

Rozdział 6.

Fazy zdrowienia i zapobieganie nawrotom u uzależnionych chemicznie dorosłych ofiar traumy z dzieciństwa

Caryl Trotter

Susan zdrowieje z uzależnienia od alkoholu. Uczęszcza do AA, ale izoluje się od członków grupy i nie czuje, by miała wiele wspólnego z innymi. Mąż stara się jej pomóc wydostać się z siebie, ale Susan opiera się jego próbom i uważa, że tylko jej dokucza. Często czuje się tak, jakby przebywała „gdzieś indziej,” poza sobą, mimo że pracuje i kontaktuje się z ludźmi. Ich relacja seksualna jest od długiego czasu zawieszona, a Susan wygląda na coraz bardziej przygnębioną. Podjęła jedną próbę porozmawiania z terapeutką uzależnień o swojej depresji i problemach seksualnych, ale ta poradziła jej nie zajmować się sprawami zawierającymi ciężkie emocje, bo mogłoby to zagrozić jej wczesnej trzeźwości chemicznej i sugerowała skupić się tylko na niej. Mąż Susan niejednokrotnie rozważał odejście ze związku, chociaż ją kocha, a Susan, nie radząc sobie z uczuciami, niejednokrotnie rozważała powrót do picia.

Po interwencji zorganizowanej przez rodzinę i pracodawcę, John od dwóch miesięcy przebywa w ośrodku leczenia uzależnień. W ostatnim okresie nie był w stanie skupić się na pracy i spóźniał się lub nie przychodził wcale. Najczęściej był emocjonalnie odległy od żony i dzieci, które bił i karał za najmniejsze przewinienie. Żona kilka razy próbowała z nim rozmawiać o jego piciu, ale John za każdym razem twierdził, że właśnie przechodzi trudny czas i wkrótce się ograniczy. W jednym z rutynowych badań w czasie pobytu w ośrodku, ujawnił swojemu terapeutce, że był w dzieciństwie molestowany przez starszego brata, ale już dawno się z tym uporał. Terapeuta jednak wykazał żywe zainteresowanie tym faktem i przytrzymał go przy nim, przenosząc punkt ciężkości z alkoholizmu na traumę. Zaczął jednak nalegać na rychłe przeprowadzenie bezpośredniej konfrontacji z bratem, co wprawiło Johna w zamęt i lęk, tak że zaczął żałować, że w ogóle wyciągnął tę sprawę. Zasłaniając się różnymi usprawiedliwieniami, wycofał się z terapii i ogłosił, że jest w stanie nie pić bez czyjejkolwiek pomocy.

Zarówno Susan jak i John znaleźli się w sytuacji podwójnego wiązania, gdyż byli w dzieciństwie ofiarami seksualnych nadużyć. W przypadku Susan, jej terapeutka nie potrafiła dostrzec, że wykazuje ona symptomy potraumatycznego stresu wskutek molestowania w dzieciństwie. Terapeuta Johna wprawdzie dostrzegł traumę i skupił się na niej, ale próbował przedwcześnie zainicjować głęboką emocjonalnie terapię nadużyć, nie biorąc pod uwagę groźby porzucenia leczenia i powrotu do picia. W tej sytuacji oboje stają się kandydatami do *dwutorowego nawrotu*, czyli takiego, gdy symptomy jednego zaburzenia wywołają symptomy drugiego, i wzajemnie. Kiedy potraumatyczne symptomy Susan zaostrzą się, najprawdopodobniej wywołają w niej niedawny jeszcze przymus picia. John prawdopodobnie nie poradziłby sobie z emocjami, jakie wyzwoliłaby osobista konfrontacja z bratem i powrót do alkoholu, gdyż zaniedbując podstawowe zadania konieczne we wczesnym okresie trzeźwienia, stał się murowanym kandydatem do zapicia. Sięgnięcie po substancję chemiczną u każdego z nich zahamuje proces zdrowienia z traumy, gdyż zablokuje zdolność odczuwania emocji i bólu wiktymizacji jako motywu do jej terapii. Susan wymaga podwójnego zaopiekowania terapeutycznego – jej emocjonalnymi symptomami potraumatycznymi i jej chemicznego uzależnienia. John wymaga w pierwszym rzędzie leczenia z alkoholizmu i odłożenia intensywnej emocjonalnie i bolesnej pracy nad wykorzystaniem do czasu, gdy ugruntuje się jego trzeźwość.

Specjaliści od uzależnień chemicznych są historycznie niewyszkoleni pod kątem indentyfikowania i leczenia objawów potraumatycznego stresu, szczególnie gdy stoi za nim wykorzystanie seksualne w dzieciństwie. Głoszą oni tradycyjnie ugruntowany pogląd, że uzależnione osoby powinny skupić się wyłącznie na abstynencji i nie dotykać głębszych, „psychologicznych” spraw przynajmniej przez pierwszy rok. Pogląd ten panuje też na mityngach AA i innych grupach 12 kroków. Z drugiej strony mamy niewyszkolony historycznie pod kątem uzależnień, „obóz” specjalistów od zdrowia psychicznego, którzy mają skłonność do uznawania skutków intoksykacji za objawy psychiatrycznych jednostek diagnostycznych. W konsekwencji, podejmując leczenie, uzależnione chemicznie ofiary nadużyć seksualnych wchodzą w sytuację podwójnego wiązania. U części z nich potraumatyczne symptomy zaczynają wpływać wkrótce po odstawieniu, ale nie zostają objęte terapią i systemem wsparcia. U innych objawy odstawienia chemicznego są uznawane za skutek odrębnych

„zaburzeń” więc ich leczenie też nie przynosi efektu. Sztwyne skupianie się tylko na abstynencji przy ignorowaniu symptomów potraumatycznych lub braniu ich za „chęć picia,” jak też koncentracja na sprawach wtórnych wobec poważnego uzależnienia, zwykle stwarza zdrowiejszej osobie warunki dla potencjalnego nawrotu.

Rola substancji chemicznych w traumatyzujących seksualnie rodzinach

Wiele dorosłych ofiar mówi, że ich wczesne sięganie po alkohol, narkotyki czy kompulsywne zachowania, wiązało się z wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie. Substancje i zachowania pełnią w ich życiu różne role.

- Zwiększają zdolność i stopień dysocjacji, pozwalając unikać emocji i związanych z wiktymnizacją lub redukować je.
- Wzmacniają blokowanie pamięci traumatycznych wydarzeń z dzieciństwa lub osłabiają je.
- Dają ofiarom pewien poziom dobrego samopoczucia, lub pozwalają pozostawać w stanie neutralnym.
- Odblokowują czucie i wyrażanie trudnych emocji, jak ból, smutek czy złość.
- Odblokowują zdolność seksualnej ekspresji zarówno w aspekcie potrzeby bliskości i miłości, jak i rozładowania wrogich uczuć.
- Wciągają w grupy społeczne, które stawiają mało wymagań, ale często powielają pierwotny, wykorzystujący system rodzinny.

Według tradycyjnego, medycznego modelu uzależnień, wydają się mieć silną tendencję do przechodzenia z pokolenia na pokolenie z pewnymi czynnikami biologicznymi i genetycznymi. Wiemy na pewno, że 15% dzieci alkoholików również staje się alkoholikami (Winoker, Cadoret, Dorzab i Baker, 1971). Inne opracowania stwierdzają ich większą fizjologiczną podatność na uzależnienia (Goodwin, 1979; Polloch, Schneider, Gabrielli i Goodwin, 1987; Schukitt, Goodwin i Winoker, 1972).

Nie wolno nam jednak ignorować innych potężnych wpływów jakie istnieją w wykorzystujących systemach rodzinnych i przekładają się na późniejszą skłonność dzieci do nałogów. Najważniejszym być może z takich mentalno-rodzinnych czynników są psychologiczne i fizyczne nadużycia, połączone z ich prepatologicznym zaniedbaniem dzieci alkoholików przez ich pijących rodziców.

Podobnie jak pijący czy ćpający rodzice zwiększają ryzyko swoich dzieci na uzależnienia chemiczne, na tę samą podatność ofiar w późniejszym życiu przekłada się ich wykorzystanie seksualne w dzieciństwie. Badania przeprowadzane wśród obciążonych tą traumą klientek ośrodków pomocy społecznej i interwencji kryzysowej dziesięciokrotnie częściej stwierdzają u nich narkomanię i ponad dwukrotnie częściej alkoholizm niż u nie wykorzystywanych kobiet z grup kontrolnych (Briere i Runtz, 1989).

Leczenie dorosłych ofiar za pomocą tradycyjnego modelu opartego na 12 krokach nie prowadzi tak łatwo do celu. Nadużywanie substancji chemicznych jest w ich przypadkach o wiele głębiej zakorzenione w pierwotnym systemie rodzinnym i dużo intensywniej stosowane, gdyż ma na celu przetrwanie potraumatycznego stresu. Jako klinicyści musimy pamiętać, że o ile jedni nałogowcy używają substancji, by podbić sobie nastrój, o tyle ofiary wczesnych nadużyć z dzieciństwa biorą je aby przetrwać. Ignorowanie tego podstawowego rozróżnienia to prowokowanie nawrotów u pacjentów i antyteza odpowiedniego leczenia.

John Breire (Breire i Runtz, 1992) rozszerza definicję uzależnień o pewną liczbę kompulsywnych zachowań służących blokowaniu wspomnień wykorzystania i redukcji potraumatycznego stresu poprzez uśmierzanie, oddalanie, znieczulanie i inne formy dysocjacji. Pośród tych zachowań są: erotomania czyli „uzależnienie” od seksu; obżarstwo, bulimia i anoreksja, samookaleczenia, pracoholizm i podejmowanie wysokiego ryzyka. Briere wymienia dające się stosunkowo łatwo przewidzieć kroki prowadzące do tego rodzaju uzależnionych zachowań:

- 1) Dorosła ofiara wykorzystania doświadcza lub prowokuje interpersonalne napięcia – stresory – wskutek domniemywania porzuceń, niesprawiedliwości lub zdrad ze strony partnera bądź osoby w pozycji autorytetu.
- 2) Stresory te wywołują u niej zrozumiąłość i stałą dysfориę, która z powodu podobieństwa do traumy z dzieciństwa restymuluje (rozjatrza na nowo) nie rozwiązane uczucia wściekłości, lęku i pustki, co w końcowym efekcie daje niewspółmiernie silne reakcje na te stresory
- 3) Napięcie psychiczne, połączone ze wzdraganiem się ofiary przed bolesnymi uczuciami i jej niezdolnością regulowania emocji, prowadzi do: (a) dysocjacji oraz wyłączenia ze świadomości skutków autodestrukcyjnych zachowań; i (b) rozpaczliwego poszukiwania sposobu na redukcję napięcia
- 4) Proces ten uruchamia jedno lub więcej takich zachowań, obliczonych na przynajmniej niektóre z poniższych celów: okresowe oderwanie się; przerwanie stanu dysocjacji lub dysfории; znieczulenie bólu psychicznego; przywrócenie kontroli; pobudzenie sensoryczne odwrotne do cierpienia; okresowe poczucie pustki; uśmierzenie i ukojenie emocji, ulgę od poczucia winy lub nienawiści do samego siebie; spełnienie potrzeby ukarania się

Owe redukujące napięcie zachowania zostały wyuczone w dzieciństwie podczas traumatyzujących przeżyć oraz późniejszej konieczności radzenia sobie z nimi, gdyż dla małego dziecka natychmiastowa ulga była podstawą przetrwania. Z powodu przytłaczających cierpień i nawyku odwoływania się ofiary do tych raczej prostych obron, niewiele zostaje jej motywacji do uczenia się na etapach swojego rozwoju bardziej rozsądnych

reakcji na stres. W takich wypadkach klinicysta może odczuwać leczenie jako powolne i frustrujące, a tzw. opór klienta błędnie uważać za manipulacyjny.

Diagnoza uzależnionej chemicznie osoby dorosłej z traumą seksualną

Biorąc pod uwagę fakt, że zdecydowana większość uzależnionych chemicznie i szukających pomocy ludzi doświadczało w dzieciństwie nadużyć, w tym nadużyć natury seksualnej, oraz to że większość molestowanych ofiar stosuje różne zachowania zmniejszające ból i napięcie – w tym często alkohol i narkotyki – ważne jest, byśmy mieli pod ręką praktyczny i wiarygodny zestaw instrumentów diagnostycznych, tak w zakresie uzależnień, jak i zaburzeń psychiatrycznych. Wobec niektórych uzależnionych chemicznie klientów niedobrze byłoby zacząć pracę nad traumą od razu w początkowym okresie ich abstynencji. U wielu innych potraumatyczne symptomy pojawiają się wkrótce lub zaraz po odstawieniu substancji, więc w ich przypadku odkładanie pracy nad skutkami nadużyć seksualnych nie jest ani możliwe, ani właściwe klinicznie.

Wszystkie szukające pomocy ofiary wykorzystania seksualnego w dzieciństwie muszą zostać najpierw zbadane pod kątem nadużywania alkoholu i narkotyków (w tym leków), gdyż substancje te nie tylko znoszą pozytywny wpływ terapii, ale też zagrażają elementarnej równowadze psychicznej, a nieraz i życiu klienta. Klinicysta – czy to z obszaru odwykowego, czy psychiatrycznego – musi więc zawsze przeprowadzić na początku leczenia podwójne testy: zarówno na obecność uzależnień, jak i wczesnej traumy seksualnej.

Diagnoza uzależnienia chemicznego

Ocena obecności uzależnienia chemicznego wymaga praktyki i dobrego wycucia czasu. Klinicysta powinien zadawać pytania praktyczne, np. o to, co klient pije, ile, jak często, przy jakich okazjach i gdzie, oraz w jaki sposób używanie substancji powoduje problemy w życiu i zdrowiu klienta. Pytania w rodzaju: „Jak się czujesz, kiedy wypijesz / zażyjesz?” „Co daje ci alkohol / narkotyk / lek – co takiego możesz wtedy czuć, jaki być, co robić, czego nie możesz lub brakuje ci na trzeźwo?” lub „W jakich sytuacjach najbardziej chce ci się pić / wziąć?” mogą dostarczyć mnóstwa informacji. Istnieją też liczne pisemne testy. Klinicyści mogą zwrócić się do lokalnych ośrodków leczenia uzależnień po ich udostępnienie i opinię odnośnie ich specyfiki i efektywności. Zdecydowanie namawiam i zachęcam, aby przeprowadzając badania pod kątem uzależnień chemicznych, każdy klinicysta liczył się z tym, że siedzący przed nim klient najprawdopodobniej jest ofiarą jakiejś traumy i stosowanie używek może mieć dla niego wyjątkowe znaczenie w radzeniu sobie z potraumatycznym stresem i symptomami.

Diagnoza seksualnej traumy

Pod kątem doświadczeń wykorzystania seksualnego z dzieciństwa opracowano wiele instrumentów do ich oceny. Podaje je zarówno fachowa literatura z tego zakresu (Briere, 1989; Briere i Runtz, 1992; Courtios, 1988), jak i znane książki samopomocowe (Bass i Davis, 1988; Blume, 1990). Podobnie jak w przypadku uzależnień, badając obecność wczesnej traumy u klienta, stosujemy pytania praktyczne i konkretne. Musimy jednak pamiętać, że podobnie jak alkoholicy, ofiary nadużyć seksualnych mają tendencje do zaprzeczania swojej wiktyimizacji. Mogą nie uważać swoich wspomnień za wykorzystanie, poza tym mogą mieć te wspomnienia całkiem wyparte, mogą z różnych powodów unikać ujawnienia lub nie łączyć swoich problemów w dorosłym życiu z dziecięcą wiktyimizacją. Prócz tego, ponieważ większość ofiar rozwinęła wysoką tolerancję na nie tolerowalne zdarzenia i zachowania, jako klinicyści musimy dokładnie opisywać im te, które oznaczają wykorzystanie seksualne, zamiast stawiać proste pytanie: „Czy byłeś(aś) molestowany(a) w dzieciństwie?” i zadowalać się przeczącą odpowiedzią. Przekonałiśmy się, że wstępne badanie klienta pod kątem seksualnej traumy zazwyczaj nie odsłania żadnych znaczących wydarzeń lub co najwyżej szczątkowe, a prawda o nich ukazuje się później i stopniowo w trakcie leczenia. Opóźnienie ujawnienia może wynikać też z tego, że często terapia musi najpierw uporać się z zaprzeczaniem i stłumieniem, co wiąże się z koniecznością oczyszczenia systemu nerwowego z substancji chemicznych (zażywanych bądź produkowanych pod wpływem kompulsywnych zachowań), i/lub z potrzebą zbudowania przymierza terapeutycznego, zaufania i poczucia bezpieczeństwa (co w przypadku ofiar może być bardzo czasochłonne).

Przed przystąpieniem do procesu stawiania diagnozy, klinicysta powinien przyswoić kilka ogólnych postaw:

- 1) Staraj się normalizować traumę seksualną. Wyjaśnij klientowi, że osoby uzależnione, jak i te z problemami emocjonalnymi, bardzo powszechnie noszą nie odkryte i/lub nie uleczone urazy psychologiczne z dzieciństwa.
- 2) Bądź osiągalny i podążaj za ujawnianiem traumatycznych doświadczeń. Jeśli ograniczony jest wasz czas, twoje wykształcenie lub możliwości ośrodka, może być lepiej jeśli podkreślisz fundamentalne znaczenie wykorzystania dla bieżących problemów klienta i wskażesz mu formy pomocy, jakie możesz zrealizować ty lub polecane osoby.
- 3) Pozwól, by diagnoza krystalizowała się z czasem i przybierała taką formę, jaka najlepiej „pracuje” dla klienta. Z powodu jego przewidywalnych trudności z zaufaniem, metabolizowaniem uczuć, jak i pamięcią seksualnych nadużyć czy ich percepcją, uzależniona ofiara może niczego nie ujawniać w początkach leczenia. Wpłataj więc elementy diagnozowania stopniowo w toczący się proces terapii. Używaj pisemnych testów i kwestionariuszy jako instrumentów oceny klinicznej szacującej istnienie i stopień PTSD, dysocjacji, DES i stosuj zalecane procedury.
- 4) „Po pierwsze nie szkodzić.” To podstawowe i znane stwierdzenie może się wydawać zbędne, jako klinicyści musimy jednak wykazywać głęboki szacunek dla doświadczeń klienta, pamiętając, że pytamy

go o najbardziej przerażające najbardziej zawstydzające i najboleśniejsze, sprawy. Musimy dobierać pytania z wielką empatią i ostrożnością.

- 5) Unikaj „polowań na czarownice.” W przenośni i dosłownie. Wiele terapeutów nadmiernie angażuje się w szukanie i uzyskiwanie ujawnień seksualnej traumy z dzieciństwa, przez co może mimowolnie sugerować klientom, że ich bieżące problemy wiążą się z jakimś ciężkim, nie odkrytym nadużyciem. W czasach narastającej obecnie nagonki na ofiary wykorzystania i ich terapeutów, gdy chwije się nasza wiarygodność i bezpieczeństwo prawne, musimy być ostrożni, by nie sugerować obecności wypartych z pamięci nadużyć seksualnych, sadystycznych lub satanistycznych zanim nie poświadczy ich świadectwo kliniczne i wywód rozumowy.

Kiedy, w opisanej postawie, stosujemy już diagnostyczne zalecenia, możemy zacząć zadawać bardziej bezpośrednie pytania o wczesną traumę seksualną. Poniżej podaję kilka podstawowych pytań, jakie są zadawane we wczesnym okresie leczenia, bez względu na rodzaj terapii.

- 1) Czy w dzieciństwie lub okresie dojrzewania ktokolwiek całował cię w sposób powodujący dyskomfort lub zmuszający do zachowania tajemnicy?
- 2) Czy w dzieciństwie lub okresie dojrzewania ktokolwiek dotykał twojego ciała w sposób powodujący dyskomfort lub zmuszający do zachowania tajemnicy?
- 3) Czy w dzieciństwie lub okresie dojrzewania ktokolwiek skłaniał cię do dotykania go (lub innych) w sposób powodujący dyskomfort lub zmuszający do zachowania tajemnicy?
- 4) Czy w dzieciństwie lub okresie dojrzewania ktokolwiek patrzył na ciebie seksualnie, podglądał cię lub w inny sposób naruszał twoją intymną prywatność?
- 5) Czy przy okazji jakiegokolwiek z powyższych zachowań stosowano wobec ciebie przemoc fizyczną, szantaż lub groźby?

Dalsze pytania mogące dać pewność seksualnej wiktylizacji w dzieciństwie mogą dotyczyć stereotypowych ról męskich lub żeńskich, udziału konkretnych osób, np. przybranego rodzica, nie chroniącego rodzica, rodziców (ojczymów i macoch) „nieobecnych” z powodu uzależnienia, chorób lub problemów emocjonalnych, socjalnej i emocjonalnej izolacji w rodzinie lub między rodzeństwem, niejasności i naruszania granic oraz nadużyć ze strony osób obcych i stojących w pozycji władzy lub autorytetu.

Wiele ofiar używa alkoholu, narkotyków lub leków psychiatrycznych w celu zapanowania nad pamięcią traumy wykorzystania. Część z nich uzależnia się, część nie. Niektórzy wymagają długiego okresu trzeźwości, zanim podejmą zdrowienie z dysfunkcji dzieciństwa, a niektórzy są w stanie lub muszą rozpocząć je równolegle z abstynencją lub zaraz po jej ustabilizowaniu. W określaniu, kto, kiedy i jak powinien podejść do terapii swoich nadużyć pomagają trzy modele sytuacyjne: aktywne uzależnienie / stłumiona trauma; aktywne uzależnienie / aktywna trauma; oraz aktywna trauma / reaktywne uzależnienie.

Aktywne uzależnienie / stłumiona trauma

W historii rodzin dorosłych ofiar plasujących się w modelu: aktywne uzależnienie / stłumiona trauma, daje się zauważyć zazwyczaj genetyczną predyspozycję do uzależnień i/lub alkoholizmu. Wykazują one zwiększającą się z czasem tolerancję na substancje chemiczne i silniejsze objawy fizycznego odstawienia, gdy trucizny te opuszczają ciało. W przypadku substancji wymagających od pół do półtora roku na pełną fizyczną detoksykację, ustanowienie abstynencji jest dla tych osób priorytetem. W tym okresie zwykle nie występują u nich potraumatyczne symptomy (retrospekcje afektywne, wtargnięcia, ostre lęki wywoływane przez bodźce podobne do okoliczności wiktylizacji seksualnej). Ofiary te mogą opowiadać o tych wspomnieniach bez uczuć i obojętnie (amnezja emocjonalna), lub mogą tkwić w całkowitej amnezji. Wskutek intensywnej intoksykacji substancjami lub zachowaniami izolowały się one przed bodźcami ukatynniającymi pamięć traumy i towarzyszącą im dysforią. Wyzwalacze te dochodzą u nich do głosu w późniejszych fazach zdrowienia, dzięki długofalowemu zaangażowaniu się w ten proces.

Dorosłe ofiary z tej grupy powinny otrzymać informację przestrzegającą, że ich traumatyczne seksualne doświadczenia z dzieciństwa mogą ujawnić się na dalszym etapie trzeźwienia, rodząc nowe problemy. Ofiary z pełną amnezją muszą zawczasu wiedzieć, że zagrażające trzeźwości wspomnienia wczesnych nadużyć wypływają nieraz dopiero po latach i wymagają wtedy poważnej terapeutycznej uwagi. W przepowiedzeniu takiej sytuacji wybitnie pomagają testy na obecność PTSD (Briere i Runtz, 1988), jednak doświadczenia kliniczne dowodzą, że u tej grupy ofiar należy stosować te instrumenty diagnostyczne nieco później, gdyż w pierwszych tygodniach po detoksie nie są one miarodajne.

Ponieważ u tej grupy uzależnionych ofiar pierwszorzędnym celem jest osiągnięcie i stabilizacja abstynencji, podejścia terapeutyczne realizowane są w zamkniętych lub dziennych ośrodkach leczenia uzależnień, w terapii indywidualnej i grupowej, oraz na mityngach AA lub innych odpowiednich wspólnot pracujących na 12 krokach. Pacjenci ci powinni być zachęcani do zajęcia się seksualną traumą z dzieciństwa tylko wtedy, gdy ich trzeźwość już jest ugruntowana, lub gdyby zagrażały jej ujawniające się symptomy potraumatycznego stresu.

Aktywne uzależnienie / aktywna trauma

Pod względem dziedzicznej predyspozycji do uzależnień, wyższej tolerancji na intoksykację i silniejszych objawów fizycznego odstawienia, dorosłe ofiary plasujące się w modelu: aktywne uzależnienie / aktywna trauma przypominają osoby z poprzedniego modelu. Ucieczki i ulgi od symptomów stresu potraumatycznego szukają w substancjach, zażywanych lub generowanych endogennie, a gdy ich organizm oczyszcza się

chemicznie, stłumione nimi uczucia i wspomnienia (PTSD, ciężka depresja, zaburzenia lękowe, koszmary, ataki paniki) szybko wypływają na wierzch, dając podstawę do podwójnej diagnozy: uzależnienia i wiktymizacji w dzieciństwie. Aby leczenie mogło prowadzić do sukcesu, oba te problemy muszą być leczone równolegle, gdyż w tej grupie pacjentów istnieje wysokie ryzyko powrotu do czynnego uzależnienia, jeśli nie otrzymają oni skutecznej pomocy w radzeniu sobie z konsekwencjami i objawami swojej traumy.

Osoby te powinny otrzymać kompleksową diagnozę nadużyć seksualnych z dzieciństwa i wgląd w kluczową rolę, jaką uzależnienia odgrywały w dysocjowaniu od dawnych uczuć, znieczulaniu dysforii i tłumieniu wspomnień. Chociaż ustabilizowanie trzeźwości wciąż jest priorytetem dla tej grupy ofiar, również ich pourazowe symptomy, fałszywe przekonania i kompulsje odreagowujące muszą być od początku objęte leczeniem, by nie wciągały ich w chemiczne i uzależnione sposoby „radzenia sobie” z nimi. Stosowaniu terapii indywidualnej i grupowej do leczenia traumy nadużyć, powinna towarzyszyć praca nad wychodzeniem z uzależnienia oraz uczestnictwo w grupach wsparcia dla ofiar i grupach 12 kroków. Osoby wykorzystane mogą jednak odkryć, że pewne podstawowe dogmaty 12 kroków stoją w sprzeczności z ich terapią i potrzebami jako ofiar, jak np. filozofia „wad charakteru,” rezygnacja z kierowania własnym życiem czy powierzenie się tzw. sile większej.

Aktywna trauma / reaktywne uzależnienie

Dorośle ofiary z aktywnymi potraumatycznymi objawami i ich reaktywnym regulowaniem za pomocą nałogów, szukają w nich uśmierzenia bólu swojej wczesnej wiktymizacji, ale ich uzależnienia nie stają się progresywnie i samoistne. Lecząc bezpośrednio pourazowe dysfunkcje i symptomy tych osób, zmniejszamy stopniowo ich potrzebę sięgania po chemiczne i nałogowe „rozwiązania.” Ponieważ jednak alkohol, leki, narkotyki lub głęboko destrukcyjne zachowania niszczą pozytywne efekty terapii, również w tej grupie zalecana jest od początku bezwzględna abstynencja.

Ponieważ uzależniające uśmierzanie nieznosnych objawów traumy jest u tych osób reaktywne, najlepiej jest gdy diagnoza i podejście terapeutyczne są zorientowane na traumę nadużyć. Należy jednak przestrzegać je przed groźbą wpadnięcia w nałóg i informować o wymogu abstynencji w trakcie terapii, jak też potem, gdyż substancje chemiczne i głęboko destrukcyjne zachowania hamują proces powracania pamięci oraz zaburzają regulację emocjonalną. Podejście terapeutyczne w tej grupie polega z jednej strony na uczestnictwie w samopomocowych grupach ofiar i z drugiej na stosowaniu różnych głębokich form terapii grupowej i indywidualnej, które rozumieją i uwzględniają też mechanizmy uzależnień.

ROZWOJOWY MODEL ZDROWIENIA

Liczni autorzy wykazują, że w leczeniu wczesnodziecięcych urazów najlepiej działa podejście rozwojowe (Brown, 1988; Herman, 1992a; Putnam, 1989; Sgroi, 1989; van der Har, Brown, & van der Kolk, 1989). Większość z nich opiera ten model na silnym przymierzu terapeutycznym i na redukcji symptomów, na co następnie nakłada się eksploracja dzieciństwa i „metabolizowanie” wspomnień oraz pozytywna przemiana osobowościowa. Model rozwojowy jest szczególnie przydatny w przypadkach tych ofiar seksualnej traumy, które uzależniły się od substancji chemicznych, gdyż wydatnie zmniejsza ryzyko powrotu do czynnego nałogu. Stosowany w leczeniu uzależnień system Terrence’a Gorskiego (1989), wymienia zadania terapeutyczne, jakie klienci muszą wypełnić, według rosnącego stopnia ich trudności. Model rozwojowy, jaki opisuję poniżej, jest przystosowany do stosowania równolegle z systemem Gorskiego zorientowanym na osiągnięcie i utrzymanie abstynencji, redukcję stresu i zapobieganie nawrotom poprzez monitoring sygnałów ostrzegawczych. Opracowany pod kątem uzależnionych ofiar model rozwojowy zawiera pięć faz: okres przejściowy, stabilizację, wczesne zdrowienie, zaawansowane zdrowienie i stały postęp. Każda z tych faz buduje się na poprzedniej i pozwala zdrowiejącej ofierze, zależnie od jej potrzeb, poruszać się po tym modelu naprzód i wstecz.

Okres przejściowy: dojrzewanie do leczenia

Jest to czas poprzedzający terapię, kiedy ofiara traumy doświadcza symptomów przytłaczającego stresu, z którymi próbuje sobie radzić za pomocą dawnych, tracących skuteczność obron, jak substancje chemiczne, izolacja, i inne zachowania łagodzące napięcie. Typowymi objawami okresu przejściowego są:

Zwiększenie objawów pourazowych. Mamy tu całe pasmo symptomów, od retrospekcji i intruzywnych obrazów (wtargnięć), poprzez problemy ze snem i ataki paniki, aż po nasilenie seksualnych kompulsji/dysfunkcji. Owe stany i zachowania, dawniej być może sporadyczne i o lżejszym przebiegu, stają się na tyle drastyczne, by zachwiać codziennym życiem uzależnionej i zagrozić ważnym związkom. To, co było kiedyś używaniem alkoholu czy narkotyków do chwilowego oddalenia bólu psychicznego, staje się teraz poważnym nałogiem. Życie ofiary skupia się na szukaniu, używaniu i leczeniu kaców po substancjach i/lub kompulsywnych zachowaniach. Niekiedy wchodzi ona w destrukcyjne grupy społeczne, bardzo przypominające jej pierwotny, wykorzystujący system rodzinny, w których doznaje ona rewiktymizacji.

Kryzys rodzinny. Wychowywanie się w rodzinach gdzie dochodzi do seksualnych nadużyć sprawia, że dziecko (a potem dorosłe dziecko) staje się hiper-czułne i nieufne. W efekcie ofiary zazwyczaj mają wielkie problemy z budową zdrowych relacji i intymnych związków, wchodząc z takie, gdzie są zaniedbywane, zdradzane, wykorzystywane lub maltretowane. W poprzedzającym leczenie przejściowym okresie, mogą prowadzić seksualne wojny z partnerem, podlegać szantażom i groźbom porzucenia, lub tkwić we współuzależnieniu tak silnym, że rodzajem ciężką depresję. Wiele osób przejawiających wysoką tolerancję na agresję mogło być w dzieciństwie ofiarami domowej przemocy.

Bodźce wyzwalamy pamięć. Część dorosłych ofiar pamięta, i zawsze pamiętała, przynajmniej niektóre traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa. Inna część wyparła je i/lub odłączyła się od nich. Ich powracanie wyzwalamy różne bodźce - proces dojrzewania, uzyskanie emocjonalnego, niekiedy fizycznego bezpieczeństwa od oprawcy (oprawców) czy wejście w godną zaufania dorosłą relację. Chociaż powracanie wspomnień wypartej traumy wydaje się być uwarunkowane uzyskiwaniem przez ofiar poczucia bezpieczeństwa, jednak wspomnienia te sieją spustoszenie w jej relacjach i związkach. Retrospekcje wykorzystania mogą się wdzierać, i wdzierają się, do jej świadomości w czasie miłosnych aktów. Mężowie, do tej pory darzeni zaufaniem jako oddani i kochający ojcowie, zaczynają być traktowani przez żony z podejrzliwością. Żony wykorzystanych w dzieciństwie mężczyzn nie są w stanie pojąć, jak mogą oni być tacy niepozostawieni życiowo i zaburzeni.

Blokady rozwojowe. Rozwijając się, istoty ludzkie przechodzą przez przewidywalne i konieczne etapy rozwoju. W okresie poprzedzającym leczenie, blokady w tym procesie dają o sobie znać w postaci nasilonej niezdolności ofiar do ustanawiania i egzekwowania granic – własnych i wobec innych. Nie potrafią one działać w życiu z pozycji niezależnych, odrębnych jednostek ani znajdować zdrowych sposobów troszczenia się o siebie, także gdy chodzi o tworzenie sieci wsparcia.

Łamanie się mechanizmów radzenia sobie (konsekwencje uzależnień). Obrony takie jak, zaprzeczanie, dysocjacja i minimalizowanie służą ofiarom w dzieciństwie, ale ich skuteczność wyczerpuje się z czasem i gdy dziecko dojrzewa, zaczyna wchodzić w bardziej skomplikowane związki i kontakty interpersonalne, zaczynają przynosić ujemne skutki. Podobnie jest w przypadku pierwotnie znieczulającego lub pobudzającego emocje działania substancji chemicznych, które ustaje i przeradza się w przykre konsekwencje w postaci rozbitych związków i obniżonej wydolności w pracy.

Uzależnione ofiary zazwyczaj trafiają na leczenie z powodu konsekwencji stosowania substancji lub kompulsywnych zachowań, i dopiero gdy znajdują się w procesie leczenia, mogą uprzytomnić sobie istnienie innych przyczyn bezsilności wobec nękania i utraty kontroli nad własnym życiem. Typowymi, związanymi z traumą czynnikami, jakie motywują ofiarę nadużyć do podjęcia terapii, mogą być jej dysfunkcje i uzależnienie seksualne, ciąża, aborcja lub dziecko przypominające o wczesnej wiktymizacji, konfrontacja z dawnym oprawcą bądź jego śmierć. Okres przejściowy kończy się, gdy ofiara wyciąga z konsekwencji swych uzależnień naukę, że dłużej nie jest w stanie bezpiecznie używać substancji ani kompulsywnych zachowań i że jej dotychczasowe strategie radzenia sobie ze stresem załamały się. Trafia wtedy na właściwe dla siebie grupy 12 kroków, program leczenia w odpowiednim ośrodku i/lub na terapię indywidualną.

Stabilizacja

Ta faza zdrowienia jest być może najważniejsza w całym modelu rozwojowym. To w niej zaczyna się zdrowienie oparte na trzeźwości chemicznej i następuje redukcja symptomów budujących się wokół traumy. Uzależnione ofiary muszą dostrzec konsekwencje stosowania substancji i innych przymusowych zachowań oraz uznać swoją utratę kontroli nad nimi. Muszą odkryć i nazwać funkcję, jaką chemia i kompulsje pełniły w oddalaniu napięć, oraz znaleźć efektywne i niedestrukcyjne sposoby radzenia sobie zarówno ze stresem codziennego życia, jak związanymi z traumą wspomnieniami wyzwalanymi przez różne bodźce. Krótki czas i inne ograniczenia terapii zmuszają wielu klinicystów do wypisywania ofiar z ośrodka, gdy tylko zmniejszą one poleganie na zachowaniach redukujących napięcie i osiągną trzeźwość. Osoby pod dłuższą opieką, okazuje się, wielokrotnie wracają do tej fazy, gdyż zachowania te dają im natychmiastową, chwilową ulgę, wobec niewielu jeszcze dostępnych konstruktywnych rozwiązań. Niektóre z zadań fazy stabilizacji podaje niżej.

Wyjście z zaprzeczania: wywiad i diagnoza. Z każdą ofiarą należy przeprowadzić wywiad pod kątem jej uzależnień, doświadczeń wykorzystania seksualnego i stopnia w jakim nakłada się ono na zadania konieczne we wczesnym zdrowieniu. Diagnoza stawiana na podstawie zachowań ofiar lepiej oddaje ich doświadczenia, niż diagnoza na podstawie klasyfikacji patologii. Potrzebne jest wyczerpujące objaśnienie typowych objawów i mechanizmów PTSD oraz innych diagnoz psychiatrycznych i podkreślenie, że są objawy te normalnymi i zrozumiałymi reakcjami na seksualną traumę.

Rozpoznanie zmniejszających napięcie czynności. Zachowania takie, jak używanie substancji chemicznych, samookaleczenia, kompulsywna aktywność seksualna, chroniczne objadanie się i bulimia są przykładowymi sposobami ofiar na odrywanie się i uśmierzanie w obliczu przynajmniej częściowego terroru i zamętu wskutek dawnych urazów seksualnych. Zazwyczaj uruchamia je jakiś interpersonalny wyzwalacz, oznaczający dla ofiary chwilowe cierpienie, któremu towarzyszy restymulacja związanych z traumą nieprzeżytych i nieprzepracowanych emocji. Niezdolność do zniesienia tak silnego napięcia psychicznego, w połączeniu z niezdolnością kierowania gwałtownymi uczuciami, wtrąca ofiarę w stan odłączenia/dysocjacji. Stan ten odcina ją także od dostrzegania potencjalnie negatywnych skutków jej autodestrukcyjnych zachowań i od szukania innych dostępnych sposobów wyjścia z niego. Kompulsywne zachowania odreagowujące, choć mają natychmiastowy skutek, wywołują w ofierze wstyd, samoobwinianie i wzrost poczucia utraty kontroli nad sobą, gdy tylko wypływają kwestie nadużyć. Wzmacnia to w niej złudzenie, że lepiej nie dotykać jakichkolwiek spraw związanych z jej pierwotną traumą seksualną.

Na tym odcinku stabilizacji zadanie polega na interwencjach tam, gdzie klient może sobie radzić poprzez: (a) zauważanie jakie bodźce wyzwalamy w nim autodestrukcyjne reakcje; (b) naukę regulowania emocji poprzez odczulanie, głębokie oddechy, wizualizacje, i równoważenie silnych uczuć; (c) pracę poznawczą nad uświadamianiem sobie spaczonych przez wykorzystanie fałszywych przekonań i zastępowaniem ich prawdziwymi; (d) naukę wspierających siebie zachowań, przy równoczesnym podważeniu i tamowaniu strumienia wewnętrznej krytyki i rozwijaniu technik ugruntowujących i pomagających oddalać intruzywne myśli i obrazy.

Opanowanie szoku i stresu poprzez tworzenie bezpieczeństwa. Odkryciu faktów wykorzystania seksualnego w dzieciństwie towarzyszy zazwyczaj potężny szok, żal i poczucie straty. Aby sobie poradzić, dzieci starają się nadawać doświadczanym nadużyciom jakiś sens i logikę. Robią to poprzez zachowywanie nieskazitelnego obrazu rodziców i obwiniając siebie za doznawane krzywdy, które przyjmują jako karę za jakieś swoje „wykroczenia” i „wady.” Przyglądanie się traumie zmusza dorosłe ofiary do przewartościowania i przemianowania wszystkiego, co nauczyły się myśleć o sobie, swoich oprawcach i otaczającym świecie. Rodzi to olbrzymi stres zarówno poznawczy, jak i emocjonalny, tak że stan ofiary nieraz wydaje się psychotyczny. Bezpieczeństwo może zostać stworzone w leczeniu na gruncie przekonania i postaw demonstrowanych przez personel terapeutyczny. Ofiary uczone są metod powstrzymywania się od autodestrukcyjnych zachowań. Można uważnie dobrać im odpowiednie leki, pomagające zatrzymać emocje groźne dla chemicznej abstynencji, lub stosować w tym celu techniki relaksacyjne i oddechowe, gdyż stres musi zostać ograniczony do minimum. Priorytet otrzymuje zmiana stylu życia; ofiary uczą się oznaczających opiekę nad sobą i niedestrukcyjnych zachowań, łącznie ze sposobem odżywiania, dbania o sen, i ustanowienia bezpieczeństwa środowiskowego przez zagrażającymi wpływami i ludźmi.

Przyjęcie identyfikacji osoby wiktymizowanej. Grupy oparte na 12 krokach zawdzięczają swoją skuteczność między innymi temu, że poprzez dzielenie się własnymi doświadczeniami, uczuciami i przekonaniem oraz poprzez specyficzny język dotyczący danej substancji lub kompulsywnych zachowań, dają uczestnikom przestrzeń na utożsamienie się ze wspólnym problemem. Podobnie działają grupy dla ofiar nadużyć. Kiedy klient zidentyfikuje się z sobą jako ofiarą, grupa zmniejsza jego poziom zaprzeczania traumie seksualnej, pozwala mu na zrozumienie zachowań, obron i uczuć jakie z niej wynikają, oraz wyposaża go w „mapę podróży” przebiegu zdrowienia dzięki świadectwom tych, którzy przed nim przeszli tę drogę.

Ustanowienie przymierza terapeutycznego. Zadanie to obejmuje i włącza filozofię zdrowienia, strukturę terapeutyczną, i ustanowienie celów leczenia. Filozofia leczenia powinna być podejściem fenomenologicznym, to znaczy traktować symptomy ofiary jako jej pragmatyczne reakcje na potraumatyczny stres, a nie patologiczne zaburzenia. Strukturę terapeutyczną określamy poprzez zapewnienie bezpieczeństwa (np. terapia w żaden sposób nie powinna powielać wzorców pierwotnej zdrady, jaką było wykorzystanie); należy więc wytyczyć granice i oczekiwania wobec terapii. Rola terapeuty kształtuje się w formie wspierającego, empatycznego i rozumiejącego świadka, a nie eksperta od psychiatrycznej patologii, i definiuje parametry terapii bardziej na zasadzie równości, wzajemnego zaangażowania i stania po stronie sukcesów klienta.

Udane dopełnienie fazy stabilizacji w leczeniu seksualnej traumy następuje, kiedy ofiara zyska zdolność kojenia samej siebie, tolerancję na bolesne emocje i chociaż w pewnym stopniu zbuduje sobie sieć wsparcia. Inne krótkoterminowe cele związane z tą fazą zdrowienia, to stworzenie wewnętrznego i zewnętrznego bezpieczeństwa, poprawa funkcjonowania ofiary w świecie, nauka obchodzenia się z bolesnymi wspomnieniami i emocjami, nauka samouśmiercania, psychoedukacja z zakresu długoterminowych skutków traumy z dzieciństwa, nauka redukcji stresu, umiejętnego obchodzenia się z lekami i z samym sobą.

Cele fazy stabilizacji w leczeniu uzależnień chemicznych to: (a) uzyskanie jasności myślenia, zdolności, rozpoznawania i przeżywania uczuć, wyrobienie sobie właściwej oceny i zapanowanie nad swoimi zachowaniami; (b) opanowanie kryzysu, który zmusił ofiarę do podjęcia leczenia; (c) nabranie zdolności radzenia sobie z każdym bólem psychofizycznym i problemem psychospołecznym, który mógłby zagrozić wczesnej abstynencji, na czele z emocjami związanymi z odstawieniem.

Zespół odstawienny – grupa objawów abstynencyjnych – może przypominać objawy PTSD, depresji i zaburzeń dysocjacyjnych. Do tych symptomów należy niezdolność do jasnego myślenia, problemy z pamięcią, emocjonalna nadreaktywność lub odrętwienie, zaburzenia snu, nieodporność na stres i problemy z koordynacją ruchową. Klinicyści powinni więc wstrzymać się ze stawianiem diagnoz PTSD czy innych, aż miną pierwsze tygodnie abstynencji i organizm oczyści się z toksyn chemicznych. Ofiary powinny dowiedzieć się, czym jest zespół odstawienny oraz że ich leczenie to także nauka codziennego radzenia sobie ze stresem, zdrowego odżywiania, zażywania ruchu, praktykowania ćwiczeń fizycznych oraz relaksacji.

Dwanaście kroków AA

W praktyce 12 kroków, kroki 1-3 pomagają w okresie przejściowym i fazie stabilizacji. Krok pierwszy zachęca uzależnione ofiary do ustanowienia na poziomie intelektualnym i emocjonalnym związku między używaniem substancji, a doświadczanymi problemami. Krok drugi wspiera zrozumienie, że ich „pomieszenie zmysłów” jest przynajmniej częściowo pochodzenia chemicznego, i zobaczenie własnych postaw i przekonań utrudniających zwracanie się o pomoc z zewnątrz, bez której nie są w stanie się ocalić. Krok trzeci pomaga uzależnionym ofiarom przyjąć zasady i klimat 12 kroków, język, identyfikację i przewodnictwo grupy na drodze do trzeźwości.

Wśród AA odnotowuje się największy odsetek sukcesów, jeśli chodzi o zachowanie abstynencji i wielu uważa, że jest najlepszą drogą do chemicznej trzeźwości. Zdrowiejące z uzależnienia ofiary nadużyć seksualnych zachęcane są do jak najgruntowniejszego przerobienia programu 12 kroków. Należy jednak pamiętać, że kroki te zostały napisane pod kątem alkoholizmu, a nie poskądania się w całość potwornie wykorzystywanych dzieci i dorosłych dzieci, które obok tego mają jeszcze kilka innych dróg wyjścia. Kiedy pewne idee lub zasady 12 kroków zagrażają ofierze w jakiś sposób – lub co gorsza są w sprzeczności z wymogami terapii zorientowanej na wczesną traumę – plan jej leczenia należy skorygować.

Wczesne zdrowienie

Faza ta skupia się na odzyskiwaniu wspomnień wczesnej traumy, kierując uwagę do wewnątrz, by ofiara mogła rozwijać samoświadomość i zaufanie do siebie, a następnie do innych. Wielu klinicystów specjalizujących się w nadużyciach seksualnych z dzieciństwa dopytuje się o właściwy moment oraz kolejność dociekania tych urazów z przeszłości. Generalnie mają oni tendencję do rozważania zasięgu intruzywnych symptomów potraumatycznych łącznie z ostrymi objawami odstawienia, stopniem dysocjacji od retrospekcji lub chemicznie wywołanego zamętu, uciążliwością stanów afektywnych (lęków, depresji, złości, itd.), przytłaczając tym ofiarę ponad jej psychiczne możliwości „metabolizowania” i dostępne zasoby (funkcjonowanie mentalne, zdolność kojenia siebie i sięgania po wsparcie). Jeśli uzależniony klient jest w kryzysie, w głębokiej dysocjacji, w ostrych objawach odstawienia, w stanach indukowanych traumą, w izolacji społecznej lub nie wspierającym, toksycznym środowisku domowym, rozsądnie jest, by pracował dalej nad fazą stabilizacji i budowaniem sieci wsparcia. Terapeuta skupia się wtedy na utrzymaniu abstynencji i potrzebnych w tym celu podstawowych krokach zdrowienia, na normalizowaniu bieżących doświadczeń, potwierdzaniu i docenianiu dotychczasowych sukcesów w leczeniu oraz na pracy nad zwiększeniem poczucia bezpieczeństwa i kontroli nad sytuacją. Dopiero, gdy ofiara staje się zdolna bezpiecznie pracować nad materiałem emocjonalnym związanym z traumą wykorzystania, zalecane są dalsze, następujące kroki:

Poznanie, poprzez rekonstrukcję dawnych traumatycznych doświadczeń, że to one są korzeniem jej głównych problemów. Jednym z celów takiej rekonstrukcji jest zintegrowanie różnych aspektów świadomości i osobowości ofiary (pamięci obrazowej, związanych z nią uczuć, doznań kinestetycznych oraz znaczeń przypisanych urazowym zdarzeniom) – aspektów, które musiały zostać oddzielone, by wiktymizowane dziecko mogło przetrwać (zob. Steele & Clorain, 1990). Innym celem jest odkrycie przez ofiarę wystarczająco wielu nadużyć, by mogła ona zrozumieć przyczyny i rozmiary jej bieżących problemów w życiu oraz nabrać tolerancji na wysoki poziom emocji towarzyszących procesowaniu wspomnień. Jeśli to uodpornianie emocjonalne i korekta poznawcza przebiegają w warunkach terapii, mają uzdrawiający wpływ i dają ofierze siłę do metabolizowania wspomnień, jakie będą do niej wracały po zakończeniu ograniczonego czasowo leczenia.

Istnieją zasadniczo dwa typy wspomnień: te które są dostępne i te, które zostały pofragmentowane i odłączone od świadomości. Wspomnienia dostępne wskazują, co wydarzyło się w dzieciństwie ofiary, jak się wtedy z tym czuła i jak postrzega ich obecny wpływ na siebie. Procesowanie tych wspomnień mija się z sensem, jeśli nie następuje odpowiednio głębokie uwolnienie emocjonalne o charakterze katharsis i korekta wypaczeń poznawczych.

Wspieranie procesu powracania pofragmentowanych i/lub odłączonych wspomnień wymaga zazwyczaj pewnych wyzwalających bądź stymulujących je technik, jak regresji wiekowej, łączenia bieżących uczuć z pierwotnymi, indukowania podobnych stanów afektywnych, hipnozy oraz terapii zorientowanych na ekspresję. Techniki te należy jednak stosować ostrożnie, gdyż psychiczna kurtyna zasłaniająca wspomnienia ma zawsze funkcję ochronną i zbyt gwałtowne jej rozdarcie może mieć dewastujący wpływ na psychikę ofiary. Etyczny klinicysta jest oczywiście wyczulony na swoje postawy i potrzeby związane z odkrywaniem traumatycznych wydarzeń. Generalnie, póki bieżący poziom dysfunkcyjności ofiary wiąże się bezpośrednio z obroną przez pamięcią konkretnych nadużyć, najlepiej jest postępować zachowawczo, ze skąpym stosowaniem intruzywnych technik.

Ważny w procesowaniu pamięci jest dobór odpowiedniego tempa i kolejności postępowania. Zalecane jest poświęcanie pierwszej części sesji na aktualne sprawy wiążące się z trzeźwością i bieżącymi symptomami potraumatycznymi, by przejść od nich, w dalszej części sesji, do spraw i wydarzeń z dzieciństwa oraz rekonstrukcji pamięci, kończąc powrotem do teraźniejszości i planów klienta na zaopiekowanie się sobą i ochronę abstynencji.

Nadawanie znaczenia doznanyemu urazom. Mówi się nieraz, że trauma jednej osoby, to zły dzień drugiej. Ważne, abyśmy pamiętali, że u ofiar leczymy przede wszystkim ich spaczne postrzeganie dawnych doświadczeń. Dlatego musimy pieczołowicie sprawdzać wiele rzeczy: indywidualne znaczenia jakie każda z nich powiązała ze swoim wykorzystaniem, rodzaj i siłę relacji jaką miała czy ma ze swoim oprawcą, kwestie narosłe wokół zaufania i zdrady, poziom wstydu i poczucia winy, oraz sprawy zewnętrzne i moralne, dotyczące człowieczeństwa, przyczyn i skutków, bezpieczeństwa w świecie, dobra i zła, itd.

Przededefiniowanie obron jako strategii radzenia sobie. Praktycznie nie istnieją symptomy potraumatyczne, których nie można by przededefiniować w stronę rozumienia ich jako adaptacyjnych sposobów dziecka na uzyskanie poczucia bezpieczeństwa w wykorzystującym je otoczeniu. Dlatego stosowane w grupach 12 kroków pewne określenia, jak np. „wady charakteru” czy „pomieszczenie zmysłów,” stające na przeszkodzie tej idei poprzez obwinianie ofiar, muszą zostać przemianowane na potrzeby ofiar i interpretowane jako normalne strategie przetrwania. Klienci z traumą seksualną muszą zrozumieć, że ich obronne i odreagowujące zachowania były zrozumiałymi, normalnymi reakcjami na nienormalne sytuacje i w terapii należy ich zatrzymywać w miejscach pokazujących im, że dziś mają lepszą kontrolę nad własnym życiem i więcej opcji w radzeniu sobie.

Główne cele, biegnącej nieraz równolegle, fazy wczesnego zdrowienia z uzależnień chemicznych i/lub behawioralnych, polegają na zaakceptowaniu przez klientów nałogu jako choroby i nauce funkcjonowania bez niego. Tak samo ważna, jak zrozumienie bieżących symptomów pochodzenia potraumatycznego jest dla ofiary edukacja w zakresie uzależnienia jako choroby i wynikających z niej problemów w życiu. Ustrukturyzowane programy leczenia pozwalają osiągnąć zarówno fizyczną poprawę zdrowia, jak i docenić wartość trzeźwego życia. Na tym etapie wychodzenia z uzależnień pomocne są kroki czwarty i piąty programu AA lub pokrewnego.

Krok czwarty pomaga nałogowcom sporządzić obrachunek moralny, uwzględniający zarówno ich słabe jak i mocne strony. Sporządzenie takiej inwentury konfrontuje ich zazwyczaj z systemem obron przed

dokładnym przyjrzeniem się samemu sobie (zaprzeczanie, pycha, itd.), zmuszając do wybrania zaufanej osoby towarzyszącej w tym procesie, zrobienia listy wartościujących pytań o własne czyny i postawy we wszystkich dziedzinach życia oraz wyselekcjonowania na tej podstawie swoich słabych i mocnych stron. Istnieje wiele źródeł pomocy w tym zadaniu, począwszy od materiałów AA i tzw. Wielkiej Księgi. Ofiarom nadużyć z dzieciństwa zaleca się jednak unikać brania do siebie zwrotów mówiących o „wadach charakteru,” rozumianych w AA jako zbiór destrukcyjnych myśli, uczuć, postaw i zachowań, które napędzają psychiczny ból, a w konsekwencji nawrót czynnego nałogu. Mimo, że pewne z tych „defektów” mogły powstać wskutek używania substancji czy kompulsywnych zachowań – tzn. ofiara traumy nie cierpiałaby na nie, gdyby się w życiu nie uzależniła – wiele innych jej cech osobowości okazuje się w istocie naturalnymi, niezawinionymi i adaptacyjnymi reakcjami na potraumatyczny stres. Także na swój nałóg może ona spojrzeć jako na sposób zablokowania wspomnień traumy seksualnej w czasie, kiedy nie była jeszcze gotowa lub nie miała warunków, by się z nią zmierzyć i uzdrowić.

Doświadczeni klinicyści, specjalizujący się w traumie i nadużyciach, zdecydowanie kwestionują tradycyjne diagnozy psychiatryczne, które stworzono nie biorąc pod uwagę długofalowych skutków seksualnego molestowania i innych nadużyć popełnianych na dzieciach. Wiele różnych objawów, składających się na przykład na rozpoznanie psychozy czy osobowości borderline, pochodzi w linii prostej z wczesnych urazów w życiu jednostki i jest objawami jej potraumatycznych obron i reaktywności (Herman, 1992a). Dla ofiar jest więc najważniejsze, gdy w inwenturze czwartego kroku skupią się na zobaczeniu i odczuciu tego, w jakim stopniu ich defensywne zachowania były właściwymi reakcjami na chroniczny, nieunikniony stres nadużyć, na docenieniu ile odporności, bohaterstwa i sił kosztowało je przetrwanie dzieciństwa i dotrwanie do leczenia, jak nadal są one przywiązane do toksycznych członków rodziny i stają po ich, a nie po swojej stronie, oraz jak mogą teraz wyjść z pozycji wyuczonej bezradności w stronę identyfikacji nie tylko z wrażliwością, ale i z własną mocą. W istocie chodzi tu o takie konstruktywne i wspierające przetworzenie myśli, uczuć, przekonań i postaw wobec własnej osoby, innych ludzi i wobec świata, by spojrzeć na siebie z nowej perspektywy – perspektywy trzeźwości i ocalenia.

Krok piąty AA sugeruje uzależnionym wyznanie drugiej osobie obrachunku moralnego dokonanego w poprzednim kroku, aby doznać uwolnienia od ciężaru swojej przeszłości. Choć brzmi to prosto, wyznaniu takiemu towarzyszą zazwyczaj silne emocje związane z zupełnym odsłonięciem się. Jednakże dla sukcesu w zdrowieniu jednostka musi ujawnić tajemnice gromadzące w niej pokłady wstydu i poczucia winy. Wiele uzależnionych osób, które przeszły krok piąty, mówiło mi potem, że tak naprawdę udało się im zrobić go do końca dopiero, gdy ujawniły swoją seksualną traumę z dzieciństwa. Należy mieć nadzieję, że ofiary wykorzystania zadbały o to, by odbiorcami ich piątego kroku były osoby doświadczone nie tyle w tradycyjnym, „aowskim” rozumieniu kroku piątego i skupione na konsekwencjach chemicznej intoksykacji, ile rozumiejące i współczujące dla niszczących skutków seksualnej wiktyimizacji. Udanemu przyjmowaniu kroku piątego musi towarzyszyć autentyczna troska, ciepło i szacunek dla cierpień i zmagania ofiary. Wtedy może ona odczuć bezwarunkową akceptację, pomocną w przełamaniu jej izolacji, jaka była potrzebna dla przetrwania traumy.

Pośrednie zdrowienie

Ta faza uzdrawiania seksualnej traumy z dzieciństwa skupia się na odżałowaniu strat poniesionych przez ofiarę wskutek bezpośrednich działań jej oprawców oraz zachowań innych osób, które choć nie wykorzystywały bezpośrednio, wystawiały ją na nadużycia, nie chroniły jej i/lub nie uwierzyły jej – tak w czasach wiktyimizacji, jak i późniejszych. Ofiara nabiera bardziej obiektywnego, dorosłego spojrzenia na swoją rodzinę, redefiniując seksualne wykorzystanie jako wyłączną winę i odpowiedzialność oprawcy oraz w dalszej kolejności osób, które zawiodły pod względem ochrony i opieki. Faza zaawansowanego zdrowienia składa się z następujących etapów:

Rozpoznanie wykorzystującego/kazirodczego systemu rodzinnego. Na tym etapie ofiara poznaje i przepracowuje różne aspekty dynamiki, przekonań i destrukcyjnych zachowań oprawców i pierwotnego systemu rodzinnego – zwłaszcza gdy jej trauma miała charakter kazirodczy. Osiąga świadomość różnych form tego, w jaki sposób jej dziecięce, normalne potrzeby zaufania, bezpieczeństwa, ciepła i więzi zostały wypaczone i wykorzystane przez dorosłych do zaspokajania ich perwersyjnych potrzeb. Zaczyna rozumieć, na czym polega „normalny” wzrost i rozwój dziecka, pogłębiając empatię dla samej siebie i strategii obronnych, które pozwoliły jej przetrwać. Ofiary odżałowują i wypłakują stratę „prawdziwych” matek i ojców, stratę iluzji ich miłości, a co więcej stratę przywiązania także do wyimaginowanych, dobrych postaci rodziców, które jak się okazuje nie istniały, a więc również nie kochały w sposób spełniający dziecięce fantazje pomagające przetrwać dzieciństwo mimo braku warunków do przetrwania. Odżałowują utratę cielesnej i psychicznej integralności, zdrowej seksualności, zaufania i szans na intymną bliskość. Na tym etapie każda z ofiar koi ten ból, zaczynając cenić własną płęć i cieszyć się rozkoszą jaką daje podniecenie i pieszczoty z partnerem, jakiego sobie wybrała.

Z powodu olbrzymiego cierpienia i uczuciowego zamętu, część ofiar broni się przed wejściem w fazę opłakiwania i żałoby. Wielu z nich łatwiej jest osłaniać ból pancerzem złości i urazy do swoich oprawców lub nie chroniących opiekunów. Inne wzbraniają się przed dopuszczeniem żalu, gdyż wciąż muszą lub chcą utrzymywać więź z dawnymi opresorami, a emocjonalne uznanie strat mogłoby wyzwolić uprawomocnioną wściekłość na nich, burząc pozory miłości, jakie im jeszcze mogły zostać. Opór przed poczuciem i odżałowaniem strat może wyglądać następująco:

- *Zranię cię równie głęboko jak ty mnie.* (izolujące przed uczuciami poszukiwanie zemsty)

- *Przebaczam ci.* (potrzeba zachowania lojalności wobec oprawców, zapomnienia ich przestępstw oraz zminimalizowania lub zrationalizowania sobie doznanych krzywd i szkód)¹
- *Postawię cię przed sądem i wsadzę do więzienia.* (ofiara zasklepia się w procesach karnych zamiast procesować swoją traumę)

Zwrócenie odpowiedzialności i winy oprawcom. Briere i Runtz (1992) oraz inni badacze mówią o „dychotomii seksualnego wykorzystania.” System przekonań, jaki przyjmuje wiktymizowane dziecko, wygląda następująco:

Cierpię bo jestem zły (zła). Ponieważ rodzice zawsze mają rację i robią wszystko dla mojego dobra, to karzą mnie dlatego, że jestem czemuś winien (wina). To moje błędy, wady i wykroczenia zmuszają ich do tego co oni mi robią. Najwidoczniej jestem tak zły (zła), jak surowe są te kary. Ponieważ karzą mnie często i mocno, muszę być jakimś potworem.

Dychotomia ta wynika z głębokiej potrzeby dziecka, by zrozumieć logikę własnej sytuacji i nadać jej sens. Radzi ono sobie z obłędem, okrucieństwem, perfidią i nieobliczalnością nadużyć, przyjmując, że jest złe i zasługuje na taki los, dzięki czemu może zachować pozytywny obraz rodziców, jakiego potrzebuje by przetrwać. Alternatywa jest bowiem zbyt przerażająca. Dziecko wchodzi przy tym w konflikt z własnymi uczuciami i zapiera się swoich potrzeb, zwracając się emocjonalnie i poznawczo przeciw samemu sobie. Jako dorosła i zdrowiejąca osoba, badając swoje obronne myślenie i postawy oraz osiągając świadomość wiktymizacji, staje się zdolna porzucić wiarę we własną winę i zepsucie.

Podważenie wyuczonej bezradności. Wykorzystywane dziecko nie ma innego znaczącego wyboru jeśli chodzi o radzenie sobie z nadużyciami, niż zgadzanie się z nimi i przystosowywanie się to wszystkiego w celu zachowania elementarnej opieki i bezpieczeństwa, bez czego nie przeżyłoby fizycznie. Prowadzi je to do wiary, że jest w życiu bezradne w zakresie skutecznych działań i wyborów. Teraz, na etapie zaawansowanego zdrowienia, konfrontuje się ze swoim poczuciem bezsilności i podważa je, odnajdując na nowo zainteresowanie swoim dzisiejszym życiem, by móc zmieniać je na lepsze i patrzeć z nadzieją w przyszłość.

W analogicznej fazie jeśli chodzi o zdrowienie z uzależnień, celem jest wyjście poza wczesne, intensywne etapy ustrukturalizowanego programu zdrowienia, pomagającego osiągnąć i ustabilizować abstynencję, by dojść do bardziej zrównoważonego stylu życia i trzeźwości. Zainteresowanie chorego przestaje obracać się wokół przeżycia dnia bez sięgnięcia po ulubioną substancję czy kompulsywne zachowania, by coraz bardziej skupiać się na zwykłych zajęciach, pracy zawodowej, rodzinie, relacjach z bliskim i przyjaciółmi, jak też znajdować czas na dbanie o siebie – relaks, zdrowe odżywianie, ćwiczenia i aktywność ruchową.

Wczesne leczenie, zarówno z uzależnień jak i traumy seksualnej, skupia się odpowiednio na osiągnięciu abstynencji i ustabilizowaniu potraumatycznych symptomów. Abstynencja wspierana jest przez programy zdrowienia, jak np. 12 kroków, zaś stabilizacja emocjonalna przez psychoterapię zorientowaną na dawną traumę i wynikające z niej symptomy. W tej wczesnej fazie, wspomnienia wiktymizacji są intencjonalnie odyskowane, uświadamiane i analizowane. Przystosowanie sobie podwójnej tożsamości, jako osoby uzależnionej (np. alkoholika czy erotomana) i wykorzystywanej w dzieciństwie ofiary, jest dla klienta wsparciem w tym okresie. Trzyma się on zasad proponowanych przez 12 kroków, a specyfika grup wsparcia prowadzi go na tych etapach.

Zdrowienie zaawansowane, inaczej niż poprzednia faza wczesnego leczenia, jest zwykle mniej intensywne. W polu zainteresowania traumą są mniej doświadczenia wewnętrzne, a bardziej sprawy zewnętrzne, jak dynamika rodzinna, jaka wspierała i osłaniała seksualne gwałty i molestowanie, podczas gdy w dziedzinie uzależnień – zrównoważone, trzeźwe życie. Kroki szósty i siódmy wspierają proces śledzenia, które z dawnych mechanizmów przetrwania i obron (nazywanych w żargonie AA „wadami charakteru”) wciąż trwają, powodując problemy w codziennym życiu i nakładając się na relacje, związki i cele.

Aby móc rzeczywiście zrozumieć, kim jest osoba ocalona z traumy – „ocalenie” – trzeba najpierw zrozumieć i poczuć własną wiktymizację, czyli utożsamić się z byciem ofiarą i bólem jako to oznacza. Niektóre ofiary trzymają się mocno swoich obron i nieraz nawet czują się do nich uprawnione. Na przykład jedna z moich klientek uważała, że jej przyjaciółki powinny być dostępne dla niej cały czas i domagała się tego, bo jako mała dziewczynka nie miała przy sobie nikogo. Musiałyśmy przejść długą i pełną pokonywania jej oporów pracę nad uświadomieniem, że nikt nie będzie w stanie zmienić tego, jak była traktowana w przeszłości i że nie jest to realistyczne oczekiwanie i żądanie od innych, że wyrównają tamte straty.

W kroku szóstym uzależnione ofiary zachęcane są do przyjrzenia się tym aspektom własnej osobowości, które już nie działają w życiu. Dla określenia emocjonalnej treści tego kroku, używa się czasem sloganu: „Jestem chory i zmęczony byciem chorym i zmęczonym.” Dorosła ofiara musi, sama i w asyście innych, przyrzeć się swoim zachowaniom, by określić, które z nich przestały się sprawdzać. Jeśli miały one charakter adaptacyjny i pomagały przetrwać w traumatyzujących warunkach, należy je rozeznawać pod kątem ich okresowej przydatności. Większość uzależnionych ofiar czuje się zagrożona perspektywą rezygnacji z tych strategii, jednak nie będzie mogła dalej wzrastać, jeśli ich nie porzuci.

Krok siódmy jest naturalną kontynuacją szóstego. Zdrowiejąca osoba prosi w nim Boga o pomoc w usuwaniu tych aspektów osobowości, które blokują jej samoświadomość i pokorę. W kroku szóstym chodziło o rozeznanie własnych destrukcyjnych mechanizmów i znalezienie gotowości do wewnętrznej przemiany. W siódmym ofiary zdają sobie sprawę, że nie dokonają tej przemiany samotnie i w izolacji, więc proszą o pomoc. Uświadamiają sobie, że nie będą zdolne prowadzić pełnego i spełnionego życia bez zdobycia się na pokorę – na uczciwe stwierdzenie tego, kim w istocie są w swoich słabościach i mocnych stronach.

Zaawansowane zdrowienie

Ta faza zdrowienia jest nieraz daremnie wyczekiwana przez ofiary na początku drogi. Dopiero jednak teraz, kiedy skonfrontowały się one z przestępstwami seksualnymi, jakich dokonano na nich w dzieciństwie i dopuściły wszystkie związane z tym uczucia, mogą ostatecznie odłączyć się od toksycznego systemu rodzinnego i rozpocząć długofalową pracę nad przemianą swojej osobowości, by móc rozwinąć poczucie własnego, prawdziwego ja. Jest to faza odbudowy więzi z samym sobą oraz ze zwykłością i niezwykłością codziennego życia. Mamy tu zasadniczo dwa etapy: konfrontację i oddzielenie się, oraz bezterminowe rozwijanie własnego ja.

Konfrontacja i oddzielenie się. Uważam, że dla wszystkich ofiar traumy najważniejsza jest symboliczna konfrontacja z oprawcami i/lub nie broniącymi opiekunami. Kilkoro moich klientów próbowało bezpośrednio skonfrontować swoich napastników z dzieciństwa i wszyscy spotykali się z bardzo natrączywym w słowach zaprzeczaniem, strofowaniem, ostrzeżeniami i – niestety – także z seksualnym i fizycznym napastowaniem. Judith Herman (1992a) przestrzega klinicystów, by nigdy nie ignorowali ani nie umniejszali bieżącego zagrożenia ze strony dawnych oprawców, nawet jeśli od nadużyć minęły dziesiątki lat. Zamiast bezpośredniej, ofiara może przeprowadzić symboliczną konfrontację w postaci napisania nie kryjącego prawdy i uczuć listu do napastnika i odczytania go przed swoją grupą wsparcia. Może też zechcieć odegrać psychodramę z udziałem wybranych uczestników, reprezentujących poszczególnych członków rodziny i „porozstawiać” ich. Konfrontacja musi jasno wyrazić, że cała wina i odpowiedzialność leży po stronie oprawcy i dorosłych „wystawiających” mu ofiarę, a nie dziecka, które w sytuacji molestowania nigdy nie ma żadnej mocy sprawczej. Pomaga to jej oddzielić się od traumatycznych doświadczeń, zdemoralizowanego systemu wartości, kłamstw i wstydu oprawcy, jakim została obarczona. Celem konfrontacji jest też porzucenie wszystkich oznak nadziei, że napastnik pokocha swoją ofiarę lub uszanuje ją wreszcie tak, jak zawsze marzyła.

Rozwijanie własnego ja. Osoby wykorzystane w dzieciństwie stają w końcu przed zadaniem porzucenia swojej początkowej identyfikacji ofiary i rozwinienia nowego ja. Muszą one oddzielić od siebie te aspekty ich osobowości, które wciąż są „reaktywne” lub ukształtowały się w celu blokowania wspomnień traumy. Muszą też rozejrzeć się za nowymi sposobami ufaną, odczuwania i działania według własnych wyborów. Jednym z głównych obszarów tej ciężkiej pracy jest objęcie w posiadanie swojej seksualności. Do tej pory bowiem mogły tam rządzić retrospekcje seksualne, wtargnięcia, blokady i wykluczenia pewnych pieszczot i praktyk, a także lęk, wstyd i poczucie zbrukania. Na tym etapie ofiary uczą się przejmować kontrolę nad własnymi reakcjami, pragnieniami seksualnymi i wzorcami podniecania się, wybierając takie zachowania, które są dla nich przyjemne i nie kryją wstydu.

Cele leczenia w sferze uzależnień są bardzo podobne do celów, jakie stawia leczenie traumy, łącznie ze zmianą osobowości umożliwiającą pozytywny stosunek i szacunek klienta do siebie, zdrową intymność i bliskość oraz produktywne, szczęśliwe życie. Ludzie uzależnieni muszą zrozumieć dynamikę swoich dysfunkcyjnych rodzin pierwotnych, aby mieć jasność, jakie dawne przekonania, uczucia i przekazy mogą zagrażać ich trzeźwości. W odkrywaniu toksycznych reguł i zachowań panujących w dysfunkcyjnych domach oraz tego, jak przechodzą one na dzieci, bardzo pomocne są grupy wsparcia takie jak DDA, DDD czy DDK.

W tej fazie zdrowienia kroki ósmy i dziewiąty AA starają się określić zadania dla uzależnionych ofiar. Pomagają im wyłuskać ludzi zranionych przez skutki ich czynnego nałogu, jak też tych, którzy ucierpieli w wyniku ich potraumatycznej reaktywności, by stały się gotowe osobiście im zadośćuczynić. Nie chodzi tu o krótkie, łatwe przeprosiny, lecz o proces uczciwego uświadomienia sobie, że choć były pierwotnie ciężko zranione i choć zdrowiejąc wynagradzają samemu sobie, to też i same poraniły innych, którym powinny okazać wolę zrobienia wszystkiego, co możliwe, by naprawić skutki tych krzywd.

Krok ósmy jest prosty i nie wymaga szerszej interpretacji. Uzależnione ofiary sporządzają listę osób dotkniętych ich zachowaniami i określają, co mogą zrobić dla nich jako zadośćuczynienie. Robią też listę osób, które ich zraniły w życiu i określają, jak powinny najlepiej dla siebie ustawić te relacje. Krok ten kończy się rozeznaniem konsekwencji, jakie zadośćuczynienie może mieć dla każdej ze stron. W kroku dziewiątym uzależnione ofiary badają najpierw stabilność swojej trzeźwości, gdyż jeśli będą działać nierozważnie, to emocje związane z zadośćuczynianiem mogą pchnąć ich w stronę nawrotu. Robią więc konkretny plan, określający kiedy i jak udać się do osób ze swojej listy. Następnie przyznają wobec nich osobiście rzeczywistość swojego uzależnienia i szkód jakie nim spowodowali, deklarując zaangażowanie w ich naprawę.

Zdrowiejąca ofiara mogą odnieść proces zadośćuczyniania do osób i szkód jakie im wyrządziła dysfunkcjami spowodowanymi przez wykorzystanie seksualne. Mogą to być kwestie narosłe wokół zaufania, seksu, wybuchów złości czy emocjonalnego porzucenia w ważnych związkach. Powinna też wyjaśnić, że zachowania te pochodzą z pierwotnej traumy nadużyć, jakich doznała w dzieciństwie i że obecnie zdolna są do bardziej zrównoważonych, dojrzałych wyborów, reakcji i interakcji.

Większość zdrowiejących ofiar słusznie ma ogromne zastrzeżenia do koncepcji przebaczenia, panującej w grupach 12 kroków. Koncepcja ta mówi, że jeśli zostałeś zraniony, masz dwa wyjścia: przebaczyć, albo ugrzęznąć w urazie. Urazę zaś program ten rozumie jako recyrkulującą złość, wywołującą dodatkowy stres, który narastając nieznosnie, prowadzi do nawrotu nałogu. Dlatego z perspektywy leczenia uzależnień wybaczenie jest warunkiem zachowania trzeźwości. Jednakże z punktu leczenia ran seksualnej wiktymizacji z dzieciństwa, proponowanie ofiarom, by przebaczyły swoim oprawcom, wtrąca je w rozpacz, depresję, uczucie zdrady i wściekłość, nieraz odbierając im wiarę w cały program 12 kroków. **Z perspektywy leczenia uzależnień wybaczenie jest warunkiem zachowania trzeźwości. Jednak z perspektywy seksualnej**

wiktymizacji, proponowanie ofiarom, by wybaczyły swoim oprawcom, wtrąca je w rozpacz, i odstępcza od całego programu 12 kroków.

Moje doświadczenie wskazuje, że większość ofiar chce wykluczyć przebaczenie przynajmniej do czasu, gdy dawny oprawca przyzna się do winy, podejmie leczenie i zechce wyrazić skruchę.² Ponieważ prawdopodobieństwo takiej sytuacji jest znikome, osobiście proponuję ofiarom opcję oddzielenia się. Zamiast pomijać swoje uczucia i silić się na słowa: „przebaczam ci,” ofiary mogą powiedzieć: „Oddzielam się od ciebie, od krzywd jakie mi wyrządziłeś(aś), od twojego wstydu, kłamstw i poniżenia. Ufam, że najlepiej rozliczy cię z tego Siła Wyższa. Puszczam cię wolno i odchodzę.” Większość terapeutów uzależnień jednak nalega na przebaczenie, nie biorąc pod uwagę spraw traumy i wiktymizacji. Proponują oni klientowi napisanie, do osób którym chce on wybaczyć, niewysłanego listu mówiącego, że to, co mu zrobiły było krzywdzące i opisującego, jak się czuł wtedy, jak się czuje dzisiaj, oraz że im przebacza. Osobiście też często proponuję formę takiego listu, ale jeśli mam do czynienia z ofiarą nadużyć, nalegam by ofiara zaznaczyła wyraźnie, że całą winę i odpowiedzialność za wykorzystanie zwraca swojemu oprawcy. List taki może zaowocować odwróceniem postawy i odkryciem przez ofiarę, że jest na tyle mocna i wolna, by przekroczyć potrzebę zemsty.

Wiele ofiar doświadcza oporu przed porzuceniem zemsty. Wtedy, zamiast sugerować im, by stłumiły mściwe myśli i fantazje, lepiej jest pomagać dopuścić je do siebie i wzmocnić, by mogły je opowiedzieć z detalami i wyrazić z całą emocjonalną i fizyczną siłą. Takie rozliczenie się i pokonanie dawnego oprawcy na grupie lub w czasie sesji, wzmacnia w kliencie poczucie siły i sprawczości, wydatnie zmniejszając potrzebę zemsty.

Ostatnim punktem, jaki chcę omówić w związku z fazą zaawansowanego zdrowienia, jest to, że w początkach leczenia ofiary z reguły chcą się szybko i bezpośrednio konfrontować ze swoimi opresorami, upierając się przy tym, że nie mają żadnych oczekiwań co do wyniku. Nadal w to powątpiewam. Zazwyczaj klienci chcą uzyskać zadośćuczynienie, przeprosiny lub oferty jakiejś pomocy czy rekompensaty. Niektórzy liczą na to, że uda się im zranić napastnika tak samo mocno i wyrównać rachunki. Inni chcą zmusić dawnego oprawcę do podjęcia leczenia, by mogli zbudować z nim nową relację. Jednakże zanim ofiary zaczną snuć plany jakiegokolwiek bezpośredniej konfrontacji lub uzyskania zadośćuczynienia, muszą w tym celu zapewnić sobie najpierw fizyczne i psychiczne bezpieczeństwo. Konieczne też jest bezwzględne odłożenie konfrontacji do czasu, aż uzależniony klient ustabilizuje swoją trzeźwość i w wystarczającym stopniu nauczy się koić siebie i radzić sobie z silnymi uczuciami, aby jakikolwiek przebieg i wynik nie zagroził mu poważnie.

Stały postęp

Zanim uzależnione ofiary osiągną ten poziom, mija od dwóch do pięciu lat. Faza stałego postępu w zdrowieniu nie jest ograniczona w czasie i może trwać nieprzerwanie do końca życia. Niegdyś napiętnowane, wyizolowane, tonące we wstydzie, symptomach i rozpacz, dorosłe ofiary zaczynają teraz nawiązywać relacje z innymi ludźmi. Wiele z tych osób uczestniczących w prowadzonych przeze mnie grupach, zaczęło mi mówić po kilku latach terapii, że dopiero teraz zaczyna szukać przyjaciół BEZ historii wiktymizacji. Początkowo czują się winne z tego powodu, jakby dopuściły się nieolojalności lub zdrady i dopiero z czasem odkrywają, że wyrosły z ograniczeń swojej identyfikacji związanej z przeszłością. Do fazy stałego postępu należy nauka budowania i respektowania granic, tworzenia zdrowych związków partnerskich i przyjaźni oraz przekazywanie innym swoich doświadczeń i wiedzy w intencji ochrony następnych pokoleń przed nadużyciami.

Nauka ustanawiania granic. Wskutek wiktymizacji seksualnej pogwałcone i zniszczone zostają wszystkie granice dziecka. Na obecnym etapie ofiary przekonują się o konieczności posiadania i stawiania granic innym dla własnego fizycznego, emocjonalnego i seksualnego bezpieczeństwa. Uczą się też, że granice mogą być elastyczne i mniej lub bardziej przepuszczalne, zależnie wobec kogo są stawiane i w jakiej społecznej sytuacji. Często ofiara podejmuje eksperymenty z granicami w relacjach z ukochanym człowiekiem i wtedy wstrząsy i wrzenia w związku są spodziewaną normą. Nie jest to łatwe dla żadnego partnera ofiary, który może czuć się wtedy np. używany do nauki nieskrępowanej ekspresji seksualnej lub ustawiany i zmuszony wysłuchiwać, że musi zmienić się lub zachowywać inaczej dla umocnienia relacji. Ofiary uczą się też na tym etapie respektować granice innych oraz odróżniać ludzi godnych zaufania od niepewnych i zdradliwych, zamiast jak dawniej ufać bezgranicznie każdemu i wpuszczać go na osobisty teren.

Nauka tworzenia i bycia w zdrowych związkach. Proces ten polega po prostu na ocenianiu, czy dany związek jest wsparciem i zachętą dla ciągłego postępu w zdrowieniu. Jeśli jest, ofiara pracuje nad rozszerzeniem jego obszaru funkcjonowania. Jeśli nie jest, rozpada się lub musi zostać zakończony, a ofiara zaczyna budować nowy związek, obustronnie zdrowy i nie powielający/reaktywujący dawnej, kaziroducyjnej dynamiki ani schematów toksycznej bliskości z poprzedniego. Budowanie i bycie w związku potęguje trudności drastycznie, gdy tworzą go dwie ofiary wykorzystania, choć i tak trudne przedsięwzięcia mają szansę powodzenia w fazie stałego postępu. Istnieje mnóstwo książek i poradników dla zdrowiejących osób, pomocnych w kształtowaniu zdrowych relacji (zob. Hunter, 1992).

Przekazywanie doświadczeń – ochrona przyszłych pokoleń. Wiele dorosłych ofiar przysięga sobie, że łańcuch dziedziczenia nadużyć seksualnych zatrzyma na swoim pokoleniu. Chociaż taka deklaracja zawsze jest godna pochwały, musimy zapytać jak dana osoba chce to osiągnąć. Są różne drogi. Niekiedy ofiara zaczyna mówić swoim dorastającym dzieciom o własnych urazach seksualnych z dzieciństwa. Droga ta powinna mieć jednak na celu wzmocnienie ich bezpieczeństwa, a nie zemstę na oprawcach poprzez okrzęzne ujawnienie. Zadośćuczynienie dzieciom na polu problemów związanych z traumą molestowania jest na pewno ważne.

² Temat konfrontacji i przebaczenia jest wyczerpująco analizowany w czwartym rozdziale książki Anny C. Salter *Pokonywanie traumy* (wyd. Media Rodzina, Poznań, 2003) (przyp. tłum.).

Zdrowiejąca ofiara może chcieć uczulić resztę rodziny na niebezpieczeństwo ze strony tego lub innego napastnika seksualnego, który wciąż ma dostęp do dzieci. Inną drogą jest angażowanie się w akcje społeczne i polityczne łączące indywidualne wysiłki ukrócenia seksualnej wiktymizacji dzieci. Może to mieć formę pomagania innym ofiarom, prowadzenia edukacji społecznej czy naciskania na zmianę przepisów i procedur prawnych pod kątem dobra i bezpieczeństwa dzieci. Każda z tych dróg przyczynia się do wzbudzania społecznej świadomości.

Zdrowienie z uzależnień obraca się w fazie stałego postępu wokół utrzymywania kontaktu z programem, monitorowania sygnałów ostrzegawczych, produktywnego życia i rozwiązywania codziennych problemów. Zadania te ujęte są w krokach: dziesiątym, jedenastym i dwunastym.

Zaleca się, aby bieżącą inwenturę kroku dziesiątego robić rano i wieczorem. W obrachunku porannym, uzależnione ofiary określają, czego im potrzeba bo przeżycia dnia w trzeźwości, równowadze i odpowiedzialności. Obrachunek wieczorny ukazuje, co udało im się zrobić dobrze, a co się nie powiodło i jak mogą to w przyszłości naprawić. Stała inwentura osobista pozwala też monitorować sygnały ostrzegawcze dotyczące nawrotu zarówno uzależnienia, jak potraumatycznych stanów emocjonalnych, symptomów i zachowań, oraz zaplanowania koniecznej interwencji. Takie interwencje winny stać się częścią praktyki życia zdrowiejącej ofiary, aby gdy pojawią się problemy, mogły one zostać z miejsca zauważone i rozwiązane, zanim znikną w zaprzeczaniu lub dysocjacji. Wiele ofiar, nieraz od samego początku zdrowienia, prowadzi w tym celu osobiste dzienniczki i są one istotną jego częścią. Ukazuje się w nich zarówno postęp, jak i wzorce czy sytuacje wymagające antynawrotowych interwencji.

Krok jedenasty dotyczy duchowości. W pierwszych trzech krokach uzależnione ofiary znajdują wiarę w Siłę Wyższą, co pozwala im wytrzeźwieć. Odkrywają wtedy na ogół, że Siła ta jest całkiem inna niż dawniej posiadany obraz Boga, często będący powiększeniem postaci toksycznego rodzica. Wiele ofiar wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie musiało czcić swoich oprawców, więc doświadcza oporu przed przyjęciem koncepcji bezwarunkowo miłującego Boga, który jest źródłem odwagi, siły i nadziei. Dla ofiar szczególnie ważne jest, by była to postać przyjazna, więc nie powielająca dawnej dynamiki, aby mogły bezpiecznie umacniać głęboką, osobistą więź, opartą na modlitwie, medytacji i współdziałaniu. Program zachęca je do zauważania zmian jakie dzięki tym duchowym doświadczeniom zachodzą w nich i w ich życiu. Na początku leczenia ofiary często omijają ideę „powierzenia się” Sił Wyższej i zaufania, że otrzymają od Niej duchowe wsparcie w trudnych chwilach, gdyż proces ten łatwo ożywia w nich uczucia związane z wiktymizacją. Muszą one wzmacniać w sobie poczucie, rozumienie Siły Wyższej to ich wolny wybór dokonywany w paśmie między religijnymi obrazami Boga, a siłami natury.

Podstawowy slogan AA mówi: „Abyś mógł to zachować, musisz przekazywać to dalej.” Oddaje to sens kroku dwunastego, w którym uzależnione ofiary dostrzegają, że poprzez praktykowanie poprzednich jedenastu kroków, doznały pewnego rodzaju przebudzenia duchowego, a dzieląc się swoją siłą i nadzieją, przekazują ją innym uzależnionym ofiarom. Opowiadając, jak doświadczały nałogu i jak cierpiały wskutek zagrażających zdrowiu i życiu skutków seksualnej traumy, przemawiają do ich potrzeby wytrzeźwienia i ocalenia z pourazowych symptomów. Mogą też pokazać, jak w praktyce modelują swoje wybory, by wieść przytomne, poukładane i pełne sensu życie. Tego procesu dzielenia się zdrowieniem nie wiążą z żadnymi osobistymi korzyściami, lecz z postawą pokory. W dalszym ciągu chodzą na spotkania i grupy wsparcia, żyją według programu i dzielą się sobą. Starają się dostosować zasady 12 kroków do swoich specyficznych doświadczeń i potrzeb zdrowienia z traumy. Ocalałe ofiary zdają sobie sprawę że nie osiągną doskonałości, ale mogą robić stałe postępy w swoim rozwoju.

PRZEBIEG NAWROTÓW

Zdrowienie z uzależnień chemicznych, jak i z traumy seksualnej, nie przebiega według liniowego wzrostu. Większość osób odzyskuje siebie etapami, na których za pierwszym „podejściem” zaczyna rozumieć charakter swoich nałogów i dynamikę dziecięcej wiktymizacji seksualnej, po czym wnosi tę wiedzę w codzienne życie, stosując ją i integrując, by „wyspręglić się” na pewien czas, zanim na nowo napłynie potrzeba dalszego rozwoju. Zdrowiejący ludzie od czasu do czasu cofają się nieco w tył – zazwyczaj wtedy, gdy wypróbowują nowo zdobyte zdolności lub gdy przechodzą szczególnie silne spiętrzenia stresu. Taki cyklicznie startujący i zatrzymujący się proces jest zjawiskiem normalnym i należy go oczekiwać.

Niektóre ofiary jednak nie „przekopują” się do końca przez proces zdrowienia; unieruchomione perspektywą przemiany, grzęzną i ostatecznie zamiast znów ruszyć do przodu, wpadają w dawne reaktywne zachowania, które dostarczają chwilowej psychicznej ulgi, lecz na dłuższą metę niosą jeszcze gorsze problemy. Do niektórych, często spotykanych „miejsc unieruchomienia” należą: (a) zaprzeczanie lub minimalizowanie siły i skutków wiktymizacji seksualnej, (b) uporczywa wiara ofiary, że wykorzystanie było jej własną winą, (c) kontynuacja redukujących napięcie, kompulsywnych zachowań, (d) angażowanie się w życie i potrzeby innych bardziej niż we własne, (e) izolowanie się i odsuwanie od siebie osób mogących dać terapeutyczne wsparcie, (f) przechodzenie przez kryzysy życiowe, jak ciężka depresja, próby samobójcze, ciągi intoksykacji czy autodestrukcji.

Jeśli miejsca unieruchomienia nie są w porę rozbrajane, by zdrowienie mogło znów ruszyć do przodu, pełnowymiarowy nawrót puka do drzwi. Określenie „nawrót” pochodzi z języka terapii uzależnień i oznacza zaczęcie na nowo używania substancji po pewnym okresie trzeźwości. I chociaż uzależnione ofiary mogą w ten sposób wracać do swojego nałogu, wracają też często, zamiast tego, do dawnych stanów i transów potraumatycznej reaktywności – klasycznego PTSD, redukujących napięcie kompulsji, czy sytuacji odtwarzania pierwotnej dynamiki i doznawania rewiktymizacji. Generalny kierunek zmierzania ku nawrotowi biegnie przez

zaprzeczanie siły i konsekwencjom (nałogu lub traumy seksualnej), na które nakłada się rozjątrzenie jednego lub kilku czynników wysokiego ryzyka. Wystarczy wtedy niewielki „zapalnik” by uruchomić „bombę” nawrotu.

Nawrót jest wynikiem nagromadzenia nakładających się na siebie i przyczynowo powiązanych zdarzeń, które, zestawione swojemu biegowi, kulminują w używaniu substancji lub wykwiec potraumatycznych symptomów. Podatność ofiar na nawrót zależy od rodzaju czynników wysokiego ryzyka, jakie wnoszą one za sobą w proces leczenia, jak i od indywidualnej odporności na uruchamiające zdarzenia i bodźce. Niewłaściwe obchodzenie się z uruchamiającymi zdarzeniami i bodźcami z otoczenia może prowadzić do: (a) wewnętrznej dysfunkcji (trudności z jasnym myśleniem, modulowaniem uczuć, przechowywaniem materiału pamięciowego, opanowywaniem stresu, wstydem i samoobwinianiem), (b) zewnętrznej dysfunkcji (unikanie i zachowania symptomatyczne, kryzysy, paraliż woli, hiper-czułość i lęk, odstawienie socjalne, zamęt i niewspółmierna reaktywność, wyuczona bezradność), (c) utraty kontroli (zanik granic, osądzanie, autodestrukcyjność, załamania fizyczne i psychiczne, oraz (d) deterioracji (próby samobójcze, depresje, ciągi intoksykacji, psychozy). Kluczem do interwencji przeciwnawrotowej jest w przypadku ofiar identyfikacja indywidualnych czynników wysokiego ryzyka, opanowanie związanych z traumą, uruchamiających bodźców, oraz nauka „czytania” sygnałów ostrzegawczych zwiastujących kłopoty. Typowe czynniki wysokiego ryzyka i uruchamiające zdarzenia, jak też typowa progresja od wewnętrznej dysfunkcji do ciężkich zachowań nawrotowych, przedstawiam poniżej.

Czynniki wysokiego ryzyka

Podejmując leczenie, dorosłe ofiary wnoszą ze sobą nieuchronnie różne przeszkody, o które potem nieraz zawadzają. Same czynniki ryzyka nie wpędzają ofiary w nawrót; zwiększają tylko jego prawdopodobieństwo. Oto niektóre z najczęściej spotykanych czynników zwiększających to ryzyko:

- 1) Historia ciężkich nadużyć z dzieciństwa. Dotyczy to najbardziej tych ofiar, których trauma seksualna zaczęła się jeszcze w niemowlęctwie, trwała przez długi czas i wydarzała się często, oznaczając wymuszone siłą penetracje, głęboką zdradę zaufania i która zadawana była przez oprawców mających największą przewagę rangi i wieku.
- 2) Ostre symptomy potraumatyczne. Retrospekcje i wtargnięcia (wizualne, słuchowe, węchowe, relacyjne i kinestetyczne), koszmary nocne, ataki paniki, powiktylizacyjny wstyd i wina, itd., są tak poważne, że powodują znaczne rozdarcie codziennego życia ofiary.
- 3) Historia rytualnych nadużyć sadystycznych. Ten rodzaj traumy niemal zawsze zawiera też nadużycia fizyczne. Cechami szczególnymi są także quasi-religijne rytuały i kult zła, obejmujący zarówno torturowanie i zabijanie stworzeń, jak i pełną kontrolę nad psychiką ofiar. Oprawcy często też podają alkohol czy narkotyki w celu znieczulenia lub wywołania dysocjacji.
- 4) Chroniczne, redukujące napięcie, zachowania. Zależność od kompulsywnych zachowań nie pozwala nauczyć się nowych, rozsądniejszych sposobów redukowania stresu. Stałe połączenie autodestrukcyjnych zachowań z powtarzającymi się obsesyjnymi myślami, jeszcze głębiej zakorzenia negatywne przekonania o sobie i wstyd.
- 5) Izolacja, życie w pozycji ofiary i zaniedbywanie siebie. Nowe zdolności i zmiany nabyte dzięki terapii szybko ulegają wymazaniu jeśli ofiary wciąż zachowują łączność ze swoimi oprawcami. Podobnie, jeśli zaniedbują swoje podstawowe potrzeby emocjonalne, duchowe i fizyczne, jak sen, odżywianie czy opieka medyczna, to psychika i ciało pozbawione są energii, jakiej wymaga zdrowienie.
- 6) Odwolywanie prawdy. Odmowa lub wycofywanie się z uznania doświadczonej traumy seksualnej i powrót do zaprzeczeń, to bardzo częsta, naturalna taktyka molestowanych dzieci, które muszą zachować lojalność wobec swoich oprawców. Także dorosłe ofiary nieraz wycofują się z dokonanych, ujawnionych, a nawet potwierdzonych odkryć, zaprzeczając im, co rodzi przytłaczający emocjonalny dysonans.

Uruchamiające zdarzenia i bodźce

O tym, czy dana osoba zacznie zmierzać w stronę nawrotu, decyduje związek między liczbą czynników wysokiego ryzyka a konkretnym wyzwalaczem. Przy mniejszej liczbie czynników wysokiego ryzyka, do wywołania wewnętrznych problemów potrzeby jest silniejszy stresor. Jeśli jednak ich liczba jest duża, wystarcza niewielki „zapalnik,” by wywołać zakłócenia myśleniu i modulowaniu uczuć. Typowe dla zdrowiejących ofiar uruchamiające zdarzenia i bodźce leżą przede wszystkim na polu interpersonalnym, powodując podejrzenia o zdradę, groźby, szantaże, opuszczenie, lęk bądź ostry konflikt z ukochaną osobą lub ważnym autorytetem. Wydarzenia te mieszczą się zwykle w następujących kategoriach:

- 1) Akty seksualne. W wielu dorosłych ofiarach doświadczenia pieśczęt miłosnych i seksu budzą koszmarnie uczucia i reakcje związane z dziecięcą wyktymizacją, jak dysocjacja, klasyczne objawy PTSD, wtargnięcia czy retrospekcje wykorzystania.
- 2) Zabiegi lekarskie. Konieczne w życiu różne procedury medyczne (zwłaszcza zabiegi ginekologiczne, dentystyczne, żenujące testy lub intruzywne badania jak intubacja) także mogą wywoływać PTSD oraz uczucia pogwałcenia i bezradności takie, jak w czasie nadużyć seksualnych w dzieciństwie.
- 3) Spotkanie z dawnym opresorem. Ofiary ulegają w efekcie emocjonalnej regresji do wieku wykorzystania i znów czują się jak wtedy: zamrożone, załęcznione i wstydzone. Reaktywuje się w nich także zakłamanie, oprawcze myślenie na własny temat i temat wyktymizacji.

- 4) Smierć pierwotnego oprawcy. Takie ostatecznie fizyczne oddzielenie często zdejmuje z ofiary dużą część wyparcia lub stłumienia, wywołując liczne przypomnienia dawnych nadużyć i związanych z nimi stanów emocjonalnych.
- 5) Otwarcie pamięci. Przychodzące na świat dzieci ofiary, ich wejście w określony wiek, lub ujawnienie przez nie własnej wiktylizacji seksualnej (często ze strony tego samego napastnika), otwiera w dorosłym rodzicu pamięć własnego wykorzystania.
- 6) Ujawnianie traumy seksualnej. Potraumatyczne stany mogą reaktywować się u dorosłych ofiar także wskutek negatywnej reakcji otoczenia na ujawnienie przez nie dawnej wiktylizacji seksualnej, lub wskutek ujawniania jej przez obce osoby, dzieci lub krewnych.
- 7) Rewiktylizacje. Wiele ofiar gwałtów, molestowania i domowej przemocy doznaje w wieku dorosłym podobnych napaści na siebie i przeżywa – podczas nich lub po – uwolnienie stłumionej pamięci nadużyć z dzieciństwa.
- 8) Ingerencje środków masowego przekazu. Po obejrzeniu filmu lub programu, usłyszeniu audycji lub przeczytaniu artykułu o nadużyciach seksualnych ściśle odzwierciedlających własną traumę, wiele ofiar doświadcza symptomów pourazowych i nieraz trafia w rezultacie na terapię.

Wewnętrzna dysfunkcja

Doświadczenie jakiegokolwiek z powyższych sytuacji uruchamiających może wywoływać poważny stres. Praca potrzebna do opanowania tych wyzwalaczy polega na identyfikowaniu ich, rozumieniu ich dawnego, specyficznego znaczenia i wpływu na życie, uwspółcześnianiu go z perspektywy dzisiejszego tu-i-teraz oraz planowaniu na tej podstawie skuteczniejszego radzenia sobie z podobnym stresem w przyszłości. Obok pracy z terapeutą, niezastąpioną pomocą w tym zadaniu wydaje się uczestnictwo w samopomocowych grupach ofiar. Ignorowanie tych wyzwalających bodźców lub dysocjowanie od nich, a co gorsza odpędzanie tego stresu za pomocą kompulsywnych zachowań odreagowujących, wywołuje w danej osobie symptomy wewnętrznej dysfunkcji. Należą do nich:

- 1) Trudności z jasnym myśleniem. Przejawiają się w postaci dysocjacji (poczucie odłączenia, przebywania poza ciałem, nie czucia i odrętwienia), „logiki transowej” (spaczenia percepcyjne, które z perspektywy dziecka wyjaśniały wykorzystanie), obsesyjność myślenia i utrata zdolności racjonalnego wnioskowania.
- 2) Trudności z modulowaniem uczuć. Naturalne uczucia złości, niepokoju i lęku przybierają tu formę niekontrolowanej furii, fobii i ataków paniki.
- 3) Trudności z przechowywaniem materiału pamięciowego. Kiedy retrospekcyjne obrazy, uczucia i doznania fizyczne wdzierają się w życie ofiary, traci ona kontakt z rzeczywistością i zapomina, że obecnie jest dorosła i bezpieczna.
- 4) Trudności z jedzeniem i snem. Potraumatyczne symptomy mogą uniemożliwić sen bez budzenia się i koszmarów oraz wywołać zaburzenia jedzenia, które stają się kojącą pociechą lub sposobem surowej kontroli.
- 5) Trudności z opanowywaniem stresu. Wskutek szczególnie wysokiej tolerancji na stres, większość ofiar ma skłonność do utrzymywania stanu silnego napięcia i jest w stanie „odpuścić sobie” lub „zwołnić” nieco dopiero, gdy dopada je jakieś nieszczęście: wypadek, ciężka choroba lub załamanie nerwowe.
- 6) Trudności ze wstydem i samoobwinianiem. Uruchamiające sytuacje i bodźce mogą reaktywować w dorosłej ofierze wykwity wstydu, toksycznej krytyki wewnętrznej, samoobwiniania i nienawiści do siebie.
- 7) Trudności z właściwym przypisaniem odpowiedzialności. Oznacza to osunięcie się z powrotem w zaprzeczanie zarówno, jeśli chodzi o wyłączną odpowiedzialność oprawcy za nadużycia, jakich dokonał, jak i odpowiedzialność ofiary za jej wybory jeśli chodzi o jej wyzdrowienie.

Zewnętrzna dysfunkcja

Jeśli problemy zewnętrzne nie są w wystarczającym stopniu rozwiązywane, ofiara może zacząć wykazywać oznaki dysfunkcji świadczące o załamywaniu się jej życia. Przejawia się to w narastaniu uczuć i zachowań, płynących z chronicznego napędzania stresu oraz ignorowania lub zaprzeczania sygnałom ostrzegawczym świadczącym o istnieniu dysfunkcji wewnętrznej. Oto niektóre z typowych problemów dysfunkcji zewnętrznej:

- 1) Unikanie i zachowania symptomatyczne. Ofiara wikła się w zmniejszające napięcie i blokujące zachowania, obliczone na unikanie uczuć i wspomnień nadużyć seksualnych. Mamy tu całe pasmo różnych aktywności, od odreagowywania na zewnątrz (obsesyjne związki i promiskuityzm, zagrożenia i ryzyko, ciągi obżarstwa) po odreagowywanie do wewnątrz (depresja, samookaleczenia, izolowanie się, anoreksja), przy jednoczesnym oporze przed zadaniami, jakie stawia zdrowienie.
- 2) Kryzysy. Ze względu na skłonność do życia w ciągłym stresie, wiele ofiar dostaje etykietującą diagnozę borderline, która dodatkowo utwierdza i zatrzymuje je w kryzysie. Znamienne, że niemal wszystkie kryteria składające się na akademicki opis zaburzenia osobowości z pogranicza, pokrywają się z klinicznymi reakcjami na seksualną traumę z dzieciństwa. Wobec obcości harmonizujących doświadczeń zdrowienia, kryzysy są dla ofiar pociągające ze względu na znajomość skoków adrenaliny i chaosu.
- 3) Paraliż woli. Wewnętrzny i zewnętrzny chaos łatwo wtrąca ofiary w stan unieruchomienia i stają się one niezdolne do jakichkolwiek istotnych, posuwających naprzód działań. Często następuje wtedy ciężka depresja.

- 4) Hiperczułość i lęk. Owo unieruchomienie i depresyjność wywołuje nieraz lękową potrzebę zachowywania hiper-czułości i podejrzliwości wobec innych, nawet (lub zwłaszcza) jeśli niosą oni wsparcie i pomoc.
- 5) Odstawienie socjalne. Ofiary w tym stanie izolują się od swoich grup 12 kroków, grup wsparcia, przyjaciół, pomocnych członków rodziny, terapeutów i programów leczenia, a niekiedy nawet tracą psychiczną zdolność do pracy.
- 6) Zamęt i niewspółmierna reaktywność. Myślenie dorosłych ofiar w stanie nawrotowym jest oderwane od rzeczywistości i mniej sprawne. Wpadają one w zamęt i reagują obronnie na przyjazne sytuacje i ludzi.
- 7) Wyczuwana bezradność. Postawa ta wypływa z nieskuteczności lub niezdolności ofiary do opanowania chaosu i wprowadzania zmian w traumatyzujące ją skutki nadużyć seksualnych z dzieciństwa. Z drugiej strony zasila tę postawę pozycja buntu i niesubordynacji.

Utrata kontroli

Jeśli symptomy zewnętrznej dysfunkcji nie zostaną opanowane w leczeniu, następuje behawioralna utrata kontroli. Ofiary w takim stanie nie potrafią opanować własnych destrukcyjnych zachowań ani odpowiednio zatroszczyć się o siebie. Skutki zazwyczaj są następujące:

- 1) Utrata własnych granic. U ofiar może ona mieć formę pozwalania innym na intruzywne zachowania i kontakty, lub stawiania własnym dzieciom nieodpowiednich wymagań.
- 2) Upośledzona ocena sytuacji. Ofiary zaczynają podejmować złe wybory pod względem swojego bezpieczeństwa, wchodzenia w związki, opieki nad sobą, itd.
- 3) Niezdolność zwracania się o pomoc. Ofiary zaprzeczają ostatecznie swojej potrzebie leczenia i pomocy i odrzucają wszelkie konstruktywne propozycje.
- 4) Zawężenie skali wyborów. Ofiara zaczyna czuć, że nie ma dla niej innego wyjścia, jak choroba psychiczna i psychiatryk, samobójstwo lub powrót do chemicznego uzależnienia.
- 5) Emocjonalne i/lub fizyczne załamanie. Może ono mieć postać ciągłych ataków paniki, psychoz, ciężkich depresji i innych zaburzeń psychiatrycznych lub somatyzującej stres, poważnej choroby.
- 6) Rewiktylizacja i reaktywacja traumy. Wskutek kombinacji utraty granic, upośledzenia oceny i przymusu unikania, ofiary często doświadczają rewiktylizacji w formie gwałtów, fundamentalnych zdrad zaufania, przemocy domowej lub niewolnictwa seksualnego.

Deterioracja

W tej sytuacji dorosłe ofiary sięgają po ostateczne środki i drastyczne rozwiązania. Zazwyczaj podejmują próbę samobójczą lub usiłują zabójstwa, wracają do narkotyków, prostytucji czy alkoholu, bądź fundują sobie poważne zaburzenia psychiatryczne wymagające hospitalizacji.

Zapobieganie nawrotom – monitoring sygnałów ostrzegawczych.

Uzależnione chemicznie ofiary nadużyć seksualnych mają silną skłonność do ulegania nawrotom, zarówno jeśli chodzi o nałóg, jak i o wczesnodziecięcą traumę. Odpowiednia interwencja podjęta przez daną osobę i jej sieć wsparcia może przerwać nawrót zanim konsekwencje staną się tragiczne, lub wręcz mu zapobiec. Omówione niżej kroki dla ofiar wykorzystania seksualnego biegną równolegle do planu przeciwnawrotowego dla osób uzależnionych chemicznie:

Stabilizacja – odzyskanie kontroli. Te same zadania uzależnione ofiary podejmowały na początku leczenia, łącznie z ujęciem treści emocjonalnej, roztoczeniem opieki nad sobą, opanowaniem kryzysu oraz przewartościowaniem i przemianowaniem treści poznawczej. Aby zredukować stres do minimum, może być konieczne czasowe zwiększenie liczby mityngów, spotkań grup wsparcia i sesji terapeutycznych.

Ocena sytuacji – zobaczenie, co się stało. Wymaga to zazwyczaj wysłедzenia zdarzeń i bodźców, jakie uruchomiły progresję nawrotu oraz rozplątania kłębowiska dysfunkcyjnych myśli, uczuć i zachowań jakie jej towarzyszyły. Ważna jest też ocena bieżącego poziomu troski o siebie i odporności na czynniki wysokiego ryzyka.

Edukacja. Niezbędne jest, aby uzależnione ofiary poznały mapę procesu zdrowienia i mechanizmy powstawania nawrotów, czy to chemicznych czy zachowań odreagowujących i potraumatycznych symptomów. Muszą one zrozumieć, w jaki sposób ostre objawy odstawienia i klasyczne PTSD mogą zakłócać zdrowienie.

Identyfikacja sygnałów ostrzegawczych. Jest to fundament dla planowania strategii przeciwnawrotowej. Sygnały ostrzegawcze są jak żółte światło na skrzyżowaniu, które sygnalizuje istnienie zagrażających problemów, często wywoływanych przez czynniki wysokiego ryzyka. Uzależnionym ofiarom sugeruje się podjęcie następujących zadań:

- Przejrzyj listę sygnałów ostrzegawczych według wyżej przedstawionej progresji (od dysfunkcji wewnętrznej aż do deterioracji);
- Postaw „ptaszka” przy nie więcej niż trzech sygnałach dotyczących twojej sytuacji;
- Opisz te sygnały własnymi słowami;
- Opowiedz terapeutce lub grupie historię ich manifestowania się w twoich doświadczeniach, oraz historię prawdopodobnych wydarzeń w przyszłości, gdzie mogłyby znów wystąpić;
- Zidentyfikuj swoje myśli, uczucia i przymusowe zachowania towarzyszące sygnałom ostrzegawczym.

Opanowanie sygnałów ostrzegawczych. Gdy są już one rozpoznane, musi powstać plan działania. Ofiary muszą nauczyć się identyfikować, przewidywać i reagować tak, aby unikać ich wystąpienia lub integrować je na bieżąco w codziennym życiu. Czynniki wysokiego ryzyka zostają określone i złagodzone. Codzienny plan działań pomaga ustrukturyzować uruchamiające sytuacje i ryzykowne zachowania.

Codzienny przegląd zdrowienia. Zapobieganie nawrotom wspomaga planowanie podstawowych zajęć na każdy dzień, co pozwala wykorzystanym osobom lepiej radzić sobie z trudnymi sytuacjami, wspomnieniami i emocjami. Chodzi przede wszystkim o sesje terapeutyczne, spotkania grup samopomocowych, pisanie dziennika uczuć, snów i/lub autoafirmacji.

Włączenie ważnych osób. Uzależniona chemicznie ofiara nie może wyzdrowieć w pojedynkę. Potrzebny jej jest rozbudowany system wsparcia, by tworzące go osoby wiedziały na bieżąco o jej sygnałach ostrzegawczych i mogły występować z sugestiami interwencji.

Kontynuacja i umacnianie się. Kiedy zdrowiejące ofiary nawiązują bliższe relacje i intymne związki, zaczynają odkrywać nowe, uruchamiające reakcje potraumatyczne i nawrototwórcze mechanizmy pochodzące z przeszłości, co będzie wymagało stałej, bieżącej obserwacji sygnałów ostrzegawczych. Mogą też wyznaczyć sobie punkty kontrolne, np. co trzy miesiące, by podsumowywać tę ocenę i wprowadzać konieczne korekty.

Spojrzenie w przyszłość – potrzeba dwutorowego planu zdrowienia

W tym rozdziale wykazałam konieczność leczenia długofalowych skutków traumy seksualnej równoległe do programu odwykowego. Większość ludzi uzależnionych dźwiga różne rodzaje zranień z dzieciństwa, które bardzo często mają postać wykorzystania seksualnego. Część uzależnionych ofiar doświadcza poważnych symptomów potraumatycznych już na początku abstynencji, inni dopiero później lub znacznie później. Zadaniem dla klinisycy pracującego zarówno w obszarze uzależnień jak i obszarze zdrowia psychicznego, jest przeprowadzenie w każdym przypadku indywidualnego, dwutorowego rozpoznania i zapewnienie odpowiedniego leczenia dla każdej diagnozy. .

Ta ludzka, empatyczna równowaga konieczna jest zarówno dla klinicznego osiągnięcia trzeźwości, jak dla szacunku i uprawomocnienia dla tragicznej historii dzieciństwa wszystkich klientów. Każdy tych odmiennych nurtów leczenia musi zaprzestać bronięcia swojej filozofii i terytorium przed drugim, lecz wnieść na nie własne doświadczenia i osiągnięcia oraz przyjąć to, co przed czym się broni. Wymaga to pokory, otwartości umysłu i wzajemnego szacunku, a niekiedy też poczucia humoru... Kiedy dorosłe ofiary otrzymują z każdego nurtu to, co najlepsze, spełnia się dla nich obietnica pogody ducha, opisana przez program 12 kroków.

W okresie gdy kończę pisać ten rozdział, „nasza” dziedzina leczenia osób molestowanych w dzieciństwie staje w obliczu powszechnej nagonki, napędzanej doktryną „syndromu” fałszywej pamięci. Debaty naukowe i nienaukowe na temat prawdziwości wypartych i odzyskiwanych wspomnień to tylko jedna z wielu metod, jakimi nagonka stara się zniechęcić do mówienia światu przerażającej prawdy przez tych, którzy mają odwagę opowiadać swoje historie seksualnej wiktymizacji. Uderza to również w profesjonalistów i jako klinicyści oddani leczeniu ofiar traumy nigdy przedtem nie przeżywalismy tak ciężkich opresji. Dlatego powinniśmy zakończyć wewnętrzne spory i połączyć siły, znosząc nieznośną polaryzację na wyżej opisane nurty.

Wyobrażam sobie rosnącą świadomość potrzeby ekspansywnego podejścia do leczenia wczesnodziecięcej traumy i jej przejmujących konsekwencji. Moja wizja dotyczy zasypania wąwozu między oboma nurtami, aby zdrowiejące z traumy i uzależnień osoby mogły czerpać ze wszystkich dostępnych kierunków terapeutycznych. Moja wizja dotyczy powszechnego zrozumienia natury zaburzeń dysocjacyjnych i roli substancji chemicznych i uzależnień w „radzeniu sobie” z nimi. Dotyczy także specyfiki pamiętania/wypierania traumy i jej tendencji do wypływania na wierzch w późniejszych okresach życia, jak i specyfika adaptacji osobowościowych koniecznych ofiarom do przetrwania. Z takim zrozumieniem zaczniemy być może traktować zdrowienie jako immanentnie mądrą podróż do ocalenia, angażującą i wspierającą krok po kroku coraz liczniejsze rzesze ludzi. Być może zaczniemy wtedy traktować tzw. nawroty jako stany potrzebne nam w rozwoju i napędzające go, zamiast zagorzałe starać się im zapobiegać.

W obliczu czasów stawiających nam dziś szczególne wyzwanie, wierzę że praca w tym kierunku ma nie tylko wartość i sens, ale też olbrzymie społeczne i polityczne rozgałęzienia wybiegające z pomocą do krzywdzonych dzieci na całej planecie Ziemia. Ilekroć czuję się przytłoczono ogromem ich cierpienia i stojącego przed nami wyzwania, pocieszam się historią o turyście i rybaku na plaży całej zasłanej rozgwieżdżami wyrzuconymi przez morze. Widząc go niosącego pieczołowicie jedną z rozgwieżdż z powrotem do wody, turysta zapytał, jaka to różnica wobec tysiąca innych tych stworzeń, które tymczasem wysychają na śmierć od palącego słońca? Rybak odrzekł: Dla tej, która ocaleje, to olbrzymia różnica; póki co, pozostałe będą żyły w niej.”