

Wprowadzenie

Im więcej uczę się o traumie, tym większą pokorę odczuwam wobec przekonania, że wszystko, co dotyczy przeszłych zranień – zarówno incydentalnych, szokowych, jak i chronicznych, o słabej, umiarkowanej lub znacznej sile – jest niezwykle złożone. Współczesna medycyna, psychologia i psychiatria dostarczają nam coraz więcej jakościowych badań na temat mechanizmów traumy, zawiłości powstawania PTSD (*post-traumatic stress disorder*), rodzajów i typów pamięci, a także właściwości tzw. triggerów – wyzwalaczy silnych, automatycznych reakcji organizmu na bodźce skojarzone świadomie lub nieświadomie z wcześniejszym doświadczeniem traumatycznym. Już na wstępie chciałabym jednak zaznaczyć, że zarówno współczesna nauka, której osiągnięcia w tej książce wspomnę, jak i moja własna intuicja, wiedza oraz wnioskowanie – nie są definitywne. Badania nad traumą i jej mechanizmami to wciąż rozwijające się obszary, a nasza wiedza na ich temat nieustannie się poszerza. Dla mnie jednak ta książka, którą trzymasz w rękach, stanowi całość – wystarczającą, satysfakcjonującą i, mam nadzieję, skłaniającą do refleksji. Niech będzie ona krokiem w stronę lepszego zrozumienia tego, czym są triggerzy i jak wpływają na nasze życie.

Książka jest skierowana do tych, którzy sami są w procesie gojenia i uzdrawiania swoich przeszłych trudności – do osób skłaniających się ku autorefleksji i ciekawości wobec siebie, traktujących ten proces jako continuum. Kieruję ją także do tych, którzy pracują jako terapeuci¹. W tym miejscu przyglądam się szczególnie praktykom, którzy w swojej codziennej pracy gabinetowej rozumieją, jak ważne jest wiedzieć i rozumieć – także na poziomie trzewi – iż każdy, z którym pracują, zgłasza się z jedyną w swoim rodzaju prośbą o uzyskanie kontaktu czy dostępu do swojego prawdziwego Ja.

Terapeuta, mimo że wprost słyszy prośbę o uratowanie, w rzeczywistości dokonuje czegoś zupełnie innego. Gdyby faktycznie miał „ratować” kilkanaście czy kilkadziesiąt osób tygodniowo, byłby to dla niej czy niego balast niemożliwy do udźwignięcia przynajmniej z dwóch powodów. Po pierwsze, byłoby to przytłaczające i nadmiernie obciążające, a na terapeutę spadałby ciężar odpowiedzialności, który tak naprawdę powinien pozostać zasobem klienta. Po drugie, rola wybawcy mogłaby w terapii wzbudzić poczucie wyższości i omnipotencji, co w ostatecznym rozrachunku prowadziło do nieświadomego wykorzystywania klientów i ich historii do budowania własnej terapeutycznej osoby. Co więc

¹ Wszędzie tam, gdzie mowa o terapeutach, praktykach, klinicytach, psychiatrach, psychologach, klientach i pacjentach, opiekunach i rodzicach mam na myśli osoby każdej płci, których dany rzeczownik znaczeniowo dotyczy. Użycie rodzaju męskoosobowego w odniesieniu do wszystkich osób podyktowane jest wyłącznie względami edytorskimi.

robi terapeuta? Poprzez właściwe praktyki, tempo, poszanowanie i dostrojenie tworzy relację, która staje się trwałą, stabilną przestrzenią przejawów zdrowienia u klienta. Najbardziej pożądaną kompetencją praktyka jest jednocześnie rozumienie, co może dziać się w ciele fizycznym pacjenta, dostrojenie, zwane także prawopółkulową synchronizacją², zaufanie do własnej, terapeutycznej intuicji oraz głębokiej mądrości osoby siedzącej naprzeciwko.

Mam nadzieję, że książka w przystępny sposób wytłumaczy nawet najbardziej zawile aspekty pamięci, traumy i triggerów. Oprócz teorii przytaczam w niej także zanonimizowane i użyte w sposób wysokoetyczny opisy przypadków. Chciałabym podziękować wszystkim tym, którzy wyrazili zgodę na możliwość ich wykorzystania.

² A. Schore, *How Relationships Shape Your Brain*, rozmowa w podcaście Andrew Hubermana na YouTube, 2024, <https://www.youtube.com/watch?v=rZkMpVLcVsg&t=1976s>, dostęp 10 lutego 2025.

Spis treści

Wprowadzenie.....	1
1. Anatomia traumy.....	4
Trauma i jej definicje	4
Somatyczny wymiar traumy.....	5
Trauma prenatalna i okołoporodowa.....	8
Trauma rozwojowa i relacyjna.....	12
Styl bezpieczny	15
Styl unikający.....	16
Styl lękowo-ambivalentny	17
Styl zdezorganizowany	18
Jeszcze stres, czy już trauma?	21
Fundamenty.....	27
2. Trauma i jej różowe (czarne?) okulary.....	29
3. Jak ciało reaguje na traumę.....	32
Nasz cudowny układ nerwowy.....	32
Układ nerwowy w traumie	35
Ciało mówi. Słuchaj!.....	42
Ten film znam już na pamięć... ..	46
4. To nie czary-mary, to biologia. Trauma a mózg.....	51
Budowa mózgu.....	51
Struktury podkorowe.....	52
Struktury korowe.....	52
Podstawowa reakcja zagrożenia.....	53
Trauma a zmiany w mózgu	57
Zmiany w hipokampie.....	57
Ciało migdałowe.....	58
Kora przedczołowa.....	59
5. Nie wiem jak, ale pamiętam. O pamięci jawnej i niejawnej	60
Pamięć niejawna – okno do zrozumienia niewyjaśnialnego	63
6. Czym w ogóle są triggerzy?.....	69
Triggerzy a warunkowanie klasyczne.....	72
Triggerzy a warunkowanie sprawcze.....	75
Triggerzy intero- i eksteroceptywne	80
Triggerzy proprioceptywne.....	83
Triggerzy, które uruchamiają zestaw przekonań	84
7. Triggerzy — rodzina pochodzenia.....	90
„Kiedy jestem przy rodzicu, znowu staję się strażakiem”	95
Po pierwsze: brak zasobów wewnętrznych.....	99
Po drugie: reakcja systemu nerwowego	99
Po trzecie: nieprzetworzony ładunek emocjonalny.....	99
8. Co nas tworzy?.....	100
9. Triggerzy w partnerstwie	102
Już nie widzę relacji, próbuję przetrwać!	108
Prosta prośba – wielka wojna.....	112
Kiedy komuś jest trudno – muszę ratować natychmiast!	112
<i>Should I stay or should I go?</i>	114
10. Triggerzy w rodzicielstwie.....	120
Jak to będzie?	123
„Nie mogę zostać matką”	123

Gdyby nie terapia...	128
Zamiast kontenerować, topić się	131
11. Jak pracować z triggerami? Ćwiczenia	137
Orientacja	138
Układ nerwowy kreuje doświadczenie	139
Momenty jasności	142
Poczucie bezpieczeństwa	143
Moje strategie	144
Wytracić, dodać	145
Konsola mikserska	147
Świadek aktywacji	149
„Oczami” układu nerwowego	151
Wybrane sposoby na regulację	157
Zakończenie	158
Podziękowania	159
Bibliografia:	159

1. Anatomia traumy

Trauma i jej definicje

Według norm DSM-5 opisanych w *Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych* a opracowanych przez Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne (APA), trauma jest definiowana w kontekście zespołu stresu pourazowego jako:

Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualna w jeden (lub kilka) spośród wymienionych sposobów:

- 1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).*
- 2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń.*
- 3. Uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub wystąpienia groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe.*

4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia (wydarzeń) traumatycznego³.

Definicja uwzględnia także możliwe zaburzenia związane z traumą u dzieci, klasyfikując je jako: reaktywne zaburzenia przywiązania, rozhamowane nawiązywanie relacji społecznych oraz zaburzenia stresowe pourazowe u dzieci w wieku przedszkolnym⁴. Warto w

³ American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne DSM-5-TR*, red. wyd. pol. P. Galecki, Warszawa 2022, s. 129.

⁴ J. Morrison, *DSM-5® bez tajemnic, Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, tłum. R. Andruszko, Kraków 2016, s. 243.

tym miejscu zbudować pomost między psychiatrią a praktyką terapeutyczną – w tym psychoterapią, pracą z traumą i praktykami somatycznymi – który unaoczní, jak szeroka i długofalowa potrafi być trauma. Może ona dotyczyć okresu prenatalnego, okołoporodowego, niemowlęcego, wczesnodziecięcego, ale także dorosłości. Jednak to właśnie zranienia dziecięce doświadczane w okresie intensywnego kształtowania się i rozwoju mózgu, pozostawiają w nas najtrwalsze ślady. W ujęciu psychiatrycznym z traumą mamy do czynienia wtedy, gdy doświadczenia stanowią zagrożenie dla życia, zdrowia lub integralności psychofizycznej, co następnie może prowadzić do różnych zaburzeń, takich jak zaburzenia lękowe, PTSD (zespół stresu pourazowego), CPTSD (złożony zespół stresu pourazowego) czy zaburzenia dysocjacyjne. W tym sensie psychiatria traktuje traumę przede wszystkim jako zjawisko kliniczne. Psychoterapia postrzega ją nieco inaczej: koncentruje się na doświadczeniu emocjonalnym i somatycznym. Oba podejścia są komplementarne, choć nie zawsze stosowane jednocześnie. Trauma każdorazowo jest doświadczeniem psycho-(duchowo)-fizycznym, co podkreśla także psychiatria. Praktyczny przewodnik dla klinicystów podaje, że wśród objawów zespołu stresu pourazowego – zarówno u dorosłych, jak i dzieci – są:

- reakcje fizjologiczne,
- reakcje dysocjacyjne,
- objawy fizyczne, takie jak drażliwość, brak zahamowań, autodestrukcja,

problemy ze snem czy trudności ze skupieniem⁵.

Somatyczny wymiar traumy

O traumie w kontekście ciała wypowiada się jeden z najwybitniejszych współczesnych psychologów, twórca podejścia Somatic Experiencing (SE), Peter A. Levine:

Do niedawna nasze rozumienie traumy było ograniczone do doświadczeń żołnierzy cierpiących na „traumę bojową”, ofiar ciężkich nadużyć lub przemocy, a także tych, którzy ucierpieli w wyniku katastrof i urazów. To zawężenie dalekie jest od prawdy. (...) Trauma nie musi pochodzić z wielkiej katastrofy⁶.

Podobny pogląd wyraża dr Gabor Maté, lekarz i twórca podejścia *compassionate inquiry* (CI), ekspert w dziedzinie uzależnień:

Zwyczajowe pojmowanie traumy budzi skojarzenia z dramatycznymi wydarzeniami: huraganami, znęcaniem się, rażącym zaniedbaniem czy wojną. Ma to niezamierzony i mylący efekt, który polega na relegowaniu traumy do sfery nienormalności, nietypowości i

⁵ J. Morrison, *DSM-5® bez tajemnic...*, s. 251.

⁶ P.A. Levine, *Uleczyć traumę. 12-stopniowy program wychodzenia z traumy*, tłum. Z. Mazurczak, Warszawa 2021, s. 20.

incydentalności. Skoro istnieje grupa ludzi, których nazywamy „straumatyzowanymi”, to znaczy, że większość z nas taka nie jest. (...) Wyjątkiem w naszej kulturze byłby raczej ktoś nienaznaczony jej piętnem⁷.

Trauma według Bessela van der Kolka, autora książki *Strach ucieleśniony*, to nie tylko samo zdarzenie:

Gdy mówimy o traumie, często zaczynamy od historii albo pytania: „Co się zdarzyło w czasie wojny?”, „Czy kiedykolwiek byłeś molestowany?”, „Opowiedz mi o tamtym wypadku/gwałcie”, „Czy w twojej rodzinie ktoś miał problemy z piciem?”. Trauma to jednak coś więcej niż opowieść o tym, co się zdarzyło dawno temu. Emocje i wrażenia fizyczne wdrukowane w tamtym okresie są postrzegane nie jak wspomnienia, ale jak destrukcyjne reakcje somatyczne dziejące się tu i teraz⁸.

Trauma, choć możemy ją sklasyfikować na wiele sposobów – od ostrej, jednorazowej, przez chroniczną, od medycznej, przez religijną, seksualną, relacyjną, aż po prenatalną, okołoporodową i transgeneracyjną – właściwie za każdym razem opowiada o tym samym, a więc o czymś, co nie pozostaje bez wpływu. Doświadczenie traumy sprawia, że nie wracamy do życia tacy sami, nie idziemy naprzód tak samo jak przed zdarzeniem. Kontynuujemy codzienność, z całych sił próbując utrzymać pozór normalności, który na dłuższą metę okazuje się jednak niemożliwy do zachowania. To tak, jakbyśmy po traumie wstali odmienieni. Każdy z nas będzie przeżywał to inaczej, bardziej lub mniej subtelnie, zależnie od kumulatywności doświadczeń traumatycznych, biologii, środowiska, modyfikacji epigenetycznej i dziedziczenia epigenetycznego, oraz indywidualnych predyspozycji do różnych dolegliwości i zaburzeń psychicznych. Być może właśnie dlatego trauma jest tak często nierozumiana, marginalizowana lub lekceważona pod względem siły rażenia – nie ma przecież jednej, żelaznej listy konsekwencji traumy. Na próżno szukać „dziesięciu głównych oznak” bycia strauumatyzowanym.

Bo jak sklasyfikować osobę, która nie potrafi zapanować nad swoimi brutalnymi reakcjami wobec dzieci – nad krzykiem, szarpaniem, mówieniem przez zaciśnięte zęby, bo właśnie w taki sposób przejawiają się skutki jej traumy?

Może warto wspomnieć także o pracoholizmie, który w rzeczy samej jest jedną z częstszych odpowiedzi na traumę i wypracowane przez nią przekonanie: „jestem

⁷ G. Maté, D. Maté, *Mit normalności. Trauma, choroba i zdrowienie w toksycznej kulturze*, tłum. P. Cieślak, Warszawa 2023, s. 37.

⁸ B. van der Kolk, *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*, tłum. M. Załoga, Warszawa 2018, s. 266.

niewystarczający”. A co z nadmiernym zadowalaniem innych, kompulsywnym pomaganiem i dogadzaniem wszystkim poza sobą? Co z nieustanną potrzebą osiągnięcia i zdobywania władzy? Co z izolowaniem się od ludzi lub przeciwnie – z zawieszaniem się na drugim człowieku z przekonaniem: „kiedy będę sam_a, nie poradzę sobie, umrę”? Co z brakiem pozwolenia na odpoczynek, co z potrzebą kontroli – siebie i innych? Tak, wszystko, co wymieniałam, może stanowić behawioralną odpowiedź na traumę.

Jak traktować chroniczny ból niewiadomego pochodzenia? On też może być skutkiem traumy. Co myśleć o bezsenności, poczuciu „wyciekającej” nie wiadomo gdzie energii? O wzmożonej czujności, szybko bijącym sercu bez konkretnego powodu, odrętwieniu, niemożności łączności z innymi mimo wielkich chęci? Jak wytłumaczyć fizyczne poczucie życia „za szybą”, ataki paniki, stany lękowe, duszności, choroby autoimmunologiczne i psychosomatyczne, uczucie „guli w gardle”, a nawet duszenia się? Tak, wszystko to może być somatycznym przypomnieniem o przeżytej traumie.

A co z myślami, które nieustannie powracają?

- „Jestem do niczego”
- „I tak sobie nie poradzę”
- „Wszyscy mnie zostawią”
- „Jestem zła” / „Jestem niepotrzebny”
- „Innym byłoby lepiej beze mnie”
- „Nikt mi nie pomoże”
- „Nikt mnie nigdy nie słucha”
- „Ludzie są źli”
- „Nie warto ufać”
- „Muszę poradzić sobie sama”
- „Nie potrzebuję nikogo”
- „Jestem głupi”
- „Życie to pułapka”
- „Jestem błędem”
- „Nie powinno mnie tu być”
- „Jestem niegodny”
- „Jestem bezwartościowy”
- „Świat jest kłamliwy”
- „Ludzie wbiją ci nóż w plecy przy pierwszej lepszej okazji”

To przykłady wczesnych, pierwotnych przekonań, które rodzą się w wyniku raniących doświadczeń, by następnie stać się mapą, według której orientujemy się w świecie.

Przyjrzyjmy się emocjom. Jaka jest twoja relacja z nimi? Czy masz do nich dostęp? Czy możesz płakać, czy nie jesteś w stanie pozwolić sobie na łzy? Jak odczuwasz złość? W której części ciała? Co robisz, gdy przychodzi? Odcinasz się od niej? Przeżywasz ją w sposób destrukcyjny, raniąc siebie i innych? Uciekasz w pasywną agresję, a może w autoagresję? Jakie są twoje wzorce przeżywania trudnych emocji? Może nic wtedy nie czujesz? Unosisz się przez życie niczym tafla lodu na wodzie. Niewiele cię smuci. Niewiele wzrusza. Niewiele złości. Niewiele cieszy. Nazywasz to odłączeniem, martwością, a czasem odrętwieniem. Tak, to również może być efekt traumy.

Jeśli prześledzisz to, co napisałam o traumie do tej pory, z pewnością dojdiesz do wniosku, że trauma to rozdzielanie. To separacja – od siebie i od innych.

Trauma prenatalna i okołoporodowa

W przypadku traumy prenatalnej, która wydarza się, zanim jeszcze przyjdziemy na świat, można powiedzieć, że powoduje ona rozstanie ze sobą, zanim w ogóle dane nam jest sobą się stać. W swojej książce *Początek wszystkiego. Jak to, czego doświadczamy przed narodzinami i w ich trakcie, wpływa na nasze życie dorosłe*⁹ blisko dwieście stron poświęciłam traumom doświadczanym u zarania naszego życia. Tu opiszę je po krótko, tworząc tym samym podwaliny pod opis traumy wczesnodziecięcej i relacyjnej.

W psychologii wciąż niestety pobrzmiewa rozbrat opinii w temacie istotności najwcześniejszego, przedurodzeniowego czasu dzieci. Część specjalistów nie zgadza się z możliwym wpływem doświadczeń prenatalnych i urodzeniowych na jednostkę, traktując to bardziej jako bajki starej gajki. Ja jestem innego zdania i dałam temu wyraz wielokrotnie. W tym temacie bliskie mi są stanowiska takich specjalistów jak William Emerson, Gabor Maté, Franz Ruppert, Sue Gerhardt, Peter A. Levine oraz wielu innych klinicystów i badaczy zgłębiających ten temat. Wszyscy oni pozostają w temacie traumy prenatalnej i okołoporodowej zgodni: fakt, że dziecko nie mówi, nie oznacza, że nie doświadcza, nie czuje, nie zapisuje i nie koduje. *Plód dzieli jakość życia swojej matki. Nie chodzi jednak wyłącznie o jej stan fizyczny. Plód dzieli z nią również jej samopoczucie*¹⁰.

⁹ M. Gierszewska, *Początek wszystkiego. Jak to, czego doświadczamy przed narodzinami i w ich trakcie, wpływa na nasze dorosłe życie*, Kraków 2024.

¹⁰ S. Gerhardt, *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu*, tłum. B. Radwan, Kraków 2016, s. 30.

W artykule na temat stresu prenatalnego i jego wpływie na rozwój mózgu dziecka, czytamy, że *mózg rośnie najszybciej w okresie płodowym i w pierwszym roku po urodzeniu – mózg noworodka stanowi około 36% objętości mózgu dorosłego. Rozwój mózgu płodu dzieli się na trzy fazy: okres embrionalny (od poczęcia do ósmego tygodnia ciąży), wczesny okres płodowy (do połowy ciąży) i późny okres płodowy (od połowy ciąży do narodzin). Rozwijający się mózg zawiera miliardy neuronów, z których większość jest produkowana do połowy ciąży. Przez cały okres płodowy rozwój mózgu obejmuje produkcję, migrację, łączenie i różnicowanie neuronów. Do dwudziestego tygodnia, czyli do końca wczesnego okresu płodowego, mózg posiada struktury niezbędne do dojrzałego funkcjonowania, choć nadal ma gładką płytkę korową¹¹.*

Według specjalistów pracujących aktywnie z traumą prenatalną i okołoporodową na nienarodzone jeszcze dzieci wpływa sam moment poczęcia wraz z intencją powołania na świat nowego życia, oczywiste i mniej oczywiste stresory, z którymi na co dzień styka się matka, jakość relacji, z której pochodzi dziecko, przygotowanie psychiczne i fizyczne do ciąży i porodu, sam moment przyjścia dziecka na świat włącznie z czasem porodu i pierwszego, tak intensywnego pod kątem przywiązania roku życia.

Wielu ludzi wyobraża sobie, że zostali splodzeni przez (...) kochających się rodziców, którzy wręcz nie mogli się doczekać, żeby wziąć w objęcia swoją pociechę i stworzyć z nią pełną miłości więź. W rzeczywistości bardzo często sytuacja przedstawia się niestety zupełnie inaczej. (...) Odrzucenie dziecka może mieć początek już w łonie matki. Od pierwszych dni brakuje wtedy podstawowego elementu warunkującego stworzenie pełnej miłości więzi między rodzicami a dzieckiem i dziecko doskonale wyczuwa rodzicielską obojętność czy lodowaty brak uczuć¹².

Sceptycy mogą kwestionować możliwość kodowania bodźców i istnienie pamięci płodu, skoro hipokamp, a więc część mózgu odpowiedzialna między innymi za przekształcanie pamięci krótkotrwałej w długotrwałą, w okresie płodowym wciąż pozostaje przecież nieaktywna. Jednak (...) *brak przypomnienia sobie a brak pamięci to nie to samo. Pamięć przywoływania (recall memory) to tylko jedna z form pamięci, zależna od aktywacji określonych struktur mózgowych, szczególnie hipokampa, który koduje pamięć epizodyczną – dotyczącą wydarzeń i okoliczności. Hipokamp zaczyna się rozwijać dopiero około półtora roku*

¹¹ A. Lautarescu, M.C. Craig, V. Glover, *Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development*, tłum. Z. Kowalewska, „International Review of Neurobiology” 2019, t. 149, s. 1–19, DOI: 10.1016/bs.irn.2019.11.002.

¹² B. Assel, V. Broughton, D. Brombach i in., *Wczesna trauma. Rozpoznawanie i uwalnianie*, red. F. Ruppert, tłum. A. Białobrzaska, Warszawa 2015, s. 83–84.

po urodzeniu, a w pełni funkcjonować znacznie później. Większość ludzi nie pamięta niczego, co wydarzyło się przed trzecim, a czasem nawet czwartym rokiem życia, a jeśli już, to tylko w niewielkim stopniu. Ale to tylko jedna forma pamięci. Istnieje inna forma pamięci zwana pamięcią utajoną (implicit memory), która nie dotyczy świadomego przywoływania wydarzeń, okoliczności czy epizodów, lecz emocjonalnego odcisku w układzie nerwowym i mózgu, wynikającego z przeżytych doświadczeń – bez świadomego ich wspomnienia¹³.

W czasie mojego życia płodowego i we wczesnych latach dzieciństwa, sytuacja osobista i relacyjna moich rodziców była bardzo trudna. Mama nawet rozważała terminację ciąży. Gdy dostała zapewnienie o wsparciu od własnej matki, zdecydowała się tego nie zrobić, jednak przez ponad połowę ciąży wiadomość o dziecku trzymała w tajemnicy przed moim tatą. Miała wątpliwości co do jego ojcostwa. Zostały one rozwiane wraz z testami genetycznymi wykonanymi postnatalnie. Suma tych wysoko – przeciążających wydarzeń miała na mnie ogromny wpływ. Opisałam je w *Początku wszystkiego*. Czy mogę sobie przypomnieć te sytuacje? Którąkolwiek z nich? Nie. A jednak każda terapia, na której byłam, udowodniła mi, że owszem, wiele pamiętam. Przez długi czas towarzyszyła mi pamięć o byciu niepotrzebną i zbędną. „Nie powinno mnie tu być”, „Nie chcę żyć!”, mówiłam jako dziecko w przyływie ogromnych emocji, których nie umiała ukoić ani moja mama, ani tym bardziej ja sama. Cztery lata przewlekłej choroby aż do operacji ratującej życie, która zmieniła bieg mojej ścieżki, także były formą próby samounicestwienia. Nieświadomą, niecelową, ale mającą być może bardzo jasne wewnętrzne motory.

Temat traumy prenatalnej i okołoporodowej nie jest zazwyczaj tym, z czym idziemy do gabinetów terapeutycznych – i trudno się temu dziwić. Zazwyczaj zajmujemy się tym, co dzieje się tu i teraz, co kłuje niewygodą i boli właśnie w danym momencie. Możemy jednak być pewni, że to, co dzieje się tu i teraz, gdy zostanie zinterpretowane w kontekście traumy, stanie się portalem – przejściem, które zaprowadzi nas do pierwotnej istoty rzeczy, do przyczyny.

Pisząc tę stronę, przychodzi mi na myśl klientka, która – niezależnie od podjętego tematu pracy, np.: „nie mogę się w pełni korzystać z życia”, „mam wrażenie, że jestem niewystarczająca”, „nie mogę się wyrazić” – za każdym razem, doświadczając renegotjacji traumy, opowiadała o dostępie do powietrza. „Mogę oddychać”, „czuję powiew delikatnie świeżego powietrza na skórze”, „pierwszy raz czuję powietrze”, „jakbym skądś wyszła i teraz

¹³ G. Maté, *The Culture of Birth*, wykład w ramach szkolenia „Compassionate Inquiry: The Portal – Conception, Pregnancy, Birth and the Postpartum Period”, materiał niepublikowany, transkrypcja ze szkolenia online, <https://online.compassionateinquiry.com>, dostęp: styczeń 2025, tłum. M. Gierszewska za zgodą autora.