

Z książki

DOROŚLI WYKORZYSTANI SEKSUALNIE W DZIECIŃSTWIE

Innowacje w leczeniu

Redakcja: Mic Hunter

(tłum. Robert Waśkiewicz)

Przedmowa

Zapotrzebowanie na literaturę o nadużyciach seksualnych rośnie ostatnio tak gwałtownie, że jak grzyby po deszczu pojawiają się nowe pisma i magazyny skupiające się wyłącznie na tych tematach. Mimo to wciąż mamy do uzupełnienia wiele luk w wiedzy o przyczynach, skutkach i leczeniu ofiar seksualnej traumy z dzieciństwa.

W rezultacie publikacji mojej książki: *Wykorzystani chłopcy – najbardziej zaniedbane ofiary nadużyć seksualnych w dzieciństwie* bywałem proszony o zabieranie głosu na licznych konferencjach i prowadzenie wielu warsztatów. Najbardziej wynagradzającym mnie aspektem tych doświadczeń była możliwość spotkania wielu wspaniałych kobiet i mężczyzn. Autorzy, dzięki którym powstała ta książka, są zarazem ludźmi, którzy najbardziej przyczynili się do mojego postępu w rozumieniu skutków i metod leczenia ofiar. Ich sposób myślenia okazał się dla mnie tak bardzo przydatny, że chciałem uzyskać pewność, że dotrze także do innych terapeutów. Właśnie owo pragnienie skłoniło mnie do zaproponowania tym autorom zaangażowania się w ten projekt. Wszyscy oni są klinicystami i wiedzą jak to jest siedzieć z empatią naprzeciw drugiego człowieka, który przeżył poważne nadużycia. Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie nie jest dla nich pojęciem akademickim i teoretycznym, ale głęboko i praktycznie poznanym zagadnieniem, które wciąż wywołuje w nich organizmiczną, trzewiową reakcję. W ich dążeniu do redukcji ludzkiego cierpienia rozwinęli oni praktyczne i skuteczne metody terapii. W tym co piszą znajdziecie zapewne wiele cennych uwag. Czuję zaszczyt, że mogę dołączyć się do ich starań.

Książka zaczyna się od rozdziału, którego autorami są: Mark F. Schwartz, Lori D. Galperin i William H. Masters. Poszerzając teorię rozumienia skutków wykorzystania

seksualnego w dzieciństwie o model ekstremalnego, nieuchronno-przewlekłego stresu, kładą oni fundament pod całą konstrukcję książki. Skuteczne i wystarczające leczenie powinno się opierać na gruntownym podłożu teoretycznym, aby terapeuci znali mentalną mapę swoich pacjentów, na której będą wytyczać z nimi szlaki do uzdrowienia, prowadzące przez często niejasne i groźne tereny psychopatologii i psychoterapii. Schwartz, Galperin i Masters wytyczają taki modelowy szlak. Kompleksowy i przytłaczający problem radzenia sobie z traumą ujmują i opisują w taki sposób, by przydał się każdemu praktykującemu terapeutcie. W rozdziałach wyrastających na tej podstawie zawarte są informacje ułatwiające pracę i gotowe do zastosowania w warunkach klinicznych.

Książka składa się z dwóch głównych części mówiących odpowiednio o pomaganiu dorosłym ofiarom, które przejawiają kompulsywne zachowania seksualne i tym, które wymagają specjalnej troski. Część pierwszą: *Pomoc dorosłym ofiarom z problemami seksualnymi* zaczyna Jeff Brown rozdziałem o interwencjach wobec par, których seksualna więź została dotknięta historią wykorzystania w dzieciństwie jednego z partnerów. Brown napisał ten rozdział w taki sposób, że jest on przydatny bez względu na specyfikę danej pary szukającej pomocy, więc mogą skorzystać z niego zarówno klinicyści pracujący z heteroseksualnymi, jak i homoseksualnymi parami.

Drugi i trzeci rozdział dotyczy pracy z klientami, którzy przejawiają kompulsywne zachowania seksualne. Schwartz, Galperin i Masters znów łączą siły, by napisać rozdział o leczeniu tej populacji. I tak jak poprzednio, kształtują teoretyczne podstawy, które są zbiorem świetnych terapeutycznych rekomendacji. Po nich następuje mój rozdział, w którym zajmuję się metodą określania na podstawie wzorców kompulsywnych zachowań seksualnych klienta, czy kryje się za nimi wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, tworząc te jego zachowania. Może Was zdziwić, gdy dostrzeżecie, jak wiele oba te rozdziały czerpią z bardzo podobnego myślenia o przymusowo-obsesyjnych zachowaniach. Kiedy przedstawiłem swoje myśli na ten temat na konferencji w Nowym Orleanie w 1992 roku, byłem zachwycony, że Schwartz, Galperin i Masters, na podstawie własnych doświadczeń klinicznych, niezależnie doszli do zaskakująco podobnych wniosków. Okazało się, że nasze myślenie od dłuższego czasu biegło równoległymi torami.

Część drugą: *Pomaganie ofiarom wymagającym specjalnej troski*, otwiera rozdział dra Roberta Mayera, opowiadający o zmaganiach, jakim podlegał lecząc ofiary wykorzystania o kompleksowo zaburzonych osobowościach. Obok rekomendacji terapeutycznych, przedstawia on osobisty wpływ, jaki wywiera na terapeutę praca z tego rodzaju klientami. Jego opisy przypominają Czytelnikowi, że proces terapeutyczny jest w pewnych wypadkach niemal tak samo rozstrajający dla terapeuty, jak dla pacjenta. Za szczególnie ożywczy uważam fakt, że dr Mayer dzieli się równie chętnie swoimi porażkami, co sukcesami.

Moją karierę zawodową zaczynałem jako terapeuta uzależnień chemicznych w 1980 roku. Żadne jednak elementy w szkoleniach, jakie musiałem przejść w tym celu, nie przygotowały mnie ani nie nauczyły radzenia sobie z przytłaczającą liczbą klientów odkrywających w swoim dzieciństwie fakty seksualnego wykorzystania. Mój głód informacji, narzędzi i zdolności, które pozwoliłyby mi pomagać tym ludziom, skłonił mnie do powrotu na studia podyplomowe w celu doszkolenia się. Niestety, żadne dostępne wtedy programy nauczania i szkoleń nie poruszały tematu leczenia ofiar nadużyć seksualnych w dzieciństwie. Jeszcze smutniejszy jest fakt, że przez te lata sytuacja nie zmieniła się znacząco. Nawet najświeższe badania (Alpert & Paulson, 1990; Minnesota Higher Education Coordinating Board, 1993) odnotowują brak dających dyplom i certyfikat szkoleń z zakresu wykorzystania seksualnego.

Terapeuci uzależnień chemicznych wciąż poszukują praktycznych informacji na temat leczenia osób z tą traumą, którym z jej przyczyny nie udaje się trwale wydobyć z tych nałogów. Wiele bym dał, gdyby rozdział Caryl Trotter o fazach zdrowienia i zapobieganiu nawrotom był dostępny w czasach, kiedy stawałem przed tymi wszystkimi świeżo otrzeźwionymi ludźmi, którzy zaczynali przypominać sobie fakty seksualnej wiktymizacji w dzieciństwie, walcząc rozpaczliwie z tym bólem, by w celu złagodzenia go nie sięgnąć znów po substancje rujnujące ich życia. Caryl Trotter przedstawia model łączący diagnozę z interwencją. Przerzuca ona most nad przepaścią dzielącą tych, którzy zajmują się leczeniem uzależnień chemicznych, od tych, którzy leczą skutki wykorzystania seksualnego w dzieciństwie.

Rozdział o psychoterapii par został napisany, jak przystało, przez duet składający się męża i żony. Betty Button i Allen Dietz koncentrują się na trudnościach par, w których jedno lub oboje przeżyli w dzieciństwie traumę seksualną. Zarówno profesjonalne jak

i osobiste doświadczenia Button i Dietz wnoszą w obszar leczenia, któremu literatura fachowa poświęca niezwykle mało uwagi.

Mądrością płynącą z klinicznych doświadczeń dziesięcioleci swojej praktyki, Larry Morris wieńczy i zamyka książkę. Skupia uwagę na ważności stosowania wielowymiarowego podejścia w leczeniu ofiar płci męskiej. Dr Morris, który przewodniczył *Trzeciej Krajowej Konferencji dla mężczyzn nadużytych seksualnie w dzieciństwie*, dużą część swojej zawodowej kariery psychologa poświęcił staraniom, aby dotknięci tą traumą chłopcy i mężczyźni mogli otrzymywać skuteczną i etyczną pomoc. Ponieważ od kilku lat wspominał o swoich rychłym przejściu na emeryturę, chciałem aby – zanim zacznie włączyć się autostopem po Dzikim Zachodzie – miał szansę zapoznać nas ze swoim ostatnim sposobem myślenia, gdyż milczał od czasu wydania *Males at Risk* (Bolton, Morris, & MacEachron, 1989).

Cieszę się, że tacy ludzie jak autorzy tej książki istnieją na świecie i są na tyle ofiarni, by dzielić się swoją wiedzą. Jestem przekonany, że – podobnie jak ja – i Wy skorzystacie w praktyce z rozdziałów, jakie napisali.

Mic Hunter

Rozdział 1

Trauma seksualna w kontekście stresu pourazowego, stresu nieuchronnie przewlekłego, zaniedbań i toksycznej pedagogiki

Mark F. Schwartz, Lori D. Galperin i William H. Masters

Stres pourazowy

DSM III (The Diagnostic Statistical Manual-III) definiuje zespół stresu pourazowego (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) jako wynik "rozpoznawalnego czynnika stresogennego, który wywołuje poważnie zaburzające symptomy w niemal każdym człowieku" (American Psychiatric Association, 1987, str. 236). Wynika z tego, że *naturalną* reakcją na szczególnie potężną traumę jest PTSD – że reakcja ta nie jest jakąś „chorobą” i każda osoba doświadczająca zdarzenia o tak dużej sile urazowej będzie nim dotknięta w podobny sposób. Dlatego zamiast piętnować ofiary przypisywaniem im zaburzeń psychicznych, rozsądniejsze jest kategoryzowanie adaptacyjnych i dysfunkcyjnych strategii przetrwania oraz mówienie o takich ludziach jako tych, którzy ocalili („ocalieńców”), by dopiero w dalszej kolejności uznawać „patologiczne nasilenia” takich strategii za zaburzenia psychiczne.

Ponieważ naturalną obroną dziecka przed urazem jest dysocjacja – a nawet amnezja – jego reaktywność może ciągnąć się w nieskończoność, w formie cyklicznych faz odrętwienia i intruzywności, których pojawienie się przepowiada efekt potraumatycznego stresu (Horowitz, 1986). Faza odrętwienia w tym cyklu ukazuje osobę, która czuje się jak obiekt, traktuje innych jak obiekty i reaguje w sposób „obiekto-obiekt,” bez autentycznej troski i empatii – tak dla innych, jak i dla siebie samej – i bez odwoływania się do emocji jako przewodnika w relacjach. Dlatego odrętwienie prowadzi jednostkę do restrykcyjnych, karzących samą siebie zachowań, a także do zamykania się, izolacji i ucinania więzi z ludźmi. Faza intruzywna polega na włamywaniu się do świadomości i zalewaniu jej związanym z traumą materiałem poznawczym i afektywnym, który paraliżuje funkcjonowanie ofiary. Zazwyczaj przejawia się to w panicznym lęku, depresji lub innym cierpieniu, np. uskarżaniu się na dolegliwości somatyczne. Do radzenia sobie z tym bólem bądź znieczulania go, jednostka używa rytuałów i zachowań kompulsywnych, co zwiększa jej bezradność i dysforyę. Zwłaszcza na początku fazy intruzywnej, te obsesyjno-przymusowe zachowania pełnią rolę znieczulającego „pojazdu” zdolnego ją przenosić w odrętwienie. Gdy ono z kolei staje się nie do zniesienia (np. gdy osoba jest już tak bardzo nieobecna, odłączona, odczłowieczona czy nierealna, że traci poczucie jakiegokolwiek więzi z sobą, z innymi i z otaczającą rzeczywistością), zachowania kompulsywne lub rytuały zaczynają służyć jej do przywracania uczucia.

Bez pomocy z zewnątrz, kierowania i wsparcia opiekunów, efektem wczesnodziecięcej traumy stają się zazwyczaj patologiczne intensyfikacje objawów lub zaburzenia psychiczne. Dlatego wpływ traumy mierzymy, zawsze i tylko, biorąc pod uwagę zarówno samo zdarzenie, jak i jego kontekst (np. obecność lub nieobecność troszczących się i wspierających opiekunów). Jeśli dziecko otrzymuje wystarczające wsparcie, przeżyty przez nie uraz może zostać „domknięty” lub „przepracowany” i przestaje prowadzić do patologicznych nasileń.

Zaburzenia stresu ekstremalnego (Disorders of Extreme Stress – DES)

Kiedy przez długi czas dana osoba doświadcza ostrego, chronicznego stresu, którego nie jest w stanie uniknąć, zespół jej objawów będzie przypuszczalnie inny niż w przypadkach potraumatycznego stresu, na jaki składa się jedno druzgoczące wydarzenie o określonym punkcie końcowym. Fizjologiczne skutki chronicznego, nieuchronno-przewlekłego stresu jest inne niż skutki ostrego urazu, co potwierdza bogata literatura recenzowana przez Bessel van der Kolk. U dzieci z objawami potraumatycznego stresu kryje się za kurtyną PTSD ciągnąca się dzień po dniu, nieustanna atmosfera nadużyć, zaniedbań i zagrożeń, jakich doznają one w swoich domach i poza nimi. Jeśli dzieci boją się wejść do domu z powodu panującej tam chaotycznej, nie prowokowanej i nielogicznej wrogości i furii, rzutowanej jak popadnie na członków rodziny, to środowisko takie możemy uznać za źródło nieuchronno-przewlekłego stresu (DES). Bycie molestowanym i bitym, patrzenie na przemoc, znęcanie się i gwałty jednego rodzica nad drugim, zamykanie latem w nagranych upałem autach, topienie w wannie podczas kąpieli – kumuluje w dzieciach poczucie nieprzewidywalności, zagrożenia i terroru. Epizodyczny stres pourazowy zmienia się w takim kontekście w chroniczny, nieuchronno-przewlekły stres o znacznie bardziej wyniszczających skutkach.

Przejrzawszy istniejącą literaturę, Judith Herman (1992) i van der Kolk (1993) wysuwają twierdzenie, że dysfunkcyjne strategie przetrwania nieuniknionego, chronicznego stresu wtrącają ofiary w ciężkie depresje i lęki, somatyzację, symptomy dysocjacyjne, przymus powtarzania, wysoką podatność na rewiktymizację, nieufność, zniszczenie zdolności do bliskich więzi i różne zaburzenia adaptacyjne z dziedziny borderline, narcyzmu, osobowości aspołecznej czy schizoidalnej.

Chroniczne traumatyzowane przez opiekunów dzieci, skazane przez rodzinę na środowisko endemicznego stresu, przechodzą cierpienia podobne do ofiar tortur i tak jak one doświadczają zależności, zastraszenia, dezorientacji i izolacji na najgłębszym poziomie (Suedfeld, 1990). Dzieci z definicji są zależne od opiekunów. Wycofując swą opiekę i dobroć, rodzice dopuszczający się nadużyć wtrącają je w torturującą zależność od siebie. Jeśli są one zmuszane do poddaństwa i posłuszeństwa jako ceny za czystość, pokarm, ubranie, dostęp do rówieśników lub chwilowe odroczenie kar i nadużyć, zamieniają się w niewolników. Ponieważ ich los zostaje całkowicie uwarunkowany kaprysami ich właścicieli (rodziców), dzieci te zmieniają kształt swojej rzeczywistości tak, aby pasowała do reguł tej okrutnej gry – jednostronnej, gry w ujarzmienie i ciemienie delikatnej, ufniej, potrzebującej i kompletnie zrozpaczonej istoty przez wszechwładnych dorosłych, którzy są często bezsilni wobec wszelkich innych sytuacji w życiu. **Chroniczne traumatyzowane przez opiekunów dzieci przechodzą cierpienia podobne do ofiar tortur.**

Jeśli dziecko takie miałoby uwierzyć w prawdę, że jest w śmiertelnym, stałym niebezpieczeństwie ze strony ludzi, na których jest zdane we wszystkim, musiałoby nieść świadomość tak strasznej bezsilności, że utraciłoby wszelką nadzieję przetrwania i wolę życia. Dlatego, w swojej elastyczności i plastyczności, przerzuca się ono instynktownie na stronę takiego przemianowania obrazu jego środowiska, jakie przywraca mu nadzieję. Dochodzi więc do wniosku, że ono samo musi być złe i winne swojemu cierpieniu, a jego opiekunowie kochają je prawdziwą miłością, którą ono musi sobie tylko zaszkodzić. Próbuje więc coraz usilniej, wierząc, że kiedyś mu się to uda – że jeśli postara się jeszcze bardziej, wszystko się zmieni. Nie musi już czuć się pozbawione miłości, wystarczy żeby doskonale zasługiwało.

Do tej dynamiki dodaje się najczęściej wstyd i izolacja z powodu „dyskwalifikującej tajemnicy.” Jeśli jest nią wykorzystanie seksualne, dziecko słyszy zazwyczaj cały zestaw kłamstw sięgających poznawczy zamęt: „Kocham cię najbardziej szczególną miłością na świecie,” „To jest nasza mała tajemnica,” „Gdyby mama (tata) dowiedziała się, przestanie cię kochać.” „Jeśli powiesz, wszyscy dowiedzą się jakim złym i zepsutym dzieckiem jesteś” – i tak dalej. Te manipulacje i techniki fałszowania rzeczywistości współpracują z dezorientacją, jaką rodzi w ofierze porażająca i nie porównywalna z niczym stymulacja seksualna, gdzie podnieceniu często towarzyszy rozdzierający ból. Nastrój oprawcy waha się przy tym radykalnie z chwili na chwilę: pocałunek w policzek zapowiada graniczące z utratą życia duszenie poduszką podczas obmacywania czy gwałtu. Izolujące poczucie winy, lęk i wstyd, jaki rodzi skrywana tajemnica, wzmacnia zależność od napastnika: „Jesteś dla mnie kimś specjalnym,” i/lub „Gdy się inni dowiedzą, znienawidzą cię, ale pamiętaj: zawsze będziesz mieć mnie.”

Im dłużej trwa wykorzystywanie, tym silniejsze związanie z oprawcą odczuwa dziecko i tym bardziej wycofuje się z innych potencjalnych relacji. Im dłużej jest ono wykorzystywane bez skutecznej interwencji, tym głębiej grzeźnie w przekonaniu, że nie jest warte pomocy i ratunku. Dorośli w naszej kulturze uchodzą za bardziej świadomych i mądrych niż dzieci; szczególnie matki zdają się w sposób magiczny wiedzieć to, co dzieciom wydaje się nieznane. Rodzice podobni są do Boga, który w kulturze Zachodu uważany jest za wszytkowidzącego – przecież nawet święty Mikołaj wie, czy dziecko było grzeczne, czy nie. Jakże więc pośród tych mitologii i systemów przekonań miałoby ono wyobrażać sobie, że nikt nie zauważa i nie wie. Niepodważalna pozycja rodziców jest w pewnym stopniu buforem czy izolatorem między dzieckiem a niebezpieczeństwami świata. Dziecko wykorzystywane przez jedno z rodziców ma do wyboru tylko dwa przekonania na temat drugiego rodzica: „Wie, ale nie jestem wart(a), by mnie uratować” lub „Nie wie i nie mam absolutnie nikogo zdolnego mnie ochronić.” Tu znowu łatwiej jest ofierze przyjąć, że jest zła i bezwartościowa niż wydana na pastwę wszystkich perwersji i zagrożeń świata. Konsekwencje konieczności adaptacji do sieci podwójnych wiązań porównywalne są ze skutkami intencjonalnego prania mózgu w sektach lub więzieniach politycznych. Proces jest ten sam: więzi zostają rozerwane, dezorientacja napędzana jest deprywacją i/lub nadmierną stymulacją, zamęt karmi się podwójnymi komunikatami i sprzecznościami nie do rozwiązania, a zależność od oprawców – ich władzą nad zadawaniem bólu, stopniowaniem i powstrzymywaniem go.

Konsekwencje te mogą być świadomie zamierzone lub stanowić tylko produkt uboczny domowego cyklu nadużywania i zaniedbywania, jednak w obu przypadkach są one podobnie głębokie, ze wskazaniem może na większą siłę oddziaływania traumy w warunkach domowych, gdzie kształtuje się osobowość i tożsamość dziecka/więźnia i gdzie krzywdzący rodzice mają do niego stały, niczym nie ograniczony dostęp. Jadowitość traumy zwiększają takie czynniki, jak premedytacja oprawcy, złośliwość, sadyzm i możliwość powtarzania nadużyć. W przypadkach katastrof, klęsk żywiołowych, a nawet przeżyć jeńców wojennych zawsze istnieje nadzieja, że

kiedyś te doświadczenia ustaną. Jednakże rzeczywistość dziecka podlegającego domowej przemocy i perwersji rozpościera jak okiem sięgnąć i w przeszłość, i w przyszłość. Nawet jeśli nadużycia ustają, trwa ich mentalny cykl – a więc i lęk przed ich powtórzeniem – gdyż chroniczna, wyuczona bezradność naraża ofiarę na nowe rewiktymizacje przez całe życie. Jej zdolność chronienia siebie i mówienia „nie” wydaje się być trwale uszkodzona. Początkowo ma to jeszcze formę cykli protestu, rozpacz i apatii (Bowlby, 1969), która z czasem staje się stanem coraz bardziej stałym i chronicznym, a jednostka ulega potraumatycznemu zmarnieniu. **Chroniczna, wyuczona bezradność przez całe życie naraża ofiarę na nowe rewiktymizacje.**

Zaniedbanie

Alice Miller (1983, 1986) pisze o ukrytych okrucieństwach naszej filozofii i praktyki wychowawczej w skali społeczeństw i nazywa ją „czarną pedagogiką.” Podłożem takiego myślenia i postępowania jest przekonanie, że dzieci są z natury złymi, nie kontrolującymi swych destrukcyjnych impulsów stworzeniami, więc wychowanie wymaga dyscypliny, by je ujarzmić i ucywilizować. Rodzice, zamiast widzieć w ich zachowaniach odreagowujących efekt bycia nie kochanym przez nich, nie zauważanym i nie zaopiekowanym, widzą przejaw ich „krytyczności” i „wrodzonego zła.” Stąd czują się uprawnieni do karania ich, pozbawiania czułości i opieki, wrzeszczenia na nie, wykorzystywania, bicia oraz straszenia porzuceniem i realnego porzucania. Z lęku przed pogorszeniem swojego smutnego losu, krzywdzone dzieci uczą się nie kwestionowania tych dyscyplinujących praktyk i taktów. Kiedy bowiem próbują się sprzeciwić lub okazać bunt z powodu niesprawiedliwego traktowania, okrucieństwo kar narasta przy akompaniamencie komunikatów nie panujących nad swoją wściekłością rodziców, że złość jest niedozwolona (np. „Nie pyskuj mi, moja panno!” lub „Jak już ryczysz, to ja ci dam prawdziwy powód do ryku!”). Komunikaty te są wymownymi znakami dla ofiary, że zabroniona jest jej jakakolwiek emocjonalna reakcja.

W ten sposób dzieci uczą się tłumić swoje naturalne reakcje na nadużycia, co napędza psychopatologię. Pracownicy opieki zdrowotnej, paradoksalnie, kolaborują z rodzinami w robieniu z dzieci kozłów ofiarnych poprzez prowadzenie ich do różnych „specjalistów,” żeby „postawili je do pionu” lub „naprawili.”

Jedynie poprzez uchylenie zasłony toksycznej pedagogiki możemy w pełni pojąć niszczący wpływ seksualnych, emocjonalnych i fizycznych nadużyć, okresowych i chronicznych. Aby do końca oszacować rozciągłość tych zranień oraz konieczne i wystarczające elementy terapeutycznej rehabilitacji ofiar, musimy wziąć pod uwagę: zarówno ostre PTSD, jak i zaburzenia chronicznego stresu ekstremalnego, uwzględniające kontekst traumy i zaniedbania, a także społeczne reakcje na nadużycia. Z samej natury życia, dzieci są totalnie zależne od rodziców, a społeczeństwo wzmacnia tę postawę własności – czyli ich poczucie, że wychowując je mają prawo robić z nimi co tylko chcą. W takim kontekście pedagogicznym dzieci muszą dochodzić do wniosku, że na przykład wykorzystanie seksualne, jest formą kary, zapłaty za utrzymanie lub czymś, na co zasługują, ponieważ są złe. W dodatku muszą wierzyć, że robione jest im to „dla ich własnego dobra” przez dorosłych, którzy przecież wiedzą, co jest najlepsze.

Wobec lokalnych i globalnych form toksycznej pedagogiki, nasza kultura zaledwie szcątkowo określa rzeczy potrzebne dzieciom do zdrowego funkcjonowania. W efekcie ani rodzice, ani specjaliści, ani stanowe agencje pomocy nie potrafią właściwie określić, czym jest zaniedbanie. Wiemy, że zaniedbanie jest brakiem tego, co jest niezbędne każdemu dziecku, aby mogło żyć i rozwijać się. Ale co się na to składa? Zaniedbywanie sprawia, że dziecko czuje się niekochane i nie warte pokochania. Nie potrafi ono jasno wyobrazić sobie, że jego opiekunowie są niedoskonalymi, niekompetentnymi, niezdolnymi do miłości lub, co najgorsze, perwersyjnymi i sadystycznymi. Dla zbudowania typowej analogii możemy zapytać: „Jaki wpływ na nie ma to, że oboje rodzice, skrajnie egoistyczni i pochłonięci sobą, przez cały czas stawiają wszystko inne i wszystkich innych przed jego potrzebami? Jak głębokich szkód emocjonalnych przez to doznaje, mimo braku bezpośrednich nadużyć? W pewien sposób, pasywne z natury zaniedbanie niszczy psychikę dziecka nawet bardziej, niż aktywne fizyczne wykorzystywanie, ale ponieważ najczęściej nakłada się na te nadużycia, trudno jest odgraniczyć jego skutki i określić, które są bardziej pustoszące, czy też gdzie zaczynają się jedne szkody, a kończą drugie.

W takim samym stopniu co pożywienie i dach nad głową, wszystkim dzieciom potrzebny jest szacunek, stałość, uwaga, wsparcie, modelowanie ról, docenianie, ochrona, czuły i wyrażający miłość dotyk, zapewnianie i bezpieczeństwo ze strony dorosłych. Muszą mieć one możliwość uczenia się, zabawy i robienia błędów, bez nacisku na doskonałość i lęku przed karą. Muszą one być akceptowane jako niezwykle, odrębne i wolne istoty, a nie twory uważane przez rodziców i starsze rodzeństwo za swoje repliki bądź przedłużenie ambicji. Powinny być zachęcane do nieskrępowanej autoekspresji nawet wtedy, gdy ich opinie i wola są inne niż opinie i wola rodziców i nauczycieli. Dzieci potrzebują odkryć tajemnicę, że dorośli wcale nie są doskonali i że nieraz to one mają rację, a nie ich opiekunowie. Potrzebują dostawać odpowiednie do swojego wieku zadania i wybory, aby

mogły wyrabiać sobie zdolność oceny sytuacji, uczyć się i przede wszystkim nabierać zaufania do siebie i swoich możliwości. Wreszcie, aby móc skutecznie działać w stale zmieniającym się otoczeniu, muszą one, w miarę dojrzewania neurofizjologicznego, stopniowo oddzielać się od swoich opiekunów i ustanawiać poczucie własnej autonomii.

Często jednak, niestety, celem wychowania jest zdyscyplinowanie i podporządkowanie sobie dziecka, zamiast towarzyszenia mu, wspierania i wyznaczania bezpiecznych granic. Stosowana taktyka odzwierciedla ukryty pod nią cel i opiera się na indukowaniu wstydu („niedobry chłopiec,” „brzydka dziewczynka”), na groźbach porzucenia lub wycofania miłości, na posłuszeństwie, konformizmie i absolutnym nie kwestionowaniu autorytetów oraz na tłumieniu tego, co w dziecku naturalne, spontaniczne i niezwykle. Jeśli jest ono w ten sposób socjalizowane, to dla świętego spokoju zwraca się przeciw sobie, stając po stronie dorosłych, a wtedy nigdy nie zawoła: „Król jest nagi!” **Aby przetrwać, dziecko jest zmuszone zdyskwalifikować swoje odczucia i postrzeżenia oraz nie widzieć lub nie być świadome codziennych niesprawiedliwości i sprzecznych komunikatów.**

Problemy te potęgują się w naszym nowoczesnym, technologicznym społeczeństwie. Wprawdzie dzisiejsza kultura Zachodu zapewnia dzieciom dobra materialne, ale daje mało szans rozwijania kreatywności. Kładzie ona nacisk na zaspokajanie potrzeb poprzez konsumpcję, a nie na rozwijanie wewnętrznego świata zdolności. Wartości są w niej narzucane lub absorbowane z zewnątrz, a nie kultywowane od środka. Często napotykamy hipokryzję: „rób tak, jak mówię, a nie jak robię,” a osiągnięcia i zdobycze są gloryfikowane niczym bóstwa nowoczesnej egzystencji. Dzieci szybko pojmują, że osiągnięcia polegają na zaspokajaniu pożądań, a wizerunek własny i poczucie spełnienia wiążą się z posiadaniem dokonań i uznaniem otoczenia zamiast z trwałą, zakorzenioną wewnątrz wartością człowieczeństwa.

Z wiekiem dzieciom zaczyna brakować zdolności do introspekcji czy zwykłego cieszenia się; zamiast tego czują one coraz większy pęd do dokonań i aktywności, aby umknąć przed poczuciem pustki wewnętrznej. Wpadają z zamęt jeśli chodzi o odróżnianie tego, co jest naprawdę ważne i co wystarczy, a wtedy jakakolwiek radość staje się niemożliwa, jeśli nie wiąże się z osiągnięciami. Ponieważ dzisiaj tak wiele dzieci doświadcza tego rodzaju deficytów, mamy do czynienia z wysokim poziomem endemicznego stresu społecznego, który choć jest powszechny, wciąż jednak nie jest uznawany za dysfunkcję. Dzieci, a potem dorośli dzieci, którym brak podstawowych zasobów wewnętrznych, nie są dość wyposażone, by radzić sobie z dodatkowymi ekstremalnymi wymaganiami, jakie stawia im ostry i/lub przewlekły stres pourazowy. Nie mają gdzie się z tym zwrócić, zewnątrz i wewnątrz.

Traumatyzowana seksualnie jednostka, szczególnie gdy jest ofiarą kazirodztwa, musi równolegle radzić sobie z zaburzeniami stresu potraumatycznego, stresu ekstremalnego (DES), skutkami zaniedbań w dzieciństwie i wpływem toksycznej pedagogiki. Z tych powodów w terapii rzadko wystarcza skupienie się na samych wielokrotnych gwałtach. Obok tego, ofiary muszą ostatecznie zobaczyć i uznać to, na co zasługiwały lecz nie otrzymały tego, jak i to, na co nie zasługiwały, a zostało im zrobione. Muszą one w ramach relacji terapeutycznej oznaczającej empatię i troskę odzłować wszystkie te straty. Aby mogły wyrobić sobie nowe, inne przyzwyczajenia, zdolności i postawy niż te, jakie wdrukowało w nie pierwotne otoczenie i opiekunowie, muszą one otrzymać sposobność, przestrzeń i świadome nadużyć kierownictwo.

Syndrom kapsuły

Nawet jeśli dzieci otrzymują terapię zaraz po doznaniu gwałtu, nie potrafią zazwyczaj ujawnić ani opisać jego szczegółów w sposób werbalny. Potrafią odtworzyć swoje wykorzystanie za pomocą lalek lub podać jego szczegóły poprzez rysowanie, natomiast zdają się wykazywać uszkodzenie poznawczej artykulacji słownej. Zjawisko to jest pochodną dysocjacji, która polega na oddzielaniu czy nie integrowaniu związanych z traumą emocji, myśli, doznań zmysłowych i/lub zachowań (Braun, 1988). DSM III podaje następującą definicję dysocjacji: „zakłócenie lub przemiana w normalnie integrujących funkcjach tożsamości, pamięci lub świadomości” (American Psychiatric Association, 1987, str. 253). Dla wykorzystywanych dzieci dysocjacja jest automatyczną strategią przetrwania. Pozwala im odłączać urazowe doświadczenia i kierować je do odrębnej świadomości lub pamięci, co umożliwia ofiarom codzienne funkcjonowanie. Dlatego dziecko, które rano, przed wyjściem do przedszkola lub szkoły, zostaje zgwałcone przez rodzica, może mimo to w dwie godziny później iść na zajęcia, brać w nich udział i bawić się z rówieśnikami. Wskutek dysocjacji jest w stanie wierzyć, że „to się nie zdarzyło,” „to nie zdarzyło się mnie” lub „to się zdarzyło komuś innemu.” Ceną za tak sztywną fragmentaryzację „ja” jest to, że z każdym traumatycznym przeżyciem dziecko coraz bardziej „zawiesza się” w swoim rozwoju i osłabia go. Każde nadużycie seksualne, jakiego doznaje, niesie nową porcję niezintegrowanego, toksycznego materiału i powoduje nowy wyłom w ciągłości jego pamięci, doświadczenia i świadomości. Summit (1993) opisuje takie dziecko jako zamknięte w kapsule i czujące się brudne, złe, wybrakowane lub zepsute. I mimo, że może ono rozwojowo dotrzymywać kroku swojemu wiekowi oraz nabywać nowych

umiejętności i doświadczeń, to ta część jego „ja” zatrzymuje się w rozwoju i przestaje pasować do wieku. Nowe doświadczenia bowiem nie przenikają przez tę półprzepuszczalną membranę, pozostawiając jednostkę tkwiącą w pierwotnych, wpojonych przez molestowanie, rdzennych przekonaniach o jej „wybrakowaniu,” a ze względu na jej życiowe osiągnięcia, w uczuciu, że dopuszcza się ona szalbierstw. Wygląda to jakby dorosły rozwinął jakąś ogólnie funkcjonującą osobowość, gdy tkwiące na jej dnie i „otorbione” dziecko wciąż pozostaje niezintegrowane. Wiele dorosłych ofiar doświadcza tego niezintegrowania dziecka w sobie jako absencję, brak czy próżnię – jako „pustą, niezapełnialną dziurę w trzewiach” – którą próbuje uśmierzyć nałogowym konsumowaniem. **Odszczepione aspekty traumy wślizgują się do świadomości ofiary, wywołując w niej naprzemienne cykle wtargnięć i odrętwienia.**

Wskutek dysocjacji jednostka odcina się od rejestrowania bólu, który inaczej zburzyłby jej funkcjonowanie, ale zarazem odcina się od silnych uczuć i odżałowywania strat, co jest konieczne w terapii dla przerwania i zakończenia cykli potraumatycznej reaktywności stresowej. Te niewyrażone i przechowywane w zamkniętej kapsule emocje, wdzierają się okresowo jako wybuchy wściekłości, którą ofiara (dziecko, a następnie dorosły) kieruje albo na zewnątrz, albo do wewnątrz. Pozbawiona jakichkolwiek świadomych wspomnień dawnych zdarzeń, z których jej uczucia biorą początek, a za to wyposażona przez destrukcyjnych rodziców w mechanizmy fałszujące jej percepcję, jednostka skazana jest na poczucie wybrakowania, zawstydzenia, zepsucia i izolacji, co wpływa następnie na jej związki, relacje i odnoszenie się do innych. Obok tego mogą wślizgiwać się do świadomości ofiary odszczepione aspekty jej traumy, wywołując naprzemienne cykle wtargnięć i odrętwienia, co w sposób wtórny terroryzuje ofiarę przerażeniem i beznadziejnością.

Mogą też wpływać na wierzch retrospekcje bardziej specyficznych elementów pierwotnego urazu lub konfliktów związanych z wykorzystaniem. Pojawiając się w sposób niekontrolowany, retrospekcje te zazwyczaj wtarcą jednostkę w poczucie, że jest „świrnięta” lub beznadziejnie pozbawiona kontroli nad swoim umysłem, emocjami czy ciałem. Tożsamość, poczucie własnej wartości i godności, obraz i stosunek do swojego ciała, poczucie sprawczości i mocy, zdolność do zaufania i intymnej bliskości zostają uszkodzone w tak znacznym stopniu, że związki ofiary są niestabilne, burzliwe i destrukcyjne. Cechy te tradycyjnie diagnozowano jako „borderline” (osobowość z pogranicza psychozy i nerwicy), ale czytelniej jest opisywać je jako „syndromy potraumatycznego przystosowania,” aby podkreślić, że percepcje, uczucia i zachowania jednostki są uzasadnione i rozumiane poprzez kontekst doświadczonych przez nią nadużyć i wymuszonych nimi strategii przetrwania.

Powtarzanie

Horowitz (1986), który badał adaptowanie się do poważnych czynników stresu w dzieciństwie i dorosłości, doszedł do wniosku, że częstym, niejako naturalnym efektem ciężkiego urazu jest jego powtarzanie, składające się z retrospekcji, wtargnięć i odtwarzania źródłowych zdarzeń aż do chwili, gdy następuje dopełnienie lub opanowanie pierwotnego, obezwładniającego stresu. Owo dopełnienie wymaga, aby jednostka uwolniła swoje doświadczenia, rewidując swój zamęt poznawczy na poziomie właściwego wieku i przeżywając intensywne, zablokowane uczucia. Jeśli cykle potraumatycznej reaktywności stresowej nie dopełnią się w niej do końca, najprawdopodobniej będzie ona przez całe życie inscenizować niekontrolowane powtórzenia z towarzyszącymi im naprzemiennie wtargnięciami i odrętwieniem. (Przykładem może być to, że niektóre maltretowane dzieci i młode małp, jako dorosłe osobniki maltretują potem swoje potomstwo.) Jak zauważyliśmy, najpotężniejszą strategią radzenia sobie z traumą dzieciństwa jest dysocjacja. Ów proces odszczepiania z definicji staje na drodze dopełnieniu, opanowaniu i przepracowaniu skutków tych urazów. W rezultacie większość ofiar wydana jest na pastwę reaktywowania, w niekontrolowany sposób i bez końca, zdarzeń z dzieciństwa, które są zbyt przerażające, aby je pamiętać.

Tablica 1.1 podaje kliniczne przykłady powtarzania traumy. Owe kompulsywne reaktywacje, krążące głównie wokół samokarania, samookaleczeń, uzależnień seksualnych, pracoholizmu, obżarstwa, anoreksji i bulimii, czy powtarzanych motywów destrukcyjnych związków miłosnych, stają się rytualnymi formami ekspresji nie odkrytej i nie rozwiązanej traumy. Nałogowe zachowania służą jako mechanizmy regulujące i dlatego zawierają opisaną wyżej, nie „zmetabolizowaną” traumę, napędzając naprzemienny cykl: fazę wtargnięć domagających się uśmierzenia i fazę odrętwienia, domagającego się przywrócenia zdolności odczuwania. Współpracując z pierwotnym problemem, te potraumatyczne reaktywacje mogą też wchodzić w skład cykli uzależnienia, gdyż pobudzenie i „odlot,” towarzyszące wtargnięciom retrospekcji związanych z urazami, wyzwala w mózgu intensywną produkcję endorfin (van der Kolk, 1989). Ich dający przyjemność i kojący stres efekt, przyczynia się do narastania uzależnień i potęguje ten proces. W ten sposób czynniki napędzające destrukcyjne zachowania, odłączają się od pierwotnego urazu i zaczynają żyć własnym życiem. Owe powtarzane uaktywnienia mogą też pełnić funkcję wyrrywającą ofiarę z dziecięcego z poczucia wewnętrznej pustki i izolacji wskutek dysocjowania od związanych z nim

wspomnień. Daje to jednostce poczucie podłączenia, mocy i kontroli, jak też krótkotrwałą, iluzoryczną ulgę od chronicznego osamotnienia i dysforii. Kompulsje pracują w tym kontekście jako ścieżki, czy „okna” prowadzące do swoich przyczyn - do pierwotnych urazów z dzieciństwa doznanych w rodzinie i poza nią – i mogą utrzymywać ofiarę w zastępczym kontakcie z uczuciami potencjalnego unicestwienia. Coraz bardziej jasny staje się fakt, że zasadniczym czynnikiem znoszącym nałogowo-kompulsywne zachowania jest zidentyfikowanie i dotarcie do ich pierwotnych źródeł, oznaczających dawną traumę. Pozwala nam to zrozumieć zarówno przyczynowe, jak i samonapędzające się mechanizmy uzależnień.

Tablica 1.1 Kliniczne przykłady reaktywowania/powielania pierwotnej traumy

-
- Poślubienie kolejnego alkoholika, brutalą lub osoby odrzucającej.
 - Wykorzystywanie własnego dziecka w taki sam sposób, w jaki samemu było się nadużytym.
 - Stawianie się w sytuacjach zagrożenia, jak np. samotne przesiadywanie w aucie przez sklepem z pornografią.
 - Romansowanie z księdzem, kimś żonatym lub w inny sposób niedostępnym.
 - Poślubienie kogoś, kto molestuje własne lub przysposobione dzieci, co odkrywa w ofercie pamięć nadużyć seksualnych doznanych w dzieciństwie od własnego rodzica.
 - Podejmowanie pacy w izbie przyjęć na pogotowiu, co odtwarza chroniczny, chaotyczny terror z dzieciństwa.
 - Chroniczne wpłytywanie się w romanse i seks z nieznanymi, często przy wycofaniu się ze współżycia z współmałżonkiem.
 - Odtwarzanie elementów gwałtu czy molestowania z dzieciństwa poprzez wciąganie obcych partnerów w określone praktyki.
 - Potrzeba doznawania bicia, upokorzeń i poniżania podczas współżycia seksualnego.
 - Stosowanie fantazji seksualnych związanych z wykorzystaniem, aby móc się podniecić i/lub osiągnąć orgazm, zwłaszcza w z ukochanym partnerem.
 - Prowokowanie wypadków, pożarów i innych nieszczęść.
 - Samookaleczenia - zwłaszcza jeśli są częścią praktyk seksualnych bądź lokują się w miejscach erogennych.
-

Kiedy specjaliści od zdrowia psychicznego stykają się u pacjenta z destrukcyjnymi reaktywacjami nie mając świadomości podłoża pierwotnej traumy, mogą paradoksalnie zwiększać w nim poziom wstydu i dysforii, gdyż nie może on opanować własnych zachowań mimo najszczerzych starań. Choć w pewnych przypadkach zmiana zachowań jednostki i sposobu jej postrzegania siebie może być pożyteczna nawet bez wiedzy o ich dawnych przyczynach, to sztywne przekonanie psychoterapeuty, że klient jest zawsze odpowiedzialny za swoje zachowania, często okazuje się dla niego niewłaściwe i destrukcyjne. Nieświadome odtwarzanie dawnych urazów, które wynika z dysfunkcyjnych strategii przetrwania, może bowiem całkowicie wymknąć się spod świadomej kontroli. Przestrzeń na odpowiedzialność za własne czyny przychodzi dla ofiar dopiero po skutecznej terapii nadużyć, która optymalnie pozwala im poznać podłoże działania ich symptomów i uwolnić czy rozwiązać pierwotną traumę, napędzającą swoje wcześniej nieświadome reaktywacje.

Analogie fizjologiczne

Będąca wynikiem urazu skłonność ofiary do powtarzania pewnych wzorców zachowań, jest czymś nie tylko psychologicznym. Bessel van der Kolk (1989) zestawiał zbiór badań nad zwierzętami i ludźmi, dowodzący, iż potraumatyczny stres prowadzi do zmian w budowie i neurochemii mózgu i autonomicznego systemu nerwowego, które to zmiany mogą zapośredniczać, zapoczątkowywać i nasilać cały wachlarz symptomów poznawczych i behawioralnych.

Wraz z rozregulowaniem autonomicznego systemu nerwowego wskutek traumy, ofiary stają się niezdolne reagować według klucza „walcz lub uciekaj” (który jest według Saley’a [1956] częścią generalnego systemu alarmowego), co czyni je podatnymi na nowe urazy i niebezpieczeństwa. W dodatku ofiary zdają się wykazywać chroniczne, nadmierne pobudzenie układu sympatycznego, co wyjaśnia dlaczego często reagują na bezpieczne sytuacje tak, jakby były zagrożeniem, co niekiedy istotnie prowadzi do zagrożeń. Wyjaśnia to, dlaczego ofiary urazu uspokajają się po podaniu chemii blokującej adrenalinę, jak klonidyna czy propanolol. Van der Kolk (1989) odkrywa także analogię między ofiarami traumy a małymi rezusami eksperymentalnie poddawany stresorom we wczesnym okresie życia. W późniejszym wieku osobniki te dużo silniej reagowały na amfetaminę i chronicznie piły większe ilości alkoholu niż pozostałe, co sugeruje istnienie neurobiologicznego związku między wczesną traumą a podatnością na uzależnienia chemiczne.

Van der Kolk (1989) prześledził także – pod względem nadmiernej pobudliwości – zmiany w centralnym układzie nerwowym wynikające z chronicznej zmiany w centralnych systemach neurotransmisyjnych. Stosując paradygmat reakcji na nieunikniony szok u zwierząt, zauważa on, że u naczelnych i u człowieka trwałe ubytki katecholaminy wynika z traumatycznego stresu. Umożliwia to stosowanie racjonalnych rozwiązań farmakologicznych, polegających na podawaniu wybranym ofiarom traumy substancji zmieniających metabolizm, jak norepinefryna i trycykliki, oraz hamujących MAO (monoaminooksydazę). Ścieżki noradrenaliny biegnące z locus coeruleus (miejsca sinawego) do hipokampa i ciała migdałowatego też pełnią ułatwiającą rolę w odzyskiwaniu wspomnień, co u jednostek z historią traumatycznego stresu może wprowadzić ten system w ciąg retrospekcji i koszmarów.

Wreszcie, przedłużający się stres prowadzi do stanów endogennej analgezji, jakie stwierdzano u szczurów i myszy oraz – klinicznie – u niektórych ofiar urazu. Reakcję tę można powstrzymać blokując receptory opiatowe np. naloxonem, co dowodzi, że znieczulający efekt potraumatycznego stresu u wielu weteranów wojennych i ofiar seksualnych nadużyć jest zapośredniczany opiatami. Przedłużający się stres aktywuje anestezyjne receptory mózgu w podobny sposób jak wstrzyknięcie do organizmu morfiny (Christie & Chester, 1990). Dlatego efekt samookaleczeń i innych form znieczulania się obserwowanych u ofiar udaje się zablokować przeciwopiatami (Braun, rozmowa osobista, 1992, oraz moje doświadczenia kliniczne). Efekt ten wykazuje też krzyżową tolerancję na morfinę. Jest bardzo prawdopodobne, że po przeżyciu ostrego stresu przez człowieka, ponowne narażenie na traumatyczne sytuacje może wywoływać w nim endogenną reakcję opioidalną o takim samym efekcie, jak zażycie narkotyku. Jest więc możliwe, że niektóre jednostki mogą rozwinąć fizjologiczny masochizm, uzależniając się od doznawania stresu, aby doznać ulgi od cierpienia i bólu.

Kod traumy

Termin „kod traumy” odnosi się do kontroli, jaką ma ona nad ludźmi poprzez spychanie ich w życie w pozycji ofiary. Pierwotne popędy, jak potrzeba troski, miłości i erotyzm genitalny, łączą się wskutek nadużyć z poważnym, torturującym bólem, prowadząc do złożonego systemu podwójnych wiązań, który nie pozwala traumie przeminać. Ofiary nieraz wierzą, że dopuszczenie do świadomości perwersyjnych i sadystycznych krzywd, jakich zaznały od opiekunów, zmusza je do nienawidzenia ich i porzucenia wszystkich pozytywnych wspomnień z dzieciństwa jako zniekształconych. Niektórym ofiarom nienawiść ta potrzebna jest do utrzymania ścisłej więzi ze swoimi oprawcami. Przepracowanie traumy wymaga od nich jednak, aby w ostatecznym rachunku złamały kod swojej traumy i uwolniły się od wściekłej nienawiści jaką przywiązywała je do osób, które nieraz tak ciężko je poraniły. Inaczej ich życie będzie do końca organizowało się wokół wykorzystania i oprawców. Z drugiej strony jednak ofiara często ma skłonność do trzymania się iluzji, że rodzic – zwłaszcza ten, który nie molestował – naprawdę dbał o nią i ją kochał.

Uświadamianie sobie strat i iluzji, jakie oznacza dzieciństwo pełne zaniedbań i nadużyć, bywa trudniejsze od procesowania samej traumy. Dopuszczenie do siebie, że mogła być w ogóle nie kochana w dzieciństwie, przytłacza ją uczuciami i świadomością sugerującą, że całe jej życie było złe i bez sensu, jest i zostanie samotna i że dobre chwile są kłamstwem, więc nie równie dobrze mogłaby umrzeć. Z tego powodu ofiary początkowo sztywno bronią niemolestujących rodziców, jakby na scenie nadużyć to oni byli bezradnymi dziećmi, a one odpowiedzialnymi dorosłymi. Uświadamianie sobie strat i iluzji, jakie oznacza dzieciństwo pełne zaniedbań i nadużyć, może być trudniejsze od przepracowania konkretnych urazów zadanych przez konkretnego oprawcę.

Tablica 1.2 zestawia elementy przełamywania kodu traumy. Złamanie tego kodu wymaga od ofiary prawdziwej, nie wypaczonej pamięci dzieciństwa i zwrócenia odpowiedzialności za doznane nadużycia i zaniedbania tym, którzy się ich dopuścili. Wymaga też prześledzenia i ponownego zrewidowania swojej dziecięcej percepcji krzywd. Przekształceniu ulegają wtedy rdzenne przekonania wyciągnięte racjonalnie z doświadczeń dzieciństwa. Wreszcie, uwolnieniu i przepracowaniu ulegają uczucia i emocje, które zostały stłumione i były latami powstrzymywane. W rezultacie dorosły przepracowuje się przez swoje dawne doświadczenia w stopniu wystarczającym do uzyskania stanu, w którym nie zależy mu już ani na rodzicielskiej akceptacji, ani na zemście. Tylko wtedy udaje mu się odzyskać zdolności niezbędne do zbudowania dorosłego partnerskiego związku, tak aby nie był on obciążony brzemieniem przeniesień emanujących z pierwotnych relacji.

Tablica 1.2 Przełamywanie kodu traumy: ponowne uprawnienie

Przełamanie potraumatycznego związania wymaga:

-
- Prawidłowej pamięci krzywd doznanych w dzieciństwie.

- Nie wypaczania bieżących wydarzeń.
- Przypisania odpowiedzialności za nadużycia i zaniedbania tym, którzy się ich dopuścili.
- Zastosowania dorosłej zdolności logicznego myślenia do rewizji i zmiany swoich dziecięcych percepcji.
- Odkłamania rozwiniętego na bazie wydarzeń z dzieciństwa rdzennego systemu fałszywych przekonań.
- Uwolnienia stłumionych w dzieciństwie i nigdy nie wyrażonych uczuć i emocji.
- Odnalezienia i wyrażenia dorosłych uczuć smutku, żalu i złości do swoich oprawców.
- Przepracowania się przez silne emocje aż do miejsca, w którym przestaje być ważna zemsta na rodzicach, jak i akceptacja z ich strony.
- Odnalezienia dziecka wewnętrznego i zbudowania z nim więzi na bazie wiktymizacji i empatii dla jego cierpień.
- Odbudowy zaufania do siebie, innych, otoczenia i Siły Wyższej.
- Ustanowienia i redefinicji relacji z dorosłymi tak, aby przestały być reaktywne i podobne do pierwotnych związków.
- Ustanowienia swoich granic wobec innych spoza pozycji ofiary i na bazie wzajemnego szacunku, współczucia i równości.
- Przyswojenia sobie narzędzi zdrowego wyrażania i realizowania potrzeb bliskości, zmysłowości i seksualności.

Pewna wykorzystywana w dzieciństwie kobieta opisała niektóre ze swoich powielających zachowań, łącznie z tym, jak w wieku osiemnastu lat krępowała sobie otwory ciała z obawy przed wykorzystaniem swojego dziecka.

Jako dziewczynka zamykałam się często w łazience i bawiłam się tam lalkami w taki sam sposób, w jaki byłam dotykana i molestowana. Jedna leżała w łóżeczku, a druga przychodziła i obmacywała ją. Lub jego. Nie miałam zielonego pojęcia, dlaczego tak się bawię i skąd to pochodzi. Wstydziałam się tych zachowań, ale nie mogłam ich powstrzymać. Myślałam, że ten wstyd należy do mnie i że mnie wpływa, że ta świadomość to wyłącznie mój twór i wymysł.

Jako nastolatka zaczęłam zaliczać chłopaków, czym powielalam niektóre z tych uczuć i zachowań. Wiedziałam, że się oszukuję, że to nie miłość. Po moich kochankach czułam jeszcze gorszą pustkę, ale byli dla mnie wszystkim, co miałam. Tak strasznie potrzebowałam czuć się kochana... Moje pragnienie akceptacji i miłości było tak wielkie, że nawet nikomu nie umiałam powiedzieć „nie.”

Wiesz, dlaczego zawiązywałam sobie otwory w ciele jak miałam osiemnaście lat? Ponieważ gdy tylko pomyślałam o sobie w pobliżu mojego dziecka od razu pojawiał mi się mentalny obraz wykorzystywania. Był bardzo wyraźny i wierzyłam w jego pewność. Czułam się niezdolna do kontroli nad tym, co się we mnie budziło, nad tym przymusem. Widziałam siebie, jak molestuję seksualnie moje własne niemowlę!

W poruszający sposób świadectwo to ilustruje silny lęk dorosłych ofiar traumy przed zinternalizowaniem swojego oprawcy i zamienieniem się w niego. Przeraza je wypowiedzianie tych samych słów, jakie słyszały doświadczając molestowania i czucie, że są zdolne do popełnienia takich samych czynów, które ich własne dzieciństwo obróciły w piekło. Niektóre ofiary ostatecznie wiktymizują same siebie lub innych w taki sam sposób, w jaki wiktymizowali je ich oprawcy. Dla wielu, najgorszym koszmarem jest wizja, że rewiktymizacyjne wzorce zakodowanej traumy doprowadzają je do molestowania, gwałcenia, zaniedbywania i porzucania własnych dzieci. Już kilkadziesiąt lat temu Kempe, Silverman, Steele, Droegenuelle & Silver (1962) dowiedli, że 100% osób maltretujących dzieci, samo doznawało w dzieciństwie przemocy. Ten przymus powtarzania trudno ogarnąć bez zrozumienia nieświadomych mechanizmów reaktywacji wnikających z zakodowanych urazów. Niektóre ofiary traumy seksualnej odtwarzają swoje nadużycia w postaci erotycznych fantazji, co utrwała w nich złączenie seksu z przemocą. Część jednak reaktywuje doznane nadużycia wprost, stając się oprawcami dla samych siebie i/lub innych. Efektem takiego rodzącego wstydu i winę powtarzania nadużyć jest podwójnie wiążące przekonanie, że nie mogą oni czuć złości na swoich oprawców, gdyż sami są równie źli i krzywdzą innych. Dla przerwania i zakończenia procesu rewiktymizacji konieczne jest, aby te osoby z jednej strony zadośćuczyniły skrzywdzonym przez siebie ofiarom, a z drugiej nauczyły się współczuć i przebaczać samemu sobie.

Introjekcja

Wszystkie dzieci uczą się przez naśladowanie dorosłych – modelowanie – zwłaszcza własnych rodziców. Jeśli dziecko jest przez nich wykorzystywane, uczy się bez ustanku, że ich

uczucia, uwaga i troska, plus jego bezpieczeństwo, zależą od jego sprawowania, które nigdy nie jest wystarczająco dobre. Kształtuje to perfekcjonistę o deprecjonujących, okrutnych głosach wewnętrznych, atakujących jego czyny i jego samego; te wchłonięte (zintrojektowane) głosy są tożsame z dawnymi głosami napastujących rodziców. W toksycznych domach zazwyczaj brak jest wsparcia dla dobrych osiągnięć i starań, a w każdym razie jest go dużo mniej niż „bezwzględne pozytywne minimum,” ofiara więc nie zostaje wyposażona na życie w zinternalizowane, wspierające od wewnątrz przekazy. Kiedy inni próbują ją chwalić, daje znać o sobie zarówno brak wewnętrznego systemu zdolnego przyjmować sukcesy, wsparcie i komplementy, jak i istnienie toksycznych, wrogich introjektów. W efekcie jednostka unika lub nie słyszy kierowanych do niej pochwał, umniejszając i sabotując swoje osiągnięcia.

Może to świadczyć o współistnieniu w niej jeszcze głębiej zakorzonego zjawiska – o identyfikacji z dawnym agresorem. Wykorzystywane dziecko często utożsamia się albo z agresywnym i potężnym oprawcą, albo z jego słabym i pasywnym, lecz równie pełnym złości partnerem. Wychowywanie się w domu pełnym pasywnej i aktywnej wściekłości zamienia je w gąbkę nasiąkającą rosnącą do maksimum urazą. Będzie ono skłonne utożsamiać się z bezwzględnym agresorem, na zasadzie: „Jak dorosnę, to będę taki sam i nikt mnie więcej nie zrani.” Równocześnie wzbrania się przez zinternalizowaniem wrażliwych aspektów słabego rodzica, którego przeklina za to, że go nie chroni. W efekcie rozwija ono system poznawczy i behawioralny podobny do postaw rodzica-oprawcy, którego prawdopodobnie nienawidzi. Jedna z dorosłych ofiar, w niemowlęctwie molestowana przez ojca, napisała o tym w liście do swojej matki:

Jest we mnie teraz duża część ciebie. Codziennie walczę o to, by się jej pozbyć, co bardzo przypomina wypędzanie demona – z tym, że ty we mnie jesteś jak implozja ciemności, a nie eksplozja wściekłości. I tak, kiedy twoja osobowość we mnie wpływa na wierzch, staję się karząca, paranoidalna, krytyczna i obwiniająca; wszystko, co wtedy czuję, to nienawiść i lęk. Ale kiedy to mija, zostaję z czarną dziurą, wyzuta z uczuć. Czuję się wtedy pusta, a pustka ta jest namacalna i bolesna. To czarna otchłń, której nie da się opisać. Jest to tak, jakby moja samowiedza i powielanie twojego horroru okradały mnie do spółki z tego, kim naprawdę jestem. Kim jestem JA, ta prawdziwa i zagubiona osoba, której tak długo mi brakowało i tak długo z nią tęskniłam. Nieraz czuję się tak, jakbym nie była w stanie na czas wyciągnąć jej z tej pustki i ocalić – że na zawsze już zostanę w tej otchłni.

W przytoczony cytat celnie i dramatycznie wyraża rdzeń nienawiści do własnej osoby. Kobieta ta przeklina matkę i przeklina też siebie za wchłonięcie jej toksycznych aspektów.

Podsumowanie i wnioski kliniczne

Ze względu na potężne działanie czynników urazogennych w kontekście nieuchronnie przewlekłego stresu oraz na parametry rozwojowe jednostki, jej depresję, lęki, kompulsywne zachowania, reaktywacje, podatność na ponowne urazy, zaburzenia dysocjacyjne, somatyzacje, alergię na intymność oraz luki w rozwoju osobowościowym są zrozumiałe i uzasadnione. Jesteśmy przekonani, że te symptomy i syndromy najlepiej jest leczyć, stosując techniki odreagowujące i prowadzące do katharsis formy psychoterapii.

Przy odreagowywaniu, zdarzenia traumatyczne z dzieciństwa przywołują się w szczegółach, tak jakby działały się znowu. Doświadczenia korekcyjne powstają dzięki łączeniu wsparcia i zasobów dorosłego pacjenta z dawnymi, odtworzonymi sytuacjami terroru i lęku, w bezpiecznej i kontrolowanej przestrzeni terapeutycznej. Teraz, za każdym razem dochodzi do dopełnienia i zakończenia przytłaczającego, potraumatycznego cyklu. Zasadniczą cechą takich doświadczeń jest przeorganizowanie poznawcze, pozwalające zrewidować zasadność pierwotnie przejętych przekonań, idei i skojarzeń. Uwalniają się też w nich silne emocje związane z danym wydarzeniem, umożliwiając domknięcie i zakończenie powtarzanego bez końca cyklu. Do uwalniania emocjonalnej zawartości i rewidowania znaczenia dawnych doświadczeń potrzebna jest zazwyczaj terapia długoterminowa. W tym czasie jednostka nabiera nowych umiejętności i kontynuuje naprawę systemu fałszywych przekonań. Łamie też przymus powtarzania nadużyć, co czyni ją zdolną do zdrowych relacji i budowania związku, oraz samowystarczalną w radzeniu sobie z wyzwaniami życia, bez dalszych reaktywacji wskutek traumatycznego kodu.