

Dorota Kubacka-Jasiecka

Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych KAAFM, Kraków

Ryzyko psychosomatyczne z perspektywy traumy przywiązania i zaburzeń Ja cielesnego

Psychosomatic Risk from the Perspective of Attachment Trauma and Body Self Disorders

STRESZCZENIE

Opracowanie podejmuje problematykę etiologii zaburzeń psychosomatycznych. Stawia i rozwija hipotezę wiążącą ryzyko psychosomatyczne z wczesnodziecięcymi traumatycznymi doświadczeniami, łącznie z patologią więzów opiekuńczych. Celem uwiarygodnienia hipotezy opracowanie podkreśla daleko idące podobieństwo między konsekwencjami syndromu dziecięcej traumy (zespół DESNOS) a odległymi skutkami negatywnych doświadczeń ciała wraz ze zmianami funkcjonowania na poziomie neurofizjologicznym (teoria przywiązania Bowlby'ego, koncepcje relacji z obiektem, wyniki badań nad negatywnym znaczeniem doświadczeń ciała, modele karcinogenezy). Z drugiej strony przedstawiona hipoteza znajduje oparcie w szeroko akceptowanej roli aktualnego stresu wraz ze stosowanymi strategiami adaptacyjno-obronnymi. Znajdują one odbicie w kształtowaniu się wyróżnianych u dorosłych wzorów zachowania: A, C, D oraz ich znaczeniu (obok słabości konstytucjonalnej) jako czynników ryzyka psychosomatycznego.

Słowa kluczowe: etiologia zaburzeń psychosomatycznych, ryzyko psychosomatyczne, czynniki traumatyczne, trauma dziecięca, wzory zachowania (osobowości) A, C, D, więzi przywiązania, doświadczenie ciała, obraz ciała.

ABSTRACT

The following paper discusses the etiology of psychosomatic disorders. It proposes and develops a hypothesis that connects psychosomatic risk with traumatic experiences in early childhood, including parental bonding pathology. To validate the hypothesis, the paper stresses the deep resemblance between the consequences of childhood trauma syndrome (DESNOS syndrome) and the long-term results of negative somatic experiences, including the change in functioning on the neurophysiological level (Bowlby's attachment theory, object relation theory, study results for neg-

ative impact of somatic experiences, carcinogenesis models). On the other hand, the proposed hypothesis is backed by the current widely accepted role of stress together with adaptive and defensive strategies. They are reflected in the forming of the type A, C, and D behavior patterns in adults and their significance (apart from constitutional weakness) as factors of psychosomatic risk.

Key words: etiology of psychosomatic disorders, psychosomatic risk, traumatic factors, type A, C, D behavior (personality) factor, parental bonding, childhood trauma, body experience, body image.

1. Wprowadzenie

Artykuł podejmuje problematykę psychosomatyki, a w szczególności nadal niewystarczająco wyjaśnionej kwestii etiologii schorzeń psychosomatycznych.

Psychosomatyka to odrębna dziedzina wiedzy, której źródła sięgają tradycji psychoanalitycznych i nawiązujących do nich badań klinicznych. W ujęciu klasycznym zajmuje się wyjaśnianiem etiologii niektórych chorób somatycznych. Zaburzenie psychosomatyczne (*psychosomatic disorder*) – jest chorobą ciała (*somy*), na którą wpływa psychika lub która w skrajnych przypadkach została wywołana stanem psychicznym (Rosenhan, Seligman, 1994). Istotną rolę odgrywa konstytucjonalna słabość narządów, stanowiąca podłoże patologicznych zmian somatycznych pod wpływem sytuacji stresu. W zawężonym ujęciu za emocjonalny czynnik predysponujący do zaburzeń psychosomatycznych uważa się wyłącznie lęk (Korzeniowski, Pużyński, 1986, za Dolińska-Zygmunt, 1996). W chorobach psychosomatycznych (w odróżnieniu od konwersji) objaw nie jest substytutem emocji, natomiast pojawieniu się określonej reakcji emocjonalnej towarzyszą zmiany w układzie wegetatywnym i endokrynnym, których częste występowanie może prowadzić do uszkodzenia organów „powiązanych z emocją”. Chroniczne emocjonalne napięcie tworzy warunki do wystąpienia chorób somatycznych, przy czym źródłem napięcia mogą być sytuacje konfliktowe, poczucie zagrożenia, jak również stresory zewnętrzne.

Współcześnie, w świetle piśmiennictwa ostatnich lat, znaczenie pojęcia choroby

somatycznej uległo znacznemu rozszerzeniu, powodując równocześnie odejście od jego pierwotnego, klasycznego charakteru; wyjaśnienia dotyczące mechanizmów chorób psychosomatycznych odnoszą się bowiem do wszystkich schorzeń somatycznych zakładając istotną rolę czynników emocjonalnych i psychologicznych w ich rozwoju.

Inspiracją dla rozważań zawartych w niniejszym opracowaniu stały się wyniki badań empirycznych nad wyróżnionymi wzorami osobowości i zachowania: A, C, D wiązanych ze skłonnością do określonych chorób somatycznych. Wyniki tych badań sugerują zbieżność mechanizmów psychologicznych opisywanych wzorów z mechanizmami i konsekwencjami doświadczonych w dzieciństwie przeżyć traumatycznych. Próby wyjaśnienia pojawiających się spostrzeżeń dokonano w oparciu o koncepcje i dane dotyczące traumy dzieciństwa (por. Kubacka-Jasiecka, Kuleta, 2012).

2. Cel opracowania

Celem opracowania było uwiarygodnienie hipotezy wiążącej ryzyko chorób psychosomatycznych z konsekwencjami traumy dzieciństwa poprzez zebranie argumentów ją wspierających w świetle przedstawionego w opracowaniu piśmiennictwa. Zdaniem autorki, znaczącą rolę pośredniczącą między traumatycznymi doświadczeniami dzieciństwa a psychosomatyką dorosłych odgrywają wspólne podstawy wzorów A, C, D, będące następstwem negatywnych doświadczeń nieempatycznej, dysfunkcjonalnej opieki matczyńskiej w postaci zaburzeń doświadcze-

nia ciała, negatywnego Ja cielesnego, patologii osobowości i relacji z innymi.

3. Problematyka etiologii schorzeń psychosomatycznych

Problemy z uzgodnieniem definicji i zakresu pojęcia choroby psychosomatycznej wiążą się z różnorodnością czynników etiologicznych akcentowanych przez poszczególnych badaczy tej problematyki. Piśmiennictwo przedmiotu podkreśla złożoność etiologii, wskazując na współwystępowanie predyspozycji biologicznych, psychologicznych oraz wpływów środowiskowych. Mówiąc o **predyspozycjach biologicznych**, wymienia się czynniki genetyczne (wrażliwość, słabość pewnych narządów), a także płeć osoby chorującej i właściwości systemu nerwowego decydujące o indywidualnej podatności na stres wydarzeń krytycznych.

W zakresie **czynników środowiskowych** dużą popularność zyskała problematyka stresu wraz z charakterystyką reakcji na wydarzenia krytyczne (traumatyczne) oraz opisem podejmowanych strategii zmagania się. Mówiąc o stresie – jako czynniku ryzyka psychosomatycznego – należy uwzględnić szeroki kontekst jego psychologicznych aspektów, takich jak:

- charakterystyka sytuacji stresowej (siła, powtarzalność, natężenie zagrażające życiu)
- powiązanie (realne bądź symboliczne) z wczesnodziecięcymi negatywnymi doświadczeniami
- powiązanie z hierarchią wartości jednostki, celami i sensem życia
- charakterystyka stylu reagowania na stres, w tym: podatność na dany rodzaj stresu, wzory percepcyjne, wzory reagowania emocjonalnego oraz wegetatywno-somatycznego

Można przyjąć, że ryzyko psychosomatyczne wiąże się z brakiem zdolności do optymalnej mobilizacji obronnej, dysfunkcyjnością stylu oraz nieadekwatnością strategii zmagania się.

Do czynników psychologiczno-środowiskowych ryzyka psychosomatycznego należy zaliczyć atmosferę rodzinną oraz osobowość i metody wychowania dzieci, które skutkują:

- zaburzeniami w zakresie doświadczania ciała i Ja cielesnego
- kształtowania się dysfunkcyjnych wzorców przywiązania utrzymującymi się w dorosłości
- funkcjonowania adaptacyjno-obronnych wzorów osobowości oraz zachowań osób dorosłych.

4. Wzory zachowania jako czynnik ryzyka psychosomatycznego

Na właściwości osobowości i ich konstelację sprzyjającą wystąpieniu schorzeń psychosomatycznych (obok czynników genetycznych i cech organizmu) jako pierwsza zwróciła uwagę F. Dunbar (1943). Z czasem rozpowszechniły się badania nad wzorami zachowania (typami osobowości) w powiązaniu z określonymi chorobami somatycznymi, co nadaje im charakter psychosomatyczny. Rezultatem tych badań było wyodrębnienie wzorów zachowania A, C i D (kształtujących się wcześniej i podlegających w biegu życia niewielkim przemianom), traktowanych jako czynniki ryzyka psychosomatycznego.

Wzory zachowania kształtują się w oparciu o wzory percepcyjne – charakterystyczne dla jednostki sposoby spostrzegania, interpretowania i wartościowania sytuacji oraz wzory reagowania emocjonalnego. K. Wrześniewski określa je jako „charakterystyczną dla jednostki, w miarę niezależną od sytuacji stresowej tendencję do reagowania emocjonalnego” (2005, s. 506). Wzory zachowania stanowią efekt utrwalenia określonej relacji między sytuacją a właściwościami osobowości rozstrzygającą o interpretacji sytuacji; tym samym bezpośrednio wpływają na zachowanie. Właściwości te są ponadto odpowiedzialne za wybór stylu życia, drogi życiowej, a także charakter relacji interpersonalnych i konfliktów wewnętrznych. Długotrwałe, powtarzające się stany emocjonalne prowadzą

do patogennych zmian fizjologicznych, którego rodzaj zależy od intensywności emocji, czasu ich trwania oraz treści z jednej strony, a konstytucjonalnej słabości organizmu z drugiej (por. Aleksander, 1952; Lipowski, 1987; Reykowski, Krawczyk, 1972).

Dotychczas opisano trzy zróżnicowane typy antyzdrowotnych konstelacji właściwości osobowości A, C i D, przeciwstawianych wzorom sprzyjającym zdrowiu – B i O (Denollet 2005; Mirski, 1998; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2004; Wrześniewski, 1993).

Wzór zachowania A – WZA – wg V. Price'a (za Wrześniewski, 1993). Podstawę poznawczą tego wzoru stanowią trzy ogólne przekonania osób WZA:

- należy się stale sprawdzać,
- nie ma uniwersalnych zasad moralnych
- wszystkie posiadane środki nie są wystarczające dla realizacji stawianych celów.

WZA – odzwierciedla sposób regulacji relacji jednostki z otoczeniem, u podłoża którego leży nasilona potrzeba osiągnięć, powiązana z tendencją do dominacji i agresywności. Ma też swoje uwarunkowania osobowościowo-temperamentalne oraz sytuacyjne (por. Wrześniewski, Elias, 1988). Charakteryzuje się skrajnymi zachowaniami rywalizującymi, nastawieniem na osiągnięcia życiowe, agresywnością (czasami silnie tłumioną), poczuciem presji czasu, pośpiechem w zachowaniu i w mowie (wybuchowy sposób mówienia), pobudliwością, czujnością i nadmierną odpowiedzialnością (Włodarczyk, Wrześniewski, 1998).

Wrześniewski analizując WZA uważał, że rozstrzygnięcia wymagają nadal następujące kwestie:

- czy czynnikiem ryzyka psychosomatycznego są wyłącznie niektóre aspekty wzoru (np. wrogość), czy też całość konstelacji cech?
- czy WZA stanowi specyficzny czynnik ryzyka psychosomatycznego wywołujący tylko określone jednostki chorobowe i które?
- jakie mechanizmy pośredniczą między WZA a rozwojem choroby?

Wydaje się, że te pytania, mimo narastającej liczby badań empirycznych, pozostają w pewnej mierze nadal aktualne i co ważne – dotyczą wszystkich wyróżnionych wzorów, również wzorów C i D.

Wzór zachowania C (osobowość typu C – *cancer prone personality*) stanowi poważny czynnik ryzyka psychosomatycznego; został opisany w kontekście badań nad osobowością chorych onkologicznie jako wzór obniżający odporność immunologiczną i na tej drodze predysponujący do choroby nowotworowej (por. modele karcinogenezy H.J. Baltruscha czy M.E.P. Seligmana, za: Dolińska-Zygmunt, 1996), jak również do chorób reumatycznych, gastrologicznych, a nawet osteoporozy (por. wyniki badań Kubacka-Jasiecka, 2006; 2012; Kubacka-Jasiecka, Wysocka-Plechczyk, 1998). Za najbardziej charakterystyczne cechy wzoru WZC. opisanego po raz pierwszy przez T. Morrisa, S. Greera i innych (1981), również L. Temoshoka (1987) i H. J. Eysencka (1988), uważa się tłumienie negatywnych emocji, a zwłaszcza złości, lęku i agresji oraz brak umiejętności konstruktywnego radzenia sobie ze stresem. Koncepcja H.J. Eysencka dotycząca osobowości C (tzw. typ 1) opisuje go jako uwarunkowany temperamentalnie (konstytucjonalnie) typ osobowości, plasujący się w lewej górnej ćwiartce układu współrzędnych Neurotyzm–Introwersja (introwertywny neurotyk). Typ 2 – ekstrawertywny neurotyk odpowiada natomiast wzorowi osobowości A (H.J. Eysenck 1990, za Brzozowski, Drwał, 1995). Typ 1 zdaniem autora koncepcji charakteryzuje się niskim zapotrzebowaniem na stymulację – osoby typu C są silnie uzależnione od postaci znaczącej, a zerwanie więzi zależności jest przeżywane jako trauma, na którą reagują bezradnością i utratą nadziei.

Natomiast T. Morris i współautorzy (1981) na podstawie badań empirycznych akcentowali tendencję do silnego wypierania oraz tłumienia lęku i gniewu, słabą ekspresję emocji, a przy tym niski poziom neurotyzmu – tzw. osobowość zahamowana emocjonalnie. Daremne wysiłki zmagania się ze stresem prowadzą do utrwalania się represywnych wzorów

przeżywania i reagowania. Ponadto u osób ze wzorem typu C zaobserwowano niskie poczucie własnej wartości, brak samoakceptacji, silnej więzi z życiem oraz samoopiekuńczych funkcji Ja.

Wzór (typ) D – osobowość stresowa, podatna na stres (*distressed personality*) opisana została przez J. Denolleta (2005). Wzór ten konstytuują dwa główne wymiary stanowiące względnie trwałe cechy osobowości:

- negatywna emocjonalność (*negative affect*); występowanie silnych negatywnych emocji – lęku, gniewu, agresji, irytacji (tzw. podminowanie),
- procesy hamowania przejawiające się w zahamowaniu społecznym (*social inhibition*) związane z tzw. zahamowanym temperamentem (pojęcie wprowadzone przez J. Kagana za: Strelau, 2004). Towarzyszą mu niezmiennie rozwojowo: nieśmiałość i lękliwość, związane z nadmierną kontrolą.

Osoby typu D, unikające trudności i zagrożeń związanych z relacjami społecznymi, powstrzymują się od wyrażania negatywnych uczuć oraz zachowań z nich wynikających. Ma to charakter w pełni świadomy i odbywa się w sytuacjach społecznych – jest dyktowane obawą przed dezaprobatą społeczną i odrzuceniem. Osoby te charakteryzują się niskim poczuciem bezpieczeństwa, niskim poczuciem własnej wartości, tendencją do zamartwiania się, pesymizmem, depresyjnym nastawieniem do życia oraz słabymi więzami z innymi ludźmi; obserwuje się również skłonność do samoobwiniania (Ogińska-Bulik, op. cit.). Zdaniem cytowanej autorki osoby typu D: *wykazują znacznie większe nasilenie objawów stresu doznanego w wyniku doświadczenia sytuacji traumatycznej, przejawiających się przede wszystkim w nadmiernym pobudzeniu i nawracających obrazach traumy, ale także choć w nieco mniejszym stopniu – w unikaniu myśli i emocji związanych z traumatycznymi wydarzeniami.*

W świetle przedstawionych rozważań różnicowanie wzorów zachowania może wynikać z ich powiązania z innymi zagrożeniami

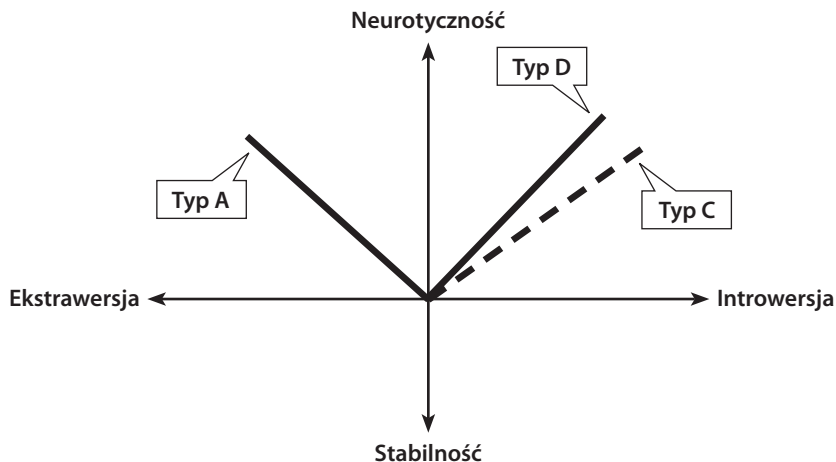
wyznaczającymi podejmowane strategie zmagania się ze stresem. Uruchamiają one zróżnicowane zachowania adaptacyjno-obronne określające mechanizmy reagowania neurofizjologicznego, które determinują prawdopodobieństwo występowania schorzeń jako konsekwencji chronicznej, specyficznej stymulacji stresowej.

Powyżej przedstawiono znaczącą rolę stresu w etiologii chorób psychosomatycznych – spójrzmy zatem na próbę charakterystyki wzorów zachowania z perspektywy zmagania się ze stresem (M.E.P. Seligman 2003):

- reakcja mobilizująca (faza alarmu i pogotowia) znamionuje niepokój, lęk gniew i wrogość oraz silną obronność; jest charakterystyczna dla wzoru zachowania A, zagrożonego nadciśnieniem, atakiem serca i innymi schorzeniami kardiologicznymi,
- reakcja demobilizująca (zniesione, zawieszono biologiczne mechanizmy pogotowia organizmu i aktywności) przejawia się rezygnacją, poczuciem bezradności, beznadziejności i stanami depresyjnymi; jest charakterystyczna dla typu C, zagrożonego chorobami onkologicznymi, chorobą reumatyczną, wrzodową, wieńcową, a także osteoporozą,
- szczególna podatność na stres, wywołująca silne, negatywne emocje ze skłonnością do ich świadomego kontrolowania i hamowania jest charakterystyczna dla typu D zagrożonego chorobą nadciśnieniową, astmą czy cukrzycą (por. Ogińska-Bulik, 2009).

N. Ogińska-Bulik (op. cit.) porównuje i zestawia osoby o wzorach zachowania A i C oraz osobowości D, umiejscawiając je na schemacie przedstawiającym wymiary Neurotyzmu i Ekstrawersji – w znaczącej mierze uwarunkowane konstytucjonalnie (temperamentalnie), patrz ryc. 1.

Osoby wszystkich trzech typów można określić jako neurotyczne (na średnim poziomie); w wypadku typu A są to neurotyczni ekstrawertycy, a osoby typu C i D można określić jako neurotycznych introwertyków, przy czym



Ryc. 1. Typ D a inne właściwości osobowości
Źródło, Ogińska-Bulik, 2009, s 23.

typ D cechuje nieco wyższy poziom cech neurotycznych.

W cytowanej pracy autorka analizuje relacje między osobowością typu D a dwoma pozostałymi wzorcami A i C. Osobowość typu D wykazuje większe podobieństwo do typu C niż A. Osobowości typu D i C łączy skłonność do nieujawniania emocji, przy czym osoby typu C charakteryzuje niska świadomość przeżywanego stresu tonizująca wzbudzone przezeń negatywne emocje oraz skłonność do ich wypierania (represja), podczas gdy osoby typu D, przy pełnej świadomości przeżywanego skutkiem stresu negatywnych emocji, cechuje świadome powstrzymywanie się od wyrażania emocji z obawy przed dezaprobatą społeczną i odrzuceniem. Zarówno dla osób typu D, jak i C charakterystyczne jest reagowanie na stres bezradnością, poczuciem beznadziei, wraz z pesymistycznym nastawieniem do życia, jak i występowaniem stanów depresyjnych.

Z kolei typ WZA i osobowość D łączy występowanie emocji gniewu i wrogości. Są one jednak odmiennie uwarunkowane – stres w typie D jest związany z relacjami interpersonalnymi, a w typie A – z frustracją dążeń jednostki do sukcesu i sprawowania kontroli nad otoczeniem. Osoba typu A jest raczej skłonna ujawniać swoje negatywne emocje

na zewnątrz, podczas gdy typ D powstrzymuje się od wyrażania agresji. Oba typy wykazują niechętny stosunek do korzystania w sytuacjach stresowych ze wsparcia społecznego.

A. Mirski (1998) przedstawia próbę określenia podobieństwa typu A i C. Wśród cech wspólnych A i C uwzględnionych przez Mirskiego znajdujemy specyficzne połączenie agresji i lęku – tzw. „agresjo-lęk”, z tą różnicą, że osoba WZA – tłumii lęk, natomiast WZC – wrogość. Z agresją łączy się obserwowany zarówno u typu A, jak i C brak zachowań typu samoopiekuńczego oraz zachowań prozdrowotnych, którym u WZA towarzyszy wrogość, a u WZC – zachowania autodestruktywne. Osoby zarówno o wzorze A, jak i C cechuje zależność od otoczenia – brak autonomii i konformizm, przejawiają się jednak one odmiennie – w wypadku osób typu A jest to konformizm celów – dążenie do aprobaty otoczenia poprzez wysoko społecznie oceniany sukces, osoby typu C cechuje konformizm środków, podejmowanie działań aprobowanych i zalecanych przez osoby znaczące, funkcjonowanie pod presją otoczenia. Wiąże się z tym w obu wypadkach niski poziom samooceny i poczucia własnej wartości, w wypadku WZA rekompensowany przez dążenie do rywalizacji i odnoszone sukcesy. Można również

obserwować niski poziom radości życia i nastroju, aż do stanów depresyjnych.

Tak więc pozornie odrębne wzory zachowania A, C i D mogą być interpretowane jako utrwalone, nawykowe zachowania adaptacyjno-obronne, indywidualnie zróżnicowane strategie dziecięcej walki o bezpieczeństwo i miłość rodziców; uwarunkowane zarówno konstytucjonalnie, jak i środowiskowo. Zaskakuje podobieństwo, a nawet zbieżność typowych wzorów zachowania z charakterystykami funkcjonowania ofiar dysfunkcyjnej przeszłości. Historia dziecięcej traumy, nie pozwalając na rozwój i osiągnięcie dojrzałej autonomii, sprzyja kształtowaniu się nieadekwatnych strategii zmagania się z traumą relacji przywiązania. Powielane nieświadomie przez lata zachowania zaburzą psychospołeczne funkcjonowanie dorosłych otwierając drogę chorobom psychosomatycznym. Należy przy tym podkreślić, że w znanym mi piśmiennictwie do rzadkości należą wzmianki o relacjach między omawianymi wzorami zachowania a doświadczeniami dziecięcej przeszłości, wraz z zaburzeniami Ja cielesnego, pomimo ścisłych powiązań funkcji cielesnych neuronalnych i psychicznych.

5. Trauma dzieciństwa

Zaburzenia po stresie traumatycznym pojawiają się w następstwie przeżycia – jako uczestnik lub świadek wydarzeń zagrażających bezpieczeństwu lub życiu (Lis-Turlejska, 1998). Ich powstawanie wyjaśniają koncepcje nadwrażliwości neurologicznej i psychologicznej. Na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia mechanizmów wzbudzenia (Dudek, 2003). Silny stres wywołuje napięcie i nadreaktywność układu sympatycznego, co stanowi podstawę chronicznego napięcia (również mięśniowego, irytacji, stałej czujności), zaburzeń lękowych i somatyzacyjnych. Teorie nadwrażliwości psychologicznej podkreślają, że do traumy dochodzi, gdy intensywność traumatycznych bodźców przelamuje barierę ochronną (*stimulus barrier* – pojęcie Freuda, za: Dudek, op. cit., Lis-Turlejska, 1998).

W przypadku traumy dzieciństwa (tzw. syndrom DESNOS) mamy do czynienia z chronicznym występowaniem zagrażających wydarzeń i okoliczności, których patologiczne konsekwencje określa się jako tzw. złożony zespół stresu potraumatycznego. Zespół ten może występować w następstwie zaniedbywania dzieci, emocjonalnego odrzucenia i maltretowania, a przede wszystkim wykorzystania seksualnego (zespół CSA – Gaskill, Perry, 2012; Goodyear-Brown, 2012).

Zespół ten często współwystępuje wraz z symptomami innych zaburzeń pogarszając znacząco funkcjonowanie rodzinne i społeczne. Traumatyczne doświadczenia pojawiające się skutkiem nadgeneralizacji oraz fałszywych skojarzeń prowadzą do niefunkcyjnego, sztywnego stanu nierównowagi, w którym nawet neutralne wydarzenia są spostrzegane i interpretowane w sposób negatywny i zagrażający (Kiecolt-Glaser i Newton, 2001, za: Gaskill, Perry, 2012; Sikorska, 2012).

Traumatyczne doświadczenia stanowią ryzyko pojawienia się głębokich, emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych, i społecznych (słaba socjalizacja) problemów dotyczących zdrowia fizycznego (Perry i Pollard 1998; Anda i in., 2006; Perry, 2006 za: Gaskill, Perry, op. cit.). J.L. Herman pisze: *Traumatyczne wydarzenie narusza autonomię człowieka na poziomie podstawowej integralności cielesnej... ciało, zostało zaatakowane, zranione, zhańbione* (1998, s. 64). I dalej: *Tożsamość wykształcona przed traumatycznym wydarzeniem zostaje nieodwracalnie zniszczona* (s. 68). Ryzyko to jest tym większe, im młodszych dzieci dotyczy traumatyzacja.

Szczególnie nasilone symptomy zaburzeń występują u dzieci wykorzystywanych seksualnie – syndrom CSA, przejawiający się zwiększeniem podatności na zranienie, dysfunkcjami w zakresie regulacji pobudzenia, zablokowaniem ekspresji emocji, zwłaszcza negatywnych. U krzywdzonych dzieci obserwuje się, jak to nazywa Herman: *chorobliwie przywiązanie* do osób znaczących zaniedbujących i maltretujących dziecko. Obserwuje się obronną idealizację prześladowającego rodzica

oraz przenoszenie gniewu i złości na nieagresywnego rodzica; występujące u dzieci obrony przypominają tzw. syndrom sztokholmski opisywany u porwanych zakładników, także więźniów obozów koncentracyjnych, itp. Klimat ciągłego terroru i nieprzewidywalność przemocy prowadzi do automatycznego superposłuszeństwa dzieci. Uczyniona dziecku krzywda jest usuwana ze świadomości i z pamięci dziecka na drodze celowego tłumienia i zaprzeczania, następuje wyparcie się własnego doświadczenia, podczas gdy podstawowym adaptacyjnym celem jest *zachowanie pierwotnego przywiązania do rodziców w obliczu codziennych dowodów ich złej woli, bezradności lub obojętności* (Herman, op. cit, s. 112).

Typowe jest przeżywanie poczucia winy i samoobwiniania. *W warunkach chronicznego nadużycia ani czas, ani doświadczenie (późniejsze – przyp. D. K-J) nie może jednak skorygować tendencji do obwiniania siebie, przeciwnie – jest ona stale wzmacniana.* Dodatkowy czynnik – myślenie o sobie w kategoriach „czegoś wstrętnego” – co staje się załącznikiem „splamionej, napiętnowanej grzechem” tożsamości. Branie na siebie odpowiedzialności („sam to sprowokowałem”) daje poczucie kontroli sytuacji.

Następuje rozwój tzw. dwójmyślenia ofiar, rozszczepienie autowizerunku na Ja pogardzane – Ja uświęcone; dochodzi do fragmentaryzacji osobowości i innych osób. A. Miller uzupełnia ten obraz: *... im mniej dziecko otrzymywało miłości, im bardziej było odrzucane i maltretowane pod pozorem wychowania, tym bardziej człowiek dorosły przywiązany jest do rodziców i osób, na które przeniósł swoje oczekiwania w nadziei, że kiedyś wreszcie zostaną spełnione* (2006, s. 14).

M. Czub (2014) zwraca uwagę, że zaburzenia u konkretnych dzieci zależą od kontekstu i okoliczności, w których dochodzi do krzywdzenia, zwłaszcza wykorzystania dziecka; trauma skutkuje znacznymi różnicami indywidualnymi, przede wszystkim w rozwoju podatności na zranienie oraz zakresem i wielkością następujących zaburzeń.

6. Dysfunkcyjne relacje przywiązania

Wczesnodziecięce dysfunkcyjne więzi i negatywne doświadczenia rodzinne naznaczają i patologizują procesy rozwoju (por. Józefik, Iniewicz, 2008). Rodzi się pytanie, czy chroniczny brak bezpieczeństwa, przeżywanie bezradności i chaosu emocjonalnego przez małe dziecko (a nie tylko ofiary opresyjnego, posługujące się przemocą wychowania) może być uznane jako źródło traumy? Badacze problemu traumy dziecięcej uważają, że chroniczne pozostawanie od wczesnych lat życia w stanie „niewypowiedzianego przerażenia”, wszechogarniającego osamotnienia i bezradności spełnia definicyjne kryteria traumy. O. Sakson-Obada pisze wprost: *... skutki takich doświadczeń jak długo trwała rozłąka dziecka z osobą sprawującą opiekę, zaniedbanie i krzywdzenie emocjonalne oraz zaniedbanie fizyczne są na tyle głębokie, że uzasadniają przyznanie im statusu urazu* (2009, s. 63).

Doświadczenie dezorganizującego lęku, wycofania, głębokiej depresji składających się na tzw. traumę kumulacyjną staje się przyczyną wystąpienia problemów w regulacji emocji i kontroli impulsywnych zachowań społecznych oraz rozmaitych form zaburzeń psychicznych typowych dla zaburzeń potraumatycznych. Konsekwencje chronicznego zaniedbywania dziecka bardziej dewastują osobowość niż poszczególne akty przemocy fizycznej czy seksualnej (por. Iwaniec, Sneddon 2002; Herman, 1998; Van der Kolk, 2003).

Problematyka wczesnodziecięcych doświadczeń patologii więzi macierzyńskiej jako czynnika ryzyka psychosomatycznego jest podejmowana w ramach szeregu koncepcji, które można przypisać do trzech odrębnych nurtów badań psychologicznych: teorii relacji z obiektem, teorii przywiązania oraz koncepcji akcentujących rolę doświadczenia ciała i kształtowania Ja cielesnego – jako psychicznej reprezentacji ciała.

Wymienione teorie łączy akcentowanie negatywnego wpływu dysfunkcyjnego charakteru wczesnych więzi z matką (opiekunem) na osobowość i późniejsze

funkcjonowanie dzieci (tzw. nierozwiązane przywiązanie); również na występujące z wiekiem objawy zaburzeń, także o charakterze psychosomatycznym. Poniżej postaram się pokrótce omówić wymienione nurty, akcentując zagadnienie zaburzeń doświadczenia ciała, przewijające się w sposób mniej lub bardziej bezpośredni w poszczególnych koncepcjach.

Teorie relacji z obiektem upatrują źródeł zaburzeń rozwojowych w preedypalnej fazie rozwojowej i kształtowania się struktury psychicznej (por. Cierpiąkowska, 2007). Jakość wczesnodziecięcych realnych doświadczeń z matką w efekcie ich introjekcji i internalizacji odzwierciedla się w pozytywnych i negatywnych reprezentacjach self-obiekt-afekt, stanowiąc załączek późniejszej osobowości. Empatyczna opieka matki uwzględniająca emocje dziecka powoduje tworzenie się z czasem coraz bardziej zintegrowanych reprezentacji Ja i osób otoczenia (Krueger, 2000). Własne ciało może być doświadczane jako „bezpieczna całość” lub chaos doznań z dominacją poczucia przerażenia, nazywanego przez Winnicotta *łękiem przed rozpadem własnego istnienia* (1971).

Niepowodzenie kształtowania się pozytywnej, dopasowanej do wieku i potrzeb dziecka relacji z obiektem utrudnia późniejszą separację i niezależność od matki, pociąga za sobą frustrację, gniew oraz dominację prymitywnych form obronności; konflikt między pozytywną a negatywną reprezentacją postaci matczynej uniemożliwia ich integrację, zaburząc prawidłowy rozwój dziecka.

Zaburzenia rozwijają się na skutek zatrzymania się rozwoju w trzeciej fazie – w wyniku niepowodzenia procesu różnicowania reprezentacji Ja od reprezentacji obiektu, skutkiem: predyspozycji konstytucjonalnych, niedostatku pozytywnych relacji z matką i/lub doświadczonych urazów. Dla utrzymania pozytywnych relacji z matką konieczne jest rozdzielenie poprzez mechanizm rozczeplenia wewnętrznych reprezentacji self-obiekt, pozytywnych od negatywnych, zabezpieczający

przed bolesnym przeżyciem utraty idealnego obiektu. Obronie służy również dominacja pierwotnych mechanizmów: rozczeplenia i projekcji (Kernberg, 1976; Cierpiąkowska, 2007).

Teoria przywiązania opracowana przez J. Bowlby'ego (2007) charakteryzuje wpływ wczesnych relacji dziecka z osobami znaczącymi – przede wszystkim z matką – na kształtowanie sfery emocjonalnej dzieci, zwłaszcza pojawienia się lęku separacyjnego. Koncepcja czerpiąca z tradycji psychoanalitycznej, etologii oraz koncepcji relacji z obiektem uznaje więzi uczuciowe między dzieckiem a postacią matczyną jako instynktowe, oparte na mechanizmach biologicznych. Kluczowe znaczenie ma postawa matki. Jej empatyczność oraz adekwatny „oddźwięk” na potrzeby dziecka, dostosowanie się do nich, częstość i jakość wzajemnego kontaktu kształtują wzory przywiązania dziecka. Związki dziecka z opiekunami stanowią podstawę tworzących się tzw. modeli i schematów roboczych: kognitywno-afektywnych schematów Ja i figur przywiązania oraz relacji pomiędzy nimi. Schematy, ze względu na przedwerbalny okres ich kształtowania, mają charakter sensomotoryczny, nieświadomy, z czasem – dzięki funkcji symbolizacji – mogą stać się uświadomione, możliwe do werbalizacji, choć niekoniecznie musi tak się stać we wszystkich przypadkach.

J. Bowlby (2007) podkreślał rozległe, dalekosiężne konsekwencje destrukcyjnej w skutkach relacji przywiązania; rodzających się u dziecka uczuć frustracji, gniewu, złości i lęku oraz trudności kontroli ekspresji i regulacji emocji. Nieprawidłowo ukształtowane więzi mogą wywoływać: lęk, tendencje depresyjne, poczucie bezradności, niską samoocenę, stale podwyższony poziom napięcia oraz lęk i agresję, a także prowadzić do izolacji społecznej i alienacji. Często dołącza się brak umiejętności społecznych – adekwatnej oceny innych, charakteru relacji z nimi: podejrzliwość, nieufność, nieumiejętność korzystania ze wsparcia psychospołecznego w sytuacjach trudnych. Wszystkie te właściwości można obserwować

u osób cechujących się wzorami zachowania traktowanymi jako czynnik ryzyka psychosomatycznego.

Współpracownicy i kontynuatorzy myśli Bowlby'ego wyróżnili cztery wzorce przywiązania, których kontynuację odnajdujemy w związkach dorastających i dorosłych: wzór ufny, lękowo-unikający, lękowo-ambivalentny i lękowo-zdezorganizowany (zdezorientowany). U ich podstaw leżą dwa wymiary: zależność – unikanie oraz pozytywne – negatywne wartościowanie siebie i innych. Trzy ostatnie wzorce to wzorce zaburzone, tzw. pozabezpieczne (Ainsworth i in., 1978; Ainsworth, 1982). Emocjonalne przeciążenie, do którego dochodzi skutkiem dysfunkcyjnych więzi z matką powoduje, że wszystkie późniejsze relacje interpersonalne, włącznie z neutralnymi czy potencjalnie zapewniającymi bezpieczeństwo, są spostrzegane i przeżywane jako zagrażające, również w późniejszych okresach życia. Istotną rolę odgrywa negatywny obraz własnej osoby, innych ludzi, dążenie do zależności czy unikanie bliskich relacji.

7. Trauma dzieciństwa a doświadczenie ciała i zaburzenia Ja cielesnego

Negatywne doświadczenia własnego ciała, objawy związane z przeżywaniem własnej cielesności – stany somatyzacyjne, a nie tylko psychopatologiczne coraz częściej stają się przedmiotem badań problematyki traumy, szczególnie wczesnodziecięcej, włącznie z następstwami wykorzystania seksualnego dzieci. Współcześnie podkreśla się znaczenie wpływu traumatycznych doświadczeń na funkcjonowanie mózgu, systemu nerwowego oraz dysfunkcje układu autonomicznego, gospodarki hormonalnej czy napięcia mięśni. Trauma powoduje zmiany fizjologiczne, neurobiologiczne, endokrynologiczne i immunologiczne, które znajdują w chorobie swój wyraz. *Trauma zmienia mózg, który zmienia ciało* – można podsumować za R.C. Scaerem (K. Schier 2005, s. 84).

K. Schier, należąca do nielicznych polskich badaczy podejmujących omawianą

problematykę, w następujący sposób definiuje obraz ciała: *W moim rozumieniu to złożony proces doświadczania siebie w sposób cielesny, zjawisko, które umieszczam na pograniczu świata wewnętrznego danej osoby i jej relacji z innymi ludźmi* (2010, s. 9). Ja cielesne odnosi się do całego obszaru doświadczeń cielesnych na powierzchni ciała i w jego wnętrzu obejmując trzy podstawowe wymiary: psychiczne doświadczanie wrażeń cielesnych, doświadczanie funkcji ciała i ich zaburzeń oraz obraz ciała, jego reprezentacja poznawcza.

Dziecko – ofiara dysfunkcyjnych relacji opiekuńczych rozwija szczególnie rodzaj regulacji emocji odnoszących się głównie do wrażeń płynących z ciała (dotyczy to wieku około 4 miesiąca życia dziecka, por. też Mahler i in., 1975, za Schier, op. cit). W dalszym normatywnym rozwoju cielesnym dochodzi do ukształtowania granic ciała, różnicowania między wrażeniami płynącymi z ciała a pochodzącymi z rzeczywistości zewnętrznej, tworzenia stabilnej reprezentacji własnego ciała i poczucia odrębności od innych.

Konsekwencją wystąpienia trudności w rozwoju Ja cielesnego jest powstawanie jego różnorodnych zaburzeń. Wszystkie negatywne doświadczenia dziecka, pomimo ich wyparcia ze świadomości, pozostają zapisane w ciele. Tym samym ciało staje się *strażnikiem naszej historii* – jak pisze A. Miller (2006, s. 21) – *troszczy się, abyśmy byli w stanie z naszą prawdą żyć*. I dalej: *ciało ... stara się zmusić nas za pośrednictwem różnych dolegliwości do uświadomienia sobie naszej historii, byśmy potrafili zrozumieć tkwiące w nas wykorzystywane i upokarzane niegdyś dziecko*.

D.W. Krueger (2002) wymienia warunki rozwoju prowadzące z czasem do zaburzeń Ja cielesnego:

- intruzywność i nadmierna stymulacja ze strony matki wynikająca z jej stałej potrzeby pozostawania z dzieckiem w stanie fuzji – własne ciało jest wówczas doświadczane przez dziecko jako małe, nie-dojrzałe czy aseksualne. Dzieje się tak np. w anoreksji czy innych rozmaitych postaciach autostymulacji cielesnej w reakcji na

zagrożenie (obronna kontrola nad ciałem, ewentualnie przywracanie żywotności doznań cielesnych)

- niedostępność empatycznej matki pociąga za sobą trudności z określeniem granic ciała, niedostatki w zakresie rozpoznawania sygnałów płynących z wnętrza ciała. Ślady tego odnajdujemy w mechanizmach funkcjonowania osób borderline, bulimicznych czy depresyjnych (por. Cierpiąłkowska, 2007). Ponadto za odległe konsekwencje można uznać kompulsywny seks, częstą masturbację czy samouszkodzenia (zwiększanie poczucia żywotności i świadomości swego ciała)
- brak konsekwencji w wychowaniu dziecka oraz traumatyzująca nieprzewidywalność zachowań dorosłych kształtują tzw. zdysocjowany obraz rzeczywistości (brak ciągłości, elementy wyobrażeń i zagrażających doświadczeń).

Opiekunowie koncentrujący się na fizycznej stronie doznań dziecka przekazują mu komunikaty, że aby uzyskać zainteresowanie i akceptację rodzica, winno organizować swoje doświadczenie wokół bólu i choroby. Zahamowanie rozwoju dziecka wyraża się zdaniem D.W. Kruegera (2000) w regulacji napięcia „poprzez ciało”. Dzieje się tak w zaburzeniach odżywiania, samouszkodzeniach, podejmowaniu ekstremalnie intensywnych ćwiczeń fizycznych, sportów ekstremalnych czy problemach psychosomatycznych. K. Schier uważa, że: *Pomostem pomiędzy ciałem i umysłem stają się nie tylko choroby psychosomatyczne, lecz także dostarczanie sobie intensywnej stymulacji w obrębie ciała lub dokonywanie samouszkodzeń* (2005, s. 30; por. też Anzieu, 1979; Schier, 2002).

Zahamowany rozwój cielesny przejawia się odczuwaniem emocji na poziomie ich komponentu somatycznego – występuje regresja (pierwotna lub wtórna) procesu somatyzacji i symbolizacji uczuć. Zjawiska te stanowią przeszkodę w rozwoju funkcji refleksyjnej, która wymaga wprowadzenia dystansu (przestrzeni) między doznaniem a jego ekspresją; przestrzeni, w której mogą się pojawić myśli

i słowa odnoszące się do doświadczenia emocjonalnego. Osoba zagubiona w natłoku i chaosie nienazwanych emocji i przeżyć pozostaje niezdolna do integracji Ja cielesnego i psychicznego.

Do zaburzeń przeżywania własnej cielesności przyczyniają się deformacje doznań proprioceptywnych i skórnych będących pokłosiem braku empatycznego dotyku i więzi z matką – niedostatku bliskości fizycznej we wczesnym rozwoju, odczuwanym jako zagrożenie bezpieczeństwa i życia. Zdaniem cytowanego przez K. Schier (2005) R.C. Scaera, tendencja do wyrażania bolesnych emocji w postaci symptomów fizycznych występuje u osób, które doświadczyły traumy skrzywdzenia przez innych, również seksualnego. Wiąże się to z niemożnością myślowego i słownego ich ujęcia oraz pamiętania traumatycznych przeżyć. Uczuciom odzwierciedlonym w ciele towarzyszy zaprzeczanie doznawanym emocjom, ich wypieranie, gromadzenie się tzw. przeciwnenergii (w postaci płytkiego oddechu, napięcia mięśni, itp.) powodujących odrętwienie psychiczne (Lowen, 1995). Pierwotne doznania cielesne przynoszą przerażający chaos określany przez D.W. Winnicotta *łękiem przed rozpadem własnego istnienia* (1971).

Nieprawidłowe, krzywdzące dziecko relacje z otoczeniem hamują rozwój Ja fizycznego, wspierają procesy regulowania napięcia emocjonalnego „poprzez ciało”, w postaci objawów zaburzeń somatoformicznych, w tym konwersyjnych i dysocjacyjnych, a także psychosomatycznych. Niemożność ujęcia traumy poprzez werbalną narrację powoduje, że *przeżycia płynące z ciała pozostają odcięte, wysiedlone z własnego ciała* (Schier, 2005, s. 82). *Choruje bowiem ciało osoby, która nie jest lub nie była kochana jako autonomiczny człowiek i co więcej – której ciało miało bądź ma pełnić określone funkcje dla jej psychiki ... kiedy cierpi dusza, choruje ciało* – pisze dalej K. Schier (op. cit, s. 89). W momencie zagrożenia zarówno wewnętrznego, jak i zewnętrznego uwaga kieruje się w stronę Ja cielesnego jako podstawowej struktury organizującej doświadczenie.

Wykształca się struktura nazwana przez D.W. Kruegera (2000) – fałszywym Ja cielesnym, będącym konstelacją obronną – ciało i Ja cielesne (ucieleśnione – *embodied self*), pełnią funkcje wobec „wewnętrznego obiektu” zamiast wobec realnego własnego Ja i jego rzeczywistych potrzeb. Ja cielesne przestaje być autentyczne – osoba „ma ciało”, ale „nie czuje się w swoim ciele”, „nie jest swoim ciałem”.

Przywrócenie do świadomości dzięki psychoterapii zapisanych w pamięci naszego ciała przeszłych, negatywnych doświadczeń eliminuje możliwość bezrefleksyjnego odreagowania głębokich emocji poprzez własne ciało, jak również kierowania ich przeciwko sobie lub innym (Miller, 2006).

Podsumowując, zaburzenia w zakresie doświadczenia swego ciała przez ofiary wczesnodziecięcej traumy można sprowadzić do:

- obniżenia zdolności doznawania bodźców zmysłowych i bólu (jak w aleksytymii)
- braku kontroli nad ciałem, doznawanymi emocjami i ich ekspresją
- braku akceptacji ciała i jego negatywnej samooceny
- naprzemienności przeciwstawnych relacji fizjologicznych: wzbudzenia (aktywacja układu sympatycznego) i obniżenia napięcia, rezygnacji (aktywacja układu parasympatycznego), co prowadzi w rezultacie do zaburzeń poszczególnych funkcji fizjologicznych (por. Dudek, 2003).
- występowania tendencji agresywnych i samoagresywnych oraz poczucia bezradności prowadzącego do zaniedbywania potrzeb organizmu i rezygnacji z samoopieki na rzecz przetrwania.

8. Doświadczenie ciała a choroby psychosomatyczne

Stosunkowo rzadko, również w piśmiennictwie polskim, spotykamy prace wiążące problematykę psychosomatyczną z zaburzeniami Ja cielesnego, mimo że choroba somatyczna dotyka zasadniczo naszego ciała: *Objawów psychosomatycznych przeważnie nikt nie łączy*

z ich rzeczywistym źródłem – pisze J. Herman (1998, s.129), za które uważa traumatyczną historię dzieciństwa.

Zarówno wydarzenia traumatyczne, jak i nieprawidłowe relacje matka–dziecko zmieniają przede wszystkim sposób funkcjonowania organizmu (Kendall-Tackett, 2012; Van der Kolk, 2003). Ciało staje się podatne na stres (*threat sensitized*) i uwrażliwione na zagrożenie. Percepcja zagrożenia aktywizuje trzy systemy organizmu: system walka-ucieczka, HPA (oś podwzgórze-przysadka-nadnercza) oraz układ immunologiczny, którego reakcje zwiększają ryzyko wielu chorób somatycznych (psychosomatycznych). Mówiąc o somatyzacji mamy na myśli czasową mobilizację reakcji somatycznych celem zmagania się ze stresem i bólem psychicznym.

D.W. Winnicott (1993) traktuje choroby psychosomatyczne jako skutek niepowodzenia integracyjnej roli ego – rozczepienia psyche i soma oraz wyraz regresji do pierwotnych strategii obrony i zmagania się z zagrożeniem.

Choroba bywa nazywana pomostem między umysłem a ciałem, bowiem ... *każdy symptom psychosomatyczny na swój sposób łączy umysł i ciało* (Schier, 2010 s. 86). Związek, który w trakcie normatywnego rozwoju ulega rozluźnieniu (desomatyzacji), w chorobie ulega w pewien sposób przywróceniu, jest kreowany na nowo, wraz z regresją do somatyzacji afektu. Pomostem pomiędzy ciałem a umysłem stają się nie tylko choroby psychosomatyczne, lecz także doznanie intensywnej stymulacji w obrębie ciała lub dokonywanie samouszkodzeń (por. Anzieu 1979; Schier, 2002). W koncepcji Junga ciało staje się personifikacją psychicznego cienia, co doprowadza do symptomatologii psychosomatycznej lub samouszkodzeń (tamże). *Narracja wzorców przywiązania może otrzymywać wyraz w języku ciała w chorobie* (Stora, 2007, za: Schier, 2010, op. cit.).

Zdaniem A. Miller, osoby cierpiące na choroby psychosomatyczne *poświęcają swoje ciało (ofiarowują siebie), aby chronić wewnętrzny obraz rodzica*. Autorka przywołuje przykład pisarza Marcela Prousta, cytując jego list do

matki: *Bo wołę już mieć napady duszności i być takim, jak ci się podoba, niż nie podobać się tobie i nie cierpieć*; wskazuje na świadomość pisarza cierpiącego na uciążliwe ataki astmy pochodzenia tego schorzenia oraz znajomość jego mechanizmu psychosomatycznego. Na tej samej stronie dodaje: *ciało mówi do nas poprzez chorobę, różnego rodzaju dolegliwości. Jego mowa nie może jednak zostać zrozumiana tak długo, jak długo człowiek nie dostrzega, że zapiera się prawdy o własnym dzieciństwie. I dalej: zapieranie się swojej prawdy wpędziło ich (jej pacjentów – przyp. D.K-J.) w ciężką chorobę i doprowadziło do przedwczesnej śmierci...* (2006, s. 57).

Zacytujmy tym razem J. Herman (1998, s. 19–20): *Maltretowane dzieci ... są w stanie doprowadzić do znacznych, choć przejściowych zmian stanu uczuciowego za pomocą rozmyślnego pobudzenia autonomicznego układu nerwowego lub prowokowania zaburzeń w jego działaniu. Biegunka i wymioty, kompulsywne zachowania seksualne, kompulsywne podejmowanie ryzyka lub wystawiania się na niebezpieczeństwo, jak również przyjmowanie środków psychotropowych – wszystko to stanowi metody wykorzystywane do regulowania wewnętrznych stanów emocjonalnych. Za pomocą tych środków maltretowane i/lub wykorzystywane dziecko usiłuje usunąć chroniczny stan dysfarii* i symulować, choćby na krótko, wewnętrzny stan dobrego samopoczucia i zadowolenia, którego nie mogłoby osiągnąć w żaden inny sposób. Stany te nasilają się wraz z osiągnięciem dojrzałości, naznaczając życie i późniejsze funkcjonowanie dorosłych. Poglądy i wypowiedzi badaczy przedmiotu wskazują więc bezpośrednio i wprost na somatyczne konsekwencje, również w postaci choroby, wczesnodziecięcych i późniejszych urazów, a także dysfunkcyjnych niemowlęcych więzi z matkami i opiekunami.*

* Stanem „dysfarii” – Herman określa *stan zagubienia, pustki, przerażenia, lęku, gniewu i żalu, przede wszystkim, niewypowiedzianej samotności* (1998, s. 117).

W badaniach R. Liedte (1990, za: Gracka, 1993) rodziców dzieci chorych psychosomatycznie charakteryzowano jako nadopiekuńczych, emocjonalnie zdystansowanych, a równocześnie wywierających presję pozbawiającą dziecko niezależności i unieważniających jego istotne potrzeby. Zgodnie z poglądami G. Rodina (1991, za: Gracka, op. cit.), symptomy somatyczne służą odzyskaniu bliskości z matką, obronie przed lękiem separacji (faza symbiozy) czy utratą obiektu; zmierzają do odtworzenia bliskości i zjednoczenia z matką. Symptom somatyczny może stać się wyrazem myśli, komunikatem, na który matka jest zdolna zareagować (nadając „somatyczną” postać emocjom dziecka). Zdolność różnicowania przeżyć psychicznych od doznań somatycznych zależy w znaczącej mierze od różnicujących postaw rodziców.

W koncepcjach autorów relacji z obiektem oraz psychologii self, u osób o dysfunkcyjnej osobowości, jak i chorych somatycznie wczesnodziecięce doświadczenia cielesne zaburzyły proces kształtowania się struktury psychicznej. W rezultacie osoba nie odróżnia rzeczywistości wewnętrznych przeżyć (identyfikacja z własnym, uwewnętrznionym Ja lub obiektem) od realnego Ja czy relacji z rzeczywistymi osobami, co przejawiać się może nagłymi oscylacjami uczuć lub nastroju, przechodzeniem od uwewnętrznionego obrazu Ja do obiektu i odwrotnie – jak np. w osobowości *borderline* (Kernberg, 1976; Cierpiakowska, 2007). Oczekiwania i potrzeby innych (obektu) stają się podstawowymi regulatorami emocji i zachowania, od czego jednostka usiłuje się symbolicznie uniezależnić. Choroba przyciąga uwagę, pozwala na uniknięcie konfrontacji z bólem psychicznym i rzeczywistymi problemami.

Również wyniki badań dzieci – ofiar traumy, a zwłaszcza wykorzystywania seksualnego (zespół CSA) opisywały zaburzenia regulacji stanów fizycznych: cyklu snu i czuwania, odżywiania się, wydalania, zaburzenia żołądkowo-jelitowe i wielu innych narządów wewnętrznych (por. Loewenstein, 1990; Demitrack i in., 1990, za: Herman, 1998). Na

pojawianie się częstych somatycznych objawów takich jak: bóle pleców, miednicy, ataki dreszczy, duszności, bóle serca i przyspieszone tętno zwracają uwagę również inni cytowani przez J. L. Herman autorzy (1998; Hoppe, 1968; Krystal i Niederland, 1968). W. De Loos (1990) podsumowując swoje rozważania zauważa: ... *stwierdzono, że reakcje psychosomatyczne występują praktycznie u wszystkich dziecięcych ofiar molestowania czy gwałtu* (tamże, s. 97). W stanach anoreksji podkreślano szczególnie brak zadowolenia ze swego ciała, a rygorystyczna kontrola jego funkcji była interpretowana jako obrona przed obezwładniającymi emocjami chaosu i bezradności (Perry i Pollard, 1998, za: Gaskill, Perry, 2012).

9. Podsumowanie i wnioski

Przedmiotem opracowania było przybliżenie i uwiarygodnienie hipotezy łączącej objawy zaburzeń psychosomatycznych z wczesnymi dysfunkcjonalnymi więzami dziecka z matką (opiekunem). Starłam się ponadto wykazać, że nie tylko wydarzenia traumatyczne, takie jak realne odrzucenie dziecka, jego zaniedbywanie, maltretowanie czy wykorzystanie seksualne, pozostają zasadniczymi czynnikami ryzyka psychosomatycznego. Rolę taką mogą odgrywać również pozornie zwyczajne relacje rodzinne, nacechowane jednak brakiem lub niedostatkami empatycznej, dopasowanej do potrzeb dziecka opieki macierzyńskiej. Relacje z matką niezapewniające bezpieczeństwa i wprowadzające chaos emocjonalny mogą skutkować procesami somatyzacji oraz podatnością na stres wydarzeń krytycznych.

1. W świetle postawionej na wstępie tezy, popartej poglądami badaczy reprezentujących obszary tematyczne dotychczas traktowane jako odrębne, można przyjąć, że tzw. „proces psychosomatyczny” obejmuje następujące elementy:
 - u jego początków znajdujemy doświadczenia szeroko rozumianej utraty, które nieprzepracowane tworzą szczególnie predyspozycję – nadwrażliwość

ciała na wyzwania i porażki spotykane w dalszym życiu. Istotne znaczenie ma przy tym obecność cech neurotyczności

- zmiany w fizjologicznym funkcjonowaniu organizmu prowadzą do długotrwałej dysregulacji układu autonomicznego i do chronicznego napięcia mięśni
 - chroniczne napięcie wraz ze zmianami strukturalnymi narządów organizmu z czasem mogą skutkować różnicowanymi objawami chorób psychosomatycznych
 - zaburzenia funkcji cielesnych pojawiają się jako skutek obronnego cofania się procesu desomatyzacji.
2. Wpływ wczesnodziecięcych wydarzeń traumatycznych na zdrowie odbywa się również w sposób pośredni (psychologiczna droga tzw. ryzyka psychosomatycznego). Obejmuje on:
 - negatywny, niestabilny obraz Ja realnego oraz relacji Ja z otoczeniem
 - dominacja negatywnego Ja cielesnego nad innymi aspektami własnego Ja; towarzyszyć temu mogą: utrata kontroli funkcji ciała oraz tendencje somatyzacyjne
 - zahamowanie ekspresji emocjonalnej i werbalizacji uczuć oraz ich somatyzowanie.
 3. „Zapisane w ciele” traumatyczne, przedwerbalne doświadczenia skutkują kształtowaniem się, różnicowaniem i stabilizowaniem w toku życia tzw. pozabezpieczonych wzorców dziecięcego przywiązania.
 4. Doświadczenie traumy wraz z zagrożeniem poczucia bezpieczeństwa mogą prowadzić do kształtowania się obronno-adaptacyjnych zachowań – antyzdrowotnych wzorców, typów osobowości cechujących się:
 - negatywną emocjonalnością – skłonność do występowania złości, lęku, stanów depresyjnych (wzory A, C,D)
 - kontrolowaniem i tłumieniem ekspresji oraz werbalizacji emocji (we wzorze

WZA – lęku, wzorach C i D – złości i wrogości)

- zagrażającym obrazem świata przy niedostatku funkcji samoopiekuńczych (we wzorze WZA – stres wywołuje nadmierną mobilizację, czujność i gniew; we wzorach C i D – niedostateczną mobilizację, nadmierną kontrolę i wypieranie emocji oraz zahamowanie społeczne)
 - potencjalnymi skłonnościami ucieczki w uzależnienie, zachowaniami impulsywnymi i ryzykownymi (ich podłożem we wzorze WZA – jest agresywność, wrogość do innych oraz nastawienie na rywalizację; we wzorach C i D – tendencje do samoobwiniania i autodestruktywności).
5. W okresie dorastania, a później dorosłości można obserwować kontynuację dziecięcego obronno-adaptacyjnego zachowania (wzorce przywiązania, typy osobowości).

Zadawalająca metodologicznie weryfikacja postawionej tezy oprócz dowodów klinicznych wymaga prowadzenia obiektywnych badań empirycznych, w tym również longitudinalnych, łączących uzupełniające się perspektywy dotyczące:

- długofalowych wpływów dysfunkcyjnych relacji przywiązania
- zaburzeń w zakresie doświadczania ciała i Ja cielesnego jako pośredniczących między doświadczeniem traumy a dezorganizacją funkcjonowania organizmu
- znaczenia wyróżnionych wzorów zachowania, typów osobowości (wraz z ich psychoneurologicznymi mechanizmami) traktowanych jako czynniki ryzyka psychosomatycznego.

Wyniki dotychczasowych badań psychologicznych wraz z imponującymi postępami w zakresie neuronauk oraz fizjologii i psychologii traumy dziecięcej dają nadzieję na możliwość pełnego wyjaśnienia mechanizmów schorzeń psychosomatycznych, a dzięki temu skutecznemu zapobieganiu im i leczeniu.

Piśmiennictwo

- Ainsworth M.D.S. (1982), Attachment: Retrospect and prospect. C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde (red.) *The place of attachment in human behaviour*, New York: Basic Books, pp. 3-30.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S., (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of strange situation*, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aleksander F. (1952), *Psychosomatic medicine*, London: George Allen and Unwin.
- Anzieu D. (1979), The sound image of the Self. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 23–36.
- Bowlby J. (2007), *Przywiązanie*, Warszawa: Wyd. Naukowe PAN.
- Brzozowski P., Drwal R.A. (1995), *Kwestionariusz osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQR. Podręcznik*, Warszawa: Wyd. PTP.
- Cierpiątkowska L. (2007), *Psychopatologia*, Warszawa: Wyd. Naukowe „Scholar”.
- Czub M. (2014), *Zrozumieć dziecko wykorzystywane seksualnie*, Gdańsk: Wyd. GWP.
- Denolett J. (2005), DS. 14: Standard assessment of negative affectivity: social inhibition and type D personality. *Psychosomatic Medicine*, 67, 89–97.
- Dolińska-Zygmunt G. (1996), Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby. G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław: Wyd. Uniwersytet Wrocławski, 137–157.
- Dolińska-Zygmunt G. (1996), Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław, Wyd. Uniwersytet Wrocławski, 177–193.
- Dudek B. (2003), *Zaburzenie po stresie traumatycznym*, Gdańsk: Wyd. GWP.
- Dunbar F. (1943), *Psychosomatic diagnosis*, New York: Hoeber.
- English O.P., Weiss E. (1949), *Psychosomatic medicine*, Philadelphia and London: W.B. Saunders Company.
- Eysenck H.J. (1988), Personality and stress as casual factors in cancer and coronary heart disease. M. Jansse (red.) *Individual differences, stress and health psychology*, New York: Springer, 129–145.
- Gaskill R.L., Perry B.D. (2012), Child Sexual Abuse, Traumatic Experiences, and Their Impact on the Developing Brain. P. Goodyear-Brown (red.) *Handbook. Child Sexual Abuse. Identification Assessment and Treatment*, Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc., 29–47.

- Goodyear-Brown P. (2012), (red.) *Handbook Child Sexual Abuse. Identification Assessment, and Treatment*, Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Gracka M. (1993), Problem somatyzacji stanów psychicznych – perspektywa psychologiczna. *Nowiny Psychologiczne*, nr 4.
- Herman J.L. (1998), *Przemoc, Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, Gdańsk: Wyd. GWP.
- Iwaniec D., Sneddon H. (2002), The Quality of Parenting of Individuals Who had Failed to Thrive as Children, *British Journal of Social Work*, 32 (3), 283–298.
- Józefik B., Iniewicz G. (2008), (red.) *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*, Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2004), Pomiar predyspozycji osobowościowych sprzyjających etiopatogenezie chorób. K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.) *Rozwój, zdrowie, choroba*, Warszawa: Wyd. BEL-Studio, 18–39.
- Kendall-Tackett K. (2012), The Long-Term Health Effects of Child Seksual Abuse. P. Goodyer-Brown (red.) *Handbook Child Sexual Abuse. Identification Assessment, and Treatment*, Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, Inc., 49–67.
- Kernberg O.F. (1976), *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, New York: Jason Aronson Inc.
- Krueger D. (2000) *Integrating body self and psychological Self*, New York-London: Brunner-Routledge.
- Krueger D.W., (2002), Psychodynamic perspectives on body image. T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.) *Body Image. A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*, New York, London: The Guilford Press, 30–37.
- Kubacka-Jasiecka D. (2006), Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii z perspektywy rozważań nad wzorem zachowania typu C (WZC). *Sztuka Leczenia*, 13,3-4.
- Kubacka-Jasiecka D. (2012), Wzór zachowania typu C. Rozważania i badania nad rozwojowymi uwarunkowaniami oraz korelatami WZC. N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red.) *Zdrowie w cyklu życia człowieka*, Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kubacka-Jasiecka D., Kuleta M. (2012), (red.) *Reflections on psychological mechanisms of trauma and posttraumatic development*, Kraków: Wyd. Krakowska Oficyna Naukowa TEKST.
- Kubacka-Jasiecka D., Wysocka-Pleczyk M. (1989), Osteoporoza – właściwości psychiczne i funkcjonowanie pacjentek w obliczu stresu choroby. *Zachowania ludzkie w zdrowiu i chorobie, Materiały Międzynarodowej Konferencji Medycyny Psychosomatycznej Krajów Nadbałtyckich*, Szczecin: maj 1998, Warszawa: Wyd. Instytutu Psychosomatycznego, 147–154.
- Lipowski Z. J. (1987), Somatization: The Experience and Communication of Psychological Distress as Somatic Symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 47.
- Lis-Turlejska M. (1998), *Traumacyjny stres. Koncepcje i badania*, Warszawa: Wyd. Instytutu Psychologii PAN.
- Lowen A. (1995), *Narcyzm, zaprzeczanie prawdziwemu Ja*, Warszawa: Wyd. Jacek Santorski CO.
- Lowen A. (2012), *Depresja i ciało. Biologiczne podstawy wiary i poczucia rzeczywistości*, Warszawa: Wyd. Czarna Owca.
- Miller A. (1991), *Mury milczenia. Cena wyparcia urazów dzieciństwa*, Warszawa: Wyd. Naukowe, PWN.
- Miller A. (2006), *Bunt ciała*, Poznań: Wyd. Media Rodzina.
- Mirski A. (1998), Optimum psychosomatyczne. J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt, (red.) *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Materiały XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego*, Kołobrzeg, maj 1997, Wrocław, Wyd. AWF.
- Morris T., Greer S., Pettingale K.V., Watson M. (1981), Patterns of expression of anger and their psychological correlates in woman with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25, 2.
- Ogińska-Bulik N. 2009, *Osobowość typu D. Teoria i badania*, Łódź: Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Reykowski J., Krawczyk M. (1972), Emocje, osobowość a choroby psychosomatyczne. *Psychologia Wychowawcza*, 5, 542–555.
- Rosenhan D.L., Seligman M.E.P. (1994), *Psychopatologia*, Warszawa: Wyd. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Sakson-Obada O. (2009), *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*, Warszawa: Difin.
- Schier K. (2002), Zeus i Hera – problematyka śmierci u osób z zaburzeniami psychosomatycznymi. K. Schier, M. Zalewska (red.), *Krewni i znajomi Edypa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 37–51.
- Schier K. (2005), *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*, Gdańsk: Wyd. GWP.

- Schier K. (2010), *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*, Warszawa: Wyd. Naukowe SCHOLAR.
- Seligman M.E.P. (2003), *Optymizmu można się nauczyć*, Poznań: Wyd. Media Rodzina of Poznań.
- Sikorska I. (2012), Trauma in children's life—reflections to painful experience. D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *Reflections on psychological mechanisms of trauma and posttraumatic development*, Kraków, Krakowska Oficyna Naukowa TEKST, 19–38.
- Strelau J. 2004, Temperament. J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. Psychologia ogólna, rozdz. 38, Gdańsk, Wyd. GWP, 683–719.
- Temoshok L. 1987, Personality, coping style, emotion and cancer: Toward a integrative model. *Cancer Surveys*, 6, 3.
- Van der Kolk B.A. 2003, The Neurobiology of Childhood Trauma and Abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 12, 293–317.
- Winnicott D.W. (1971), *Playing and Reality*, New York: Basic Books.
- Winnicott D.W. (1993), *Dziecko, jego rodzina i świat*, Warszawa: AW Jacek Santorski CO.
- Włodarczyk K., Wrześniewski K. (1998), Zmiany stanu emocjonalnego po zawale serca a wzór zachowania – badania prospektywne. J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*. Materiały XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego, Kołobrzeg: maj 1997, Wrocław, Wyd. AWF.
- Wrześniewski K. (1993), *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*, Warszawa: Wyd. Instytutu Psychologii PAN.
- Wrześniewski K. (2004), Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób psychosomatycznych. J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3, Gdańsk: Wyd. GPW.
- Wrześniewski K., Elias A. (1988), *Ryzyko chorób somatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A*, Warszawa–Wrocław: Wyd. Ossolineum.