujkiem", ale matka często ją odwiedza, choć nie znajdowało to odzwierciedlenia w faktach. Snuła fantazje, że matka „się postara" i niedługo będzie mogła do niej wrócić. Również sytuację szkolną przedstawiała jako dobrą, mimo że powtarzała klasę, miała poważne trudności edukacyjne i problemy w relacjach rówieśniczych. Bywała odrzucana przez grupę, m.in. z powodu przypisywanej jej skłonności do kłamania.

Na tym etapie widoczna była trudność w odróżnianiu doświadczeń realnych od życzeniowych oraz silna potrzeba utrzymania spójności wewnętrznej poprzez tworzenie narracji chroniącej obraz relacji z matką. Można to rozumieć jako próbę podtrzymania więzi z obiektem przywiązania nawet kosztem zniekształcania rzeczywistości. Dla dziecka uznanie, że matka jest niedostępna, niesłowna i uwikłana w uzależnienie, mogło być psychicznie zbyt bolesne. Fantazja pełniła więc funkcję ochronną (Heller i LaPierre, 2018, s. 173).

Pierwszy kontakt wzbudzał w terapeutce silne współczucie, ale jednocześnie od początku było jasne, że zbudowanie stabilnego przymierza terapeutycznego będzie procesem długim, pełnym zakrętów i zawirowań (Wallin, 2011, s. 278–292). Istotne było także założenie, że terapia dziecka nie może toczyć się w izolacji od opiekunów. Rodzice zastępczy musieli stać się częścią procesu, ponieważ to oni na co dzień mieli tworzyć przewidywalne, spójne reakcje oraz pomagać w pomieszczaniu emocji, których dziewczynka nie była jeszcze w stanie regulować samodzielnie.

Wczesna faza relacji terapeutycznej

W pierwszych miesiącach pracy terapeutycznej relacja rozwijała się stopniowo. Początkowo rozmowy dotyczyły spraw bieżących i mniej zagrażających. Z czasem dziewczynka zaczęła mówić więcej o tym, że „nie lubi ludzi", że chce wrócić do matki, że rodzice zastępczy jej nie rozumieją. Treści dotyczące przywiązania, opuszczenia

i złości nie pojawiały się jeszcze wprost jako spójna opowieść, lecz raczej poprzez fragmenty wypowiedzi, zachowania i sposób bycia w relacji.

Dziewczynka naprzemiennie zbliżała się i wycofywała. Podejmowała próby fizycznego skracania dystansu, pytając np., czy może usiąść terapeutce na kolanach, by w innych momentach odmawiać kontaktu, nie chcieć się przywitać lub mówić, że nie ma ochoty uczestniczyć w spotkaniu. Pojawiały się zachowania testujące granice: branie do ręki przedmiotów należących do terapeutki, np. kalendarza, sprawdzanie reakcji dorosłego, odmowa rozmowy, a także obwinianie rodziców zastępczych o faworyzowanie innych dzieci i brak miłości wobec niej.

W relacji widoczna była próba sprawdzenia, na ile dorosły jest przewidywalny, dostępny i odporny na odrzucenie. W jej zachowaniu można było odczytać niewypowiedziane pytania: „Czy nadal będziesz, jeśli cię odrzucę?", „Czy zezłościsz się, gdy przekroczę granicę?", „Czy odeślesz mnie, jeśli pokażę złość?", „Czy można chcieć bliskości i jednocześnie nie zostać upokorzonym?".

Z perspektywy klinicznej zachowania te można rozumieć jako przejaw dezorganizacji przywiązania oraz próbę regulacji wewnętrznego konfliktu między potrzebą bliskości a lękiem przed nią.

Dynamika relacji terapeutycznej i opór w procesie

W toku dalszej pracy zaczęły pojawiać się sesje, podczas których dziewczynka odmawiała rozmowy. Twierdziła, że jest zmęczona, że nie chciała przychodzić, że została zmuszona przez „ciocię i wujka", że wolałaby oglądać YouTube'a i że spotkania „i tak nic nie zmieniają". Pojawiła się dewaluacja terapeutki – podobna do tej, która wcześniej kierowana była wobec rodziców zastępczych.

Z perspektywy procesu terapeutycznego stanowiło to istotny moment. Dewaluacja terapeutki i podważanie sensu terapii mogły świadczyć o tym, że relacja zaczyna nabierać znaczenia (Briere i Scott, 2010, s. 178). Wraz z internalizacją specjalistki jako ważnego obiektu aktywizował się lęk przed bliskością. Dla dziecka, którego wcześniejsze więzi wiązały się z bólem, utratą, chaosem i rozczarowaniem, znaczenie drugiej osoby mogło być samo w sobie zagrażające.

Opór nie był więc traktowany jako przeszkoda, lecz jako komunikat. Informował o poziomie napięcia, lęku i potrzebie ochrony. Pozwalał też rozumieć, w jakim tempie dziecko jest gotowe zbliżać się do trudnych doświadczeń. W tym sensie odmowa rozmowy, złość czy dewaluacja nie oznaczały braku postępu, lecz stawały się częścią procesu ujawniania się wzorca relacyjnego.

Zastosowanie technik eksternalizujących i pracy z częściami

W sytuacjach zwiększonego napięcia emocjonalnego wprowadzano techniki umożliwiające pośredni kontakt z przeżyciami dziecka. Bezpośrednia rozmowa o emocjach bywała zbyt konfrontacyjna, a rozmowa odnosząca się wprost do realnego kontekstu doświadczeń – często niemożliwa do udźwignięcia. Dlatego wykorzystywano rysunek, figurki, metaforę, elementy zabawy oraz pracę z częściami.

Figurki reprezentowały różne aspekty doświadczenia dziewczynki: emocje, ważne osoby z jej życia oraz części jej wewnętrznego świata. Pojawiały się wśród nich matka biologiczna, ojciec, babcia ze strony matki, brat wychowywany przez ojca, z którym dziewczynka nie miała kontaktu, a z czasem także rodzice zastępczy oraz terapeuta. Dziewczynka mogła dowolnie ustawiać figurki, oddalać je, wyłączać z układu, przywracać, zmieniać ich pozycję. Miała wpływ na to, kto w danym momencie może być obecny, kto jest zbyt trudny, kto budzi złość, tęsknotę lub lęk.

Tego rodzaju praca umożliwiała bezpieczne zbliżanie się do treści przeciążających. Eksternalizacja pozwalała dziecku zobaczyć swój świat wewnętrzny z pewnego dystansu, bez konieczności natychmiastowego mówienia „to ja", „to moja złość", „to moja tęsknota", „to mój wstyd". Podobną funkcję pełniły rysunki oraz inne formy ekspresji symbolicznej.

W procesie korzystano również z rozumienia objawów w perspektywie pracy z częściami, zbliżonej do założeń Internal Family Systems (IFS) (Spiegel, 2019, s. 50–68). Model Internal Family Systems (IFS) zakłada ujmowanie psychiki jako systemu różnych części pełniących określone, często ochronne funkcje. Praca terapeutyczna służy ich rozpoznawaniu, rozumieniu i integrowaniu, bez patologizowania ich obecności. Zachowania dziecka były rozumiane jako przejawy działania części chroniących, których funkcją jest zabezpieczenie głęboko zranionego, rdzennego Ja przed kontaktem z bólem, bezradnością i opuszczeniem. Takie ujęcie pozwalało zmniejszać patologizowanie objawów. Agresja, odmowa kontaktu, idealizacja matki czy fantazjowanie o powrocie do niej nie były traktowane jako „złe zachowania", lecz jako sposoby ochrony przed psychicznym rozpadem.

Istotnym elementem procesu było również przywracanie dziecku poczucia sprawczości (Rothschild, 2021, s. 19). Możliwość decydowania o ustawieniu figurek, wyborze aktywności czy stopniu zbliżania się do trudnych treści stanowiła ważny czynnik regulacyjny, szczególnie w kontekście wcześniejszych doświadczeń utraty kontroli, przemocy i bycia zależnym od nieprzewidywalnych dorosłych.

Moment kryzysu w relacji terapeutycznej

Jednym z kluczowych momentów procesu był epizod silnej reakcji emocjonalnej wobec terapeutki. Gdy dziewczynka chciała usiąść terapeutce na kolanach, specjalistka spokojnie uznała znaczenie tego gestu, mówiąc, że cieszy się z zaufania, ale łatwiej będzie rozmawiać, jeśli obie osoby będą siedzieć naprzeciwko siebie. Granica została postawiona łagodnie, bez zawstydzania i odrzucenia, jednak dla dziecka stała się silnym bodźcem emocjonalnym.

Dziewczynka zareagowała gwałtownym wybuchem złości. Rozrzuciła figurki, powiedziała, że terapeutka jest zła i głupia, zapowiedziała, że więcej nie przyjdzie, a następnie zaczęła płakać. Był to moment bardzo poruszający klinicznie. Agresja, wcześniej kierowana głównie w stronę matki zastępczej, pojawiła się teraz w relacji terapeutycznej. Jednocześnie zaczęła ustępować miejsca smutkowi, bezradności i odsłoniętej potrzebie bliskości.

Zdarzenie to można rozumieć jako aktywizację kluczowego konfliktu relacyjnego: pragnienia więzi i lęku przed odrzuceniem. Postawienie granicy, mimo że adekwatne i ochronne, mogło zostać przez dziecko przeżyte jako powtórzenie doświadczenia odtrącenia. Różnica polegała jednak na tym, że tym razem dorosły nie wycofał się, nie ukarał, nie odrzucił i nie odpowiedział złością. Pozostał w kontakcie, pomieścił emocje dziecka i pozwolił, aby pod agresją pojawił się smutek.

Można to interpretować jako przejście od działania do kontaktu z doświadczeniem emocjonalnym. *Acting out* zaczął ustępować miejsca przeżywaniu, a złość – choć nadal intensywna – stała się drogą do bardziej pierwotnych uczuć: żalu, tęsknoty i potrzeby więzi (Juul, 2013).

Doświadczenie terapeutki i znaczenie regulacji

Prowadzenie terapii wiązało się z intensywnym zaangażowaniem emocjonalnym terapeutki. Szczególnie trudne były momenty silnej ambiwalencji – zarówno po stronie dziecka, jak i terapeuty. Pojawiały się naprzemienne impulsy opiekuńcze, pragnienie ochrony, przytulenia i „uratowania" dziecka, a zarazem – myśli o wycofaniu się z relacji, zakończeniu terapii lub przekierowaniu dziewczynki i jej rodziny do innego specjalisty.

Te reakcje można rozumieć w kategoriach przeciwprzeniesienia. Terapeutka stawała się odbiorcą emocji, których dziecko nie mogło pomieścić: tęsknoty, złości, bezradności, lęku przed odrzuceniem i przekonania, że relacja ostatecznie się nie uda. Wewnętrzna ambiwalencja terapeutki mogła odzwierciedlać wewnętrzny świat

dziecka oraz doświadczenia jego ważnych obiektów: pragnienie bliskości i jednoczesne odrzucenie jej jako zbyt bolesnej.

Świadomość tych procesów oraz korzystanie z superwizji miały kluczowe znaczenie dla utrzymania zdolności terapeutki do pozostawania w relacji (Taylor, 2017, s. 67–69). Superwizja umożliwiała rozpoznawanie własnych reakcji, odróżnianie ich od impulsów działania oraz przywracanie refleksji tam, gdzie pojawiało się przeciążenie (Ambroziak, 2018, s. 74–78).

Równie ważne okazało się utrzymywanie funkcji kontenerującej – zdolności do przyjmowania, nazywania i regulowania intensywnych stanów emocjonalnych dziecka bez reagowania w sposób impulsywny, odwetowy lub wycofujący. W tym sensie terapeutka pełniła funkcję zewnętrznego regulatora, umożliwiającego stopniowe rozwijanie zdolności samoregulacyjnych u dziecka.

Zmiany w przebiegu terapii

W miarę postępu procesu terapeutycznego obserwowano stopniową zmianę w funkcjonowaniu dziewczynki. Praca z figurkami i częściami stawała się mniej potrzebna. Dziecko zaczynało chętniej korzystać z bezpośredniej komunikacji, a emocje, wcześniej obecne głównie w działaniu, coraz częściej mogły być wypowiadane.

Pojawiła się zdolność do bardziej realistycznego opisywania relacji z matką biologiczną. Dziewczynka zaczęła mówić, że matka obiecała spotkanie i nie przyszła. Pojawiła się świadoma złość kierowana do matki, związana z jej niesłownością, uzależnieniem i niedostępnością. W kontakcie telefonicznym dziecko było w stanie wykrzyczeć matce, że pije, że nie dotrzymuje obietnic i że nie chce kolejnych pustych deklaracji. Obok złości pojawiał się również smutek.

Była to istotna zmiana psychiczna. Dziewczynka nie musiała już wyłącznie chronić obrazu matki poprzez idealizację i fantazję. Mogła zacząć przeżywać bardziej złożone uczucia: złość, żal, tęsknotę, rozczarowanie i miłość jednocześnie. Oznaczało to większą zdolność do kontaktu z rzeczywistością relacyjną oraz mniejszą konieczność obronnego zniekształcania obrazu matki.

Zmiany dotyczyły również funkcjonowania systemu rodzinnego. Rodzice zastępczy, uzyskując większe zrozumienie zachowań dziecka, stawali się spokojniejsi. Zaczęli stosować mniej sztywnych zasad na rzecz rozmowy, wspólnego ustalania zasad życia domowego i bardziej elastycznego reagowania. Ich większa zdolność do rozumienia dziecka sprzyjała tworzeniu bardziej przewidywalnego środowiska, w którym dziewczynka mogła stopniowo ćwiczyć inne sposoby komunikowania potrzeb.

Zakończenie procesu terapeutycznego i jego znaczenie

Proces terapeutyczny został zakończony na etapie istotnych zmian w funkcjonowaniu dziewczynki. Nie oznaczało to całkowitego rozwiązania problemu traumy relacyjnej, ale wskazywało na osiągnięcie ważnego celu rozwojowego i terapeutycznego: umożliwienie dziecku lepszego funkcjonowania w rodzinie zastępczej oraz budowania bezpieczniejszych relacji z opiekunami.

Do najważniejszych obszarów zmiany należało: uznanie przez dziewczynkę swojej sytuacji życiowej, poprawa relacji z rodzicami zastępczymi, większa otwartość w bezpośredniej komunikacji oraz ograniczenie regulacji poprzez *acting out*. Dziewczynka w większym stopniu mogła mówić, zamiast działać. Mogła wyrażać złość, lęk, wstyd, potrzebę bliskości i więzi, a także ambiwalencję wobec ważnych osób. Istotnym obszarem pracy było również budowanie poczucia własnej wartości, osłabionego przez doświadczenia odrzucenia, przeniesień, porzucenia i niestabilnych więzi.

Szczególne znaczenie miało przejście od regulacji poprzez działanie do regulacji poprzez relację i refleksję. Dziecko, które wcześniej komunikowało cierpienie głównie poprzez agresję, prowokacje, fantazje i odmowę kontaktu, zaczynało coraz częściej korzystać ze słów, symboli i relacji jako sposobów porządkowania doświadczenia.

Jednocześnie należy podkreślić, że terapia nie „rozwiązuje" traumy relacyjnej w sposób ostateczny. Wczesne doświadczenia traumatyczne stanowią trwały element organizacji psychicznej i mogą uaktywniać się w kolejnych etapach życia, szczególnie w sytuacjach bliskości, zależności, separacji, budowania związków, rodzicielstwa czy konfrontacji z utratą. Trauma relacyjna może stać się bagażem niesionym przez wiele lat, nawet jeśli nie determinuje całego życia osoby.

Z perspektywy klinicznej zasadne jest rozumienie procesu terapeutycznego jako potencjalnie długofalowego, przebiegającego etapami i powracającego w momentach zwiększonego obciążenia rozwojowego. Terapia może być potrzebna przez wiele lat życia, niekiedy „dawkowana" przez samego pacjenta w odcinkach, w takim rytmie, w jakim jest on w stanie asymilować kolejne warstwy doświadczenia.

Znaczenie podejścia terapeutycznego

Istotnym czynnikiem wspierającym proces był paradygmat pracy oparty na podejściu ericksonowskim, które zakłada, że każda osoba dokonuje w danym momencie najlepszego możliwego dla siebie wyboru, biorąc pod uwagę dostępne zasoby,

historię i aktualny poziom bezpieczeństwa. Wszystkie komunikaty klienta powinny być respektowane, ponieważ nawet opór, milczenie, prowokacja czy odmowa kontaktu niosą informację o jego stanie wewnętrznym. W tym ujęciu rolą terapeuty nie jest odbieranie wyboru, lecz jego poszerzanie. Praca nie koncentruje się wyłącznie na deficytach, ale na zasobach (Klajs, 2017, s. 340–363), sprawczości i możliwościach dziecka. Opór nie jest przeszkodą w terapii, lecz wskazówką dla terapeuty – informacją o tym, że dane tempo, forma kontaktu lub poziom bliskości są dla dziecka w danym momencie zbyt trudne.

Podejście ericksonowskie sprzyja elastyczności i kreatywności w doborze interwencji, co ma szczególne znaczenie w pracy z dziećmi doświadczającymi traumy relacyjnej. W praktyce oznaczało to wykorzystywanie różnorodnych technik: rysunku, pracy z figurkami, częściami, metaforą, bajką terapeutyczną i elementami zabawy. Techniki te pozwalały omijać bezpośredni opór, a jednocześnie stopniowo zbliżać się do trudnych doświadczeń w sposób bezpieczny dla dziecka. Wszystko to działo się w bezpiecznej przestrzeni relacyjnej.

Opisany proces pokazuje, że w pracy z dzieckiem po traumie relacyjnej kluczowe znaczenie ma nie tylko dobór technik, ale przede wszystkim relacja. Technika staje się pomocna wtedy, gdy służy regulacji, wzmacnia sprawczość dziecka i pozwala mu doświadczać relacji jako bardziej przewidywalnej, nienaruszającej i zdolnej do pomieszczenia jego emocji. W tym sensie relacja terapeutyczna może stać się doświadczeniem korektywnym nie dlatego, że usuwa przeszłość, lecz dlatego, że umożliwia dziecku przeżycie innej odpowiedzi dorosłego na jego złość, lęk, wstyd i potrzebę bliskości. Kohlenberg i Tsai (1998, s. 305) przytaczają słowa jednej z osób po doświadczeniu traumy: „Jeśli złe relacje mnie spaczyły, to – logicznie rzecz biorąc – do osiągnięcia poprawy potrzebne są mi dobre relacje".

Opisany proces terapeutyczny ilustruje kluczowe zjawiska opisywane w literaturze dotyczącej traumy relacyjnej i stanowi punkt wyjścia do dalszej refleksji nad implikacjami dla praktyki klinicznej.

Implikacje dla praktyki klinicznej

Praca terapeutyczna z dzieckiem doświadczającym przemocy ze strony opiekuna należy do szczególnie wymagających obszarów praktyki klinicznej. Zakłada nie tylko wiedzę dotyczącą traumy, przywiązania i rozwoju psychicznego dziecka, lecz także dojrzałość emocjonalną oraz zdolność rozumienia złożonych procesów intrapsychicznych i interpersonalnych.

Szczególne znaczenie ma pogłębiona refleksja nad własnymi reakcjami emocjonalnymi terapeuty. W pracy z dzieckiem skrzywdzonym przez osobę znaczącą zjawiska przeciwprzeniesieniowe bywają intensywne i obejmują szerokie spektrum emocji: współczucie, złość, bezradność, pragnienie ochrony, a niekiedy także zmęczenie czy chęć wycofania się z relacji. Ich rozpoznawanie i opracowywanie – zwłaszcza w superwizji – stanowi ważny warunek utrzymania bezpiecznej i stabilnej ramy terapeutycznej.

Niezbędna jest gotowość terapeuty do stania się stabilnym dorosłym: dostępnym, przewidywalnym, uważnym, a jednocześnie respektującym granice dziecka i własne granice relacji terapeutycznej. Ma to szczególne znaczenie, ponieważ dzieci krzywdzone często mają doświadczenie relacji naruszających, chaotycznych lub pozbawionych ochrony. Relacja terapeutyczna powinna więc oferować odmienne, korektywne doświadczenie: bycia widzianym, przyjmowanym i akceptowanym przy jednoczesnym zachowaniu szacunku dla odrębności, sprawczości i tempa dziecka.

W tym sensie terapeuta może na pewien czas pełnić funkcję emocjonalnie zastępczego dorosłego: osoby, która pomaga dziecku regulować emocje, porządkować doświadczenie i stopniowo budować bardziej bezpieczne sposoby pozostawania w relacji. Nie oznacza to zastępowania realnych opiekunów, lecz stworzenie takiej relacji, w której dziecko może doświadczyć obecności dorosłego niezagrażającej, nienaruszającej i zdolnej do pomieszczenia jego cierpienia.

Analiza przedstawionej winiety klinicznej oraz współczesnych koncepcji traumy relacyjnej pozwala sformułować następujące implikacje dla praktyki terapeutycznej:

1. **Budowanie relacji terapeutycznej jako podstawowego narzędzia leczenia**
   W pracy z dzieckiem po traumie relacyjnej kluczowe znaczenie ma stworzenie bezpiecznej, przewidywalnej i stabilnej relacji terapeutycznej. To właśnie relacja, a nie sama technika stanowi główny czynnik korektywny i umożliwia stopniową odbudowę zaufania do dorosłego.
2. **Rozumienie objawów jako strategii przetrwania**
   Zachowania takie jak agresja, prowokacja, wycofanie, konfabulowanie, odmowa współpracy czy *acting out* powinny być rozumiane nie jako „złośliwość" dziecka, lecz jako strategie regulacyjne chroniące przed przeciążeniem emocjonalnym, wstydem, lękiem i doświadczeniem odrzucenia.
3. **Praca w tempie możliwym do udźwignięcia przez dziecko**
   Dzieci z doświadczeniem przemocy relacyjnej często funkcjonują w chronicznym pobudzeniu lub dysocjacji. Nadmierna konfrontacja z traumatycznym materiałem może prowadzić do retraumatyzacji. Konieczne jest respektowanie tempa dziecka oraz jego gotowości do kontaktu z trudnymi doświadczeniami.

4. **Znaczenie współregulacji emocjonalnej**
   Dziecko po traumie relacyjnej bardzo często nie ma rozwiniętej zdolności samoregulacji. Zadaniem terapeuty staje się czasowe pełnienie funkcji zewnętrznego regulatora emocji poprzez spokojną obecność, dostrojenie, przewidywalność oraz zdolność pomieszczania intensywnych stanów emocjonalnych dziecka.
5. **Uważność na ambiwalencję w relacji terapeutycznej**
   Dziecko może jednocześnie silnie poszukiwać bliskości i gwałtownie ją odrzucać. Testowanie granic, dewaluacja terapeuty czy wycofanie nie powinny być interpretowane jako brak motywacji do terapii, lecz jako przejaw zdezorganizowanego przywiązania i lęku przed zależnością.
6. **Znaczenie stabilnych granic terapeutycznych**
   Jasne, spokojne i niekarzące granice stanowią ważny element doświadczenia korektywnego. Dziecko potrzebuje relacji, w której granica nie oznacza przemocy, odrzucenia ani zerwania więzi.
7. **Włączanie opiekunów zastępczych w proces terapeutyczny dziecka**
   Terapia dziecka po doświadczeniu przemocy relacyjnej nie może przebiegać w oderwaniu od środowiska opiekuńczego. Rodzice zastępczy i opiekunowie często doświadczają silnego przeciążenia emocjonalnego, bezradności oraz wtórnej frustracji wynikającej z trudnych zachowań dziecka. Dlatego istotnym elementem procesu terapeutycznego pozostają psychoedukacja, wsparcie emocjonalne oraz wzmacnianie kompetencji opiekunów w zakresie rozumienia zachowań dziecka przez pryzmat doświadczeń traumatycznych. Budowanie bezpiecznego, przewidywalnego i regulującego środowiska poza gabinetem terapeutycznym zmniejsza ryzyko kolejnych relacyjnych zranień, odrzuceń i destabilizacji więzi.
8. **Wykorzystywanie technik pośrednich i symbolicznych**
   Dzieci po doświadczeniu przemocy często nie są gotowe do bezpośredniej narracji o traumie. Pomocne okazują się techniki eksternalizacyjne: rysunek, metafora, zabawa, figurki, bajka terapeutyczna czy praca z częściami, umożliwiające bezpieczne symbolizowanie doświadczeń.
9. **Ostrożność diagnostyczna i szerokie spojrzenie kliniczne**
   Objawy traumy relacyjnej mogą współwystępować z ADHD, zaburzeniami neurorozwojowymi, zaburzeniami somatycznymi lub konsekwencjami zaniedbań biologicznych. Konieczne jest unikanie redukowania całego obrazu klinicznego wyłącznie do traumy.
10. **Znaczenie superwizji i troski o terapeutę**
    Praca z dziećmi po doświadczeniu przemocy relacyjnej wiąże się z silnymi reakcjami przeciwprzeniesieniowymi. Regularna superwizja oraz dbałość o własne

zasoby psychiczne terapeuty są warunkiem utrzymania stabilnej i bezpiecznej relacji terapeutycznej.

11. **Rozumienie terapii jako procesu długofalowego**
    Trauma relacyjna wpływa na organizację osobowości, obraz siebie i wzorce więzi. Proces zdrowienia często przebiega etapami i może wymagać powracania do terapii na różnych etapach rozwoju dziecka i jego życia relacyjnego.
12. **Współpraca interdyscyplinarna**
    Choć przedstawiona winieta koncentruje się przede wszystkim na relacji terapeutycznej oraz pracy z opiekunami zastępczymi, jej analiza wskazuje również na potrzebę szerszej współpracy interdyscyplinarnej, zwłaszcza w sytuacjach współwystępowania trudności szkolnych, podejrzenia ADHD, zaniedbań somatycznych oraz konieczności stabilizowania środowiska opiekuńczego dziecka.
13. **Tworzenie doświadczeń korektywnych zamiast koncentracji wyłącznie na objawach**
    Celem terapii nie jest jedynie redukcja objawów, lecz umożliwienie dziecku doświadczenia relacji, w której może być widziane, słyszane i akceptowane bez konieczności stosowania destrukcyjnych strategii przetrwania.
14. **Wzmacnianie sprawczości dziecka**
    Dzieci po doświadczeniu przemocy często mają historię utraty kontroli nad własnym życiem i ciałem. Umożliwianie im dokonywania wyborów, wpływania na przebieg terapii i współdecydowania o formie pracy wspiera odbudowę poczucia bezpieczeństwa i podmiotowości.

Dyskusja

Przedstawiona winieta kliniczna stanowi ilustrację procesów psychologicznych i relacyjnych zachodzących u dziecka doświadczającego krzywdzenia ze strony znaczącego dorosłego. Opisany materiał kliniczny ukazuje zarówno wewnętrzne mechanizmy funkcjonowania dziecka po traumie relacyjnej, jak i dynamikę relacji pomiędzy dzieckiem a opiekunami zastępczymi oraz pomiędzy dzieckiem a terapeutą. Winieta pozwala zobrazować sposób, w jaki doświadczenia przemocy, zaniedbania i niestabilności więzi organizują emocje, zachowania oraz wzorce budowania relacji.

Dyskusja pełni funkcję podsumowania niniejszych rozważań i odnosi się do stopnia realizacji celów przedstawionych we wstępie artykułu oraz do pytań dotyczących specyfiki procesu terapeutycznego dziecka po doświadczeniu traumy relacyjnej i znaczenia relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego.

Analiza przypadku dziesięcioletniej dziewczynki wychowującej się w pieczy zastępczej ilustruje teoretyczne założenia dotyczące traumy relacyjnej, definiowanej jako ciągłe, powtarzające się doświadczanie przemocy, zaniedbania oraz nieprzewidywalności ze strony głównego opiekuna. Przypadek ten pozwala dostrzec, w jaki sposób trauma relacyjna trwale wpływa na organizację psychiki, zachowanie oraz zdolność dziecka do samoregulacji.

W kontekście tym winieta w sposób szczególny uwidacznia tzw. paradoks relacyjny. Dziecko z doświadczeniem wczesnego krzywdzenia znajduje się w tragicznym rozdarciu: z jednej strony odczuwa głęboką, biologiczną potrzebę bliskości i bezpiecznego przywiązania, z drugiej zaś – relacja z dorosłym kojarzy mu się z największym możliwym zagrożeniem, bólem i odrzuceniem. Z klinicznego punktu widzenia agresja wobec innych, skłonność do zachowań opozycyjnych, prowokacyjnych, konfabulujących, wybuchy złości czy unikanie wysiłku edukacyjnego nie stanowią przejawu świadomej manipulacji czy złośliwości. W rzeczywistości są to wypracowane strategie przetrwania, których nadrzędnym celem nie jest niszczenie relacji, lecz ochrona przed poczuciem bezradności, przeciążeniem emocjonalnym, zmierzeniem się z odrzucaniem, wstydem i stratą. Kluczowym jest traktowanie tych objawów jako ochrony głęboko zranionego, rdzennego JA. Takie podejście wyklucza patologizowanie zachowań dziecka, pozwalając na szukaniu głębszego sensu jego reakcji.

Taka zmiana optyki uwydatnia wartość odpowiednio dobranych narzędzi interwencji, w tym podejścia ericksonowskiego oraz pracy z częściami osobowości (w oparciu o założenia zbliżone do modelu IFS). Zastosowanie paradygmatu ericksonowskiego, w którym zakłada się, że pacjent dokonuje najlepszego możliwego wyboru, bazując na dostępnych zasobach, pozwala na traktowanie oporu nie jako przeszkody, lecz jako istotnej informacji. Sięgnięcie po metody eksternalizacyjne – takie jak praca z metaforą, wykorzystanie figurek czy elementów zabawy – skutecznie redukuje napięcie. Dzięki temu dziecko zyskuje bezpieczny dystans i może stopniowo dotykać trudnych przeżyć, minimalizujące ryzyko wtórnej retraumatyzacji.

Zrozumienie skuteczności tych interwencji wymaga jednak odpowiedzi na pytanie o mechanizmy zmiany i fundamentalną rolę relacji terapeutycznej. Jak zwraca uwagę K. Ambroziak (2018), żadne techniki gabinetowe nie zadziałają optymalnie bez zbudowania odpowiedniej bazy w postaci relacji terapeutycznej, a sam proces pomocy dzieciom krzywdzonym silnie zależy od jakości tej więzi. To kontakt z terapeutą stanowi dla dziecka niezbędne, korektywne doświadczenie emocjonalne, w którym dorosły reaguje na złość i lęk pacjenta w sposób bezpieczny, nieodrzucający i nienaruszający jego granic. Relacja ta pozwala na stopniowe odbudowanie utraconego zaufania i jest nadrzędnym czynnikiem leczącym. Prawdziwy mechanizm

zmiany opiera się na ewolucji strategii regulacyjnych pacjenta w obrębie tej relacji: przejściu od regulowania trudnych emocji poprzez destrukcyjne zachowanie (agresja, *acting out*) do zdolności wyrażania ich za pomocą słów i autorefleksji.

Praktyczne wykorzystanie tych form pomocy często napotyka jednak na systemowe przeszkody. Omówione w pierwszej części artykułu neuroplastyczność mózgu oraz naturalna potrzeba tworzenia bezpiecznych więzi drastycznie mijają się z realiami opieki instytucjonalnej. Kiedy układ nerwowy pozbawiony jest stałego wsparcia w postaci dorosłego, tkwi on w chronicznym napięciu, co tylko nasila objawy pourazowe. Wobec tego fundamentalną rolę odgrywają rodzice zastępczy, którzy przyjmują na siebie ciężar bycia nową figurą przywiązania. Efektywność psychoterapii dziecka zależy bezpośrednio od stabilności jego środowiska domowego. Ponieważ konfrontacja z prowokacjami podopiecznego skrajnie wyczerpuje opiekunów, początkowy etap interwencji musi bezwzględnie koncentrować się na ich wsparciu i odbudowaniu sprawczości wychowawczej.

Konieczność zapewnienia emocjonalnego oparcia odnosi się również do samych specjalistów. Proces terapeutyczny w przypadku traumy relacyjnej wiąże się z występowaniem silnych reakcji przeciwprzeniesieniowych – od potrzeby „ocalenia" pacjenta po poczucie wypalenia. Rozumienie tych zjawisk sprawia, że regularna superwizja staje się kierunkiem koniecznym. Należy przy tym zachować ostrożność i realizm w ocenie perspektyw leczenia. Psychoterapia nie eliminuje urazów permanentnie; wczesne doświadczenia relacyjnej zdrady mogą pozostawiać trwały ślad w układzie nerwowym, przez co terapia ma często charakter wielofazowy.

Należy również podkreślić ograniczenia płynące z analizy przedstawionego materiału, a także wyraźnie zaznaczyć, że zaprezentowana w artykule winieta kliniczna nie jest szerokim badaniem empirycznym, lecz ma charakter wyłącznie ilustracyjny. Służy ona zobrazowaniu mechanizmów teoretycznych w praktyce, jednak na jej podstawie nie można dokonywać ogólnych generalizacji klinicznych czy statystycznych. Każde dziecko doświadczające traumy funkcjonuje inaczej, a każdy proces terapeutyczny pozostaje ściśle zindywidualizowany i unikalny.

Podsumowanie

Zarówno rozważania teoretyczne, jak i doświadczenia kliniczne zebrane w niniejszym artykule dowodzą, że realizacja celów terapeutycznych w leczeniu wczesnodziecięcej traumy relacyjnej jest niemożliwa bez zbudowania bazy w postaci bezpiecznej relacji. To właśnie relacja z terapeutą jest kluczowym mechanizmem zmiany. Choć nie wymazuje ona przeszłości, uczy układ nerwowy dziecka funkcjonowania poza

schematem zagrożenia, umożliwiając transformację destrukcyjnych strategii przetrwania w dojrzałą zdolność regulowania emocji w kontakcie z drugim człowiekiem.

Należy jednak zaznaczyć, że proces ten nie może toczyć się wyłącznie w zaciszu gabinetu terapeutycznego. Profesjonalną interwencją musi zostać objęty cały system opiekuńczy pacjenta. Rodzice zastępczy i opiekunowie są głównymi kreatorami przewidywalnej codzienności, w związku z czym objęcie ich priorytetowym wsparciem staje się najważniejszym etapem leczenia skrzywdzonego dziecka. Ponadto sieć relacji wokół pacjenta powinna obejmować także uważne środowisko edukacyjne. Jak zauważa U. Bartnikowska (2024), szkoła i przedszkole stanowią dla wychowującego się w pieczy zastępczej dziecka z wczesnodziecięcą traumą relacyjną miejsce szczególnie trudnych wyzwań interpersonalnych, wymagające od otoczenia zindywidualizowanego wsparcia. Zintegrowanie działań terapeutycznych, domowych i szkolnych tworzy kompleksową, bezpieczną bazę, która docelowo pozwala zranionemu dziecku na realny powrót do stabilnego i pełnego rozwoju.

E-mail głównej autorki: **akubacka@aps.edu.pl**

Bibliografia

Ambroziak, K. (2018). Rola relacji terapeutycznej w pomocy dzieciom krzywdzonym. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *17*(4), 51–81.

Bartnikowska, U. (2024). Szkoła i przedszkole jako miejsce wyzwań interpersonalnych dla dziecka z rodziny adopcyjnej lub zastępczej – perspektywa rodziców. *Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce*, *19*(2), 51–63.

Bartnikowska, U., Dufner, H. (2020). Specjalne potrzeby dziecka z traumą rozwojową w świetle badań neurobiologicznych. W Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Problematyczność inkluzji społecznej i edukacyjnej osób z niepełnosprawnościami i o szczególnych potrzebach* (s. 307–318). Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Bowlby, J. (2007). *Przywiązanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Briere, J., Scott, C. (2010). *Podstawy terapii traumy. Diagnoza i metody terapeutyczne*. Instytut Psychologii Zdrowia.

Draczyńska, D. (2024). Trauma relacyjna. *Psychiatria Polska*, *58*(3), 530.

Gerhardt, S. (2016). *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu* (wyd. 2). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Gulla, B. (2012). Rozwijanie funkcji samoopiekuńczej u dzieci jako element rodzinnych działań profilaktycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, *93*(4), 673–678.

Heller, L., LaPierre, A. (2018). *Leczenie traumy rozwojowej. Wpływ wczesnej traumy na samoregulację, obraz samego siebie i zdolność tworzenia związków*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii Zdrowia.

Herman, J.L. (2003). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Juul, J. (2013). *Agresja – nowe tabu? Dlaczego jest potrzebna nam i naszym dzieciom?* Wydawnictwo MiND.

Keck, G.C., Kupecky, R.M. (2013). *Wychowanie zranionego dziecka. Pomoc rodzinom adopcyjnym w zdrowieniu i rozwoju*. MRaciniewski Services.

Klajs, K. (2017). *Poznawanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej*. Zysk i S-ka.

Kohlenberg, R.J., Tsai, M. (1998). Healing interpersonal trauma with the intimacy of the therapeutic relationship. W V.M. Follette, J.I. Ruzek (red.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (s. 305–320). Guilford Press.

Levine, P. A. (2017). *Głos wnętrza. Jak ciało uwalnia się od traumy i odzyskuje zdrowie*. Wydawnictwo Czarna Owca.

Perry, B.D., Pollard, R. (1997). *Altered brain development following global neglect in early childhood*. Society for Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting,

New Orleans. https://www.researchgate.net/publication/260387981_Altered_Brain_Development_following_Global_Neglect_in_Early_Childhood

Policja. (2022). *Statystyki – procedura „Niebieskie Karty" za rok 2022*. Komenda Główna Policji.

Policja. (2024). *Statystyki – procedura „Niebieskie Karty" za rok 2023*. Komenda Główna Policji.

Romanik, E., Słowik, M. (2024). Rozwój psychoruchowy dziecka do lat 6 z doświadczeniem traumy relacyjnej – raport z diagnozy KORP. *Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze*, *631*(6), 66–80.

Rothschild, B. (2021). *Ciało pamięta. Tom 2. Rewolucja w terapii traumy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Schwartz, A. (2020). *Złożony zespół stresu pourazowego. Jak odzyskać integralność psychiczną i kontrolę nad emocjami. Zeszyt ćwiczeń* (J. Okuniewski, tłum.; E. Zdankiewicz-Ścigała, red. nauk.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Sejm RP. (2023). *Informacja Rady Ministrów o realizacji w 2022 roku ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej*. Druk sejmowy. Kancelaria Sejmu.

Sikorska, I. (2014). Dziecięca trauma – psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka Leczenia*, *29*(3–4), 61–62.

Słowik, M., Romanik, E. (2024). Gdy słowa nie wystarczą… – wytyczne do opieki nad dziećmi w wieku 0–6 lat po traumie. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, *23*(1), 3–57.

Spiegel, L. (2019). *Wszystkie części mile widziane. System Wewnętrznej Rodziny (IFS) w praktyce z dziećmi i dorosłymi*. Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Taylor, C. (2017). *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Wallin, D.J. (2011). *Przywiązanie w psychoterapii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Relational Trauma in a Child Experiencing Abuse by a Caregiver: The Role of the Therapeutic Relationship as a Corrective Experience

The article focuses on the phenomenon of relational trauma in children who experience violence and abuse from close individuals – where a relationship that should constitute a source of safety becomes instead a space of threat. The present analytical review is based on contemporary theoretical frameworks and current research regarding the impact of relational violence on a child's psychological development, attachment organization, emotion regulation, self-image and the capacity to form secure bonds.

Furthermore, the paper discusses specific therapeutic challenges associated with working with a child abused by a significant figure. These include difficulties in establishing a therapeutic alliance, the coexistence of loyalty toward the predator, challenges in disclosing experiences of abuse, post-traumatic symptoms, and the critical role of the therapeutic relationship as a corrective experience. Attention is devoted to the specific nature of understanding and treating relational trauma in childhood, alongside its implications for clinical practice and helping professions. The aim of this article is to systemize existing knowledge regarding the psychological consequences of relational violence against children and outline directions for therapeutic interventions tailored to the child's needs.

Keywords:
relational trauma; child abuse; attachment; therapeutic relationship; child psychotherapy

Cytowanie:
Kubacka-Pawlak, A., Śledź, A., Gajek, L. (2026). Trauma relacyjna u dziecka doświadczającego przemocy ze strony opiekuna. Znaczenie relacji terapeutycznej jako doświadczenia korektywnego. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 25(3), 190–215.

Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

Fundusz Sprawiedliwości
Ministerstwo Sprawiedliwości
Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości