

WEWNĘTRZNY PRZEŚLADOWCA

Trauma i dysocjacja w aktach samouszkodzania fizycznego



Sharon K. Farber, Ph.D., B.C.D

Panel APA „Trauma – jawna i ukryta. Możliwości leczenia”. Nowy Orlean, 10 sierpnia 2006.

http://www.division39.org/sec_com_pdfs/Farber.pdf

(tłum. Robert TUŁO Waśkiewicz)

Osoby, które dokonują samookaleczeń (rozdrapywania, wyskubywania, cięcia lub przypalania własnego ciała), które cierpią na zaburzenia pokarmowe (obżarstwo, prowokowanie wymiotów, głodzenie się), lub które kompulsywnie się przekłuwają i tatuują, zazwyczaj trzymają się kurczowo tych praktyk i wykazują znikomą zdolność do refleksji nad tym, dlaczego i po co żyją w taki sposób. Abyśmy mogli rzeczywiście pomóc takiemu pacjentowi, musimy umieć skłonić go do zobaczenia, co robią mu te samouszkodzenia, jak ewoluowały w jego życiu i czego będzie potrzebował, aby móc ich zaprzestać.

Zachowania te wypływają z wcześniejszych doświadczeń dysocjacyjnych. W każdym akcie samouszkodzenia bierze udział więcej niż jeden uczestnik i więcej niż jeden stan ego. Jest w nim ta odszczepiona, część ja, która była wykorzystana oraz druga odszczepiona część, która w ten lub inny sposób dokonuje samouszkodzeń.

Dysocjacja umożliwia tę nadzwyczajną sztukę bycia dla samego siebie ofiarą i oprawcą w jednej osobie.

Ostatnio można zaobserwować wzrost psychoanalitycznego zainteresowania stanami dysocjacji jako podstawą ludzkiego funkcjonowania mentalnego, a także postrzeganiem umysłu jako konfiguracji zmieniających się, nieliniarnych stanów świadomości, kształtowanych nie tylko przez stłumienie i intrapsychiczne konflikty, ale także przez doznaną traumę. Dysocjowanie (rozszczepianie się) jest dla ofiar nadużyć w dzieciństwie cennym narzędziem przetrwania. Rodzi się ono z potrzeby odłączenia i poodgradzania chronicznego doświadczenia traumy w sytuacji, gdy dla przeżycia konieczne jest zachowanie więzi z opiekunami, którzy dziecko wykorzystują lub odrzucają (Howell, 2005; Bromberg, 1998). Ludzka reakcja na traumę oznacza fizjologiczne i behawioralne hiper-pobudzenie przy jednoczesnym odrętwieniu emocjonalnym i odłączaniu się od doświadczenia (Herman, 1992). W konfrontacji z sytuacjami zagrażającymi życiu i/lub będącymi psychicznie nie do zniesienia, człowiek, podobnie jak zwierzęta, może reagować zamrożeniem, znieruchomieniem i sparaliżowaniem (Marek, 1994). Podobnie też jak zwierzęta, może przejawiać wtedy **radykałne zmiany w zachowaniach jedzeniowych** i może stać się autoagresywny, samoniszczący (Eling i Pierce, 1996; Farber, 1995, 2000; Favazza, 1996).

Trauma nie tylko oddziela sferę poznawczą od afektu (zwyczajowa psychologiczna definicja dysocjacji), ale także duszę od ciała. Wielu pacjentów cierpi na chroniczne symptomy fizyczne, które mają w istocie naturę odszczepienną, co znaczy, że ciężkie zdarzenia, które nie mogły być przepracowane mentalnie, zostały odłączone od psychiki, odciskając się z czasem na somatyce (i van der Hart, 2004; Nijenhuis, 2004; Sacksteder 1989a, 1989b). Ponieważ trauma odłącza myślenie od uczuć oraz psyche od ciała, ciało może zacząć powtarzać i ożywiać na nowo to, co umysł chce zapomnieć.

Gdy ciało płacze krwawymi łzami samookaleczeń, musimy zastanowić się, jakie straszliwe uderzenia duszy nie mogą zostać wypowiedziane. Gdy pokarm, co dotąd wybornie smakował, nagle zaczyna smakować jak trucizna, którą trzeba zaraz wymiotować, musimy zastanowić się, jakie urazowe doświadczenia zalegają –

otorbione – w głębi, gdyż nie mogły zostać strawione, metabolizowane i zintegrowane. [...] Ciało opowiada o tym, czego nie udaje się wyrazić słowami: o tajemnicach, o kłamstwach i o zdradzonym zaufaniu (Farber, 2000).

Rozdzielanie duszy od ciała zaczyna się już w niemowlęctwie – od braku relacyjności matki z ciałem dziecka i z jego kształtującą się psyche, co widać wtedy po sposobie, w jaki je pielęgnuje i trzyma. Prowadzi to do powstania u niemowlęcia braku relacyjności między jego somą i psyche, co niweczy jego zdolność tworzenia mentalnych reprezentacji ciała i odczuwanego w nim zadowolenia. Brak relacyjności matki, sprawia, że nie może się w dziecku rozwinąć jedność umysłu i ciała.

Powyższe rozumienie rozdzielenia między psyche a somą było podstawą dziewiętnastowiecznych jeszcze poglądów na histerię, głoszonych szczególnie przez Janet'a (1907), francuskiego neurologa i psychiatrę, oraz przez Charcot'a, ale zasadniczo nie przez Freuda. Pierre Janet (1859 – 1947), najpoważniejszy badacz kliniczny stanów dysocjacyjnych (rozszczenia osobowości), śledził „tajemniczą nić wiodącą od umysłu i ciała” (Deutsch, 1959) – proces, pojmowany wtedy jako konwersja hysterii, w którym wyparta treść mentalna przekształca się w fizyczne symptomy. Freud początkowo również uznawał, że typowe dla hysterii dramatyczne symptomy fizyczne wzbudza psychologiczna trauma. Później jednak porzucił i omijał fenomen dysocjacji, choć jego współpracownik, Josef Breuer¹, zachował przekonanie, że podłożem hysterii jest rozszczenie osobowości (Breuer, 1895). Rezultat był taki, że psychoanaliza kładzie nacisk na represję (stłumienie) kosztem dysocjacji. „Częścią naszej pracy jako współczesnych analityków jest przywrócenie do łask związków między odszczepionymi aspektami ja, aby rozwinąć warunki dla wydobywania i rozwiązywania konfliktów intrapsychicznych (Bromberg, 1998, s. 13).

Dysocjacja nazywana jest „sposobem ucieczki gdy nie ma ucieczki” (Putnam, 1992, s. 104). Samouszkodzenia pozwalają wykorzystanej osobie zaadaptować się do najbardziej przerażających okoliczności bez popadnięcia w psychozę i bez zabicia samej siebie lub kogoś innego, przez co pełnią nieocenioną funkcję obronną. Są jednak czymś znacznie więcej niż obroną i więcej niż symptomem. Są behawioralnym składnikiem określonej części ja, zawierającej zestaw potrzeb, uczuć i spostrzeżeń, jakie musiały zostać odłączone od pełnego doświadczania siebie

przez pacjenta. Samouszkodzenia spełniają potrzeby tej części – części stojącej w sprzeczności z obszarem zwykłego przeżywania siebie. Część ta wyraża w ten sposób owe nie rozpoznane dawne potrzeby i uczucia, a jednocześnie broni przed nimi. Znieczula bolesne afekty i odcina pacjenta od lęków przed unicestwieniem i dezintegracją. Ponieważ jest autodestrukcyjna i nie daje się kontrolować, pacjent doświadcza jej jako obcej i wyalienowanej: jako „nie ja” (Bromberg, 1998): „Ona jest we mnie jak potwór czy demon, który zmusza mnie do nieprzytomnego napychania się, a potem do zwracania tego wszystkiego”. Lub ma postać zewnętrznego, uwodząco opiekuńczego głosu: „No dalej, maleństwo. Zrób to. Jedno małe nacięcie, a da ci taką ulgę. Wiesz przecież, że ci da”.

Mimo, że wykorzystana osoba uważa szkodenie sobie za coś negatywnego i chorego, owa ukryta część jej osobowości jest dla niej bardzo cenna, tak iż każdy, kto zechce ją jej pozbawić, spotka się z zaciętym oporem, a nieraz i z nowymi, bardziej przemocowymi i niebezpiecznymi symptomami. Jeśli chcemy uchronić ją przed karierą pacjenta psychiatrycznego, transferowanego z kliniki do kliniki i od lekarza do lekarza, musimy zrozumieć naturę jej przywiązania do samouszkodzeń.

Teoria przywiązania pozwala zrozumieć, w jaki sposób istoty ludzkie mogą tak silnie przywierać się do bólu i cierpienia, że nie wyobrażają sobie życia bez tych autodestrukcyjnych aktów. Jeśli zbadamy drogę, którą samouszkodzenia ewoluują w narzędzia przetrwania, powie nam to coś o sposobie leczenia tych zachowań. Według teorii doboru naturalnego Darwina, w sytuacji zagrożenia przetrwania możliwe jest „zabijanie i bycie zabijanym”, „zjadanie i bycie zjadanym” – że w takiej sytuacji można być oprawcą i można być ofiarą. Być oprawcą to przetrwać; być ofiarą, to zostać unicestwioną.

W królestwie zwierząt każdy gatunek ma własny, ugruntowany biologicznie system przywiązania potomstwa do opiekunów, co pozwala młodym unikać łupieżców z zewnątrz (Bowlby, 1969). Aby zapewnić dziecku biologiczne przetrwanie i poczucie bezpieczeństwa konieczne mu dla rozwinięcia autoregulacji funkcjonowania (odżywiania, snu, rytmu serca, oddechu, temperatury ciała i hormonów wzrostu), opiekun musi mieć z nim głęboką więź (Hofer, 1995). Bezpieczne przywiązanie pomaga dziecku rozwinąć podstawowe poczucie ufności oraz nauczyć się

samodzielności i tolerowania rozłąki. Zapewnia mu zdolność przetrwania i funkcjonowania w przyszłych związkach w życiu.

Kiedy osoby, które mają chronić dziecko, zaniedbują je lub nie są do niego dostrojone, gromadzi się w nim poczucie niezaopiekowania i porzucenia – istniejącego realnie lub odczuwanego. W rezultacie zaczyna ono doświadczać nieznosnych lęków przez unicestwieniem, co wyczerpująco opisał Marvin Hurvich (2003, 2006). Ten lęk przed unicestwieniem żłobi w mózgu dziecka ścieżki neurochemiczne, tworząc „dyskietkę”, na której zapisywane są wszystkie następne sytuacje rodzące lęk i kształtując trwałe wzorce (Farber, 2000). Kiedy osoby, które mają chronić dziecko, wykorzystują je i/lub w inny sposób szkodzą mu swoim działaniem, tworzą w nim potężne, głęboko uwikłane, kurczowe przywiązanie do rodzica, od którego spodziewa się ono zranień i unicestwienia, oraz bez którego spodziewa się unicestwienia, a także potężne, głębokie przywiązanie do bólu i cierpień.

Rodzic zostaje rozszczepiony na „dobry obiekt” i „zły obiekt”. Te spolaryzowane reprezentacje pozwalają dziecku zachować przywiązanie zarówno do dobrych, jak złych aspektów postaci opiekuna, jakby była ona dwiema oddzielnymi osobami. Pomimo późniejszego przesunięcia ról od pasywnej ofiary do aktywnego oprawcy, relacja z pierwotnym, oprawczym obiektem, gdzie dziecko było ofiarą, ulega powielaniu. Silne przywiązanie do bólu i cierpień powtarza się i odtwarza w presymbolicznych, niemych inscenizacjach, reaktywujących pierwotną fizyczną i mentalną traumę w obszarze zachowań, związków partnerskich, relacji z innymi, jak i własnym ciałem, co opisuję poniżej.

Poprzez swoje ciała, osoby takie w sposób dobitny artykułują to, co rodzice ugruntowali w nich biologicznie w początkach życia – swoje uniwersalne pobudki, które u pozostałych ludzi raczej nie domagają się wyrażania. Robert Stroller (1991, s. 23) pyta: „Jak bardzo powszechne są owe małe sadomasochizmy codziennego życia, ukryte, lecz zauważalne: kaleczenie się, przycinanie, wyciskanie pryszczy, wrywanie naskórka, kuracje przeczyszczające, bolesne mazaże, wyskubywanie włosów i reszta tego rodzaju śniącego stymulowania siebie i innych?”

AUTOREGULACJA I ZAMIENIANIE SYMPTOMÓW

Pierwotnym celem samouszkodzeń jest regulowanie – zarówno własnej osoby, jak i jej relacji z innymi. Jednostka zwraca się do samookaleczeń i auotosabotaży po to, by z jednej strony okpić swoją potrzebę relacji z ludźmi, a z drugiej, by uwolnić napięcie, przerywając dysforyczne, nieznosne afekty, nastroje i stany świadomości.

Mimo, że zauważalnie wysoka współzależność między zaburzeniami jedzenia, a okaleczaniem się została dowiedziona przez wiele badań, wciąż nie wiemy dlaczego i jak wiążą się te dwa zjawiska. Pytanie to stało się tematem mojej pracy dyplomowej (Farber, 1995), a następnie przygodą życia. Dowiedziono, że oba te wzorce szkodzenia sobie są w istocie formą samoleczenia (Khantzian, 1985). W moich badaniach stwierdziłam, że zarówno zachowania bulimiczne jak i samookaleczenia są potężnymi środkami autoznieczulającymi o podobnie wielkim potencjale działania (Farber, 1995). Kiedy pacjentka zaprzestaje jednego z tych zachowań zanim stanie się do tego wewnętrznie gotowa – na przykład by zadowolić terapeutę lub dostać wypis ze szpitala psychiatrycznego – wkracza na to miejsce inny samoniszczący symptom o podobnej sile działania (Farber, 1995).

Oto przykład z mojej praktyki (Farber, 2000). Dina, lat dwadzieścia trzy, jest jedną z licznych rodzeństwa w wielkiej, chaotycznej rodzinie. Obie jej siostry pamiętają ciężkie lania, jakie dostawały od ojca, jednak Dina nie ma pamięci tych zdarzeń. Od lat doświadcza depresji, ciągów alkoholowych, promiskuityzmu i bulimii; ma też syndrom kompulsywnych zakupów i kradzieży w sklepach. Po aresztowaniu za jedną z takich kradzieży zdała sobie sprawę, że życie wymknęło się jej spod kontroli i dobrowolnie zgłosiła się do szpitala. Przepisano jej prozac i zaczęła codziennie brać udział w mityngach AA. Kiedy została wypisana i na nowo podjęła u mnie terapię, nie piła już ani nie wymiotowała. Zaczęła jednak odczuwać silny przymus cięcia się. Zaczęła też mieć impulsy samobójcze – prowadząc auto przez most odczuwała przymus wjechania w barierkę i utonięcia w rzece. Gdy spytałam, co daje jej cięcie się, powiedziała, że czuje się jak balon, napompowana i napięta; przecinając skórę, uwalniała to napięcie. Kiedy zaczęłyśmy drażnić ten temat, okazało się, że w wieku dziesięciu lat, gdy siostra dokuczała jej z powodu dużego brązowego znamienia na dolnej części pośladka, mówiąc, że przykleił się jej kawał gówna, Dina wzięła nóż do jarzyn i wycięła sobie to znamię. Kilka lat później, gdy nakładała makijaż przed lustrem, uwagę jej przykuła fałdka na powiece. Sięgnęła po żyletkę i, w

zdepersonalizowanym stanie, ciągnęła nią powoli po powiece, obserwując z podnieceniem i fascynacją jak pojawiają się krople krwi i ciekną jej po policzku.

Pacjenci tego typu często cierpią na aleksytymię – nie umieją identyfikować swoich uczuć ani wyrażać ich słowami (Cochrane, Brewerton, Wilson i Hodges, 1993; Farber 1995, 1997, 2000, 2005; Jackson i zespół, w druku; Nemiah, Feryberger i Sifneos, 1976; Taylor, Bagby i Parker, 1991; Taylor i Bagby, 2005). To zrozumiałe, gdyż aleksytymia okazała się związana ze skłonnością do dysocjacji (Clayton, 2004; Grabe, Rainermann, Spitzer, Gansicke i Freyberger, 2000; Hercen i Tiryaki, 2004; Wise, Mann i Sheridan, 2000). Fobia przed doświadczaniem emocji, jakie te osoby odszczepiają od siebie, pcha ją do szkodzenia sobie zamiast czucia. W łagodniejszej formie polega to na werbalnym kwestionowaniu siebie i procesu zdrowienia, w ostrzejszej – stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia. Akty samouszkodzeń są bardzo twórczymi sposobami sprawowania pewnych funkcji psychicznych, jak uśmierzania się, określania i rozróżniania wewnętrznych i zewnętrznych granic własnego ciała, fizycznego wyrażania zranionych emocji oraz psychosomatycznych reaktywacji dawnej traumy. Ponieważ nie ma tu dość miejsca na omówienie wszystkich tych funkcji, ograniczę się do samouśmierzania i oraz psychosomatycznego reaktywowania dawnej traumy.

SAMOUŚMIERZANIE

Osoba wykorzystana, która zwraca się do samouszkodzeń, robi to w bardzo podobny sposób, jak małe dziecko, które czując się samotne i wystraszone, zwraca się do swojego obiektu przeniesienia, zazwyczaj ulubionego wypchanego misia czy starego kocyka i ta iluzja przytulenia przez matkę koi je (Winnicott, 1953). Taki obiekt przeniesienia jest obiektem „nie ja” – czymś, co nie należy do ciała dziecka. Ktoś, kto się obżera i wymiotuje, głodzi się lub się okalecza, gorliwie zwraca się do mocy symptomatycznych zachowań: oddając się im we władanie, czerpie z nich komfort uśmierzania bólu. Uspokaja to taką osobę na krótki czas, uwalniając w jej organizmie serotoninę, jednak zachowania te nie działają jak obiekt przeniesienia, gdyż nie zawiązują procesu separacji i indywiduacji (Mahler, Pine i Bergmann, 1975), ani zdolności budowania symboli. Zamiast tego działają jako uzależnienie i/lub fetysz, wspierając na krótki czas ułomne poczucie własnego ja, aż do chwili, gdy trzeba to

robić znowu i znowu, coraz drastyczniej i częściej. Przypomina to efekt wzrostu tolerancji osoby uzależnionej na alkohol czy narkotyki, który trzeba przyjmować w coraz częściej i w coraz większych dawkach. Kiedy wyczerpują się możliwości eskalowania tych zachowań, lub gdy przestają one wystarczająco działać, repertuar środków uśmierzających zostaje uzupełniony o nowy typ zachowania, często jeszcze drastyczniejszego. W ten sposób, gdy najostrzejsze już ciągi bulimiczne przestają wystarczać, wkraczają na scenę samookaleczenia.

CIELESNE REAKTYWOWANIE DAWNEJ TRAUMY

Wskutek traumy ciało staje się podatne na zwiększoną stymulację somatyczną w tych miejscach, które były ranione lub wykorzystywane, lub generalnie w całości (Terr, 1990, 1994), co często nazywamy pamięcią somatyczną czy wspomnieniami ciała. Na przykład, wiele ofiar nadużyć seksualnych w dzieciństwie skarży się na bóle miednicowe i nie udaje się wykryć ich organicznej przyczyny. Pamięć ciała może być dla terapeutów tropem prowadzącym do odszczepionych doświadczeń urazowych związanych z daną częścią ciała.

Uzależnienie od zachowań samouszkodzających często stanowi przymus powtarzalnego inscenizowania dziecięcej traumy na własnym ciele (Farber, 1995; van der Kolk, 1988). Na przykład, w samouszkodzających zachowaniach ofiary wykorzystania seksualnego możemy nieraz bardzo dokładnie dostrzec wczesną traumę jakiej doświadczyła i odłączyła od siebie. Poprzez te reaktywacje próbuje ona daremnie odzyskać kontrolę nad urazami i utraconą w efekcie moc sprawczą. W zdepersonalizowanym szaleństwie, w którym identyfikuje się ona ze znienawidzonym oprawcą, zapycha sobie usta i gardło jedzeniem tak samo, jak on zapychał je penisem, palcami lub innymi obiektami wytkanymi jej w ciało. Następnie, ponieważ identyfikacja z oprawcą szybko ustępuje miejsca identyfikacji z jej wykorzystanym ja, wymiotuje, by pozbyć się ze swojego ciała tych rzeczy, które jej siłą wtykano. Lub może penetrować swoje ciało żyłką, gasić na nim papierosy, orać je paznokciami – podobnie jak penetrował ją dawny oprawca. Patrząc na krew wypływającą z rany, czuje zadowolenie i ulgę, że zła treść jaka w niej zalegała (nasienie, podniecenie, bądź jakaś znienawidzona część siebie) ulega wydaleniu, pozostawiając ją czystą i nieskalaną. Zaznaje także zastępczo rozkoszy wyładowania wściekłości i furii

żywionej do napastnika. Jest zarazem oprawcą i gnębioną ofiarą – sadystą i masochistą. Jest też przy tym chłodnym i biernym obserwatorem nadużyć, jakie popełnia na sobie – takim samym, jak był drugi rodzic obecny przy krzywdach, lecz nie chroniący jej i nie reagujący. W aktach samouszkodzania ofiara jest wszystkimi tymi postaciami, oscylującymi w oszalały sposób od własnego ja po zły obiekt i z powrotem, pozostając traumatycznie przywiązana do swych afektów, bólu i pierwotnego opresora.

PRZENIESIENIOWE REAKTYWACJE DAWNEJ TRAUMY

Odgrywanie przez ofiarę dawnej traumy w relacji z terapeutą krąży wokół tych samych tematów, co odgrywanie jej na własnym ciele – odzwierciedla wzorce relacyjne z nadużyciowego dzieciństwa, jakie musiała zinternalizować i odłączyć od obszaru doświadczania siebie (Davies i Frawley, 1994; Farber, 1997; A. Miller, 1994). Ich manifestacje, widoczne najjaskrawiej u ofiar molestowania seksualnego, mogą zmieniać się zawrotnym tempie i kolejności, przez co pacjent wyznacza i wypróbuje na terapeutę różne role z dawnego dramatu korespondujące z tą relacją. Może umieszczać go w pozycji swego prześladowcy, chwytając się mocno pozycji ofiary, a za chwilę obsadzić go w roli rodzica, który ją zawiódł gdy przejawiała potrzebę ochrony, by raptem widzieć w nim uwodziciela, a w sobie – uwiedzioną. Jak można się spodziewać, musi to rodzić silne reakcje przeciwprzeniesieniowe i nie ma co spodziewać się, że nawet najlepszy klinicysta zachowa w tym wszystkim neutralność. O wiele ważniejsze jest jednak to, by relacja terapeutyczna była żywa, otwarta i autentyczna.

Kiedy odszczepianie jest głównym elementem obronnych operacji pacjenta, wynikających z lęku przed unicestwieniem, może to wzbudzić równoległy proces dysocjacyjny w terapii (Bromberg, 1998), związany z jego lękami przed unicestwieniem (Hurvich, 2003, 2006). Za pomocą dysocjacji i potężnego mechanizmu identyfikacji projekcyjnej, pacjent projektuje odszczepione aspekty siebie na klinicystę, czym paraliżuje jego myślenie – zdolność odbioru, zawierania i odzwierciedlania doświadczeń klienta. Dzieje się tak zwłaszcza, gdy w polu leczenia zjawiają się, po obu stronach, najbardziej destrukcyjne reaktywacje. Terapeuta narażony jest wtedy na mimowolne reakcje odwetowe kierowane do pacjenta, co

może zniszczyć przymierze terapeutyczne i jego efekty. Jeśli jednak w tym „młynie” uświadomi sobie tę swoją rolę i reakcje, i w autentyczny sposób, przeprasza za nie, wniesie tę świadomość do relacji, pomoże pacjentowi zacząć dostrzegać jego rolę i uda mu się uratować leczenie.

Jeśli klinicysta może pomóc klientowi rozszyfrować mechanizmy reaktywacji traumy w ich przymierzu – czy dzięki zrozumieniu, co te inscenizacje mówią poprzez reakcje przeciwprzeniesienia, czy dzięki zrozumieniu historii opowiadanych przez ciało – wtedy to, co zostało odszczepione może zostać zintegrowane z ja: zawarte przepracowane i odzwierciedlone. W ten sposób dysocjacyjne obrony stają się wystarczająco nośne, by przerzucić most do bardziej satysfakcjonujących relacji z obiektem i do wzrastania w ramach przestrzeni terapeutycznej.

POTĘGA SAMOUSZKODZEŃ

Atak na własne ja zawiera coś, co wydaje się być magiczną siłą. Jeśli okres depersonalizacji dojmująco się wydłuża i gdy osoba wykorzystana trwa w poczuciu, że reszta świata nie jest realna, to zadanie sobie rany lub bólu może wyrwać ją z tej dysocjacji. Zadanie sobie rany lub bólu może także przerwać stan hiper-pobudzenia trwający zbyt długo i powodujący zmęczenie lub rozbuchaną depresję, która stała się ciężarem ponad siły. Dlatego ludzie szkodzący sobie samym mówią często, że te zachowania poprawiają ich samopoczucie.

Kim, młoda kobieta, która była w dzieciństwie wykorzystywana seksualnie przez ojca, choć przestała już być wiktyimizowana przez niego i zerwała z nim kontakty, jednak dalej reaktywowała tę traumę, wiktyimizując samą siebie. Cięcie się było jej sposobem na oczyszczenie się z ojcowskich nadużyć a jednocześnie na zatriumfowanie nad nimi. W *Cutting the Edge*, swojej historii w biuletynie dla dokonujących aktów przemocy za siebie, Kim pisze:

Przez dzisiejszy wieczór robię wszystko, by oderwać się od myśli i pokus pocięcia się... Przepelnia mnie złość i nie wyrabiam się z tym uczuciem. Mówią, że pod złością zawsze kryje się lęk. Więc pytam siebie: „Czego się boisz, maleńka?” I co się okazuje?! Boję się ojca, że wtargnie we mnie, że wślizgnie mi się pod skórę i wypłoszy ze mnie ciszę. A kiedy teraz odłożę pióro, kto mnie pierwszy dopadnie?

Tatuś czy ja? O nie! Muszę być w sobie pierwsza. To jedno należy do mnie! Ciach, ciach, ciach! (Kim, 1993 470, ss. 3 – 4).

Szekspirowskie zalecenie, by „mówić przykre prawdy” jest kluczem w psychoterapii każdego pacjenta. W przypadku osób, które do opisanego swojego życia wewnętrznego nie znajdują słów, a tylko zachowania niosące im tak wielkie szkody i ryzyko, trzeba wykonać najpierw wiele pracy przygotowawczej, zanim staną się zdolne ubrać w słowa swój żal, gniew i traumę. Leczenie musi być więc zorientowane na etapy. Proces ten dzieli się wyraźnie na trzy etapy, które w praktyce znacznie nakładają się na siebie (Farber, 2000 i 2004):

1. bezpieczeństwo, stabilizacja i zaufanie;
2. praca nad traumą;
3. odżałowanie, analiza, rekonsolidacja i odbudowa.

Terapia jest zazwyczaj długą i ciężką drogą z wieloma objazdami, pogorszeniami, zastojami, reaktywacjami i negatywnymi reakcjami terapeutycznymi – drogą, na której niemal każdy postęp okupowany jest regresywnymi krokami w tył.

Kardynalna reguła pracy z tak autodestrukcyjnymi klientami stawia na pierwszym miejscu ich bezpieczeństwo w ramach relacji terapeutycznej. Budowa mocnego i chroniącego związku z terapeutą pozwala im rozluźnić i zerwać związek z bólem i cierpieniem. Ponieważ to owe, mające głębokie znaczenie, interakcje z terapeutą prowadzą ostatecznie do strukturalnej przemiany psychicznej, od początku kładzie się na nie największy akcent.

Zanim osoba wykorzystana stanie się zdolna do opieki nad sobą, musi wpierv poczuć się zaopiekowana i nabrać pewności, że jej dobro rzeczywiście leży terapeutce na sercu. Zyskuje ona tę bezpieczną pewność stopniowo, w miarę jak niezmiennie wychodzi jej naprzeciw jego prawdziwa obecność, niezawodność, punktualność, zaangażowanie, uwaga, empatia i wszystkie podobne elementy składające się na wsparcie. Szczególnie we wczesnych fazach zdrowienia oraz w momentach jej szczególnego nasilonego otwarcia i podatności zranienie, terapeuta musi być dla niej niezwykle osiągalny – być pod telefonem i móc zapewnić dodatkowe podtrzymujące sesje – musi pozwolić używać się jako obiektu przeniesienia. W miarę konsolidowania relacji terapeutycznej osoba wykorzystana

coraz bardziej otwiera się na przyswajanie sposobów samodzielnego regulowania swoich afektów i kojenia stanów lękowych.

Wszystkie jej obrony muszą być traktowane z szacunkiem i ostrożnością, nawet jeśli mają formę symptomów potencjalnie zagrażających życiu. Ponieważ ekspresja emocji, zwłaszcza gniewu, przybiera u niej tak konkretną, impulsywną i samoniszczącą formę, nie będzie ona w stanie znieść analizy swoich mechanizmów obronnych. W praktyce, każda taka próba będzie wzmacniać jej lęk i autodestrukcyjne zachowania. Osoba wykorzystana czerpie jednak wielkie korzyści z psychologicznych technik zorientowanych na budowę i wzmacnianie jej ego (Blanck i Blanck, 1974), na przykład z behawioralno-poznawczych narzędzi uczących tolerowania afektu i samoregulacji emocjonalnej, jak rozrywki i odraczenie samoniszczących zachowań. Odkryłam, że jeśli nie jest w stanie wypowiedzieć swoich emocji, potężną interwencją jest skłonienie jej do zapisania swoich uczuć i myśli, w obecności terapeuty, na sesji. Otwiera to drzwi wolnym skojarzeniom, pomaga jej zidentyfikować i wytrzymać stany afektywne, pozwala powstrzymywać swoje impulsy do autodestrukcji oraz prowokuje w niej refleksyjne myśli (Farber, 2005).

Lecząc osoby wykorzystane, terapeuta musi stać się dla nich szczególnie osiągalny, zachęcając do telefonowania w krytycznych momentach celem ukojenia emocji i stanów depersonalizacji – nawet po godzinach pracy czy w czasie urlopu, przez co może funkcjonować jako konieczny obiekt przeniesienia. Doświadczenia takie działają na sfery emocjonalne strauatyzowanych klientów niezwykle potężnie, mutując i korekcyjnie, prowadząc do strukturalnej przemiany osobowości. Pomagają im także przysposabiać narzędzia niedestrukcyjnego kojenia siebie, przywoływania się do życia ze stanów dysocjacji czy wyciszania się. Pacjenci uczą się także wpływać na swój stan ducha poprzez ciało, stymulując krążenie, co pozwala poczuć się żywym (ćwiczenia sportowe, zimne prysznice, dotykanie skóry kostką lodu), lub stosując techniki relaksacyjne (gimnastyka, joga, głębokie oddechy, ciepłe kąpiele), które stają się nieocenioną pomocą.

Przedwczesna eksploracja traumy może prowadzić do nasilenia symptomów, ale do tego samego prowadzą też próby ich wyeliminowania. Jednakże opanowanie symptomów jest kluczową częścią pierwszego etapu leczenia osób dokonujących samouszkodzeń. Pracę tę określa ocena ich aktów autodestrukcji przeprowadzona

na podstawie kilku przekrojowych testów, która wskazuje miejsca natychmiastowej interwencji. Terapeuta powinien rozeznaczyć: potencjalną śmiertelność zachowań pacjenta, stopień ich kompulsywności i/lub impulsywności, ich częstotliwość, powtarzalność i chroniczność, bezpośredniość szkód, stopień alienacji lub syntonizności ego wskutek danych zachowań, towarzyszący im poziom świadomości, poziom intencji samobójczych, sadystycznych i/lub masochistycznych, oraz różne funkcje psychiczne sprawowane przez te akty (Farber, 2000).

Kluczowy jest pierwszy przekrój - potencjalna śmiertelność samoniszczących zachowań wykorzystanej osoby. Terapeuta powinien zaangażować ją w starania uczynienia tych aktów mniej groźnymi, aby nie trzeba było z powodu zagrożenia życia umieszczać jej w zakładzie zamkniętym. Musi się w tym odwołać przede wszystkim do swojej przenikliwości obserwacji, a także do danych zebranych od pacjentki i/lub jej rodziny, które nie muszą być miarodajne, a niekiedy i do kronik medycznych. Aby ocenić groźbę śmierci, klinicysta musi wiedzieć, o jak poważne autonaruszenia chodzi i w jakim stopniu ofiara jest w tym zakresie poza kontrolą. Wskaźnikami będą tu: tempo spadania wagi, drastyczność przeczyszczania się (liczba strategii zrzucania pokarmu razy częstotliwość ich stosowania), głębokość i geografia samookaleczeń, oraz stopień wyniszczenia alkoholem i/lub narkotykami. Na przykład stopień zagrożenia przy atakach obżarstwa i wymiotowania dwa razy w tygodniu jest diametralnie inny, niż przy siedmiu czy ośmiu takich atakach na dzień z kilkakrotnym wymiotowaniem po każdym. Tak samo inne jest ryzyko przy powierzchownym, kontrolowanym cięciu skóry, niż przy głębokich, impulsywnych cięciach lub przedziurawieniach ciała.

Kiedy pacjent osiągnął wystarczającą stabilność, zaczyna się praca rozmrażająca traumatyczne wspomnienia, rozwarunkowująca je i wnosząca reakcje, jakich wtedy zabrakło, co przyczynia się do dalszej stabilizacji wykorzystanej osoby. Jeśli terapeutę udaje się pomóc jej przywrócić powiązania między odszczepionymi aspektami jej osobowości, zaczyna ona integrować traumatyczne doświadczenia oraz przekierowywać na dawnych oprawców gniew i wściekłość kierowaną wcześniej przeciw własnemu ustrojowi. A kiedy funkcjonowanie jej ego osiąga poziom zdolny sprostać wymaganiom bardziej intensywnych interwencji terapeutycznych, sposób pracy znów się przesuwają, na przykład na analityczną terapię lub psychoanalizę.

[1](#) Breuer uważał, że osią histerii jest odłączanie pewnej porcji aktywności psychicznej, oznaczające także odłączanie części świadomości.