

Chłopiec chowany jak pies i inne historie z notesu psychiatry

Czego o miłości i zdrowieniu uczą nas strauumatyzowane dzieci



Bruce D. Perry, M.D., Ph.D.

tłum. Robert TUŁO Waśkiewicz

Bruce D. Perry, M.D., Ph.D. i Maia Szalavitz

Rozdział 1 – ŚWIAT TINY

Tina była moim pierwszym dziecięcym pacjentem, miała siedem lat gdy ją poznałem. Mała, krucha, kuląca się do matki i rodzeństwa, niepewna, czego się spodziewać po nowym lekarzu, siedziała w poczekalni dziecięcej kliniki psychiatrycznej Uniwersytetu Chicago. Prowadząc ją do gabinetu i zamykając drzwi nie byłem pewien, które z nas jest bardziej zdenerwowane: mierząca 90 cm czarna, schludna dziewczynka z burzą pieczołowicie zaplecionych warkoczyków, czy mierzący dwa metry biały facet w dżinsach, z długimi, bezładnie poskręcanymi włosami. Tina siadła na kanapie, mierząc mnie wzrokiem od stóp do głów. Po chwili wstała i, przemierzając pokój, podeszła do mnie. Wdrapała się na moje kolano i przytuliła się do mnie.

Mój lęk odszedł. Byłem wzruszony: „Boże, jaka to miła rzecz. O, ja głupi! Co za słodkie dziecko”. Tina, przesunawszy się trochę, wyciągnęła rękę do mojego krocza i usiłowała rozpiąć suwak. Poczułem smutek. Delikatnie zdjąłem jej rękę z moich ud i ostrożnie uniósłszy, zdjąłem dziewczynkę z kolan.

Wcześniej, rankiem tego dnia, przeglądałem jej ”kartę” – pojedynczy, mały arkusz papieru z minimum informacji zebranych przez telefon przez naszą pracownicę robiącą wstępny wywiad. Tina mieszkała z matką i dwojgiem młodszego rodzeństwa. Jej matka, Sara zadzwoniła do dziecięcej kliniki psychiatrycznej pod naciskiem szkoły na przebadanie dziewczynki z powodu jej agresywnych i „niewłaściwych” zachowań wobec rówieśników. Tina obnażała się przed nimi, atakowała ich fizycznie, używała seksualizującego języka i starała się wciągać ich w seksualne zabawy. Nie uważała na lekcjach i często odmawiała wykonywania poleceń.

Najistotniejsza w wywiadzie była informacja, że między czwartym a szóstym rokiem życia, przez dwa lata, dziewczynka była wykorzystywana seksualnie. Napastnikiem był szesnastoletni syn jej niańki, który molestował nie tylko Tinę, ale i jej młodszego braciszka,

Michaela, gdy Sara, samotna mama dzieci, była w pracy. Aby zapewnić rodzinie utrzymanie, Sara pracowała za minimalną pensję w sklepie blisko miejsca zamieszkania. Jedyną pomoc do dzieci, na jaką mogła sobie pozwolić, to nieformalny układ z sąsiadką, która niestety zostawiała dzieci swojemu zaburzonemu synowi i szła załatwiać sprawunki. Ten wiązał dzieci i gwałcił je, penetrował waginalnie i analnie przedmiotami i groził, że je zabije, gdyby komuś powiedziały. W końcu Sara go przyłapała i nadużycia ustały.

Sara nie pozwoliła mu więcej zbliżyć się do swoich dzieci, ale spustoszenia już się w nich dokonały. (Oprawcę oskarżono; nie został jednak wysłany do więzienia, tylko na terapię). Od tego czasu minął rok. Tina miała poważne problemy, matka była bez środków do życia, a ja nie miałem pojęcia o molestowanych dzieciach.

– Chodź, pokolorujemy sobie coś – powiedziałem łagodnie, zdjawszy ją z kolan. Wydawała się zaniepokojona. Czy mnie nie zadowoliła? Czy będę się złościł? Brązowymi oczami lękliwie badała moją twarz, obserwując moje ruchy, wsłuchując się w mój głos i szukając niewerbalnych sygnałów, aby się zorientować, o co chodzi w tej interakcji. Moje zachowanie nie pasowało do niczego z jej wewnętrznego katalogu wcześniejszych doświadczeń: znała mężczyzn tylko jako seksualnych napastników. Żaden kochający ojciec, wspierający dziadek, dobry wujek ani chroniący brat nie zaistniał w jej życiu. Widywała tylko kochanków matki, często całkiem nieodpowiednich, oraz swojego bezpośredniego oprawcę. Doświadczenie pokazało jej, że mężczyźni tylko chcą seksu, od niej lub od matki. Z tej perspektywy uznała całkiem logicznie, że i ja będę chciał tego samego.

Co powinienem zrobić? Jak przez godzinę terapii w tygodniu zmienić zachowania lub przekonania osoby zniszczonej przez lata urazowych doświadczeń? Nic, absolutnie nic z nauk, szkoleń i doświadczeń, jakie przeszedłem, nie przygotowało mnie do spotkania z tą małą dziewczynką. Nie rozumiałem jej. Czy z każdym, nawet z kobietami i dziewczynkami, wchodziła w interakcje tak, jakby chciano od niej seksu? Czy to był jedyny znany jej sposób wchodzenia w relacje? Czy wiązały się z tym w jakiś sposób jej agresywne i impulsywne zachowania w szkole? Czy pomyślała, że ją odrzucam? I jak takie przekonanie mogłoby na nią wpłynąć?

Był 1987 rok. Wykładałem dziecięcą i młodzieżową psychiatrię na Uniwersytecie Chicago, zaczynając ostatnie dwa lata najlepszych szkoleń medycznych w kraju. Miałem za sobą prawie dwanaście lat nauki po maturze, tytuły magistra i doktora oraz trzy lata praktyki przyzakładowej jako lekarz psychiatrii ogólnej. Prowadziłem laboratorium neuronaukowe badające mózgowo-systemy reagowania na stres. Wiedziałem wszystko, co zostało poznane na temat komórek nerwowych, pracy ośrodków CUN, ich skomplikowanych sieci połączeń i pracującej tam biochemii. Strawiłem lata, starając się zrozumieć ludzki umysł. I po tych wszystkich naukach, przychodziła mi do głowy jedyne, myśl: „Siądź z Tiną przy dzieciennym biurku, daj jej pudełko kredek i zeszyt z kolorowankami”. Otworzyła go i przeglądała.

– Mogę pokolorować ten? – spytała miękko, najwidoczniej wciąż niepewna, co robić w tej dziwnej sytuacji.

– Jasne – odrzekłem.

– Mam zrobić sukienkę na niebiesko czy na czerwono? – spytała.

– Na czerwono.

– Dobrze.

Podsunęła mi rysunek do aprobaty:

– Ślicznie. – powiedziałem.

Uśmiechnęła się. Następne czterdzieści minut przesiedzieliśmy na podłodze, bok w bok, kolorując w milczeniu, sięgając po kredki, pożyczając je sobie, robiąc postępy w wychodzeniu do siebie i przyzwyczajając się do bycia z kimś obcym w tej samej przestrzeni.

Po sesji odprowadziłem Tinę z powrotem do poczekalni. Jej matka trzymała na rękach niemowlę i rozmawiała z czteroletnim synkiem. Podziękowała mi i umówiliśmy się na

następny tydzień. Gdy rodzina wychodziła, czułem, że muszę porozmawiać z kimś bardziej doświadczonym – z superwizorem, który pomógłby mi zobaczyć, jak pomóc tej dziewczynce.

W szkoleniach z zakresu zdrowia psychicznego superwizja jest mylącym określeniem. Kiedy jako student medycyny uczyłem się cewnikowania, prowadzenia kartotek, czy pobierania krwi, byli wokół mnie bardziej doświadczeni lekarze udzielający instrukcji, besztający, asystujący, uczący. Często dawali mi natychmiastowe – i zwykle negatywne – zwroty. Dopóki realizowaliśmy model: „obserwuj, rób, nauczaj”, zawsze był w pobliżu jakiś starszy i bardziej doświadczony lekarz, pomagający mi w każdym kontakcie z pacjentem. Ale nie w psychiatrii. Jako praktykant, w kontakcie z pacjentem, czy z pacjentem i jego rodziną, niemal zawsze byłem sam. Dopiero po odbyciu sesji – a często dopiero kilku – omawiałem je z moim superwizorem. W pracy klinicznej, adept dziecięcej psychiatrii ma zazwyczaj wielu superwizorów, więc często przedstawiałem to samo dziecko lub przypadek kilku z nich, by poznać różne spojrzenia i czerpać z wielu wglądów, oby uzupełniających się. Jest to ciekawe podejście i ma znaczne zalety, ale też ewidentne ograniczenia, które dopiero miałem odkryć.

Przedstawiłem przypadek Tiny mojemu pierwszemu superwizorowi, doktorowi Robertowi Stine* – młodemu, poważnemu intelektualistcie, który skończył się w psychoanalizie. Nosił gęstą brodę i każdego dnia wyglądał tak samo: czarny garnitur, czarny krawat i biała koszula. Wydawał się dużo bystrzejszy ode mnie. Swobodnie operował psychiatrycznym żargonem: „introjekt matki”, „relacja z obiektem”, „przeciw-przeniesienie”, „fiksacja oralna” itd. Ilekroć sypał tymi terminami, patrzyłem mu w oczy starając się wyglądać odpowiednio poważnie i kiwałem myśląc głową, jakby mówił rzeczy, które mnie oświecały. „Ach, tak”, „W porządku”, „Dobrze, będę miał to na uwadze”. Ale w skrytości myślałem: „O czym on do cholery gada?”

Przedstawiłem krótką, formalną prezentację Tiny, opisując jej symptomy, historię, rodzinę i skargi szkoły, dodając szczegóły kluczowych elementów jej pierwszej wizyty. Dr Stine notował. Gdy skończyłem, spytał: „Więc jak myślisz, co ona ma?” Nie miałem pojęcia.

– „Nie jestem pewien” – odrzekłem wymijająco. Szkolenie medyczne uczy młodego lekarza udawać o wiele mniejszego ignorantą, niż jest nim w rzeczywistości. A ja byłem ignorantem. Dr Stine zaproponował, byśmy sięgnęli do diagnostycznego podręcznika zaburzeń, DSM (Diagnostic Statistic Manual).

W owym czasie była to wersja DSM III. Mniej więcej co dziesięć lat DSM jest poprawiany, by uwzględniać najnowsze badania i poglądy na zaburzenia. Przyświecają temu obiektywne i słuszne zasady, ale proces ten jest bardzo podatny na różne socjopolityczne i inne nienaukowe naciski. Na przykład homoseksualizm był dawniej uważany za zaburzenie, a teraz nie. Ale do dziś głównym problemem jest to, że DSM bazuje na listach symptomów. Jest rodzajem podręcznika komputerowego napisanego przez zespół, który nie ma pojęcia o twardym ani miękkim oprogramowaniu – podręcznika starającego się określić przyczyny problemów komputera i sposoby ich usuwania na podstawie dźwięków jakie wydaje dany egzemplarz PC. Z moich badań i wyszkolenia wiem, że systemy w tej „maszynerii” – w tym przypadku ludzkim mózgu – są niezwykle złożone. W rezultacie wydaje mi się, że ten sam zewnętrzny „efekt” może pochodzić z wielu różnych problemów wewnątrz. DSM nie bierze tego pod uwagę.

– A więc ma problemy z dyscypliną, jest nieuważna, impulsywna, nie stosuje się do poleceń, jest wyzywająca seksualnie, przekorna i ma problemy z rówieśnikami. Spełnia zatem kryteria zaburzenia deficytu uwagi Attention Deficit Disorder, ADD i zaburzenia opozycyjno-wyzywającego – zawyrokował niezwłocznie dr Stine.

– Tak, domyślam się. – odrzekłem. Ale to mi nie pasowało, Tina przeżywała coś znacznie innego i głębszego niż te diagnostyczne etykiety. Z badań jakie prowadziłem nad mózgiem wiedziałem, że systemy zaangażowanie w kontrolę i skupienie uwagi są szczególnie

złożone. Wiedziałem też, że może na nią wpływać wiele czynników środowiskowych i genetycznych. Czy etykietowanie Tiny jako „seksualnie wyzywającej” nie jest błędem, zważywszy, że jej nie stosowanie się do poleceń było zapewne skutkiem wiktylizacji. Co z zamętem poznawczym każącym jej myśleć, że zachowania seksualne z dorosłymi i innymi dziećmi są normalne? Co z jej seksualizującą mową i opóźnieniem językowym? A nawet jeśli miała zaburzenia deficytu uwagi ADD, to czy zrozumienie wykorzystania seksualnego nie może okazać się ważne w zrozumieniu, w jaki sposób trzeba ją leczyć? Nie wnosiłem jednak tych pytań. Patrzyłem na dra Steina, kiwając głową, jakbym chłonał jego nauki.

– Idź, poczytaj o psychofarmakologii na ADD. Porozmawiamy więcej za tydzień – poradził mi.

Wyszedłem od dra Steina z poczuciem zamętu i zawodu. Czy tak ma wyglądać bycie psychiatrą dziecięcym? Kształciłem się na psychiatrę ogólnego dorosłych i znane mi były ograniczenia superwizji, jak i podejścia diagnostycznego, nie znałem tylko problemów dzieci, które do mnie trafiały. Społecznie zmarginalizowane, opóźnione rozwojowo, poważnie uszkodzone, były przysyłane do naszej kliniki, abyśmy naprawiali rzeczy, które wydawały się nienaprawialne za pomocą narzędzi, jakie mieliśmy do dyspozycji. W jaki sposób kilka godzin w tygodniu i recepta może zmienić wygląd i zachowania Tiny? Czy dr Stine naprawdę wierzył, że ritalin lub inny narkotyk na ADD rozwiąże jej problemy?

Na szczęście miałem też drugiego superwizora, mądrego, wspaniałego człowieka i giganta w dziedzinie psychiatrii. Doktor Jarl Dyrud pochodził, tak jak ja, z Północnej Dakoty i błyskawicznie się porozumieliśmy. Podobnie jak dr Stine, dr Jarl Dyrud był orientacji psychoanalitycznej, miał jednak za sobą także lata prawdziwych życiowych doświadczeń w próbach rozumienia ludzi i pomagania im. Pozwalał, by to one kształtowały jego spojrzenie, a nie teorie Freuda.

Dr Dyrud uważnie słuchał gdy opisywałem mu Tinę. Potem uśmiechnął się i rzekł:

– Podobało ci się wspólne kolorowanie?

Zastanowiłem się chwilę:

– Tak, nawet bardzo.

– Świetny początek. Powiedz mi więcej.

Zacząłem wymieniać listę symptomów Tiny i zastrzeżenia dorosłych wobec jej zachowań.

– Nie, nie. Opowiedz mi o niej samej, nie o objawach.

– Co masz na myśli?

– To, gdzie mieszka, jak wygląda jej mieszkanie, o której chodzi spać, co robi w ciągu dnia? Mów mi o niej.

Musiałem przyznać, że nie posiadam takich informacji.

– Poświęć trochę czasu na poznanie jej samej, nie jej objawów. Dowiedz się, jakie jest jej życie – doradził.

Następnych kilka sesji Tina i ja spędziliśmy na kolorowaniu, prostych zabawach, grach i mówieniu o tym, co lubi. Pytając dzieci takie jak Tina, kim chcą być gdy dorosną, często słyszę jak odpowiadają: „Jeśli dorosnę, to...” Widziały tak wiele przemocy i śmierci w sąsiedztwie i we własnym domu, że osiągnięcie dorosłości wcale nie wydaje się im pewne. W naszych rozmowach Tina mówiła, że chciałaby być nauczycielką, innym razem, że fryzjerką, zgodnie z naturalnie zmieniającymi się pragnieniami dziewczynek w jej wieku. Ale gdy omawialiśmy szczegóły tych konkretnych celów, zajęło to trochę czasu zanim udało mi się pomóc jej zobaczyć, że przyszłość nie jest ciągiem nieprzewidywalnych przypadków, które ci się przydarzają, ale czymś, co można planować, przewidywać, a nawet zmieniać.

Rozmawiałem też z jej matką o jej zachowaniach w szkole i w domu i coraz więcej dowiadywałem się o uch życiu. Był oczywiście rutynowy rytm szkoły. Po szkole niestety było zwykle kilka godzin, od czasu, gdy Tina i jej braciszek wracali do domu, do czasu gdy Sara przychodziła z pracy. Wprawdzie kazała dzieciom dzwonić w międzyczasie do siebie i też

zawsze byli sąsiedzi jako kontakt w nagłym wypadku, ale nie ryzykowała więcej żadnych opiekunek. Dzieci siedziały więc same w domu, zwykle przed telewizorem. I nieraz, przyznawała Sara, ze względu na to, co oboje przeszli, wywiązywały się między nimi seksualne zabawy.

Sarze daleko było do matki zaniedbującej, ale licha praca, by wykarmić trójkę dzieci, wyczerpywała ją, zostawiając często wyczerpaną, przytłoczoną i upadłą na duchu. Zresztą każdy rodzic byłby przeciążony radzeniem sobie z emocjonalnymi potrzebami tak traumatyzowanych dzieci. Rodzina miała mało czasu na wspólne zabawy i zwykle bycie razem. Jak w wielu finansowo biednych domach, zawsze była jakaś paląca potrzeba – ekonomiczna, medyczna czy psychiczna – wymagająca natychmiastowej uwagi, by zapobiec kompletnej katastrofie, jak bezdomność, utrata pracy czy rujnujące długi.

Praca z Tiną szła naprzód, a Sara zawsze uśmiechała się na mój widok. Godzina terapii dziewczynki była dla matki jedyną chwilą w tygodniu, gdy nie musiała nic robić, tylko być z pozostałą dwójką dzieci. Tina zbiegała do mojego gabinetu, gdy ja jeszcze chwilę wyglupiałem się z jej braciszkiem – on też był w terapii, ale u kogoś innego – i uśmiechałem się do niemowlęcia. Kiedy się upewniłem, że mają jakieś zajęcie w poczekalni, dołączałem do Tiny czekającej na mnie na krzeselku.

– Co dziś robimy? – spytała, zerkając na pudełka z gramami, kolorowanki i zabawki jakie zdążyła pościągać z półek i ustawić na stole. Udałem, że mocno się zastanawiam, kiedy przypatrywała mi się wyczekująco. Położyłem wzrok na pudełku, mówiąc:

– A może zagralibyśmy w „Operację”?

– Tak – wybuchnęła śmiechem.

Tina przewodziła w grze. Powoli wprowadzałem nowe koncepcje, jak wyczekiwanie i zastanawianie się, co mam robić dalej. Od czasu do czasu dzieliła się ze mną spontanicznie jakimś faktem, jakąś nadzieją czy swoim lękiem. Dopytywałem, by mieć jasność. Wtedy kierowała naszą interakcję znów na grę. I tak poznawałem ją, tydzień po tygodniu.

Późną jesienią jednakże Tina spóźniła się mocno kilka razy z rzędu. Ponieważ sesje były tylko godzinne, oznaczało to ledwie dwadzieścia minut pracy. Zrobiłem błąd, dzieląc się tym faktem z drem Stine’em. Uniósł brwi i gapił się na mnie. Wydawał się niezadowolony.

– Jak myślisz, co się tu dzieje?

– Nie jestem pewien. Jej matka jest strasznie przeciążona.

– Musisz to zinterpretować jako opór.

– Ach, no jasne. – O czym on do cholery gada? Czy sugeruje mi, że Tina nie chce przychodzić do mnie na terapię, czy że w jakiś sposób zmusza swoją mamę do spóźniania się? – Masz na myśli opór jej czy opór matki? – spytałem

– Ta matka wystawiała swoje dzieci na szwank. Może czuć urazę, że jej dziecko ma twoją uwagę. Może nie chce poprawy, lecz by dziewczynka pozostała uszkodzona” – odpowiedział.

– Och, – zareagowałem, nie mając pewności co myśleć.

Wiedziałem, że psychoanalitycy często traktują spóźnianie się jako przejaw „oporu” przed przemianą, ale to zaczynało wyglądać mi na absurd, zwłaszcza w tym przypadku. Takie myślenie odbierało przestrzeń jakimkolwiek autentycznym zdarzeniom. Wydawało mi się nie na miejscu obwinianie osób takich jak Sara, która, wedle moich obserwacji, robiła wszystko co możliwe, by pomóc dziecku. Jej było naprawdę trudno dotrzeć do kliniki. Musiała jechać, przesiadając się, trzema autobusami, które w warunkach ostrej chicagowskiej zimy często się spóźniały. Nie miała opiekunki do dzieci, więc musiała zabierać je z sobą. Nieraz pożyczła pieniądze, aby mieć na bilet. Wydawało mi się, że robiła wszystko, co mogła w tej skrajnie trudnej sytuacji.

Kilka dni później, wyjeżdżając z kliniki w mroźny wieczór, zobaczyłem Tinę z rodziną czekającą na powrotny autobus. Stali w półmroku, śnieżycą przesypywała swe płatki w przyćmionym świetle pobliskiej latarni. Sara trzymała niemowlę na rękach, Tina siedziała z braciszkiem na ławeczce pod lampą grzewczą na przystanku. Siedzieli bok w bok, blisko siebie, trzymając się za ręce i machając w powietrzu nogami, nie sięgającymi ziemi. Próbowali chwytać synchroniczność ruchu. Za kwadrans siódma, przeraźliwy ziąb. W najlepszym razie dojadą do domu za godzinę. Cofnąłem samochód w niewidoczne miejsce i obserwowałem ich w nadziei, że autobus zaraz nadjedzie.

Czułem się winny patrząc na nich z ciepłego auta. Uważałem, że powinienem je podwieźć. Dziedzina psychiatrii jest jednak bardzo restrykcyjna jeśli chodzi o granice. Między lekarzem a pacjentem oczekiwane są nieprzenikalne mury, czytelne linie demarkacyjne określające jasno relacje i związki w życiu, którym w innych przypadkach często brak struktury. Zasada ta zazwyczaj ma dla mnie sens, ale jak wiele innych terapeutycznych postaw wykształconych w tradycji pracy z dobrze sytuowanymi osobami z nerwicą, tutaj zdawała się nie pasować.

Wreszcie nadjechał autobus. Poczulem ulgę.

Za tydzień, długo czekałem po naszej sesji zanim poszedłem do auta. Próbowiałem sobie wmówić, że mam zaległości w porządkowaniu papierów, ale tak naprawdę chciałem uniknąć widoku Tiny z rodziną wyczekujących na mrozie. Nie mogłem przestać rozważać, co złego miałyby być w tym prostym ludzkim odruchu podwiezienia kogoś do domu, by nie marzył? Czy naprawdę zaburzyłoby to terapeutyczny proces? Wydawało mi się raz tak, raz inaczej, ale moje serce trwało niezmiennie na swojej pozycji. Taki szczerzy akt uprzejmości, zdawało mi się, mógłby mieć większe terapeutyczne oddziaływanie niż owo sztuczne i wyregulowane emocjonalnie stanowisko, jakie charakteryzuje „terapię”.

W Chicago była już pełna zima i przenikliwie mrozy. Obiecałem sobie ostatecznie, że jeśli jeszcze raz ujrzę tę rodzinę na przystanku, to ich odwiozę. To było słuszne. Wkrótce, któregoś grudniowego wieczoru gdy po pracy przejeżdżałem obok przystanku, stali tam. Zaproponowałem, że ich podwiozę. Sara w pierwszej chwili odmówiła, tłumacząc, że musi jeszcze po drodze zatrzymać się w spożywczym. Raz kozie śmierć, pomyślałem w duchu. Powiedziałem, że zawiozę ich do sklepu, a potem do domu. Po krótkich wahaniach Sara się zgodziła i wszyscy stłoczyli się w mojej Toyocie Corrolli.

Wiele kilometrów od poradni klinicznej Sara wskazała na rogu sklep, pod którym się zatrzymałem. Trzymając na rękach śpiące niemowlę, spojrzała niepewna, czy ma zabierać do sklepu wszystkie swoje dzieci.

– Daj, potrzynam niemowlę. Poczekamy tu wszyscy. – rzekłem zdecydowanie.

Zabrało to jej z dziesięć minut. W tym czasie grało radio, Tina nuciła razem z muzyką, a ja modliłem się, by niemowlę się nie zbudziło. Powoli kołysałem ją, naśladując rytm w jakim zwykła robić to jej mama. Sara wyszła ze sklepu z dwoma ciężkimi siatkami.

– Weź to na tył i nic nie dotykaj – powiedziała do Tiny, kładąc zakupy na tylnym siedzeniu.

Gdy zatrzymaliśmy się pod jej domem, patrzyłem jak gramoli się na nie odśnieżony chodnik, przerzucając z ręki na rękę torebkę, dziecko i siatkę zakupów. Tina usiłowała podnieść drugą, ale zbyt ciężka osunęła się w śnieg. Wysiadłem, biorąc od dziewczynki siatkę i drugą od matki.

– Nie trzeba, poradzimy sobie – protestowała Sara.

– Wiem, że sobie poradzicie. Ale dziś mogę pomóc.

Spojrzała na mnie, nie umiejąc poradzić sobie z taką uprzejmością. Zauważyłem, że próbuje zgadnąć, czy to prawdziwa uprzejmość, czy jakiś podstęp. Wyglądała na zakłopotaną, ja na pewno też. Ale wciąż czułem, że ta pomoc jest słuszna.

Pokonaliśmy trzy biegi schodów do ich mieszkania. Sara wyjęła klucze i jedną ręką otworzyła trzy zamki, nie budząc córeczki. Jak ciężkie musi być życie tej matki, pomyślałem. Sama opiekuje się trójką dzieci, prawie bez pieniędzy, tylko sporadyczna, zwykle nudna praca, żadnej dalszej rodziny obok do pomocy. Stałem z siatkami w progu, nie chcąc przeszkadzać.

Możesz je postawić na stole – powiedziała idąc wгłęb jednopokojowego mieszkania by położyć niemowlę na materacu pod ścianą. W dwa kroki byłem przy kuchennym stole. Postawiłem zakupy i rozglądałem się po pokoju. Jedna kanapa przed kolorowym telewizorem i mały stolik kawowy z paroma filiżankami i brudnymi naczyniami. Przy stoliku trzy różne krzesła, obok kuchenka, bochen chleba i dzban orzechowego masła. Jeden podwójny materac na podłodze, koce i poduszki starannie ułożone na jego jednym brzegu. Rozrzucone gazety i ubrania. Na ścianie zdjęcie Martina Luthera Kinga juniora, po jego bokach jaskrawokolorowe portrety szkolne Tiny i jej brata. Na drugiej ścianie zdjęcie Sary z najmłodszym dzieckiem, lekko przekrzywione. W mieszkaniu ciepło.

– Jeszcze raz dziękuję za odwiezienie – powiedziała Sara stojąc, a ja jeszcze raz zapewniłem, że to żaden kłopot. Chwila była bardzo niezręczna.

– Widzę was wszystkich za tydzień – powiedziałem. Tina dygnęła i zaczęła z bratem rozpakowywać siatki. Te dzieci miały o wiele lepsze maniere niż wiele innych, jakie widziałem w o wiele korzystniejszych warunkach; zdawało mi się, że muszą je mieć. .

Droga powrotna odsłoniła mi najbiedniejsze z dzielnic Chicago. Czułem się winny. Winny z powodu szczęścia, możliwości, zasobów i łask, jakie były mi dane, winny za moje wszystkie narzekania, że jestem przepracowany lub nie spotykam uznania za to czy tamto. Czułem też, że teraz dużo więcej wiem o Tinie. Rosła w świecie całkiem innym od mojego. Te warunki wiązały się w pewien sposób z powodami, dla których musiała mnie odwiedzać. Nie wiedziałem dokładnie na czym to polega, ale czułem, że jest coś ważnego w sposobie, w jaki środowisko życia uformowało jej emocjonalny, socjalny i fizyczny stan zdrowia.

Później oczywiście bałem się powiedzieć komukolwiek, że odwiozłem do domu pacjentkę z rodziną. Co więcej, po drodze zatrzymałem się jeszcze pod sklepem, czekałem i pomagałem im wnieść zakupy do mieszkania. Ale część mnie nie zważała na to, wiedząc, że postąpiłem słusznie. Nie pozwala się młodej matce z dwójką dzieci i niemowlęciem wystawać na takim mrozie.

Odczekawszy dwa tygodnie, opowiedziałem to doktorowi Dyrudowi.

– Widziałem, jak czekają na autobus. Było strasznie zimno, więc odwiozłem ich do domu. – powiedziałem nerwowo, skanując jego twarz pod kątem reakcji, tak jak Tina wiele razy skanowała moją. Dr Dyrud śmiał się, jak powoli ujawniałem mu pełne rozmiary mojego przekroczenia. Gdy skończyłem, klasnął w ręce, składając je i powiedział:

– Wspaniale. Powinniśmy składać wizyty domowe wszystkim naszym pacjentom. – uśmiechnął się i oparł wygodnie plecy. – Opowiedz mi o tym więcej.

Byłem w szoku. Nie niknący uśmiech i wręcz zachwyt na twarzy mojego superwizora zdjął ze mnie dwutygodniowy lęk i poczucie winy. Gdy spytał, czego się dowiedziałem, mogłem stwierdzić, że ta jedna wizyta w małym mieszkanku powiedziała mi więcej o wyzwaniach, z jakimi mierzy się Tina i jej rodzina, niż mogłem poznać z jakiegokolwiek sesji czy wywiadu.

Pod koniec pierwszego roku mojego praktykowania jako dziecięcy psychiatra, Sara przeprowadziła się z rodziną znacznie bliżej naszego ośrodka, tylko dwadzieścia minut jazdy jednym autobusem. Wszelkie spóźnianie się znikło. Żadnego więcej „oporu”. Spotykaliśmy się dalej raz w tygodniu.

Mądrość i mentorstwo dra Dyruda były dla mnie w dalszym ciągu uwalniające. Podobnie jak inni nauczyciele lekarze i badacze, którzy mnie inspirowali, zachęcał mnie do eksploracji, ciekawości i refleksji, ale co najważniejsze, dawał mi odwagę kwestionowania istniejących przekonań. Zbierając różne kawałki od każdego z nich, zacząłem rozwijać podejście terapeutyczne starające się wyjaśnić problemy emocjonalne i behawioralne jako symptomy dysfunkcji w mózgu.

W 1987 roku psychiatria dziecięca nie obejmowała jeszcze neuronauki. Ekspansja badań nad mózgiem i jego rozwojem zaczęła się w latach osiemdziesiątych, by eksplodować w latach dziewięćdziesiątych, nazwanych stąd dekadą mózgu, więc miało to dopiero nastąpić, nie mówiąc o przenikaniu tych odkryć do praktyki klinicznej. Zamiast tego był silna opozycja większości psychologów i psychiatrów wobec biologicznego spojrzenia mechanizmy ludzkich zachowań. To ujęcie uważano za mechaniczyczne i odczłowieczające, jakby zredukowanie zachowań do biologicznych współzależności automatycznie oznaczało, że o wszystkim decydują geny, nie dając miejsca na wolną wolę i twórczość i ignorując czynniki środowiskowe takie jak np. nędza. Jeszcze bardziej wrogo postrzegano ewolucjonizm, jako teorie szerzące rasizm i seksizm, które usprawiedliwiają status quo i redukują zachowania człowieka do zwierzęcych popędów.

Ponieważ dopiero startowałem w dziecięcej psychiatrii, nie ufałem jeszcze mojej zdolności do samodzielnego myślenia – do przetwarzania i interpretacji tego, co widziałem. Jakim cudem moje pomysły mogły być słuszne, skoro nikt z uznanych gwiazd psychiatrii, moich mentorów, nie mówił ani nie nauczał takich rzeczy?

Na szczęście dr Dyrud i kilku innych moich mentorów, wspierało moją tendencję do wnoszenia neuronauki w kliniczne myślenie o Tinie i innych małych pacjentach. Co działo się w jej mózgu? Co w nim było inaczej, że wywoływało impulsywność i niezdolność skupienia, nieobecność u jej rówieśniczek. Co zachodziło w jej gwałtownie rozwijającym się mózgu, gdy doświadczała tych anormalnych seksualizujących przeżyć w wieku zaledwie paru lat? Dr Dyrud zwykł pokazywać palcem swoją czaskę i mówić: „Odpowiedź jest gdzieś tam w środku”.

Neuronauka stała się osią moich zainteresowań na pierwszym roku college’u. Mój uczelniany mentor, światowej sławy neuroendokrynolog dr Seymour Levine, prowadził pionierskie badania nad wpływem stresu we wczesnym okresie życia na rozwój mózgu. To one ukształtowały całe moje późniejsze myślenie. Jego praca pomogła mi zobaczyć, jak wczesne traumatyczne wpływy zostawiają wdrukowując się, w dosłownym sensie, w mózgu na całe życie.

Dr Levine robił całe serie eksperymentów na szczurach, badając rozwój ważnych systemów hormonalnych związanych ze stresem. Praca jego zespołu pokazała, że biologia i funkcjonowanie tych ważnych systemów może zostać dramatycznie zmienione wskutek krótkich nawet chwil stresu we wczesnym życiu. Biologia to nie tylko geny realizujące jakiś niezmienialny skrypt. Jest wrażliwa na cały świat wokół, jak to przewidywały teorie ewolucjonistyczne. W niektórych doświadczeniach stres trwał tylko kilka minut, było nim na przykład trzymanie na ręku szczurzych niemowląt, co zwierzęta te źle znoszą. Te krótkie chwile stresu w kluczowym momencie rozwojowym mózgu małych szczurząt powodowało trwające całe życie zmiany w systemach hormonów stresu.

Od chwili, gdy podjąłem formalną edukację w tej dziedzinie, miałem świadomość transformującego mózgu wpływu wczesnych doświadczeń życiowych. Stało się to odniesieniem dla wszystkich moich późniejszych koncepcji.

Podczas prac w laboratorium moje myśli często biegły do Tiny i innych dzieci, którymi się zajmowałem. Zmuszałem się do przepracowania problemu: „Co wiem? Jakich informacji mi brak? Czy mogę dostrzec związki między tym, co znane, a co nieznanne? Czy wizyty tych dzieci u mnie zmieniają cokolwiek w ich życiu?” Rozmyślając o moich

pacjentach, brałem pod uwagę także ich symptomy: „Dlaczego akurat takie problemy u akurat tego dziecka? Co może im pomóc w przemianie? Czy ich zachowanie da się wyjaśnić przez cokolwiek z tego, co ja i inni naukowcy z mojej dziedziny wiemy o rozwoju i pracy mózgu? Na przykład, czy badanie neurobiologii pierwotnego przywiązania (więzi między rodzicem a dzieckiem) pomoże rozwiązać problemy między konkretną matką, a konkretnym synem? Czy teorie Freuda, takie jak przeniesienie (kiedy pacjent projektuje swoje uczucia do rodziców na inne osoby, z którymi jest w relacji, szczególnie na terapeutę) można wyjaśnić badając funkcjonowanie mózgu?

„Musi istnieć jakieś powiązanie” – myślałem. Mimo, że nie potrafimy go opisać czy nawet zrozumieć, to jednak musi istnieć jakaś korelacja między tym, co zachodzi w mózgu, a każdym ludzkim fenomenem i symptomem. Przecież mózg jest organem, który zapośrednicza wszystkie emocje, myśli i zachowania. W przeciwieństwie do innych wyspecjalizowanych organów ludzkiego ciała, jak serce, płuca i trzustka, mózg jest odpowiedzialny za tysiące złożonych funkcji. Kiedy wpadasz na świetny pomysł, zakochujesz się, spadasz ze schodów, sapiesz ciężko idąc pod górę, topniejesz na widok uśmiechu dziecka, śmiesz się z dowcipu, robisz się głodny lub czujesz się pełen – wszystkie te doświadczenia i wszystkie reakcje na nie są zapośredniczane przez mózg. Wynikało z tego zatem, że zmagania Tiny z wymową, używanym językiem, uwagą, impulsywnością i zdrowymi relacjami, musiały angażować jej mózg.

Ale jakie jego części? I czy gdybym się dowiedział, pomogłoby mi to skuteczniej ją leczyć? Które z obszarów mózgu Tiny, które z jego sieci neuronalnych, jąder, systemów przewodnictwa nerwowego były niewystarczająco rozwinięte, źle wyregulowane lub zdeorganizowane i jak takie informacje mogły przełożyć się na lepszy skutek jej terapii. Na poszukiwania odpowiedzi mogłem wyruszyć z tym, co już wiedziałem.

Znakomite zdolności funkcjonalne mózgu pochodzą z równie znakomitego zestawu jego struktur. Jest w nim ponad sto miliardów neuronów (komórek nerwowych), a na każdy neuron przypada jeszcze po dziesięć równie ważnych wspierających go komórek glejowych (tzw. szarych komórek). Podczas rozwoju, od pierwszych poruszeń w macicy aż do wczesnej dorosłości, wszystkie te skomplikowane komórki, a jest ich wiele rozmaitych typów, muszą się zorganizować w wyspecjalizowane i zróżnicowane systemy. Łańcuchy i sieci jakie tworzą – jeden neuron wytwarza nieraz ponad sto wypustek łączących go z innymi – składają się na architekturę mózgu.

Dla naszych rozważań wystarczy, że wskażę cztery główne części lub piętra: pień mózgu, międzymózgowie, system limbiczny i korę. Centralny układ nerwowy organizuje się od wewnątrz na zewnątrz, jak dom rozrastający się na fundamentach w piętra i coraz bardziej skomplikowane dobudówki. Najprostsze są niższe regiony, pnia mózgu i międzymózgowia. To je najpierw wytworzyła ewolucja i to one najwcześniej rozwijają się u rosnącego dziecka. W miarę jak przesuwamy się w górę i na zewnątrz mózgu, staje się on coraz bardziej złożony, przechodząc w układ limbiczny. Na układ limbiczny jest nałożona kora, najbardziej zawiła i pogmatwana część centralnego układu nerwowego, będąca osiągnięciem koronującym jego architekturę. Organizację jego najniższych regionów dzielimy z istotami tak prymitywnymi jak gady, rejony środkowe mamy podobne do tych, w jakie natura wyposaża ssaki, psy i koty, a jeszcze bardziej zewnętrzne struktury mózgu dzielimy już tylko z naczelnymi, jak małpki i duże małpy. Najbardziej niezwykłą częścią jest kora czołowa, ale nawet tu dzielimy aż 96 procent jej organizacji z korą szympansa!

Obszary naszego mózgu organizują się w sposób hierarchiczny: od dołu do góry, od wnętrza na zewnątrz. Można to dobrze zilustrować za pomocą zwitka banknotów, powiedzmy pięciu. Złóż je na pół, umieść na dłoni, zaciśnij pięść i odwiedź kciuki jak w geście autostopowicza. Teraz obróć dłoń kciukiem w dół. Kciuk przedstawia pień mózgu. Miękką

poduszka u jego nasady oznacza międzymózgowie. Zwitek banknotów przykryty palcami i dłońią to nasz układ limbiczny, zaś same palce i dłoń reprezentują korę. Kiedy patrzymy z zewnątrz na ludzki mózg w całości, to system limbiczny jest pod nią kompletnie ukryty, nie można go zobaczyć, jak schowanego zwitka. Mały palec, który jest teraz najwyżej i z przodu, przedstawia korę czołową.

Choć powiązane ze sobą, te cztery główne obszary mózgu zawiadują oddzielnymi zespołami funkcji. Pień mózgu na przykład zapośrednicza nasze podstawowe funkcje regulujące, jak temperatura ciała, rytm bicia serca, oddychanie i ciśnienie krwi. Międzymózgowie i układ limbiczny odpowiada za emocjonalne reakcje rządzące naszym zachowaniem, jak lęk, nienawiść, miłość i radość. Najwyższa część, kora, umożliwia i reguluje najbardziej złożone i specyficznie ludzkie funkcje, jak wymowa i język, myślenie abstrakcyjne, planowanie i rozważne podejmowanie decyzji. Wszystkie te części współpracują ze sobą jak orkiestra symfoniczna; o ile mamy tam zindywidualizowane zdolności, żaden z systemów nie jest odpowiedzialny *wyłącznie* za brzmienie „muzyki”, jaką właśnie słyszysz.

Symptomy Tiny sugerowały zmiany we wszystkich niemal częściach jej centralnego układu nerwowego. Miała problemy ze snem i utrzymaniem uwagi (pień mózgu), trudności z kontrolą motoryczną i koordynacją (śródmózgowie, mózdzek i kora), ewidentne opóźnienia i braki w obszarach społecznym i relacyjnym (układ limbiczny i kora), oraz problemy z mówieniem i kompetencją językową (kora).

Owo szerokie rozprzestrzenienie problemów stanowiło ważną wskazówkę. Moje badania, jak i badania setek innych naukowców, wskazywały, że wszystkie problemy Tiny mogły się wiązać z jednym kluczowym zespołem systemów neuronalnych, tych, które pomagają człowiekowi radzić sobie ze stresem, lękiem i zagrożeniem. Tak się złożyło, że akurat te właśnie systemy badałem w moim laboratorium.

Systemy te były dla mnie „podejrzane” z dwóch głównych powodów. Po pierwsze, ich rolę przy pobudzeniu, spaniu, uwadze, łaknieniu, dominującym nastroju i regulacji impulsów udokumentowały już niezliczone badania nad ludźmi i zwierzętami – i były zasadniczo to te same obszary, co obszary trudności Tiny. Drugim powodem było to, że owe ważne sieci neuronalne pochodzą z niższych poziomów mózgu i wysyłają bezpośrednie połączenia do wszystkich pozostałych jego części. Taka architektura wyznacza tym obszarom niezwykle rolę. Są one zdolne integrować symfonię sygnałów i informacji płynących ze wszystkich zmysłów i stron centralnego układu nerwowego i zestrzając je w zgodnie grającą orkiestrę. Ta zdolność jest niezbędna byśmy mogli skutecznie reagować na zagrożenie. Jeśli na przykład w ukryciu zaczął się łupieżca, zwierzę musi potrafić natychmiast zareagować na jego zapach lub odgłos, równie szybko jakby go ujrzało.

W dodatku, systemy reakcji na stres należą do całego zbioru ośrodków w mózgu, które, jeśli są źle wyregulowane lub odstają od normy, mogą powodować dysfunkcje na jego wszystkich czterech głównych piętrach – od pnia, po korę – jak to było widać u Tiny.

Podstawowe badania neuronaukowe, jakie prowadziłem od lat, polegała na badaniu szczegółów pracy tych systemów reakcji na stres. Neurony mózgu przesyłają informacje z komórki do komórki za pomocą chemicznych przekaźników, substancji zwanych neurotransmiterami, które są uwalniane w specjalnych złączach zwanych synapsami. Owi chemiczni wysłańcy pasują tylko do specyficznych, właściwie ukształtowanych receptorów następnego neuronu, jak określony klucz do określonego zamka w drzwiach wejściowych. Połączenia synaptyczne, zdumiewająco złożone a mimo to elegancko proste, tworzą łańcuchy i sieci neuronów, umożliwiających mózgowi wiele funkcji, łącznie z myśleniem, czuciem, doznaniem zmysłowymi i percepcją. Budowa tych złącz między komórkami nerwowymi sprawia też, że działają na nas narkotyki i psychoaktywne leki, które stanowią podrobione klucze lub wytrychy pasujące do zamków w synapsach otwieranych i zamykanych normalnie

tylko przez określone neurotransmitery. Oszukują one mózg i cały system nerwowy, przejmując w nim kontrolę nad otwieraniem i zamykaniem „drzwi”.

Badania do pracy doktorskiej z neurofarmakologii robiłem w laboratorium dra Davida Pricharda, którego z kolei szkolił dr Solomon Snyder, psychiatra i pionier neuronauki. (Zespół Snydera zasłynął z odkrycia między innymi receptora opiatowego, czulego na działanie takich narkotyków jak opium, heroina i morfina). Pod kierunkiem dra Pricharda zajmowałem się badaniem systemów norepinefryny i epinefryny – neuroprzekaźników zwanych także noradrenaliną i adrenaliną i wprzęgniętych w reagowanie na stres. Klasyczna reakcja „walcz lub uciekaj” zaczyna się w locus coeruleus – znajdującym się w pniu mózgu centralnym jądrze neuronów dokonujących syntezy epinefryny, zwanym też często, ze względu na swoje zabarwienie, niebieską plamką. Ta grupa neuronów wysyła sygnały do zasadniczo wszystkich ważnych ośrodków mózgu, generując reakcje na stres.

Częścią mojej pracy u dra Pricharda były badania na dwóch szczepów szczurów. Jako zwierzęta tego samego gatunku, szczepy te genetycznie lekko różniły się od siebie. Szczury obu grup wyglądały tak samo i tak samo zachowywały się w identycznych sytuacjach, ale u jednego szczepu nawet umiarkowany stres powodował załamanie. W spokojnych warunkach szczury z tej grupy tak samo szybko uczyły się labiryntów, ale nawet niewielki stres powodował, że się narowiły i zapomniały wszystko, podczas gdy druga grupa zdawała się być odporna na stres. Badając mózgi tych zwierząt odkryliśmy, że u szczurów podatnych na stres wystąpiła we wczesnym okresie rozwojowym nadaktywność w systemach adrenergicznym i noradrenergicznym. Ten drobny rys doprowadził do całej kaskady anomalii w wielu obszarach mózgu pod względem liczby receptorów, ich wrażliwości oraz funkcjonowania, co ostatecznie zmieniło ich zdolność normalnego reagowania na stres na całe życie.

Nie miałem żadnych śladów wskazujących na „genetyczne” podłoże nadwrażliwości Tiny na stres. Wiedziałem jednak, że bolesność, zamęt i stany lęku doświadczane w trakcie napaści seksualnych, musiały bez wątpienia prowadzić do powtarzających się, silnych aktywacji jej systemów reakcji na stres, uruchamianych przez zagrożenie. Moje prace u dra Levine’a pokazały, że wystarczy kilka minut silnego stresu spowodowanego zdarzeniem we wczesnym okresie, by na resztę życia zmienić sposób reakcji na stres badanych szczurów. Nadużycia seksualne jakich doświadczała Tina, trwały o wiele dłużej – przez ponad dwa lata ze średnią częstotliwością raz na tydzień – i nakładały się na stres ciągłego kryzysu płynący z życia w rodzinie balansującej na krawędzi ekonomicznej. Przyszła mi myśl, że skoro zarówno geny, jak i środowisko, mogą powodować takie same oznaki dysfunkcji, to na osobę już podatną genetycznie na stres wpływ zagrażającego otoczenia będzie zapewne wielokrotnie silniejszy.

Kontynuując równoległe prace w laboratorium i pracę z Tiną, doszedłem do przekonania, że powtarzane aktywacje ośrodków reakcji na stres, jakich doświadczała wskutek urazów gdy jej mózg wciąż się rozwijał, musiały spowodować powstanie kaskad zmienionych receptorów, nadwrażliwości i dysfunkcji w całym jej mózgu – czyli skutków podobnych do tych, jakie obserwowałem na zwierzęcych modelach. W konsekwencji zacząłem myśleć, że symptomy Tiny są wynikiem traumy nałożonej na jej rozwój. Jej problemy z impulsywnością i utrzymaniem uwagi mogły pochodzić ze zmian w organizacji jej sieci neuronalnych odpowiedzialnych za reakcje na stres. Zmiany te mogły jej pomóc poradzić sobie wtedy z wykorzystaniem, ale teraz wywoływały jej agresywne zachowania i niezdolność skupienia uwagi na lekcjach. To miało sens. Osoba o nadaktywnym systemie reakcji na stres będzie zwracać baczniejszą uwagę na twarze i gesty (w przypadku Tiny – nauczycieli i uczniów z klasy) czy nie czai się w nich zagrożenie, zamiast nie na przyjazne rzeczy dziejące się na lekcjach. Podwyższona świadomość potencjalnego zagrożenia może wywołać u strauatyzowanej osoby także skłonność do bójek, gdyż spodziewając się ataku będzie ona wyglądać zewsząd najmniejszych jego sygnałów. Takie wyjaśnienie problemów

Tiny wydawało się o wiele bardziej wiarygodne, niż założenie, że są one przypadkowe i nie związane z wykorzystaniem.

Przejrzawszy jeszcze raz jej kartę z pierwszej wizyty, zobaczyłem, że miała wtedy tętno 112 uderzeń na minutę, przy normie dla jej wieku wtedy poniżej 100. Wobec braku innych powodów, wyższe tętno musiało wskazywać na utrzymującą się aktywację ośrodków reagowania na stres, co dodatkowo potwierdzało moją tezę, że problemy Tiny wynikały z bezpośredniej reakcji jej mózgu na wykorzystanie. Jeśli miałbym wystawić jej teraz diagnozę, byłoby to nie ADD (zaburzenie deficytu uwagi), lecz PTSD – potraumatyczne zaburzenia stresowe.

Przez trzy lata pracy z Tiną przeżywałem ulgę i zachwyt jej widocznymi postępami. Nie było więcej „nieodpowiednich” zachowań w szkole. Odrabiała prace domowe, nie opuszczała lekcji i nie wdawała się w bójkę z innymi dziećmi. Poprawiła kompetencję językową; większość problemów w tym zakresie zdawała się wynikać z faktu, że mówiła za cicho, więc nauczyciele ani nawet matka często nie mogli jej zrozumieć, bo nie słyszeli słów. Nie mogli też korygować jej wymowy. O kiedy nauczyła się mówić głośniej i częściej do niej mówiono, dostawała korygujące zwroty i nadrobiła braki.

Stała się też bardziej uważna i mniej impulsywna i nastąpiło to tak szybko, że po wstępnej rozmowie superwizyjnej z drem Stinem nawet musiałem rozważać potrzeby zastosowania leków.

Tina wiodła prym w naszych zabawach podczas sesji, a ja korzystałem z każdej okazji udzielania jej lekcji pomocnych w nabieraniu zaufania do świata oraz właściwych i racjonalnych zachowaniach. Na początek opanowała impulsywność i podejmowanie decyzji, czerpiąc z bezpośrednio wyrażanych pouczeń jak i nie nazywanych przykładów. Rosła przecież w otoczeniu, które nie zapewniało jej takiej nauki; ponieważ wszyscy wokół niej jedynie reagowali na to, co ich spotykało, więc i ona tak postępowała. Nasze spotkania zapewniały jej niepodzielną uwagę, za jaką tęskni każde dziecko, a gry i zabawy były lekcjami, jakich wcześniej brakowało. Na przykład, Tina z początku nie rozumiała pojęć „moja kolej” – „twoja kolej”; nie potrafiła czekać i działała bez zastanowienia. W prostych grach modelowałem jej właściwe zachowania i w powtarzalny sposób uczyłem dawania sobie chwili do namysłu zamiast robienia z miejsca tego, co jej przychodziło do głowy. Opierając się na jej świetnych postępach w szkole, naprawdę wierzyłem, że jej pomagam.

Niestety jednak, na dwa tygodnie przez moim opuszczeniem kliniki i rozpoczęciem pracy w nowym miejscu, dziesięcioletnią już Tinę nakryto w szkole na dawaniu seksu oralnego starszemu koledze. Wszystko, czego ją nauczyłem, nagle okazało się nie być prawdziwą przemianą, a tylko lepszym ukrywaniem przez nią swoich aktywności seksualnych i innych problemów przed dorosłymi i kontrolowaniem impulsów w celu uniknięcia kłopotów. Z wierzchu mogła sprawiać wrażenie, że zachowuje się poprawnie, ale w głębi wcale nie pokonała swojej traumy.

Byłem rozczarowany i zdezorientowany, słysząc te wieści. Tak bardzo się starałem i postępy Tiny naprawdę wydawały się autentyczne. Trudno mi było pogodzić się z prawdą, że to, co wyglądało na pozytywny kierunek terapeutyczny i zmianę okazało się tak płytkie. Co się stało? A raczej, co się NIE stało w naszej pracy, a powinno było się stać?

Ciągle zastanawiałem się nad zmianami, jakie w rozwijającym się mózgu Tiny mogła spowodować jej wczesnodziecięca trauma i życie w niestabilnym domu. I szybko zdałem sobie sprawę, że muszę rozszerzyć moje poglądy na pracę kliniczną i psychiczne zdrowie. Odpowiedzi na moją zakończoną niepowodzeniem pracę z Tiną – i na wielkie pytania w psychiatrii dziecięcej – leżały w poznaniu sposobów pracy mózgu, jego rozwoju z wiekiem, oraz tego, w jaki sposób organizuje on postrzegany świat i nadaje mu sens. W mózgu prawdziwym, a nie w karykaturze sprowadzającej go do sztywnego, z góry ustawionego

genetycznie systemu, w którym trzeba czasem „wyregulować zachwianą równowagę” za pomocą leków psychotropowych. W żywym i kształtującym się stale mózgu z całą jego złożonością, a nie w jakimś kompleksie kipiącym nieświadomym „oporem” i seksualnymi „prowokacjami”. W takim mózgu, jaki w nas się tworzy w reakcjach na złożony świat relacji społecznych. Krótko mówiąc w mózgu, którego predyspozycje genetyczne i potencjał kształtują się w wyniku jego zdumiewającej wrażliwości na otaczających ludzi.

Tinie udało się lepiej wyregulować system stresu, o czym świadczyło zapanowanie nad impulsami, ale jej najgłębsze problemy dotyczyły najbardziej dotkniętej traumą sfery seksualności. Tylko część objawów dało się naprawić poprzez opanowanie nadreaktywności stresowej, jednak to nie wymazało jej wdrukowanej pamięci chorych zachowań erotycznych. Zaczęłam myśleć, że abym mógł działać skuteczniej, muszę dowiedzieć się więcej o funkcjonowaniu pamięci.

A więc, czym naprawdę jest pamięć? Większość ludzi myśli o niej w odniesieniu do nazwisk, twarzy, numerów telefonów, itp., jednak chodzi tu o wiele, wiele więcej. Pamięć jest podstawową właściwością wszystkich żywych organizmów. Jest zdolnością systemów biologicznych do przenoszenia w czasie pewnych elementów doświadczenia. Nawet mięśnie mają pamięć, co widać po tym, jak się zmieniają wskutek ćwiczeń. Najważniejsze jest jednak to, co robi w tym zakresie sam mózg, jak składa nas w całość i jak pozwala naszej przeszłości określać naszą przyszłość. W olbrzymiej części to pamięć decyduje o tym, kim jesteśmy, a w przypadku Tiny wielką częścią tego, co weszło jej w drogę, były wspomnienia wykorzystania seksualnego.

Przedwczesne, naładowane erotyką i seksem interakcje z mężczyznami były u Tiny bezpośrednią pochodną wcześniejszego wykorzystania, rodzajem pamięci. Zaczęłam rozważać, w jaki sposób mózg tworzy „skojarzenia”, gdy dwa wzorce aktywności neuronalnej występują jednocześnie i w powtarzany sposób. Na przykład, jeśli pobudzenia nerwowe przez widok wozu straży pożarnej i dźwięk jego syreny współwystępują wiele razy (aktywacje wizualnych i słuchowych dróg i ośrodków nerwowych), to do tej pory oddzielne łańcuchy neuronów wytworzą między sobą połączenia synaptyczne, wiążąc się w jedną, wzajemnie sprzężoną sieć. Z chwilą wytworzenia się połączeń między ośrodkami wizualnym i słuchowym, stymulacja w określony sposób jednego z nich (np. dźwięk syreny) aktywuje też wizualne części drugiego (pamiętające obraz wozu straży pożarnej) i taka osoba niemal automatycznie ujrzy w wyobraźni wóz strażacki.

Pełna mocy zdolność tworzenia skojarzeń to uniwersalna cecha mózgu. Do dzięki skojarzeniom składamy w całość wszystkie odbierane zmysłami sygnały – dźwięk, obraz, dotyk, zapach - by utworzyć z nich całą osobę, miejsce, rzecz i akcję. Zarówno język jak i pamięć możliwa jest dzięki skojarzeniom i opiera się na nich.

Nasza świadoma pamięć oczywiście jest pełna przerw, co akurat jest dobre. Mózg odfiltrowuje to co nam znane i spodziewane i dzięki temu możemy funkcjonować. Prowadząc samochód na przykład polegamy automatycznie na naszych poprzednich doświadczeniach z pojazdami i drogami. Gdybyśmy musieli ogarniać świadomą uwagę wszystko, co w czasie jazdy rejestrują nasze zmysły, bylibyśmy przeciążeni i podatni na wypadek. Przy nauce czegokolwiek nasz mózg nieustannie konfrontuje bieżące zdarzenia z przechowywanymi „dyskietkami” – właściwą pamięcią poprzednich podobnych sytuacji i doznań – pytając: „Czy to jest nowe?” i „Czy muszę tym się zająć?”

Kiedy jedziesz drogą, to o aktualnym położeniu i sytuacji informuje cię twój system sensomotoryczny w mózgu, który zapewne jednak nie zapisuje tych doznań w pamięci. Ma już przecież wystarczającą bazę doświadczeń z siedzenia za kierownicą i skojarzone z nimi wzorce aktywności neuronalnej, które nie muszą się zmieniać. Nie dzieje się nic nowego; setki razy byłeś w tych sytuacjach i robiłeś te wszystkie manewry. Dlatego też znajomymi autostradami można przejechać setki mil i nie pamiętać niemal niczego z przebytej drogi.

Wszystkie przeżyte wcześniej i spoczywające w sieciach neuronów doświadczenia tworzą „dyskietki” pamięci, z których korzystamy na bieżąco do wylapywania sensu każdej napływającej informacji. Dyskietki takie tworzą się w całym mózgu na różnych poziomach, a ponieważ sygnały docierają najpierw do najniższych, najbardziej prymitywnych struktur, większość z nich nie jest dostępna przytomnej świadomości. Na przykład, Tina niemal na pewno nie zdawała sobie sprawy z dyskietki rządzącej wzorcem jej interakcji z mężczyznami, która podyktowała jej seksualne zachowanie wobec mnie na pierwszej wizycie. Co więcej, wszyscy zapewne znamy doświadczenie podrywania się z miejsca na jakiś nagły bodziec. Dzieje się tak, gdyż nasze ośrodki reakcji na stres mają wpisane informacje o potencjalnych zagrożeniach i torują drogę jak najszybszej reakcji, zanim kora zdąży rozważyć jakie działanie podjąć. Jeśli mieliśmy, tak jak Tina, ciężkie tresujące doświadczenia, to wszystko, co w jakiś sposób przypomina je lub ich kontekst, działa na nas równie potężnie i wywołuje reakcje napędzane tak samo nieświadomymi procesami.

Oznacza to również, że wcześniejsze doświadczenia będą miały dużo większy wpływ niż późniejsze. Mózg stara się zrozumieć świat szukając wzorców. Kiedy łączy pasujące do siebie, na stałe połączone wzorce, kwalifikuje je jako „normalne” lub „spodziewane” i odwraca od nich świadomą uwagę. I tak na przykład, gdy pierwszy raz w życiu umieszczono cię w pozycji siedzącej, zwracałeś uwagę na nowe doznanie nacisku na pośladkach. Twój mózg uczył się odbierać nowy rodzaj nacisku w skojarzeniu z normalną pozycją siedzącą i za pomocą systemu sensomotorycznego tak równoważył ciężar, by siedzieć prosto. Gdy już to opanował, przestał kierować uwagę na nacisk odczuwany w pośladkach i dziś, dopóki ci jest wygodnie lub dopóki krzesło ma kształt dopasowany i bez nierówności, nie zwracasz uwagi na utrzymywanie prostej pozycji ani na nacisk, jaki wywiera podłoga.

Prowadząc auto, podobnie nie zwracasz uwagi na wykonywane czynności i tylko skanujesz drogę pod kątem nowości lub tego co jest „nie na swoim miejscu”, jak na przykład ciężarówka zjeżdżająca z naprzeciwka na twój pas. W ten sposób odciążamy percepcję i dzięki temu możemy natychmiast zareagować na bodziec, który w jakiś sposób „odstaje”. W drodze ewolucji sieci neuronalne stały się niezwykle wrażliwe na każdą nowość, ponieważ te właśnie bodźce mogą oznaczać kluczowe dla przeżycia zagrożenie lub sposobność.

Jedną z najważniejszych cech zarówno pamięci jak też splotów nerwowych i ich rozwoju jest to, że zmieniają się one pod wpływem swojej powtarzającej się, uwzorcowanej aktywności. Ona jest ich „pokarmem”. Sieci neuronalne i ośrodki w mózgu, które nie doznają aktywacji, nie rozwijają się ani nie ulegają zmianom. Rozwój „uzależniony od używania” to jedna z najważniejszych cech systemu nerwowego. Ta prosta zasada ma całe pasmo olbrzymich implikacji.

Pojęcie tej koncepcji, jak się przekonałem, stanowiło mój klucz do zrozumienia takich dzieci, jak Tina. Tina rozwinęła neuronalnie zestaw skojarzeń równie niefortunny, jak to, co ją spotykało: wykorzystywanie seksualne we wczesnym dzieciństwie. Pierwsze doświadczenia z facetami odwiedzającymi matkę oraz z dorastającym oprawcą seksualnym ukształtowały jej pojęcie, czym są mężczyźni i jak na nich reagować. Wczesne doznania z osobami, które nas otaczają, kształtują nasze całe spojrzenie na świat. Z powodu olbrzymiej ilości informacji, z jakimi każdego dnia konfrontowany jest nasz mózg, musimy w odgadywaniu co nam przynosi świat polegać na wcześniej wyrobionych wzorcach. Jeśli są one anormalne, nasze zachowania będą zmierzać w stronę dysfunkcji. W świecie Tiny, więksi od niej mężczyźni stali się przerażającymi, wymagającymi kreaturami, zmuszającymi ją i jej matkę do usług seksualnych. Skojarzony z nimi zapach, wygląd, sposób poruszania się i barwa głosu wplotły się w zestaw „dyskietek pamięci”, według których dziewczynka odgadywała sens świata.

Dlatego pierwszego dnia w moim gabinecie, gdy została sam na sam z dorosłym mężczyzną, wniosek, że oczekuje on od niej seksu był dla niej absolutnie naturalny. Kiedy w

szkole obnażała się i próbowała inicjować seksualne zabawy z innymi dziećmi, modelowała jedynie swoją wiedzę o tym, jak należy się zachowywać. Nie myślała świadomie o tym, co robi. Automatycznie odgrywała zestaw czynności należący do jej toksycznych skojarzeń – wdrukowany jej wypaczony wzorzec seksualności.

Niestety, z jedną godziną terapii tygodniowo było niemożliwe przerobić ów zestaw skojarzeń Tiny. Mogłem modelować jako dorosły mężczyzna inne zachowania, pokazując jej, że są sytuacje, gdzie aktywność seksualna jest niewłaściwa i mogłem uczyć ją panowania nad impulsami, ale to wszystko, jakkolwiek pozytywnie, działało obok i nie dotyczyło jej wdruków seksualnych. To nie mogło zastąpić dyskiety wytłoczonej w jej świeżutkiej, kształtującej się dopiero mózgu – wypalanej w nim uwzorcowanymi, powtarzanymi przez oprawcę co tydzień przez dwa lata wczesnymi przeżyciami. Pojąłem, że będę musiał dowiedzieć się więcej o ludzkim mózgu: o tym, jak on pracuje, kształtuje się i zmienia swoje systemy i włączyć tę wiedzę w praktykę terapeutyczną, zanim będę mógł choćby zacząć lepiej pomagać dzieciom takim jak Tina – pacjentom, których życie i pamięć zostały na wiele sposobów zniszczone przez wczesną traumę.

Rozdział drugi – DLA TWOJEGO DOBRA

– Potrzebuję twojej pomocy – głos w słuchawce należał do Stana Walkera*, prawnika z Wydziału Kuratorów sądowych okręgu Cook w stanie Illinois. Ukończyłem szkolenie z zakresu psychiatrii dziecięcej i wciąż pracowałem w klinice, prowadząc laboratorium badawcze, teraz już jako asystent profesora na Uniwersytecie Chicago. Był rok 1990.

– Przejąłem właśnie rozprawę, która w przyszłym tygodniu wchodzi na wokandę – powiedział głos, wyjaśniając następnie, że chodzi o morderstwo. Trzyletnia w chwili zbrodni dziewczynka o imieniu Sandy była świadkiem zabójstwa swojej matki. Teraz, po upływie prawie roku prokurator chciał, by składała przed sądem zeznania. Głos kontynuował:

– Boję się, że to może być dla niej zbyt ciężkie. Chciałem cię prosić, żebyś ją do tego przygotował.

„Zbyt ciężkie?” – prychnąłem w duchu z sarkazmem – „Naprawdę tak myślisz?”

Stan Walker był kuratorem procesowym, prawnikiem wyznaczonym przez sąd do reprezentowania dzieci w systemie sprawiedliwości. W okręgu Cook (do którego należy Chicago) Wydział Kuratorski zatrudnia na pełnych etatach zespół osób reprezentujących w sądach dzieci objęte systemem Służb Ochrony Dziecka. W niemal wszystkich innych okręgach rolę taką pełni doraźnie wyznaczony przez sąd adwokat, nie zawsze przeszkolony i mający doświadczenie w prawie dziecięcym. Okręg Cook utworzył specjalne stanowiska w godniej uznania nadziei, że pełne etaty zapewnią prawnikom czas i warunki do zdobywania w praktyce doświadczeń i wiedzy maltretowaniu dzieci i nadużyciach, co pozwoli im lepiej służyć podopiecznym. (Niestety, podobnie jak we wszystkich innych organach systemu Służb Ochrony Dziecka, liczba spraw była przytłaczająca, a Wydział Kuratorski niedoinwestowany).

– Kto jest jej terapeutą? – spytałem w nadziei, że osoba znana już dziewczynce będzie w stanie przygotować ją dużo lepiej.

– Ona nie ma terapeuty – głos oznajmił niepokojącą wieść.

– Żadnego terapeuty? Gdzie ona mieszka?

– Właściwie nie wiemy, Jest w jakimś zakładzie opiekuńczym, ale prokuratura oraz Wydział Dziecka i Rodziny trzymają to w tajemnicy bo grożono jej śmiercią. Dziewczynka zna zabójcę i zidentyfikowała go na policji. Zabójca należy go gangu, który wydał na nią wyrok. – Brzmiało to coraz gorzej i gorzej.

– I była w stanie wiarygodnie zidentyfikować w wieku trzech lat? – dopytywałem się dalej, wiedząc jak łatwo jest podważyć zeznania świadków naocznych w sądzie na podstawie cech pamięci narracyjnej, zwłaszcza jej luk oraz ludzkiej tendencji do ich wypełniania „oczekiwanym”. A co dopiero w przypadku czterolatki opowiadającej o zdarzeniu z wieku lat trzech... Jeśli prokurator nie otrzyma dobrej pomocy, dobry adwokat obali zeznanie Sandy jako kompletnie niewiarygodne.

– Znała go dobrze – wyjaśnił głos. – Zarówno zeznała spontanicznie, że to on zrobił, jak też zidentyfikowała go bez wahania z całego zestawu zdjęć.

Trzymając się nadziei, że Sandy będzie jednak mogła uniknąć stawiania się w sądzie, spytałem czy są też inne dowody. Gdyby były, może mógłbym pomóc przekonać prokuratora, że zeznawanie stanowiłoby dla dziewczynki poważne ryzyko ponownego strauumatyzowania.

Istotnie, były inne dowody, i to liczne, że sprawca był na miejscu. Laboratorium śledcze wykryło ślady krwi matki na całym jego ubraniu. Choć po zabójstwie uciekał po kraju, w chwili aresztowania wciąż miał na butach krew ofiary.

– Czy to mało? Dlaczego Sandy musi zeznawać? – zaczynałem czuć się na serio wciągnięty w pomaganie temu dziecku.

– I tu właśnie jest problem. Mamy poważne obawy, że sprawa zostanie umorzona. Można by tego uniknąć tylko albo jeśli dziewczynka da swoje świadectwo w telewizji kablowej, albo jeśli upewnimy się, że jest gotowa zeznawać w sądzie. – Kontynuując, głos zaczął wyjawiać szczegóły morderstwa, hospitalizację dziewczynki z powodu ran, jakie otrzymała od zabójcy matki, oraz następujący potem ciąg placówek opiekuńczych.

Słuchając, zastanawiałem się, czy chcę się w to angażować. Jak zwykle, byłem przeciążony i stale zajęty. Plus to, że bardzo źle znoszę sądy i nienawidzę prawników. Jednak im więcej Stan Walker mi opowiadał, tym bardziej nie wierzyłem własnym uszom. Wszyscy ludzie, których obowiązkiem było pomóc tej dziewczynce – od Wydziału d/s Dzieci i Rodziny (DCFS) po system sprawiedliwości – nie mieli bladego pojęcia o skutkach jakie u dzieci wywołuje trauma... Zaczynałem czuć, że Sandy zasługuje choć na jedną rozumiejącą osobę w swoim życiu, której inaczej może nie być.

– Poczekaj. Niech to sobie uporządkuję – powiedziałem. – Trzyletnia dziewczynka jest świadkiem gwałtu na matce a następnie jej zabójstwa. Sama doznaje podejrzenia gardła, dwoma cięciami, i pozostawiona by umrzeć. Przez jedenaście godzin jest sama z martwym ciałem matki w mieszkaniu. Następnie jest zawieziona do szpitala, gdzie zszyto jej przecięte gardło i wyleczono fizyczne rany. Lekarze nakazują badanie psychiatryczne i psychoterapię. Tymczasem po wypisaniu, dziewczynka zostaje zabrana do domu opiekuńczego – jednej ze stanowych placówek, gdzie przejmujący jej sprawę pracownik socjalny nie widzi potrzeby profesjonalnej pomocy psychologicznej. Tak więc, mimo wskazań lekarzy, dziewczynka nie znajduje żadnej pomocy. Przez następne dziewięć miesięcy jest przenoszona z jednego domu opieki do kolejnego, bez jakiegokolwiek terapii, badań ani opieki psychiatrycznej. W dodatku szczegóły jej tragicznych doświadczeń są zatajane przed każdą z rodzin zastępczych, gdyż mała musi się ukrywać. Zgadza się?

– Taaa.. Tak to właśnie wygląda – powiedział w reakcji na niekłamaną frustrację w moim głosie, na formę prosto z mostu jak i niewątpliwy horror bijący z podsumowania.

– I teraz, na dziesięć dni przed wejściem sprawy na wokandę, zaczynasz sobie nagle zdawać sprawę z sytuacji?

– To prawda. – przyznał, brzmiąc teraz bojaźliwie.

– Kiedy twój Wydział został powiadomiony o sytuacji tej dziewczynki – naciskałem dalej.

– Właściwie od razu, przejęliśmy jej sprawę zaraz po tym, jak to się stało.

– I nikt od was nie pomyślał, by sprawdzić, czy dziecko jest otoczone opieką psychiatryczną i psychologicznym wsparciem?

– Zazwyczaj przeglądamy sprawy gdy dochodzą do etapu przesłuchań. Mamy setki spraw jednocześnie. – Nie zdziwiłem się. Wiem jak przeładowane są państwowe jednostki pracujące z rodzinami wysokiego ryzyka i krzywdzonymi dziećmi. Przez lata szkoleń klinicznych w dziecięcej psychiatrii dziwnie jakoś miałem bardzo mało styczności z systemami ochrony dziecka, edukacją w tym zakresie jak i sądownictwem dla nieletnich, mimo że ponad 30 procent dzieci trafiających do naszej kliniki było w tych strukturach. Tymczasem fragmentaryzacja służb, szkoleń i punktów widzenia była szokująca i, jak się przekonywałem, strasznie destrukcyjna dla tych dzieci...

– Gdzie i kiedy mogę się z nią spotkać? – Nie mogłem się oprzeć. Umówiłem spotkanie z Sandy w pokoju sądu na jutro.

W pewien sposób byłem zdziwiony, że Stan zadzwonił po pomoc właśnie do mnie. Kilka miesięcy wcześniej przysłał „odprawę”. W czterech długich akapitach oficjalnego listu nakazywał mi niezwłocznie dostarczyć uzasadnienie, na jakiej podstawie, lekiem o nazwie clonidyna, „kontroluję” dzieci z oddziału dziennego w moim ośrodku. Groził, że jeśli mu tego

nie wyjaśnię, będę musiał natychmiast zaprzestać tych „eksperymentalnych praktyk”. List był urzędowy, podpisany jego nazwiskiem, z wyliczeniem wszystkich jego kompetencji i funkcji jako prawnika i kuratora procesowego.

Po otrzymaniu tego listu skontaktowałem się ze Stanem i wyjaśniłem dlaczego stosuję ten lek i dlaczego uważam, że błędem byłaby rezygnacja z niego. Dzieci z oddziału dziennego w naszym ośrodku były dotknięte najcięższymi urazami w całym Illinois, same najtrudniejsze przypadki. W sumie, na nasz program skierowano ponad stu chłopców będących po seriach „niepowodzeń przystosowawczych” w rodzinach zastępczych wskutek problemów behawioralnych i psychiatrycznych. Mimo, że nasz ośrodek przyjmował chłopców w wieku od siedmiu do siedemnastu lat, średni wiek pacjenta oscylował wokół dziecięciu, podobnie jak średnia liczba „zaliczonych” przez niego rodzin zastępczych, co oznaczało na każdego przeciętnie ponad dziesięć zdeterminowanych wychowawczo małżeństw, które nie umiały sobie poradzić. Ponieważ dzieci te bardzo łatwo i nagminnie „łapały” stany pobudzenia i/lub załamań i bardzo trudno było je uspokoić, stanowiły problem dla najbardziej wytrwałych opiekunów, terapeutów i nauczycieli. W rezultacie były stale wyrzucane z placówek opiekuńczych, rodzin zastępczych, szkół i nieraz z terapii. Ostatni przystanek na ich drodze stanowił nasz ośrodek.

Analizując kartoteki około dwustu chłopców mieszkających aktualnie lub uprzednio w ośrodku, odkryłem że wszyscy, każdy bez wyjątku, doświadczył w przeszłości poważnej traumy lub wykorzystania. Przytłaczająca większość z nich legitymowała się przynajmniej sześcioma silnie urazowymi przeżyciami. Wszystkie te dzieci urodziły się i wychowywały w chaosie, zagrożeniu i nadużyciach. Dosłownie wykluwali się w gniazdach terroru.

Wszyscy też wiele razy byli ewaluowani, zarówno przed, jak i w czasie pobytu w naszym ośrodku. Każdy z nich uzbierał dziesiątki różnych etykiet diagnostycznych z podręcznika DSM; najczęściej były to ADHD, zaburzenie opozycyjno-buntownicze i zaburzenie zachowania – tak jak u Tiny. Szokujące jednak było to, że zaledwie kilkoro z tych dzieci było postrzegane jako ofiary urazu lub zestresowania. Ich traumy w żaden sposób nie wiązano z diagnozami – również tak jak u Tiny. Pomimo długich historii przemocy domowej, nagminnego porozrywania więzi rodzinnych, co często obejmowało śmierć rodzica w rezultacie przemocy, intoksykacji czy choroby, pomimo wykorzystywania seksualnego, emocjonalnego, fizycznego i innych rozdzierających zdarzeń, u tylko kilku rozpoznano potraumatyczne zaburzenia stresowe. Poza tym PTSD nie pojawiała się nawet wśród tzw. diagnoz różnicujących, czyli na dołączanej do karty liście możliwych dla danych symptomów alternatywnych rozpoznań, które każdy klinicysta rozważa, a potem wyklucza.

Potraumatyczne zaburzenia stresowe były w owym czasie stosunkowo świeżą koncepcją, dołączając do spisu DSM w 1980 roku. Opisywały syndrom wykrywany masowo u weteranów wojny wietnamskiej, którzy po powrocie z frontu doświadczaali lęków, zaburzeń snu, intruzywnych retrospekcji, wtargnięć i wspomnień okropnych zdarzeń z wojny. Często byli oni podenerwowani i łatwo reagowali agresją na śladowe nawet sygnały zagrożenia. Wielu z nich miało koszmary nocne i gwałtowne reakcje na nagły hałas, jak na wybuchy i wystrzały, co wciąż na nowo cofało ich do dżungli południowo-wschodniej Azji. W latach szkolenia w psychiatrii ogólnej pracowałem z weteranami wojennymi cierpiącymi na PTSD. Wielu psychiatrów zaczynało już wtedy zauważać powszechność występowania podobnych objawów u osób dorosłych które przeszły inne rodzaje traumatycznych wydarzeń, jak gwałt czy kataklizm przyrody. Uderzyło mnie zwłaszcza to, że mimo iż te raniące wydarzenia trwały stosunkowo krótko (najwyżej parę godzin), ich wpływ na zachowania rozciągał się w czasie nieraz na dziesiątki lat. Przypominało mi to odkrycie Seymoura Levine’a: kilka minut stresu ich noworodków wskutek trzymania na dłoni przez człowieka

zmieniało ich mózg na resztę życia. O ileż potężniejszy, myślałem, musi być wpływ autentycznie urazowego wydarzenia na ludzkie dziecko!

Jako stażysta psychiatrii ogólnej, badałem u weteranów z PTSD działanie ich systemów reakcji na stres. Wspólnie z kolegami odkryliśmy, że cechują się one nadreaktywnością, nazywaną przez naukowców „uwrażliwieniem”. Oznaczało to, że wystawieni nawet na minimalny stres, ludzie ci reagowali tak, jak w sytuacji ekstremalnego, realnego zagrożenia. W wielu przypadkach, łączące się w system stresu ośrodki w ich mózgach uaktywniały się tak silnie, że prowadziło to do wypalenia się i utraty zdolności samoregulacyjnych także innych funkcji, które normalnie balansują się samoistnie. W efekcie upośledzeniu ulegała także zdolność utrzymywania dobrego nastroju, nawiązywania relacji społecznych i abstrakcyjnego myślenia.

Równolegle do pracy ze wspomnianymi chłopcami w ośrodku kontynuowałem badania nad kształtowaniem się neuroprzekąźnictwa związanego ze stresem. Obserwowałem już nie tylko adrenalinę i noradrenalinę, ale i inne pokrewne systemy: te, które bazują na serotoninie, dopaminie i endogennych opiatach, znanych jako enkefaliny i endorfiny. Serotonina jest zapewne najlepiej znana jako podłoże działania leków antydepresyjnych jak prozac i zoloft. Dopamina jest substancją wzbudzającą uczucie przyjemności i motywacji indukowane przez takie substancje stymulujące jak kofeina i amfetamina. Endogenne opiaty są naturalnymi narkotykami mózgu usuwającymi ból; heroina i morfina dotyczą tych samych receptorów. Cała ta chemia gra bardzo ważną rolę w systemach stresu. Epinefryna i norepinefryna przygotowują ciało do reakcji „walczyć lub uciekać”. Dopamina zapewnia poczucie kompetencji i mocy w osiąganiu celów. Działania serotoniny są bardziej złożone i trudniej je określić. Opiaty z kolei znane są z właściwości kojących, odprężających i uśmierzających każdy ból, jaki może wiązać się z zagrożeniem i stresem.

Po tym jak zrozumiałem, że symptomy związane z brakiem uwagi i nadaktywnością wiązały się u Tiny z jej niesłyszanie pobudliwym systemem reakcji na stres, powziąłem myśl, że leki, które go wyłumiają, mogą być pomocą dla innych podobnych dzieci. Stary, generalnie bezpieczny lek o nazwie clonidyna od często podawano ludziom o normalnym zazwyczaj ciśnieniu, które w warunkach stresu w gwałtownie rosło, prowadząc do hiper napięcia. Clonidyna „wyciszała” tę reaktywność. Wstępne badania nad stosowaniem tego leku wykazały, że zmniejsza ona także właściwe dla PTSD objawy hiperpobudzenia u weteranów wojennych. Wiedząc, że u wielu chłopców z naszego ośrodka ich fizyczne symptomy były właściwe dla nadreaktywnego systemu reakcji na stres, postanowiłem za zgodą kuratora zastosować w ich leczeniu clonidynę.

Sprawdziło się to w wielu przypadkach. W ciągu kilku tygodni tętno spoczynkowe tych chłopców normalizowało się i następowała poprawa snu. Ich uwaga stawała się bardziej skupiona, a poziom impulsywności malała. Co więcej, poprawiali oni zarówno stopnie w szkole, jak i wzajemne interakcje. Dla mnie oczywiście nie była to niespodzianka. Redukując poziom reaktywności systemu stresu, clonidyna sprawiała, że mniej ich rozpraszały sygnały zagrożenia, co przekładało się na większą uważność zarówno w nauce jak w ich wzajemnych relacjach (zobacz Appendix, tabela 3).

Wszystko to wyjaśniłem Stanowi Walkerowi odpowiadając na jego list. Ku mojemu zaskoczeniu, wycofał swoje obiekcje i poprosił o więcej informacji na temat traumy i dzieci. Niestety niewiele wtedy było jeszcze publikacji na ten temat. Wysłałem mu więc tych kilka opracowań i parę własnych artykułów. Od tej pory się nie odzywał.

Następnego dnia, przygotowując się do spotkania ewaluacyjnego z Sandy, próbowałem wyobrazić sobie z jej perspektywy horror, jakiego była świadkiem i jaki sama przeszła. Dziewięć miesięcy wcześniej znaleziono ją, całą we krwi, leżącą na nagim ciele zamordowanej matki, skowyczącą i chlipiącą konwulsyjnie. Obecnie nie miała jeszcze

pełnych czterech lat. Jak mogła potem dalej żyć, dzień po dniu, z tak strasznymi scenami w umyśle? Jak mógłbym ja, przygotowywać ją do zeznań w sądzie, konfrontacji pod krzyżowym ogniem podchwytliwych pytań, co bywa miazdzącym doświadczeniem nawet dla dorosłych? Co by z nią się stało?

Zastanawiałem się także, jak zdołała przeżyć pod względem psychologicznym. W jaki sposób jej mózg chronił ją przed tak urazowymi przeżyciami? I jak mógł ktokolwiek choć trochę rozsądny, a co dopiero szkolony w pomaganiu strauumatyzowanym dzieciom, nie zdawać sobie sprawy, że dziewczynka potrzebuje pomocy terapeutycznej po tym co przeszła?

Niestety dominujące w owym czasie spojrzenie na dzieci i traumę (które w dużym stopniu utrzymuje się i dziś) zakłada, że dzieci uzdrawiają się samoistnie – że są „odporne” na psychiczne urazy. Pamiętam z owego okresu wizytę na miejscu zbrodni z kolegą po fachu, który utworzył i prowadził grupę wsparcia psychologicznego dla ludzi niosących pierwszą pomoc ofiarom przestępstw i tragicznych wypadków. Policjanci, sanitariusze, ratownicy i strażacy mając na codzień do czynienia z wstrząsającymi widokami śmierci, okaleczeń i spustoszeń, co oczywiście odkłada w nich swoje żniwo. Mój kolega miał uzasadniony powód do dumy z utworzonych przez siebie służb. Wizytując z nim mieszkanie, gdzie krew ofiary jeszcze nie wsiąkła do końca w kanapę ani nie wyschła na ścianach, ujrzałem trójkę małych dzieci, stojących w kącie jak upiory.

– Co dziećmi? – spytałem, robiąc ruch głową w kierunku trojga opryskanych krwią małych świadków. Spojrzał na nie namyślając chwilę się i odrzekł:

– Dzieci są odporne, nic im nie będzie.

Jako młody stażysta, wciąż czujący respekt wobec starszych kolegów, kiwnąłem głową jakbym podzielał jego „mądrość”, ale coś we mnie łkało.

Jeśli już, to właśnie dzieci są najbardziej podatne na zranienie przez traumę i przez dorosłych. Wiedziałem to jeszcze z prac Seymoura Levine’a, a potem dziesiątków innych badaczy. Odporne dzieci są wytworem traumy, nie urodzenia. Rozwijający się mózg jest najbardziej plastyczny i wrażliwy na działanie odbieranych doświadczeń – i dobrych, i złych. Dlatego tak błyskawicznie uczymy się we wczesnym życiu języka, niuansów relacyjnych, zdolności motorycznych i dziesiątek innych rzeczy i dlatego mówimy o doświadczeniach „formacyjnych” i okresach krytycznych. Dzieci stają się „odporne” pod wpływem wzorców stresu i toksycznej opieki, jakiej doświadczają (więcej szczegółów o tym będzie na dalszych stronach). W konsekwencji jesteśmy w tym okresie strasznie łatwo i szybko zmieniani przez urazy. Choć ich efekty mogą być niedostrzegalne dla niewyszkolonego oka, to jeśli wiemy, co trauma wyrządza dzieciom, zaczynamy widzieć jej skutki niestety wszędzie.

W tym czasie pracowałem w moim laboratorium nad poznaniem neurobiologicznych mechanizmów związanych z odpornością i podatnością na stres. Badaliśmy ciekawe i bardzo ważne działanie narkotyków pobudzających ośrodki stresu w mózgu. Nazywa się ono sensytyzacją (uwrażliwieniem) oraz tolerancją (zobojętnieniem) i ma olbrzymie znaczenie dla zrozumienia ludzkiego umysłu i jego reakcji na traumę.

Sensytyzacja to wzorzec pobudzenia prowadzący do zwiększenia wrażliwości na przyszłe podobne bodźce. Widać go u weteranów wojny wietnamskiej, jak i u szczurów, które są genetycznie nadwrażliwe na stres lub stały się takie wskutek wczesnego urazu. Kiedy mózg się uwrażliwi, najmniejszy stresor może wywołać potężną reakcję. Tolerancja – odwrotnie; wygłusza ona z czasem nasze reagowanie na doświadczenie. Oba te czynniki są ważne dla funkcjonowania pamięci: jeśli nie uodpornilibyśmy się na znajome doświadczenia, stale przedstawiałyby się nam one jako nieznane i niosące potencjalne zagrożenie. Mózg szybko by wyczerpał swoją zdolność ich przechowywania, zatykając się jak przepełniona pamięć w komputerze. Podobnie, jeśli nie stalibyśmy się uwrażliwieni na pewne rzeczy, nie bylibyśmy zdolni usprawniać naszych reakcji na nie.

Ciekawe, że oba efekty można uzyskać w przypadku takiej samej dawki tego samego narkotyku, jednak gdy wzorce jego zażywania są różne, efekt jest całkowicie przeciwny. Jeśli na przykład szczur lub człowiek otrzymuje małe ale częste dawki kokainy czy heroiny, (środków działających na system dopaminowy i system opioidowy) siła ich działania słabnie. Wzorzec ten znany jest z dynamiki uzależnień: tolerancja na narkotyk wzrasta, więc trzeba coraz większych ilości do uzyskania podobnego „haju”. I odwrotnie, jeśli będziemy podawać organizmowi taką samą ilość narkotyku, ale nie rozbitą na małe, częste dawki lecz w rzadko aplikowanych, dużych jednorazowo dawkach, siła działania narkotyku będzie rosła. Porcja wywołująca pierwszego dnia lekką reakcję może po dwóch tygodniach wywołać głęboką i długotrwałą nad-reakcję. Sensytyzacja może w niektórych przypadkach spowodować zapaść, a nawet śmierć, zjawisko odpowiedzialne za nie dające się inaczej wyjaśnić przedawkowania. Niestety dla uzależnionych, pragnienie narkotyku, wywołując u nich tolerancję a nie uwrażliwienie na pożądany „haj”, prowadzi jednocześnie do nadwrażliwości na różne niepożądane efekty, jak np. paranoja wiążąca się z zażywaniem kokainy.

Dla naszych celów jednak najistotniejsze jest, że odporność lub podatność na stres zależy od tolerancji lub od sensytyzacji systemu nerwowego wskutek wcześniejszych doświadczeń. Efekt tolerancji lub uwrażliwienia pomaga wyjaśnić różnicę między stresem a traumą, co jest ważne w przypadkach takich dzieci, jak Tina i Sandy. Nie bez powodu słyszymy od trenerów w siłowniach: „use it or lose it” (ćwicz bo zaniknie). Wiadomo powszechnie, że nie trenowane mięśnie słabną, zaś trenowane się wzmacniają. Jest to zasada zależności od używania (use-dependence). Podobnie mózg, im więcej i bardziej różnorodnie jest aktywowany, tym bardziej rozbudowuje i zmienia – lub podtrzymuje – systemy połączeń synaptycznych.

Zmiany te – pamięć rodzajów – pojawia się w mięśniach, gdyż aktywność powtarzana według określonego wzorca wysyła komórkom sygnał: „będziecie pracować na tym poziomie”; modyfikują się więc one odpowiednio do charakteru pracy, by móc łatwo jej poddać. Potrzebne do tego jest jednak powtarzanie aktywności według określonych wzorców. Trzydziestokrotne podnoszenie piętnastu kilo w trzech, oddzielonych krótkimi przerwami, seriach po dziesięć razy, prowadzi do wzrostu mięśni. Jeśli jednak będziesz dźwigać trzydzieści razy ten, a nawet większy ciężar, lecz przypadkowych momentach dnia interwałach to sygnał wysyłany mięśniom będzie niestały, chaotyczny i niewystarczający, by podjęły proces wzmacniania się. „Przerzucenie” kilku ton bez stałego wzorca i interwałów daje o wiele słabszy efekt. Aby powstała skuteczna „pamięć” i nastąpił wzrost siły, doświadczenie musi mieć regularny wzorzec i być powtarzane.

Tak samo dzieje się z neuronami w mózgu; znaczenie mają wzorce doświadczenia. Postępując od komórki do komórki, przędzie on i tka swoją sieć pod kątem zadań, jakie wykonuje. Żadne inne tworzywo w ludzkim organizmie nie jest bardziej skłonne do zmian według powtarzanych wzorców swojej aktywności. Komórki nerwowe są jakby stworzone do tego. Właśnie ów molekularny dar pozwala zaistnieć pamięci: powoduje, że powstają połączenia synaptyczne pozwalające nam jeść, pisać, kochać się, grać w piłkę i robić tysiące innych rzeczy, do jakich jesteśmy zdolni. Te niesłychanie zawile i gęste sieci wzajemnych połączeń umożliwiają działanie mózgu.

Jednak zmuszając mózg do pracy, stresujemy go. Systemy biologiczne istnieją w równowadze. Aby mogły funkcjonować, ich działanie musi mieścić się w pewnym ograniczonym paśmie, odpowiednim dla ich bieżącej aktywności – i właśnie mózg odpowiada za utrzymywanie tej podstawowej równowagi. Rzeczywiste doświadczenie jest stresorem; wpływ, jaki wywiera ono na system, jest naciskiem. Jeśli na przykład ćwicząc odwadniasz się, stres doprowadzi do pragnienia, gdyż sterujący procesami mózg próbuje skłonić cię do uzupełnienia płynów. Podobnie dziecko, ucząc się słów wywiera w korze mózgowej leciutki nacisk (ang. stres) na powtarzanie stymulacji, by mogło je utrwalić i przypominać sobie. Bez

stresu system nie odnotowuje, że jest coś nowego, na co ma zwrócić uwagę. Innymi słowy, stres nie zawsze jest zły.

W istocie to właśnie nacisk, jeśli jest umiarkowany i o uporządkowanym wzorcu, wzmacnia nasz organizm i jego zdolności funkcjonalne. Dlatego jeśli mamy aktualnie silny mięsień, oznacza to, że przeszedł wiele umiarkowanego stresu w przeszłości. To samo dotyczy ośrodków reagowania na stres w mózgu. Poprzez umiarkowane, dające się przewidzieć i wykonać zadania, nasz system stresu aktywowany jest umiarkowanie, przez co staje się odporniejszy i bardziej elastyczny. Im sprawniejszy jest obecnie, tym więcej musiał przejść umiarkowanie stresujących doświadczeń w przeszłości.

To jednak nie cała historia. Jeśli wrzucasz sobie sto kilo na pierwszym treningu, to jeśli w ogóle uda ci się podnieść ten ciężar, to zamiast wzmocnić mięśnie, pozrywasz je. Znaczenie ma wzorec i intensywność doświadczenia. Jeśli system jest przeciążony, jeśli musi działać poza pasmem swych zdolności, efektem będzie kontuzja – rozległe pogorszenie się jego stanu, dezorganizacja i dysfunkcja. Dotyczy to przeciążania zarówno mięśni, jak i sieci neuronalnych mózgu w konfrontacji z urazowym doświadczeniem.

Wynika z tego również, że to, co jest traumą dla jednej osoby, dla innej może być trywialnym przeżyciem, ze względu na wzmacniający efekt wcześniejszych umiarkowanych i uwzorcowanych konfrontacji ze stresem. Podobnie jak strongman jest w stanie biegiem przenosić ciężary, jakich inni nie mogą nawet poruszyć, tak niektóre mózgi są w stanie poradzić sobie ze zdarzeniami, które innych by załamały. Olbrzymie znaczenie ma w tym przypadku kontekst traumy, jej umiejscowienie w czasie oraz reakcja innych, zwłaszcza ważnych osób. Śmierć rodzica będzie bez porównania bardziej urazogenna dla dwulatka wychowywanego przez samotną matkę, niż dla osoby pięćdziesięcioletniej, która ma męża i własne dzieci. W tym drugim wypadku trauma często nie następuje. Podobnie wykorzystywanie seksualne dziecka przez jedno z rodziców przy osłanianiu tej tajemnicy przez drugie, będzie znacznie bardziej traumatyzujące, niż np. jednorazowe molestowanie przez kogoś obcego, o czym dziecko może rodzicom bezpiecznie powiedzieć, spotkać się z ich wsparciem i właściwą reakcją oraz być świadkiem ukarania sprawcy.

W przypadku Tiny, jak i chłopców z ośrodka, ich doświadczenia były stresem wielokrotnie przekraczającym wytrzymałość ich młodych, rozwijających się układów nerwowych. Zamiast wzrastać wskutek umiarkowanych, przewidywalnych i wzmacniających aktywacji, ich systemy reagowania na stres były poddawane nie ekstremalnym, nie dającym się przewidzieć, miazdzącym i długotrwałym doświadczeniom, które odcisnęły w nich swe piętno trwale i głęboko. Nie widziałem żadnych szans, by w przypadku Sandy mogło być inaczej.

Zanim się z nią spotkałem, starałem się uzyskać jak najwięcej informacji o jej historii, otoczeniu i korzeniach. Rozmawiałem z jej obecną rodziną zastępczą, jej nowym kuratorem i wreszcie z członkami jej licznej dalszej rodziny. Dowiedziałem się, że Sandy miała olbrzymie problemy ze snem i była kłębkim lęku. Podskakiwała na najmniejszy nagły stukot, podobnie jak weterani wojny wietnamskiej, z którymi pracowałem. Miała też epizody odłączania się i marzenia na jawie, z których nie dawała się „wybić” i sprowadzić do rzeczywistości. Lekarz nie znający jej historii zapewne zdiagnozowałby je jako „absencyjną” lub „petit mal” formę epilepsji – nie można było wtedy do niej dotrzeć.

Dowiedziałem się też, że była czasem agresywna i miewała napady złości. Jej obecna rodzina zastępcza nie potrafiła znaleźć w tych zachowaniach żadnego schematu ani rozgryźć, co je uruchamiało. Ale opowiedziała mi o kilku innych jej „dziwnych” zachowaniach. Sandy za nic nie dotykała się srebrnej zastawy stołowej, szczególnie noży – co było zrozumiałe. Nie chciała jednak też pić mleka ani nawet patrzeć na butelki z mlekiem. Na dźwięk dzwonka do drzwi chowała się jak spłoszony kot, nieraz tak skutecznie, że poszukiwania zabierały

rodzicom dwadzieścia minut. W innych momentach też nieraz znajdowano w ukryciu pod łóżkiem, za kanapą, w szafce pod zlewem, zawsze kiwającą się i płaczącą.

Tyle o odporności. Samo podskakiwanie na lekki stuk mówiło mi, że system reagowania na stres został u Sandy przewrażliwiony. Zeznawanie w sądzie wystawiłoby ją na grad bolesnych przypomnień tamtej koszmarnej nocy. Musiałem się zorientować, czy byłaby w stanie je znieść, czy nie. Choć nie chciałem, musiałem w pewnym momencie pierwszego spotkania wypróbować delikatnie jej pamięć, by sprawdzić reakcję. Pocieszałem się myślą, że niewielki ból teraz może ochronić ją przez o wiele większym bólem później, a być może też zapoczątkuje proces zdrowienia.

Mały pokój w typowym, sterylnym państwowym budynku był miejscem mojego pierwszego, ewaluacyjnego spotkania z Sandy. Przyjaźnie przysposobiony, z meblami o dzieciennych rozmiarach, pełen zabawek, kredek, bloków rysunkowych i zeszytów do kolorowanek, nie był jednak w stanie zatrzeć „systemu” krzyczącego z terrakoty na posadzce i żużlobetonowej konstrukcji, nawet mimo kilku postaci z kreskówek namalowanych na ścianach. Sandy siedziała na podłodze, a kilka lalek wokół niej przyglądało się, jak kolorowała obrazek. Uderzyło mnie najpierw, że jest taka maleńka, zupełnie jak Tina. Mogła mierzyć najwyżej 90 centymetrów. Miała olbrzymie, jasnobrązowe oczy i długie, grube, kręcone kasztanowe włosy. Na szyi widniały dwie blizny, z obu stron, biegnące od ucha do środka gardła, jednak mniej zauważalne, niż je sobie wyobrażałem – chirurgzy plastyczni spisali się na medal. Kiedy wszedłem ze Stanem, Sandy znieruchomiała i patrzyła na mnie, zamrożona.

– Sandy, to jest doktor Bruce, o którym ci mówiłem – przedstawił mnie Stan. – Chce z tobą porozmawiać, w porządku? – zapytał bojaźliwie.

Sandy nie poruszyła się, nie drgnęła nawet o milimetr. W jej baczym wyrazie nie wystąpiła żadna zmiana. W reakcji Stan spojrzał na mnie, potem znów na nią i, posyłając jej wielki promienny uśmiech, powiedział pogodnym głosem przedszkolanki:

– No dobrze, zostawiam was razem.

Gdy wychodził, patrzyłem na niego jak na kretyna, zszokowany tym, jak gładko zlekceważył totalny brak reakcji dziewczynki na jego pytanie. Kiedy spojrzałem znów na Sandy, jej twarz miała identyczny wyraz, jak moja. Potrząsnąłem głową, wzruszyłem ramionami i uśmiechnąłem się blado. Jakby w lustrze, Sandy uczyniła to samo.

„Aha, jest kontakt! Dobry początek” – pomyślałem. „Nie pozwól mu umknąć”. Wiedziałem, że jeśli podejść do tego maleństwa (mam prawie dwa metry), jej nadwrażliwy system alarmowy oszaleje. Otoczenie Sandy było dla niej już wystarczająco obce – ciągle nowi dorośli, nowe miejsca, nowe sytuacje – musiałem utrzymać w niej jak największy spokój.

– Ja bym też coś pokolorował – powiedziałem nie patrząc na nią. Chciałem być maksymalnie przewidywalny i dać jej znak, że będę szedł powoli, krok po kroczku. Żadnych nagłych ruchów. „Zmniejsz się maksymalnie” – mówiłem sobie – „usiądź na podłodze; nie patrz na nią, nie bądź naprzeciwko, kolorując używaj spowolnionych ruchów, z namysłem”. Usiadłem kilka stóp obok niej. Starałem się nadać memu głosowi jak najbardziej kojące, łagodne brzmienie:

– Najbardziej lubię czerwony. Zrobię to auto na czerwono – powiedziałem wskazując na rysunek w moim zeszycie.

Sandy uważnie badała moją twarz, ręce, powolne ruchy, zdawkowo tylko zwracając uwagę na słowa. Miała pełne uzasadnienie dla swojej podejrzliwości. Przez długi czas kolorowałem sam, gwarząc sobie o moich wyborach kolorów. Byłem tak niewymuszony i przyjacielski, jak tylko możliwe bez wpadania w sztuczną promienną, pod którą Stan próbował zamaskować swój lęk. W końcu Sandy zmieniła rytm dziania się, przysuwając się

niedaleko i milcząco podpowiadając, jakich kolorów mam używać. Posłusznie się stosowałem. Od chwili gdy się przysunęła, przestałem gadać. Przez wiele następnych minut kolorowaliśmy w milczeniu razem.

Przyborami u Miałem jeszcze zapytać ją, co się jej stało, ale mogłem wyczuć, że doskonale wie, po co tu jestem – i wie też to, że ja wiem. Przecież wszyscy dorośli z jej „nowego” życia prędzej czy później zadawali pytanie o tę straszną noc.

– Co ci się stało? – spytałem, wskazując na dwie blizny na szyi. Sandy jakby mnie nie słyszała. Nic się nie zmieniło w jej wyrazie, ani w tempie i sposobie kolorowania.

Ponowiłem pytanie. Tym razem zastygła ja kamień. Jej oczy zgasły i wpatrywały się w przestrzeń. Spytałem trzeci raz. Wzięła czarną kredkę i zabazgrała swój kształtny, zdyscyplinowany rysunek. Nie było innej odpowiedzi.

Spytałem kolejny raz, nienawidząc tego, że pcham ją w stronę bolesnych wspomnień. Wstała gwałtownie, chwyciła wypchanego królika za uszy i pochlastała jego szyję kredką. Tnąc, powtarzała raz po raz: „To dla twojego dobra, śliczna” – jak zacięta płyta.

Następnie cisnęła królika na podłogę, podbiegła do lodówki, wspięła się na nią i skoczyła, raz, drugi, piąty. Nie reagowała na moje przestrogi, że może sobie tym zrobić krzywdę. Bojąc się o nią, podniosłem się, podszedłem do lodówki i złapałem ją przy którymś kolejnym skoku. Rozpłynęła mi się w ramionach. Usiadłem i trwalismy tak przez kilka minut. Jej rozszalały oddech powoli się uspokajał, aż w końcu niemal zamarł. Wtedy powolnym tempem, automatycznie jak robot, zaczęła mi opowiadać o tamtej nocy.

Znajomy matki przyszedł do ich mieszkania. Zadzwonił do drzwi i matka go wpuściła.

– Mama krzyczała, zły człowiek ją krzywdził – opowiadała. – Powinnam była go zabić... – Po chwili kontynuowała: – Jak wyszłam z mojego pokoju i mama już spała, to skaleczył mnie nożem. Powiedział: ‘To dla twojego dobra, śliczna’.

Napastnik przeciął jej gardło dwa razy. Sandy natychmiast upadła. Później odzyskała świadomość i próbowała „obudzić” matkę. Wzięła mleko z lodówki, ale dławiła się pijąc; mleko wylewało się przez szparę w szyi. Próbowła dać mleko matce, ale „mamie nie chciało się pić”. Błakała się po mieszkaniu przez jedenaście godzin, zanim ktoś przyszedł – krewny, zaniepokojony, że matka Sandy nie odbiera telefonu, wpadł zajrzeć i odkrył makabryczną scenę.

Jeszcze przed końcem spotkania byłem pewien, że zeznawanie w sądzie zniszczyłoby Sandy kompletnie. Potrzebowała pomocy, a jeśli istotnie musiałyby zeznawać – to dużo więcej czasu na przygotowanie. Okazało się na szczęście, że Stan mógł skutecznie odwlekać rozprawę.

– Zgodzisz się poprowadzić jej terapię? – zapytał.

– Jasne. – Nie mogłem odmówić.

Obrazy, jakie rozgorzały w mojej głowie podczas tego pierwszego spotkania, były wstrząsające: trzyletnia dziewczynka z poderżniętym gardłem, łkająca i próbująca się ukoić mlekiem, szukająca też pocieszenia w skrępowanym, nagim, zakrwawionym, stygnącym i ostatecznie zimnym ciele matki – Boże, jak bezradna, zdeorientowana, przerażona i zagrożona musiała być! Jej symptomy – „nieobecności” w sobie, unikające reakcje na trudne pytania, jej chowanie się i specyficzne lęki – wszystko to były obrony tworzone przez jej mózg po to, by trzymać traumę z dala od siebie. Zrozumienie tych obron było kluczem do uratowania jej, jak i innych podobnych dzieci.

Jeszcze w macicy i potem po narodzeniu, w każdym momencie dnia, nasz mózg przetwarza nieustanny strumień odbieranych sygnałów. Światło, dźwięk, dotyk, zapach, smak – wszystkie te surowe dane zmysłowe, zamienione w sygnały, docierają do niższych struktur mózgu, wzbudzają w nim wielofazowy proces kategoryzacji w porównawczym odnoszeniu do wcześniej zgromadzonych schematów i, jeśli trzeba, reakcję.

W wielu przypadkach wzorzec napływających sygnałów jest tak bardzo powtarzalny, znany i bezpieczny, a dyskietka pamięci, do której ten wzorzec pasuje, tak głęboko zapisana, że mózg zasadniczo ignoruje go. Jest to forma tolerancji zwana habituacją. Do tego stopnia ignorujemy znajome schematy w zwyczajnym kontekście, że zapominamy duże fragmenty dni poświęcanych na rutynowe czynności jak mycie zębów czy ubieranie się. Zapamiętujemy jednak, gdy znajomy schemat pojawia się poza kontekstem; na przykład gdy myjemy zęby na górskim campingu w pierwszych promieniach wschodzącego słońca. Chwila jest tak piękna, że zapisuje się w nas jako coś niezwykłego. Emocje są potężnymi oznacznikami kontekstu. Radość czerpana ze wschodu słońca jest tak niezwykła dla schematu pamięciowego p.t. „mycie zębów”, że czynność ta zostaje w pamięci żywa nieraz do końca życia.

Podobnie dzieje się w drugą stronę, jeśli ktoś myje zęby w łazience gdy trzęsienie ziemi burzy jego dom, oba te zdarzenia zostają na zawsze połączone w jego umyśle i przypominane będą razem. Może się okazać później, że mycie zębów będzie każdorazowo wywlekać emocjonalny horror katastrofy. Negatywne emocje dużo silniej niż pozytywne działają utrwalać na pamięć towarzyszących zdarzeń, bowiem pamiętanie rzeczy oznaczających zagrożenie daje szansę unikania ich w przyszłości, więc jest kluczowe dla przetrwania. Mysz, która po pierwszym negatywnym doświadczeniu nie nauczy się unikać zapachu kota, pewnie nie będzie tą, która wyda i wychowa potomstwo. W efekcie jednak skojarzenia takie stają się też źródłem symptomów związanych z traumą. U wspomnianej ofiary trzęsienia ziemi, sam widok szczoteczki do zębów lub wejście do łazienki może wystarczyć do wzbudzenia ogarniającej wszystko reakcji lękowej.

W przypadku Sandy było to mleko – pokarm kojarzony z troską i opieką, które wylewało się jej przez szyję i którego „mamie nie chciało się pić”. Srebrna zastawa nie służyła już do jedzenia, ale do zabijania, okaleczania i wzbudzania przerażenia. A dzwonek do drzwi – cóż, to był sygnał, od którego wszystko się zaczęło. Odtąd każdy dźwięk dzwonka oznajmiał dla Sandy przybycie zabójcy.

Zwykle, codzienne i banalne rzeczy, które towarzyszyły tragedii, stały się bodźcami wyzwalającymi skrajnie silny lęk i utrzymującymi ją w stanie ciągłego alarmu. To oczywiście wrzucało w zamęt jej nauczycieli i kolejnych przybranych rodziców, którzy nie wiedzieli nic o jej traumatycznej historii, więc nie mieli szans dostrzec, co i dlaczego wywołuje jej dziwne zachowania. Nie mogli zrozumieć dlaczego w jednej chwili jest słodka i ujmująca, a w następnej oporna, agresywna lub nieobecna. Jej wybuchy zdawały się nie mieć nic wspólnego z jakimkolwiek zauważanym przez nich zdarzeniem czy interakcją. Jednak zarówno pozorna nieprzewidywalność jak i charakter zachowań Sandy miały kompletny sens. Jej mózg normalnie próbował ją chronić według tego, czego się przedtem nauczył o świecie.

Mózg stale porównuje napływające schematy z uprzednio zapisanymi dyskietkami i skojarzeniami. Ów proces dopasowywania zachodzi wstępnie w najniższych, najmniej złożonych piętrach mózgu, z których, jak pamiętamy, system nerwowy najpierw reaguje na zagrożenie. W miarę jak po pierwszym przetworzeniu i reakcji informacje docierają na wyższe piętra, mózg ma możliwość spojrzenia na nie po raz drugi w celu dokładniejszego ich rozważenia oraz integracji. Ale w pierwszych tysięcznych sekundach chce wiedzieć tylko, czy dany sygnał oznacza potencjalne zagrożenie.

Jeśli zdarzenie jest znajome i uznane wcześniej jako bezpieczne, system reakcji na stres nie zostanie uruchomiony. Jednak gdy napływająca informacja jest wstępnie nieznana, nowa lub obca, mózg natychmiast włącza czujność i gotowość do reakcji. To, jak rozległe i silnie aktywują się ośrodki stresu wynika z tego jak groźnie wygląda dana sytuacja lub sygnał. Trzeba pamiętać, że naszym wyjściowym nastawieniem jest podejrzliwość, a nie akceptacja. Jako minimum, w obliczu nowego nieznanego schematu aktywacji stajemy się czujniejsi. Celem mózgu w tym punkcie jest zdobyć więcej informacji, zbadać sytuację i określić jej możliwy stopień zagrożenia. Ponieważ spośród wszystkich spotykanych stworzeń najbardziej

śmiercionośnym zwierzętami dla ludzi są inni ludzie, bacznie monitorujemy w ich zachowaniach wszystkie niewerbalne sygnały, jak ton głosu wyraz twarzy i cały, złożony język ciała.

W dalszej ocenie mózg może rozpoznać, że nowy schemat aktywacji został wywołany przez coś znanego lecz będącego w poza kontekstem. Na przykład jeśli jesteś w bibliotece i ktoś upuści na stół ciężką książkę, to ten głośny dźwięk z miejsca oderwie cię od czytania. Uaktywnisz reakcję pobudzenia, skupisz się na źródle dźwięku, ocenisz, że to niegroźny i znany przypadek – może trochę irytujący, ale nie wart zwracania sobie głowy. Jeśli jednak w bibliotece usłyszysz hałasy za sobą, odwrócisz się i zobaczysz ludzi, którzy zdają się być czymś zaalarmowani, i za moment dojrzysz faceta z bronią w ręku, twój mózg przejdzie od pobudzenia do alarmu i wybuchu strachu. Gdy po chwili dowiesz się, że to był wredny żart głupiego studenta, mózg twój, obniżając pobudzenie, wróci powoli do stanu spokoju.

Reakcja lęku jest stopniowana, dostrojona kalibrem do postrzeganego poziomu zagrożenia (zobacz: Apendix, tabela 3). W miarę jak narasta strach, ośrodki zagrożenia w mózgu będą dalej integrować napływające informacje i aranżować całościową reakcję ciała, która pozwoli ocalić życie. Do tego momentu imponujący zestaw oddziałujących na siebie wzajemnie systemów neuronalnych i hormonalnych współpracuje nad umożliwieniem mózgowi i reszcie ciała właściwej reakcji. Po pierwsze wyłącza myślenie o czymkolwiek innym, odcinając paplającą stale przednią korę. Następnie, uruchamiając w układzie limbicznym kanały czytania sygnałów społecznych, skupia się na określeniu, kto może być pomocą, a kto zagrożeniem. Tętno rośnie gwałtownie, by zapewnić mięśniom dość utlenionej krwi w razie walki lub ucieczki. Zwiększa się tonus mięśni, a takie doznania jak głód idą na bok. Mózg chroni cię na tysiąc różnych sposobów.

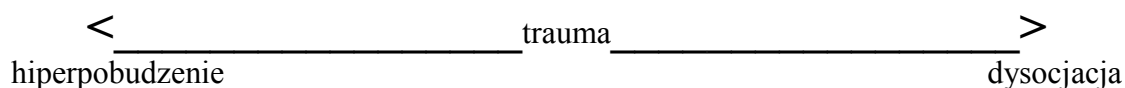
Gdy jesteśmy spokojni, możemy bez przeszkód korzystać z najwyższych zdolności kory – snuć rozważania abstrakcyjne, plany na przyszłość, marzyć, czytać, tworzyć... Ale jeśli coś przyciągnie naszą uwagę i zakłóci tok myśli, stajemy się czujni i konkretni, przenosząc aktywność neuronalną do struktur podkorowych i wyczulając zmysły na zagrożenie. Poruszając się po osi w stronę strachu, z konieczności polegamy na coraz niższych – i szybszych – obszarach mózgu. W kompletnej panice nasze reakcje są automatyczne i zasadniczo poza świadomą kontrolą. Strach dosłownie nas ogłusza i ta jego cecha pozwala na szybsze reagowanie, w krótszych ułamkach sekundy, co decyduje o przetrwaniu. Gdy jednak strach utrzymuje, przestaje być przystosowawczy i zmienia się w źródło dysfunkcji. Ośrodki reakcji na zagrożenie ulegają sensytyzacji, utrzymując nas stale w stanie lęku i alarmu. Z reakcji hiperpobudzenia systemów stresu pochodzą symptomy Sandy.

Ale nie wszystkie; mózg dysponuje niejednym zestawem adaptacji do stresu. Wobec doznanej przemocy i zbrodni Sandy była tak bezbronna i mała, a zagrożenie tak ekstremalne, że nie miała szans na reakcję „walcz lub uciekać”. Gdyby jej mózg zareagował podniesieniem tętna i przygotowaniem mięśni do akcji, doprowadziłby ją do wykrwawienia się na śmierć. Zdumiewająca jest mądrość mózgu, który przystosowuje się też do takiej sytuacji i umie przetrwać ją, co jednak jest później źródłem odrębnego zestawu objawów związanych z traumą, znanych jako zespół reakcji dysocjacyjnych.

Dysocjacja jest bardzo prymitywną reakcją: najwcześniejsze ewolucyjnie formy życia zwierzęcego (i najmłodsze jednostki wyższych gatunków) rzadko kiedy mogą o swoich siłach uratować się z okropnych sytuacji. Dla nich jedyną możliwą reakcją na atak i zranienie jest zniknięcie – skulenie się do jak najmniejszych rozmiarów, zamarcie, czekanie na pomoc i nadzieja na cud. Ten rodzaj reakcji płynie z najniższych, najbardziej prymitywnych struktur umiejscowionych w pniu mózgu lub bezpośrednio doń przylegających. Niemowlęta i małe dzieci, niezdolne do reakcji „walcz lub uciekaj” siłą rzeczy są skazane w obliczu zagrożenia na dysocjację. Reakcja ta częstsza też jest u kobiet niż u mężczyzn i jeśli się utrzymuje dłużej, wiąże się z wyższą podatnością na symptomy stresu posttraumatycznego.

W stanie dysocjacji mózg przygotowuje ciało na zranienie. Krew odpływa z tkanek, tętno i ciśnienie spada, by zapobiec wykrwawieniu. Uwalnia się gwałtowna produkcja endogennych opiatów – naturalnych środków znieczulających, tzw. heroinie mózgu – które pozwalają zabić ból, wywołując jednocześnie spokój i poczucie psychologicznego oddalenia od zdarzeń.

Podobnie jak reakcja hiperpobudzenia, reakcja dysocjacji jest stopniowana i tworzy kontinuum. Łagodnymi formami dysocjacji są stany fantazjowania i marzeń na jawie oraz przechodzenia z czuwania do snu lub na odwrót. Zalicza się do nich również trans hipnotyczny. W ekstremalnych doświadczeniach dysocjacyjnych jednak osoba tak całkowicie kieruje się do środka lub gdzieś na zewnątrz, że odłącza się od rzeczywistości. Odpowiedzialne za myślenie ośrodki mózgu przechodzą od planowania działań do skupienia się na nagim przetrwaniu. Pojawia się wrażenie spowolnienia czasu oraz poczucie, że to, co się dzieje, nie jest realne. Oddech zamiera. Ból a nawet strach zostają odłączone. Ofiary nieraz mówią o odrętwieniu emocjonalnym i braku odczuwania – o stanach, w których patrzą na straszne zdarzenia jakby dotyczyły jakiejś postaci z filmu.



W większości traumatycznych historii mamy do czynienia nie z jednym, lecz z kombinacją obu tych typów reakcji. W wielu przypadkach, umiarkowana dysocjacja podczas urazowego zdarzenia moduluje intensywność i czas trwania reakcji hiperpobudzenia. Owa zdolność do odrętwienia i automatyzmu zachowań pozwala działać skutecznie i bez paniki na przykład żołnierzom na polu walki. W innych przypadkach jednak któraś z tych dwóch reakcji zdominowuje pozostałą, a kiedy schematy te aktywują się wielokrotnie i przez długi czas, to z powodu intensywności, powtarzania się lub wzorca, trauma ta wywołuje w mózgu zmiany pod wpływem sposobu jego używania, szczególnie w obszarach zapośredniczających te reakcje. W efekcie ośrodki te ulegają sensytyzacji, tzn. stają się chronicznie nadaktywne, co prowadzi do pasma emocjonalnych behawioralnych i poznawczych problemów, odzywających się wciąż na nowo jeszcze bardzo długo po traumatycznym zdarzeniu.

Dziś wiemy, że wiele pourazowych symptomów psychiatrycznych wiąże się w istocie albo z dysocjacją, albo hiperpobudzeniem, jako reakcjami na wspomnienia traumy. Reakcje te pomogły ofiarom kiedyś ją przetrwać, ale utrzymując się potem, mogą prowadzić w życiu do ciężkich problemów w różnych obszarach.

Niewiele jest trafniejszych przykładów na to od tych, jakie stanowią chłopcy leczeni w naszym ośrodku. Wpływ traumy – i najczęściej błędna interpretacja jej symptomów – zaznaczają się w fakcie, że niemal każdy z nich miał jakieś diagnozy związane z brakami uwagą i impulsywnym zachowaniem. W warunkach nauki w klasie, niestety, reakcje zarówno dysocjacyjne jak i hiperpobudliwe wyglądają na zaburzenie deficytu uwagi, nadpobudliwość ruchową lub zaburzenie opozycyjno-buntownicze. Tymczasem dzieci dysocjujące z oczywistych powodów nie mogą skupić uwagi. Wyglądają jakby marzyły na jawie lub bujały w obłokach, zamiast uważać na zajęciach i tak jest w istocie. Zamiast się dostroić, odstrajają się od tego, co się wokół nich dzieje. Z kolei hiperpobudliwe dzieci wyglądają na nadaktywne lub nieuważne, bo tym, na co zwracają uwagę, jest ton głosu nauczyciela lub język ciała innych dzieci, a nie treść lekcji.

Również prowokowane w reakcji typu „walcz lub uciekaj” agresja i impulsywność mogą wyglądać na bunt lub opozycję, podczas gdy są pozostałością po dawniejszych urazowych sytuacjach i reakcją dziecka na ich wspomnienia, które co i rusz wywołuje jakiś szczegół lub bodziec. Także wzbudzana w ciele poprzez stres reakcja „zamrożenia” – nagła niezdolność do poruszania się, tzw. syndrom sarny oślepionej światłami samochodu – jest

często błędnie kwalifikowana przez wychowawców jako opór i odmowa, gdyż kiedy się pojawia, dziecko dosłownie nie jest w stanie zareagować na polecenia. Choć może nie wszystkie przypadki ADD, hiperaktywności i zaburzenia opozycyjno-buntowniczego są związane z traumą, jest bardzo prawdopodobne, że objawy prowadzące do tych diagnoz są pochodzenia potraumatycznego. Tak jest częściej, niż ktokolwiek odważy się podejrzewać.

Pierwsza sesja terapeutyczna z Sandy odbyła się w salce przy kościele. Dziewczynka podlegała rządowemu programowi ochrony świadków; musiała być bezpieczna przez kumplami zabójcy z gangu, których nie można było aresztować, bo nie brali bezpośrednio udziału w zbrodni. Spotykałem się więc z nią w nietypowych miejscach i nietypowych porach. Często były to niedziele w kościele, dokąd jej przybrani rodzice zabierali ją na msze. Podszedłem i przywitałem się z nimi. Sandy mnie poznała, ale nie okazała uśmiechu.

Zaprowadziłem jej opiekunów do przedszkolnej klasy, gdzie miała się odbyć sesja. Wziąłem trochę kredek i papier i położyłem się na dywanie, żeby rysować. Po minucie lub kilku Sandy dołączyła do mnie. Spojrzałem na przybraną matkę i powiedziałem:

– Sandy, pani Sally* pójdzie teraz do kościoła, a my pokolorujemy sobie obrazki. Czy tak będzie dla ciebie OK?

– OK – odpowiedziała, nie podnosząc oczu.

Siedzieliśmy na podłodze, kolorując w milczeniu. Przez dziesięć minut nasza zabawa wyglądała tak samo, jak na pierwszym spotkaniu w sądzie. Potem jednak nastąpiła zmiana: Sandy przestała rysować. Potem wyjęła mi kredkę z dłoni, pociągnęła mnie w dół za rękę i, dopychając mi ramię, ułożyła mnie twarzą do ziemi.

– W co się bawimy? – spytałem zabawnie.

– Nic nie mów – powiedziała. Była śmiertelnie poważna i używała siły. Zgięła mi nogi w kolanach, a ręce wyciągnęła za plecy, jakbym był związany dłońmi do stóp. Rozpętała się potraumatyczna reaktywacja. Przez następne czterdzieści minut Sandy chodziła po klasie, mamrocząc różne rzeczy, z których tylko część słyszałem.

– To jest smaczne, zjedz to – powiedziała podchodząc z plastikowymi warzywami i otwierając mi usta, jakby chciała mnie nakarmić. Potem przyniosła koc i okryła mnie: – Zimno ci – powiedziała. W ciągu tej sesji wiele razy podchodziła do mnie, kładła się na mnie, potrząsała mną, otwierała mi usta i oczy, zostawiając znów samego, by w tym czasie znaleźć coś w pokoju i wrócić z jakąś zabawką lub innym przedmiotem. Nie odgrywała napaści na nią samą i nie odegrała jej w pełni przez czas jaki z nią pracowałem, ale chodząc po klasie często powtarzała: „To dla twojego dobra, śliczna”.

Sandy robiła swoje, a ja musiałem robić dokładnie to, co kazała: „nie mów, nie ruszaj się, nie przeszkadzaj, nie przestawaj”. Inscenizując tę reaktywację, potrzebowała mieć totalną kontrolę. Kontrola ta, zaczynałem rozumieć, była kluczową sprawą, żeby jej pomóc.

Kompletna utrata kontroli i kompletne poczucie bezsilności to jedne z elementów definiujących traumatyczne doświadczenie – zwłaszcza gdy jest ono tak silne, że ofiara, nie mogąc fizycznie uciec, ucieka w dysocjację. Dlatego przywrócenie jej pełnej kontroli jest konieczne, by mogła zacząć sobie radzić z potraumatycznym stresem. Widać to żywo na przykładzie zjawiska znanego jako wyuczona bezradność. Martin Seligman z zespołem badawczym Uniwersytetu w Pensylwanii stworzył doświadczalne warunki, w których po dwa zwierzęta (szczury) chowano w oddzielnych klatkach. W jednej, szczur otrzymywał szok elektryczny ilekroć naciskał dźwignię podawania pokarmu, co oczywiście było dlań stresem. Jednak gdy wierzę zorientowało się, że po szoku zawsze otrzymuje jedzenie, przystosowało się, rozwijając tolerancję dla tej sytuacji. Bo, jak powiedzieliśmy wcześniej, stresor dający się przewidzieć i kontrolować, działa z czasem coraz mniej stresująco, gdyż rośnie tolerancja.

W drugiej klatce było inaczej. Szczur mógł tak samo naciskać dźwignię pokarmową podobną jak w pierwszej i tak samo dostawał wtedy jedzenie, jednak otrzymywał szok elektryczny nie w chwili, gdy on naciskał dźwignię, ale wtedy gdy robił to pierwszy szczur w swojej klatce. Tak więc nie mógł się zorientować, kiedy i dlaczego otrzymuje szok, czyli nie mógł uzyskać kontroli nad sytuacją. Zwierzęta z drugiej klatki nie rozwijały tolerancji na szok, a przeciwnie, uwrażliwiły się na stres (nie rozwijały habituacji lecz sensytyzację). U obu grup szczurów zaobserwowano duże zmiany w mózgowych ośrodkach reakcji na stres: u tych, które miały kontrolę nad swoją sytuacją, powstawały zdrowe, funkcjonalne zmiany, a u drugiej grupy następowała deterioracja i dysregulacja. Następnie dowiedziono, że u zwierząt nie mających kontroli nad stresem szoków często powstawały wrzody, wychudzenie i spadek odporności fizjologicznej, przejawiający się większą podatnością na choroby. Stan ten utrzymywał się niestety także, gdy po pewnym czasie umieszczano je w klatkach, gdzie mogły kontrolować swoją sytuację. Nie potrafiły jednak zdobyć się na eksplorację klatki, by odkryć jej mechanizmy i opanować sytuację. Taki sam rodzaj załamania i rezygnacji obserwujemy u wielu osób, które przeżyły traumę; osoby te pogrążają się w depresji, a badania coraz liczniej dowodzą, że wiąże się ona z doznanymi w dzieciństwie różnymi sytuacjami nie dającego się kontrolować stresu. Nic dziwnego, że objawom PTSD tak często towarzyszy depresja.

Z powodu związku między kontrolą a habituacją oraz między brakiem kontroli a sensytyzacją, zdrowiejąca ofiara powinna móc powrócić do sytuacji, która jest przewidywalna i bezpieczna. Mózg w sposób naturalny próbuje nadać traumie taki sens, który uodporni go na nią – próbuje dokonać mentalnego przesunięcia z sytuacji kompletnej bezradności to takiej, gdzie jednostka ma pewne panowanie nad sytuacją.

To właśnie robiła Sandy poprzez swoje zachowania reaktywacyjne: kontrolowała nasze interakcje w taki sposób, by móc wyregulować poziom stresu w czasie sesji. Działając jak lekarz równoważący pożądane efekty i efekty uboczne narkotyku poprzez dobranie jego optymalnej dawki, Sandy regulowała swoje wystawienie na stres odgrywania w inscenizacji swojej traumy. Mózg popychał ją do tworzenia bardziej znośnych wzorców stresu: bardziej przewidywalnych doświadczeń, które mogłaby włożyć na miejsce i zostawić za sobą. Poprzez reaktywację próbowała opanować swoją traumę, zmieniając ją w bardziej przewidywalny zbiór przeżyć, aż w końcu, o ile by się udało, w coś ostatecznie nudnego. Kluczem do tego jest schemat i powtarzalność. Powtarzające się według stałego wzorca aktywacje systemu nerwowego prowadzą do tolerancji, podczas gdy chaotyczne i nieregularne sygnały – do uwrażliwienia (sensytyzacji).

Aby odzyskać równowagę, mózg stara się wyciszyć związane z traumą uwrażliwione wspomnienia i dlatego zmusza nas do przyjmowania małych, regularnych „dawek” przypomnień. Szuka sposobu, by jego uwrażliwiony system rozwinął tolerancję i w wielu przypadkach to działa. Do skutków występujących bezpośrednio po silnym urazie zaliczają się intruzywne myśli: wciąż rozpamiętujemy co się stało, zdarzenie powraca w snach, łapiemy się na myśleniu o nim wbrew woli, wielokrotnie i wciąż na nowo opowiadamy o nim naszym bliskim. Dzieci reaktywują takie wydarzenie w zabawach, rysunkach i codziennych interakcjach z innymi. Im cięższe i bardziej porażające było dane doświadczenie, tym trudniej „odczulić” wszystkie związane z nim wspomnienia.

Poprzez reaktywujące odgrywanie swojej traumy w relacji ze mną, Sandy próbowała rozwinąć tolerancję na wspomnienia jej przerażających przeżyć. W inscenizacjach tych miała nad nimi kontrolę, a ta kontrola pozwalała jej modulować poziom przeżywanego stresu. Jeśli stawał się zbyt intensywny, mogła skierować naszą zabawę w inną stronę, i często to robiła. Prowadząc terapię po pierwszym ewaluacyjnym spotkaniu kiedy musiałem to zrobić, nie próbowałem więcej wtrącać się w ten proces ani popychać jej w stronę przypomnienia sobie czegoś jeszcze.

Przez pierwsze miesiące każda sesja zaczynała się tak samo: od milczenia. Sandy bez słowa brała mnie za rękę, prowadziła na środek pokoju, ciągnęła w dół i dyrygowała gestem. Kładłem się twarzą do ziemi i przyjmowałem pozycję związaną, ręce do stóp, a ona eksplorowała pomieszczenie, co chwilę podchodząc do mnie i oddalając się. Na końcu kładła się na moich plecach. Leżąc na mnie zaczynała nucić, mrucząc, i kołysać się. Wiedziałem już, że mam nic nie mówić i nie zmieniać pozycji. Pozwalałem jej mieć totalną kontrolę, jakiej potrzebowała. Praca ta wzruszała mnie i rozdzierała mi serce.

Reakcje strauumatyzowanych dzieci są najczęściej błędnie interpretowane. Spotykało to także i Sandy w pewnych momentach opieki zastępczej. Ponieważ nowe sytuacje mają zwykle stresujący charakter i ponieważ dzieci po ciężkich urazach pochodzą najczęściej z domów, gdzie panujący tam chaos, zagrożenie i nieprzewidywalność wydawały im się być „normą”, będą one z reguły reagować lękiem na sytuacje spokojne i bezpieczne. Próbuując uzyskać kontrolę nad czymś, co w ich odczuciu nieuchronnie musi znów obrócić się w chaos, dzieci takie będą go „prowokować”, aby skierować otaczającą rzeczywistość na bardziej przewidywalny w ich odczuciu, a więc „bezpieczniejszy”, tor. Dlatego każdy „miodowy” okres w rodzinie zastępczej popycha dziecko do opornych i destrukcyjnych zachowań, mających wywołać znane mu awantury, przemoc, nadużycia i dyscyplinę. Jak każdy inny człowiek, osoby z traumą czują się lepiej w tym, co jest im dobrze znane. Stąd pochodzi powiedzenie jednej ze słynnych terapeutek rodzinnych, że wolimy raczej „pewność nieszczęścia niż niepewność szczęścia”. Taki sposób reagowania na traumę ściąga poważne problemy na dzieci, które nie są pod tym względem rozumiane i akceptowane przez opiekunów.

Na szczęście, W przypadku Sandy mogłem wyedukować jej zastępczych rodziców i personel wychowawczy w zakresie tego, czego mogą się po niej spodziewać i jak powinni na to reagować. Mimo to, poza przestrzenią terapii lęki i problemy behawioralne Sandy wciąż się utrzymywały. Jej tętno spoczynkowe nie schodziło poniżej 120 uderzeń na minutę; było więc jak na dziewczynkę w tym wieku skrajnie wysokie. Obok okazjonalnych potężnych epizodów dysocjacji i codziennych trudności ze snem, prezentowała dostrajanie się i hiper-czułość, czyli zachowania podobne w pewien sposób do chłopców których leczyłem w ośrodku. Szanse potencjalnie pozytywnych efektów zastosowania clonidyny omawiałem z rodzicami Sandy i z jej kuratorem sądowym, Stanem. Zgodzili się wszyscy, bym wypróbował lek i istotnie, jej sen się wkrótce poprawił, a częstotliwość, czas trwania i intensywność rozpadania się i załamań – zmalały. Stała się też łatwiejsza w relacjach i w nauce, zarówno w domu jak i w przedszkolu.

Równocześnie wciąż trwała terapia. Po kilkunastu sesjach Sandy zaczęła zmieniać pozycję w jakiej mnie dotąd układała. Zamiast w pozycji związania rąk do stóp, kazała mi kłaść się na boku. Ale wokół rozwijała wciąż ten sam rytuał: eksplorowała pokój, wciąż podchodząc do mnie, leżącego na środku podłogi i przynosząc różne przedmioty. Wciąż trzymała mi głowę próbując mnie karmić. A na koniec zawsze kładła się na mnie, mrucząc urywki melodii i czasem cichnąc, jakby zamarła. Czasami też płakała. W reaktywacyjnym czasie sesji, trwającym około czterdziestu minut, cały czas milczałem.

Z czasem jednak, krocze po kroczku, Sandy zaczęła zmieniać sposób inscenizacji. Stopniowo coraz mniej czasu poświęcała na eksplorowanie pokoju i mamrotanie do siebie różnych rzeczy, a coraz więcej na kołysanie się na mnie i mruczenie fragmentów melodii. Po wielu miesiącach kładzenia mnie na środku podłogi, dokąd prowadziła mnie za rękę, zaprowadziła mnie naraz do fotela bujanego. Usadziła mnie na nim. Następnie podeszła do szafki z książkami, wyciągnęła jedną i wdrapała mi się na kolano.

– Przeczytaj mi historyjkę – powiedziała. A gdy zacząłem, nakazała: – Bujaj mnie. Od tego razu Sandy siadała mi na kolanach, kołysaliśmy się i czytaliśmy książki, sesja za sesją.

To nie było uleczenie, ale był to dobry początek. Nawet mimo tego, że musiała przechodzić okropną wojnę o prawa do opieki nad sobą, toczoną między jej biologicznym ojcem, babką ze strony matki i przybranymi rodzicami, mogę z satysfakcją powiedzieć, że Sandy ostatecznie wyszła na prostą. Jej postępy były powolne, ale stałe, zwłaszcza po tym, jak sprawa o opiekę rozstrzygnęła się po myśli jej przybranych rodziców, z którymi spędziła resztę dzieciństwa. Czasami jeszcze zmagala się, ale przeważnie radziła sobie zdumiewająco dobrze. Nawiązywała przyjaźnie, zbierała dobre oceny, a w relacjach z innymi była wybitnie troskliwa i opiekuńcza. Nieraz przez całe lata nie miałem o niej wiadomości, ale często wracałem myślami do niej i do tego, czego mnie nauczyła. Piszac to, mogę z przyjemnością powiedzieć, że kilka miesięcy temu dostałem aktualne wieści. Sandy ma się świetnie. Z powodu specyfiki jej przypadku nie mogę ujawnić żadnych szczegółów. Niech wystarczy tyle, że prowadzi teraz satysfakcjonujące i produktywne życie, jakiego wszyscy dla niej pragnęliśmy. Nic nie mogło mnie bardziej uszczęśliwić.

Rozdział ósmy – KRUK

Siedemnastoletnią licealistkę Amber znaleziono nieprzytomną w szkolnej łazience. Jej oddech był płytki, rytm serca spowolniony, ciśnienie wyraźnie za niskie. Nic dziwnego, że jej matka, Jill/, która zawiadomiona przez szkołę przybyła na pogotowie, była roztrzęsiona. Właśnie wszedłem. W tym miesiącu byłem na pogotowiu lekarzem towarzyszącym i na prośbę kolegi, psychiatry dziecięcego, przeglądałem kartoteki nieletnich samobójców.

Gdy zespół lekarzy starała się postawić diagnozę, serce Amber nagle stanęło. Zespół medyczny szybko podjął reanimację i ustabilizował dziewczynę, ale widok jej matki był załamujący. Mimo wysiłków lekarzy Amber była wciąż nieprzytomna i nie reagowała na fizyczne bodźce. Jill wpadła w histerię. Poproszono mnie abym się zajął nerwami matki, by reszta personelu mogła się zająć stanem jej córki. Testy toksykologiczne wykrywające każdy narkotyk w organizmie były negatywne, wykluczając najbardziej prawdopodobną w takiej sytuacji wśród nastolatków możliwość przedawkowania. Matka nie przypominała sobie żadnych poprzedzających problemów ze zdrowiem, które mogłyby wyjaśnić stan Amber. W efekcie lekarze podejrzewali jakąś rzadką chorobę serca, guz mózgu lub wylew.

Zastałem Jill przy łóżku córki trzymającą ją za rękę i płaczącą. Pielęgniarka podłączała aparaturę. Jill spojrzała na mnie przez łzy. Starałem się zapewnić ją, że szpital jest doskonały i jej córka ma najlepszą z możliwych medyczną opiekę. Lecz gdy spytała mnie kim jestem i dowiedziała się, że psychiatrą dziecięcym, wpadła w jeszcze większą rozpacz.

– Pan jest tu dlatego, że ona umrze? – nalegała.

– Nie. – odparłem szybko, wyjaśniając, że reszta personelu stara się ustalić, co się stało jej dziecku. Uznali, że ktoś powinien też porozmawiać i pomóc matce i ja zostałem do tego wyznaczony. Spojrzała mi prosto w oczy i szybko wyczuła, że mówię prawdę. Odprężyła się zauważalnie i pomyślałem, nie pierwszy raz, że prosta, uczciwa prawda była zdecydowanie zbyt rzadko doceniana i stosowana w medycynie.

– Dlaczego nie chcą mi powiedzieć, co jej jest? – spytała. Objaśniłem, że lekarze zapewne nie ukrywają informacji tylko naprawdę nie wiedzą. Powiedziałem, że osobiście przejrzę dokumenty i badania Amber i sprawdzę co się da.

Wyszedłem, poczytałem, porozmawiałem z dyżurnym i innymi lekarzami. Dowiedziałem się, że szkoła zadzwoniła po karetkę znalazłszy Amber nieprzytomną w łazience. Jej sygnały vitalne były stabilne, choć rytm serca wyraźnie zbyt wolny: 48 - 52 uderzenia na minutę, gdy norma dla nastolatków jest między 70 a 90. Przywiózł ją zespół ratownictwa medycznego, a lekarze byli w trakcie ewaluacji, gdy ustała praca serca. Była reanimowana, co jest sceną znaną z setek dramatycznych przypadków w takich miejscach jak pogotowie.

Amber była tu już cztery godziny. W tym czasie przebadano ją neurologicznie i zrobiono skan CAT, który nie wykazał żadnych anormalności w mózgu. Inne testy neurologiczne wypadły również normalnie. Kardiologowie również nie mogli znaleźć żadnego problemu, który by wyjaśniał jej symptomy. Wszystkie badania krwi wyglądały normalnie i testy toksykologiczne wiele razy wychodziły czysto. Podejrzewałem słusznie: nikt nie powiedział Jill co się dzieje, bo nikt tego nie wiedział.

Wróciłem i przekazałem Jill wiadomość o braku wiadomości. Następnie, stosując prostą technikę, której nauczyłem się jako sposobu na odprężenie się przed hipnozą, zacząłem pytać o życie Amber. Miałem nadzieję, że matka się uspokoi i jednocześnie szukałem jakiegoś tropu pozwalającego odkryć, co poszło źle w dzieciństwie córki.

Opowiedz mi o swojej córce – powiedziałem. Jill wyglądała na zdezorientowaną takim pytaniem z innej beczki. – Gdzie się urodziła? – podsunąłem. Zaczęła się cofać myślą w przeszłość i przedstawiła mi tę samą historię, jaką pewnie z rozkoszą opowiadała już setki

razy. U większości ludzi nastrój znacznie się zmienia pod wpływem wspomnienia. Podobnie i Jill, opowiadanie o narodzinach dziecka sprowadziło na jej twarz uśmiech. Kiedy zaczynała się chlubić, pytaniami sprowadzałem rozmowę do tematów, które z dużą szansą były neutralne lub pozytywne, np. pierwszy dzień Amber w szkole, czy jej ulubione bajki i książki w dzieciństwie.

Zauważyłem jednak, że Jill przeskakuje długie okresy czasu i z samego jej wyglądu mogłem się domyślać, że sama miała ciężkie życie. Wyglądała o dziesięć lat starszej niż jej trzydzieści pięć, jej tlenione blond włosy były cienkie, a twarz wymizerowana. Oczywiście nikt nie będzie wyglądać specjalnie korzystnie w poczekalni szpitalnej wierząc się ze strachu o swoje nieprzytomne dziecko, lecz Jill sprawiała wrażenie, że wiele przeszła w życiu zanim dotarła tu, gdzie jest. Mogłem zakładać, że pomija wiele, ale w końcu zaczęła wypełniać białe plamy, przyznając się do długiego ciągu nieudanych związków z facetami i nędznych prac, co latami kazało jej wędrować z córką po kraju. Nigdzie się nie mogły zakorzenić. Na chwilę obecną miała jednak dobrą pracę urzędniczą i wyglądało, że Teksas stał się ich domem.

Słuchając Jill, studiowałem też córkę. Amber miała farbowane na czarno włosy. Trzy przebicia w jednym uchu i dwa w drugim. Zauważyłem też coś, co z miejsca uznałem za ważny znak: na przedramieniu widniały dziesiątki idealnie równoległych, krótkich, płtych nacięć. Ich ułożenie, głębokość i wzorek były charakterystyczne dla samookaleczeń.

Starając się określić, czy blizny mogą mieć związek z aktualnym powodem stanu Amber, spytałem, czy ostatnio w życiu córki nie stało się coś, co mogło nią wstrząsnąć. Matka zadumała się chwilę i zakryła usta rękami, jakby chciała stłumić krzyk. Okazało się, że poprzedniego wieczoru zadzwonił jeden z jej byłych partnerów, Duane/. Jill zerwała z nim gwałtownie osiem lat temu, odkrywając, że gwałcił jej córkę, wtedy dziewięcioletnią. Nadużyć tych dokonywał przez parę lat. Wczorajszy telefon odebrała Amber. Duane zdążył zaproponować swoje odwiedziny, zanim Jill przejęła słuchawkę kategorycznie oznajmiając, że ani ona, ani jej córka, nie chcą nigdy mieć z nim nic wspólnego.

Większość osób, które się tną – co niebawem miało się potwierdzić też w przypadku Amber – ma historię dziecięcej traumy. Okaleczanie się pozwala im wprowadzać się w stan dysocjacji, podobny do adaptacyjnej reakcji odłączania się, pozwalającej im kiedyś przetrwać dziejące się nadużycia /nie dzieje się to, co się dzieje/. Cięcie się wywołuje u tych osób efekt znieczulający, zapewniając ukojenie i ucieczkę od lęku wzbudzanego przez wdzierające się wspomnienia i retrospekcje urazu, a nieraz także przez bieżące wyzywania i stresy. Jak opisałem wcześniej, w stanach dysocjacyjnych ludzie potrafią tak silnie odłączać się od rzeczywistości, że osiągają inny stan świadomości, przypominający trans lub sen na jawie, w którym nic nie wydaje się realne i gdzie nie odczuwa się bólu lub tylko nikły. Doświadczenie takich stanów wiąże się bowiem z gwałtowną produkcją opiatów przez organizm – naturalnej heroiny w mózgu, która zabija ból i koi, dając poczucie dystansu od źródła cierpień. Badania na gryzoniach dowiodły, że gdy zwierzęta te zostają całkiem pozbawione swobody ruchów, co jest dla nich silnym stresem, Ich mózgi zostają zalane naturalnymi opiatami – endorfinami i enkefalinami. Ludzie, którzy doświadczaali przeżyć zagrażających życiu lub integralności wewnętrznej często opisują towarzyszące im wtedy poczucie „odłączenia” lub „nierzeczywistości” oraz odrętwienie podobne do stanów wywołanych narkotykami, pochodnymi opium. Endorfiny i enkefaliny są integralną częścią chemii mózgu – jego systemów reagowania na stres – i przygotowują organizm do przetrwania bólu, zarówno fizycznego jak i emocjonalnego.

Zauważyłem, że fizjologiczny stan Amber, w jaki, właśnie była, bardzo przypomina objawy przedawkowania heroiny, tą różnicą, że oddychała samodzielnie. Biorąc pod uwagę jej cięcie się i niespodziewany kontakt z dawnym oprawcą ostatniego wieczoru, pomyślałem, że możemy mieć do czynienia z ekstremalną reakcją dysocjacyjną, która doprowadziła mózg do przedawkowania endogennych opiatów.

Kiedy podzieliłem się tym przypuszczeniem, lekarze pogotowia uznali je za absurd. Sam musiałem przyznać, że moje rozumowanie wyglądało na mocno naciągane i że nigdy nie słyszałem o podobnym przypadku. Wiedziałem jednak, że skutecznym antidotum na zatrucie heroiną jest inny narkotyk, naloxon i że jest on bezpieczny do tego stopnia, że wiele programów odwykowych podawało go odtruwającym się narkomanom. W naszej klinice stosowaliśmy naltrexon – podobny, lecz dłużej działający narkotyk – skutecznie łagodzący u dzieci podatnych na stany dysocjacyjne reakcje na bodźce skojarzone z dawną traumą.

Po kilku godzinach, gdy Amber dalej nie reagowała na otoczenie, a żaden z ciągle wykonywanych testów nie mógł wskazać przyczyny jej stanu, lekarze postanowili dać szansę naloxonowi. Podobnie jak w zwykłych przypadkach przedawkowania heroiny, rezultat był natychmiastowy. Półtorej minuty po zastrzyku pacjentka zamrugała i otworzyła oczy, odzyskując świadomość. Po kilku minutach usiadła i zapytała: "Gdzie ja jestem?" Jak wkrótce miało się okazać na podstawie dalszych informacji o jej życiu, że moja teoria o tym, że to dysocjacyjna reakcja na wspomnienia traumy wywołała symptomy Amber, jest najbardziej wiarygodnym wyjaśnieniem zarówno utraty przez nią przytomności, jak i jej pozytywnej reakcji na naloxon.

Amber została na noc w szpitalu na obserwacji. Rano ją odwiedziłem. Była przytomna. Siedząc na łóżku, pisała i rysowała w zeszycie.

– Poznałem cię wczoraj, ale pewnie tego nie pamiętasz. Byłaś trochę zdezorientowana – powiedziałem przedstawiając się przedtem.

– Nie wygląda pan na doktora – odrzekła, omiatając wzrokiem mój t-shirt, dzinsy i sandały, a nie biały kitel i szybko wracając do rysowania. – Jesteś psychologiem? – spytała nie podnosząc wzroku. Wyglądała na podejrzliwą, ale też na pewną siebie.

Zapusiłem żurawia do jej zeszytu. Były w nim starannie dopracowane projekty przypominające starodawny, kaligraficzny ryt. W narożnikach każdej ze stron wily się wężopodobne stwory. Przylapała mnie na zaglądaniu i powoli zamknęła zeszyt. Było w tym geście coś zaciekawiającego: ukrywała i jednocześnie odsłaniała. Zamykając powoli zeszyt, odwróciła się do mnie, tak abym mógł ogarnąć wzrokiem strony niknące pod okładką. Chce rozmawiać – pomyślałem.

– Miałem okazję trochę porozmawiać z twoją mamą o tobie – powiedziałem. – Ona cię bardzo kocha, ale się martwi. Uważa, że pomogłoby ci porozmawiać z kimś o tym, co wydarzyło się kiedyś w twoim życiu. – Zrobiłem pauzę, by dać jej chwilę na przetrwanie moich słów i nasłuchiwałem.

Mama lubi pana – odrzekła patrząc mi w oczy. Po chwili odwróciła wzrok, jakby się zastanawiając. Czy nie okażę się jeszcze jednym facetem, którego matka wprowadzi do jej życia i który ją zrani? Zastanawiałem się, czy Amber nie ufa żadnemu mężczyźnie, podobnie jak nie ufała moja pierwsza pacjentka, Tina? Czy jakaś część jej mózgu nie produkuje nienawiści do każdego faceta lubianego przez matkę? Może byłoby lepiej, by popracowała z nią któraś z kobiet z naszego personelu? Jednak mój instynkt podpowiadał, że powinna pracować ze mną. To może okazać się lepsze, gdyż ostatecznie Amber będzie musiała zastąpić swoje złe skojarzenia z mężczyznami pozytywnymi przeżyciami, doświadczając z nimi uczciwych, bezpiecznych i przewidywalnych relacji.

– Myślę, że twojej mamie podoba się to, że udało się nam pomóc ci – powiedziałem próbując przemianować tę kwestię. – Mama powiedziała mi, co robił ci Duane. Dzięki temu mogliśmy dojść, czym cię z tego stanu wyciągnąć. Myślę, że mogłoby ci bardzo pomóc, gdybyś zaczęła rozmawiać z kimś o tym wszystkim. To mogłoby cię uchronić na przyszłość przed wpadaniem w podobne stany.

– Co było z *nim* to *zamknięta* sprawa – powiedziała z naciskiem.

Delikatnie sięgnąłem po jej rękę, otworzyłem jej dłoń i odsłoniłem przedramię:

– Na pewno? – patrzyłem łagodnie. Zabrała dłoń, cofnęła się, skrzyżowała ręce i odwróciła wzrok. Kontynuowałem:

– Posłuchaj. Nie znasz mnie i nic o mnie nie wiesz, więc nie powinnaś mi ufać zanim mnie poznasz i przekonasz się, czy możesz. Powiem ci więc parę rzeczy o sobie. Potem jak wyjdę będziesz mogła się zastanowić i zdecydować, czy chcesz czy nie chcesz umówić się ze mną na rozmowę. Cokolwiek zdecydujesz, będzie to wiążące. Nie musisz się na nic zgadzać; możesz odmówić, możesz nie chcieć. To twój wybór i to ty masz kontrolę.

Następnie w prostych słowach opisałem naszą pracę w klinice ze straumatyzowanymi dziećmi, objaśniając jak mogłoby to jej pomóc, a także jak w ten sposób i my nauczylibyśmy się od niej czegoś, co pozwoliłoby nam jeszcze lepiej pomagać ofiarom maltretowania.

Urwałem na chwilę i obserwowałem ją. Spojrzała, wciąż niepewna, co o mnie sądzić.

Chciałem dać jej sygnał, że rozumiem coś z tego przez co przeszła, więc dodałem:

– Wiem, że kiedy odczuwasz lęk masz przymus, by się pociąć. Ale gdy tylko przytkniesz żyłkę do skóry i poczujesz pierwsze nacięcie, napływa ulga. – Rzuciła mi spojrzenie, jakbym przejrzał jej najskrytszą tajemnicę. Ciągnąłem dalej: – Wiem, że nieraz w szkole, gdy czujesz narastające napięcie w sobie, nie możesz się doczekać przerwy, by pójść do łazienki i się pociąć, choćby troszeczkę. Wiem też, że nawet w ciepłe dni nosisz zwykle długie rękawy, by ukryć te blizny.

Zamilkłem. Patrzyliśmy na siebie. Wyciągnąłem rękę na pożegnanie. Przyglądała mi się przez chwilę, a potem powoli też wyciągnęła rękę. Uścisnęliśmy sobie dłonie. Powiedziałem, że jeszcze wrócę gotów odpowiedzieć na wszelkie pytania, gdyby zdecydowała się umówić.

Gdy wróciłem, Amber z mamą czekały już na mnie.

– Myślę, że jesteś gotowa na wypis – powiedziałem do dziewczyny, dodając: – Jeśli chcesz, możemy się spotkać w przyszłym tygodniu.

– Pewnie – odpowiedziała, uśmiechając się zakłopotana. – Skąd pan to wszystko wiedział? – nie mogła się powstrzymać od tego pytania.

– Możemy porozmawiać o tym na sesji. Teraz wyskakuj z tej głupiej piżamy, leć do domu i miej miły wieczór z mamą – próbowałem nadać tej chwili trochę lekkości. I jedna, i druga, przeszły aż za dużo przez ostatnie dwa dni.

Kiedy Amber podjęła terapię, byłem zdumiony, jak szybko otworzyła się na mnie. Zazwyczaj mija kilka miesięcy cotygodniowych sesji, zanim pacjent zaczyna dzielić się intymnymi sprawami. Amber wystarczyły trzy lub cztery tygodnie i zaczęła mówić o wykorzystywaniu przez Duana.

– Nie chce pan, żebym opowiedziała o wykorzystaniu – spytała pewnego dnia.

– Domyślam się, że jak poczujesz się gotowa, to zaczniesz mówić.

– Nie rozmyślam o tym za wiele. Nie lubię tego pamiętać.

Spytałem, kiedy o tym myśli.

– Czasami przed snem – odpowiedziała. – Ale wtedy odchodzę.

– Odchodzę?

Wiedziałem, że mówi o dysocjowaniu, ale chciałem, by sama opisywała to, co się z nią dzieje. Zmieniła pozycję i ułożenie ciała: podparła głowę i wpatrywała się w przestrzeń. Potem skierowała wzrok w dół w lewo. Poznałem, że w jej umyśle przewijają się jakieś bolesne obrazy.

– Kiedy to się zaczęło, to tak strasznie się bałam – powiedziała cichym, dziecięcym głosem. – To bardzo bolało. Nieraz nie mogłam oddychać. Czułam się taka bezradna, taka mała, tak słaba. Nie chciałam mówić mamie. Byłam strasznie zakłopotana i nie wiedziałam co się dzieje. Kiedy on to robił, zamykałam oczy i starałam się myśleć o innych rzeczach. Dość szybko nauczyłam się przenosić do bezpiecznego miejsca w mojej głowie.

Kiedy to opowiadała, zdawała się zmieniać.

– Krok po kroku, czyniłam to miejsce moją specjalną ucieczką. Oderwaniem się. Starczyło, że o nim pomyślę, o pójściu tam i byciu tam, a z miejsca czułam się bezpieczna. Nikt nie wiedział, gdzie to jest. Nikt nie mógł ze mną tam pójść. Nikt nie mógł mnie tam zranić.

Zrobiła pauzę. Mówiła teraz niskim tonem, monotonna, niemal jak robot. Opowiadając, wpatrywała się gdzieś w przestrzeń. Ledwie patrzyła przez przymknięte powieki. Przez moment siedzieliśmy w ciszy. Potem ciągnęła dalej:

– Czułam się, jakbym mogła latać, jak byłam w tym miejscu. Zaczęłam wyobrażać sobie, że jestem ptakiem, a **bluebird** lub drozdem, ale nie mogłam być piękna. Próbowałam być ptakiem majestatycznym, orłem lub jastrzębiem, ale toteż do mnie nie pasowało. Umysł podsuwał mi coś ciemnego, ponurego. Takiego jak kruk. Jako kruk miałam moc, mogłam kontrolować inne zwierzęta. Byłam mądra i miła, ale absolutnie bezwzględna w moich polowaniach. Używałam tej mocy, by bezlitośnie zabijać zło. Dla tych stworów, tych złych, byłam jak Czarna Śmierć.

Znów zrobiła pauzę. Tym razem spojrzała na mnie. Jej słowa były poruszające. Wiedziałem, że nigdy nie dzieliła się tym z nikim i czuła, że kojąca ją moc tych fantazji leży w ich tajnej naturze, którą teraz odsłaniała. Jest ogromnie ważne, by chronić takie osoby w chwilach, jak ta, pełnego odsłonięcia i podatności na zranienie.

– Czy dalej jesteś Czarną Śmiercią? – spytałem. Odwróciła na chwilę oczy, a potem znów spojrzała na mnie i zaczęła płakać. To był prawdziwy początek naszej pracy.

Z upływem tygodni coraz więcej dowiadywałem się o Amber. Jej historia ostatecznie nauczyła mnie wiele o dysocjacyjnych reakcjach na traumę i sposobach pomocy tym, którzy na nie cierpią.

Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie jest porażającym doświadczeniem. To, jakie stało się udziałem Amber, było dodatkowo bardzo brutalne. Zaczęło się w siódmym roku życia. Rodzice Amber rozeszli się, gdy dziewczynka miała dwa lata. Parę lat później jej matka znalazła nowego stałego partnera, który wziął na siebie utrzymanie rodziny. Duane molestował pasierbicę tylko pod wpływem alkoholu, a pił mniej więcej co dziesięć dni. Potem przez kilka dni wyglądał zawsze na skruszonego; obsypywał dziewczynkę podarkami i względami, starając się jej to wynagrodzić. Ponieważ jego picie było nieprzewidywalne, Amber żyła w stanie permanentnego lęku, nieustannie się martwiąc, kiedy znów nastąpi atak, plus oczywiście w bólu i przerażeniu wywołanym przez same te zdarzenia. Zmieniając się z raczej szczęśliwej, wychodzącej do innych dziewczynki w dziecko wycofane i zatrwożone, zaczęła łapać coraz gorsze stopnie w szkole.

Była zbyt przerażona, by powiedzieć matce, co robi z nią ojczym. Duane zagroził, że ją zabije, jeśli piśnie choć słówko. Czując, że sytuacja jest bez wyjścia, Amber zrobiła to, co mogła, by odzyskać kontrolę nad sytuacją. Zaczęła sama serwować Duanowi drinki i zachowywać się prowokacyjnie, aby tylko mieć już za sobą wykorzystanie. Wiedza, kiedy nastąpi gwałt, zwalniała ją z ciągłego lęku i hiperczułości, dając miejsce na sen w nocy i naukę w dzień. Nie musiała stale mieć się na baczności, czekać i nasłuchiwać kroków zapowiadających jego wtargnięcie do jej sypialni. Mogła w ten sposób nadać nadużyciom pewien „rozkład jady” i wyizolować swój paniczny strach tak, by nie nakładał się na resztę jej życia. Stopnie Amber w szkole poprawiły się z powrotem i osoby, które ją otaczały, mogły myśleć, że dziewczynka wróciła do siebie. Mimo, że jej strategia niemal podwajała częstotliwość doznawanych gwałtów, odzyskana kontrola nad sytuacją pozwalała opanować strach i zminimalizować wpływ wykorzystywania na codzienne życie. To oczywiście zrodziło później cały nowy zbiór problemów związanych z poczuciem winy i nienawiścią do siebie z

powodu współpracy ze swoim oprawcą, jednak na tamtą chwilę pozwalało jej radzić sobie z trwającą traumą.

Będąc gwałconą waginalnie i analnie, Amber dysocjowała, odfruwając w świat swoich czarno-kruczych fantazji o śmierci. Tam była prześladowana przez złe stwory i demony, które na nią polowały, ale mogła nad nimi zawsze triumfować, wcielając się w role jak w grach komputerowych. Jej fantazje były wypracowane w najdrobniejszych szczegółach. Dzięki temu były tak pochłaniające, że mogła dosłownie nie czuć niczego, co działo się z jej ciałem. Otorbiła swoje nieszczęście w sposób pozwalający jej funkcjonować i radzić sobie, choć oczywiście nadal cierpiała skutki traumy w zetknięciach z bodźcami kojarzącymi się z tym, co przeszła. Bodźce te, jak zapach kosmetyków jakich używał Duane lub drinków, jakie preferował, wywoływały w niej niekontrolowaną reakcję dysocjacyjną, która wrzucała ją w „bezpieczny” świat braku reakcji na zewnętrzne doznania. Najbardziej ekstremalna z tych reakcji wrzuciła ją do szpitala następnego dnia po telefonie od Duane’a.

Wykorzystywanie trwało parę lat. Matka przyłapała Duane’a z Amber w łóżku gdy dziewczynka miała dziewięć lat i z miejsca wyrzuciła go z domu. Nie obwiniła córki, co niestety robi wiele matek w takich sytuacjach, ale poza tym, że zadzwoniła na policję, nie zrobiła nic, aby poszukać pomocy terapeutycznej. Niestety też wyznaczony z urzędu prawnik nie kontynuował sprawy po tym, jak Duane uciekł do innego stanu. Jill miała inne problemy, z którymi musiała sobie radzić: samotna matka z niewielkimi kwalifikacjami, musiała teraz zatroszczyć się o materialne przetrwanie rodziny. W poszukiwaniu lepszej pracy przenosiła się z dzieckiem ze stanu do stanu. Ostatecznie udało się jej wrócić do szkoły i z lepszym wykształceniem dostać lepiej płatną pracę, jednak niestabilność i doznane nadużycia seksualne zrobiły już swoje w psychice dziecka.

Amber w dalszym ciągu sama radziła sobie z traumą, dostając w szkole dość dobre, choć nie spektakularne, oceny. Z jej inteligencją na pewno stać ją było na wiele więcej, jednak przynajmniej częściowo z powodu tego co przeszła, stała się uczennicą poziomu B i nie realizowała pełni swoich możliwości. Nie zaliczała się ani do najbardziej popularnych wśród rówieśników, ani do najbardziej marginalizowanych. Przystała do grupy plasujących się pośrodku spektrum społecznego nastolatków, nazywających się Gotami, słuchających mrocznego gotyckiego rocka i noszących się na czarno, ale niezbyt ekstremalnych pod względem zachowań. Młodzież ta nie piła i nie narkotyzowała się, jednak jej zainteresowanie mistycyzmem i alternatywną kulturą sprawiało, że była tolerancyjna dla nadużywających.

Ostatnie badania nad młodzieżową kulturą Gotów dowiodły jednak, że grupy te przyciągają podobnych do Amber nastolatków z historiami samookaleczeń i innych form szkodenia sobie. Co interesujące, zostanie Gotem nie powodowało wzrostu autodestrukcji, a raczej przeciwnie: nastolatki ci wykazywali większą podatność na samouszkodzenia przed przystąpieniem do grupy akceptującej ich mroczne strony duszy, niż należąc już do niej.

W szkole Amber odkryła, że nakłuwanie lub głębokie rozdrapywanie skóry na rękach uwalnia ją częściowo od lęku. Później, w samotności, odkryła, że cięcie się wprowadza ją w stan dysocjacji pozwalający umknąć przed nieznosnie narastającym stresem. „To tak, jakbyś miał magiczną skórę” – powiedziała mi opisując, jak cięcie się nożem lub żyłką dawało jej ulgę i dostęp do jej „bezpiecznego” miejsca. Wielu nastolatkom taką ucieczkę dają narkotyki.

Choć narkotyzowanie się przez nastolatków często uważane jest za zwykły hedonizm lub bunt, w istocie najbardziej podatne na ryzyko nałogu są osoby podobne do Amber, których systemy reakcji na stres przeszły wczesny i nieraz długotrwały wstrząs. Badania w grupach osób uzależnionych stwierdziły dramatycznie większą liczbę urazowych zdarzeń w dzieciństwie w porównaniu do osób, które nie rozwinęły uzależnień. Najcięższego kalibru nałogi – zwłaszcza wśród kobiet – przepełnione są pod spodem nadużyciami seksualnymi z dzieciństwa, traumą straty rodziców, widoku scen poważnej przemocy w domu, nadużyciami

fizycznymi, emocjonalnymi, odrzuceniem, opuszczeniem i innymi urazami. Skany mózgu osób z traumą wykazują takie same nieprawidłowe zmiany i w tych samych obszarach, jakie dotknięte zostają wskutek uzależnienia. Być może te potraumatyczne zmiany sprawiają, że osoby z traumą są dużo bardziej podatne na nałogi.

Także samookaleczenia, choć uważane są często za akty buntu lub szukania uwagi, to w większości przypadków najlepiej możemy zrozumieć jako próby samouśmierzenia. Cięcie się wyzwała produkcję opiatów w mózgu, przez co jest szczególnie atrakcyjne dla osób, które wcześniej przeżyły nadużycia i w reakcji nie szukają ulgi w dysocjowaniu. Każdy w wyniku cięcia się może w pewnym stopniu uzyskać opiatowy efekt, jednak doświadczenie to będzie o wiele atrakcyjniejsze i przyjemniejsze dla osób dysocjacyjnie reagujących na dawną traumę i pogrążonych w chronicznym bólu emocjonalnym. To samo dotyczy ludzi używających takich narkotyków jak heroina czy Oxycontin. Wbrew obiegowemu przekonaniu ludzie, którzy je stosują, nie uważają ich działania za szczególnie błogie; większość nie lubi odrętwiającego efektu, jaki dają. Dopiero osoby cierpiące długofalowe skutki poważnego stresu i traumy, znajdują w tych substancjach uśmierzanie i pociechę, a nie martwe wytłumienie.

Co ciekawe, narkotyki stymulujące jak kokaina i amfetamina, ale też w pewnym stopniu kofeina, wywołują replikę innej częstej reakcji na uraz – hiperpobudzenie. Substancje te zwiększają uwalnianie dopaminy i noradrenaliny /zwanej też norepinefryną/ – dwóch neuroprzekaźników, których poziom w mózgu podnosi się niebotycznie w stanach hiperpobudzenia. O ile przeżycia dysocjacyjne niosą fizjologiczne i psychologiczne odzwierciedlenie „haju” opiatowego, to „haj” wskutek stymulantów jest fizjologicznie i psychologicznie porównywalny ze stanem hiperpobudzenia. Na „haju” kokainowym i amfetaminowym tętno jest szybsze, zmysły intensywniej reagują na bodźce, występuje uczucie mocy i sprawczości. Stan taki konieczny jest dla reakcji „walcz lub uciekaj”, ale też wyjaśnia, dlaczego zażywanie środków typu „speed” prowadzi do paranoi i agresji. Zmiany w mózgu związane z hiperpobudzeniem mogą tłumaczyć, dlaczego niektóre z ofiar traumy podatne są na uzależnienie od stymulantów, podczas gdy inne – od opiatów, jak heroina.

W miarę jak rosła moja i moich współpracowników wiedza o tym, jak trauma wpływa na mózg i ciało, zaczynaliśmy badać farmakologiczne metody usuwania pewnych symptomów. Mieliliśmy nadzieję, że może to uchronić dzieci, które do nas trafiały przed rozwinieniem w przyszłości takich problemów, jak narkomania i samookaleczenia. Wiedzieliśmy na przykład, że narkotyki opiatoblokujące, jak naloxon i naltrexon, mogą być z uzasadnieniem próbowane do zwalczania nadwrażliwości na dysocjację. Przebadaliśmy już pomocność clonidyny w redukowaniu stanów potraumatycznego pobudzenia. Mimo, że Mama P., z pewnym uzasadnieniem obawiała się, że stosowanie przez nas chemii doprowadzi do „zanarkotyzowania” dzieci, którymi się zajmowała – lub że pominiemy tak ważną w leczeniu miłość i troskę i uznamy, iż same leki wystarczą – odkryliśmy, że odpowiednie, ostrożne ich stosowanie może w pewnych warunkach być pomocą.

Jednym z pierwszych pacjentów, którego wspomogliśmy naltrexonem, był szesnastoletni Ted. Podobnie jak Amber, Ted trafił pod naszą opiekę z powodu fizycznych symptomów, a nie problemów psychologicznych. Cierpiał na niespodziewane omdlenia i nieraz tracił przytomność w szkole, na lekcjach. Podobnie jak w przypadku Amber, wszelkie medyczne testy nie mogły wykryć przyczyny; chłopiec miał prawidłową budowę i pracę serca i żadnego mogącego wywoływać omdlenia problemu neurologicznego, jak epilepsja czy guz mózgu. Bezradni lekarze – wykluczając inne, znane psychiatrom przyczyny – uznali, że Ted sam wywołuje te omdlenia, by w jakimś dziwnym, niedojrzałym geście przyciągnąć uwagę otoczenia.

Ted był wysoki, chudy jak deska i zadbany, ale prezentował się tak, jakby miał depresję: przygarbiony i człapiący, poruszał się niepewnie, sprawiając wrażenie, jakby chciał

zniknąć. Nie spełniał jednak wymogów diagnostycznych depresji. Nie czuł się nieszczęśliwy i bez energii, nie miał myśli samobójczych, lęku społecznego, problemów ze snem ani innych klasycznych objawów tego zaburzenia. Jednym widocznym problemem było to, że mniej więcej dwa razy w tygodniu nagle mdlał.

Jednak, gdy zacząłem z nim rozmawiać, pokazało się więcej.

– Nieraz czuję się jak robot” – powiedział, opisując mi swój stan odsunięcia od emocjonalnych aspektów życia. – Jakbym oglądał film lub podlegał ruchom.

Ted nie doświadczał w pełni tego, co się wokół niego działo. Czuł się odłączony, bez więzi, odrętwiały, czyli miał klasyczne objawy dysocjacji. Poznając go lepiej, zacząłem odkrywać, co przymuszało jego mózg do chronienia go przed światem.

Poczynając od zerówki, Ted był świadkiem ciągłej przemocy domowej. Ojczym często bił matkę i nie kończyło się na popchnięciu czy pojedynczym ciosie. Były to pełne furii napaści z użyciem całej siły, skutkujące sińcami, ranami, bliznami i skłaniającym do uległości przerażeniem. Nie jeden raz matka Teda trafiała do szpitala. Gdy Ted trochę podrośł, zaczął próbować bronić matkę przed ojczymem, co odwracało agresję ojczyma od niej i kierowało na chłopca.

– Wolałem by pobił mnie, nawet ciężko, ale nie ruszał matki. Nie mogłem na to patrzeć – wyjaśnił.

Wprawdzie nie natychmiast, ale to właśnie widok maltretowanego syna zmobilizował przerażoną kobietę do odejścia ze związku. Ted miał już wtedy dziesięć lat. Prawie połowę życia przeżył z poczuciem stałego zagrożenia przemocą i faktycznymi atakami. Wycofał się z życia społecznego, chroniąc się w izolacji. Nauczyciele nazywali go ”marzycielem”, zauważając, że często był „hen, daleko” zamiast zwracać uwagę na klasę i to, co się w niej dzieje. Ted jednak uważał i uczył się w wystarczająco, by mieć przeciętne, choć nie wyróżniające się stopnie. W jeszcze większym stopniu niż Amber, wtopił się w tło czując, że w ten sposób budzi najmniej uwagi. Nieważne, że uwaga za dobre wyniki miałaby pozytywny wydźwięk; dla niego każdy rodzaj zauważenia był stresem i zagrożeniem. Wyglądało na to, że jego umysł, nastawiony na jak najskuteczniejsze unikanie potencjalnych nadużyć, wybierał bycie niewidzialnym – zniknięcie w szarej nieodróżnionej masie środka społecznego spektrum. Ted trzymał się tej strategii aż do gimnazjum. W gimnazjum zaczął mdleć.

Zaproponowałem na próbę naltrexon, by sprawdzić, czy powstrzyma epizody omdleń. Jak wspominałem wcześniej, gdy ludzie doświadczają ekstremalnej traumy, ich mózgi zostają uwrażliwione na związane z nią bodźce, tak że do wywołania maksymalnej reakcji wystarcza coraz słabszy i słabszy poziom stresu. Jako część tej reakcji na traumatyczny stres, zwłaszcza gdy jest on ostry i nie do uniknięcia, mózg wyzwala opiaty. Podając więc blokery opiatowe o długim działaniu, jak naltrexon, miałem nadzieję zapobiec skutkom wywoływanym przez endogenne opiaty, a więc omdleniom Teda.

Ted zgodził się spróbować i dalej przychodził do mnie na terapię. Brał lek przez cztery tygodnie, w czasie których nie miał dalszych omdleń. Ponieważ narkotyk zablokował reakcję opiatową, która pozwalała dysocjować, Ted stał się bardzo lękliwy w obliczu stresujących doświadczeń. Jest to częsty problem w psychiatrii i w ogóle w medycynie. Narkotyk może świetnie eliminować dany symptom, ale nie leczy osoby jako całości z pełną złożonością problemów, co powoduje, że stwarza inne symptomy. W istocie. Okazało się, że rodzice i nauczyciele często nam meldowali, że naltrexon „pogarsza stan dziecka”, które zamiast „bujać w obłokach” w reakcji na stres, ma zamiast tego objawy lękowego hiperpobudzenia. Dla dorosłych reakcje dziecka typu „walcz lub uciekaj” były trudniejsze od dysocjowania, gdyż stawało się ono teraz nadaktywne, prowokujące i nieraz agresywne. Mogliśmy wtedy podawać clonidynę, by zmniejszyć hiperpobudzenie, ale bez nauczania dziecka alternatywnych zdolności radzenia sobie leki nie przynosiły trwałych efektów. Ostatecznie

uznaliśmy, że choć w pewnych przypadkach naltrexon może pomóc, to należy go stosować oszczędnie i z dużą ostrożnością.

Ted miał problemy o wiele głębsze niż nagłe utraty przytomności. Jego zaburzenie dysocjacyjne poważnie ograniczało w nim zdolność radzenia sobie z emocjonalnymi i fizycznymi wyzwaniami. Aby mu pomóc psychologicznie, a nie tylko „rozwiązać” medyczny problem jaki go do nas sprowadził, musieliśmy nauczyć go radzić sobie ze stresem. Dzięki naltrexonowi, mózg tego młodzieńca nie reagował już automatycznie na niewielkie napięcia odłączaniem całego systemu, lecz teraz musiał przyjmować je w zdrowszy, bardziej komfortowy i produktywny sposób.

Podobnie jak u Amber, przyczyną problemów Teda był nie tylko uwrażliwiony system reakcji na stres, ale stałą mu na przeszkodzie także sieć poczynionych skojarzeń z doznanymi nadużyciami. Dzięki naszym rozmowom zacząłem rozumieć, że jego omdlenia były najczęściej wyzwalane interakcjami z mężczyznami i pułapkami męskości – bodźcami przypominającymi mu dawnego oprawcę, który był ekstremalnym typem wojskowego macho. Częstotliwość omdleń wzrosła wraz z przejściem Teda w późniejszy okres dojrzewania – sytuację wystawiającą go częściej niż przedtem na kontakt z dojrzałymi mężczyznami: nauczycielami i trenerami. Prócz tego on sam i jego rówieśnicy coraz bardziej zaczęli przejawiać cechy męskie. Jako chłopiec, mógł jeszcze uniknąć wielu tego rodzaju bodźców wyzwalających, lecz teraz były dosłownie wszędzie.

Aby mógł nauczyć się przyjmowania tych bodźców bez silnych nad-reakcji i wpadania w dysocjację, teraz gdy już „zszedł” z naltrexonu, musiał zacząć doświadczać ich w bezpiecznym settingu terapeutycznym. Przed sesją podałem mu naloxon, krótko działający opiatobloker, i wystawiając na działanie delikatnych sygnałów oznaczających męskość, pomagałem mu mierzyć się z nimi, żeby przestały być dla niego tak silnym stresem. Przed końcem sesji naloxon przestawał działać, więc Ted miał z powrotem otwartą furtkę do dysocjacji w razie poczucia skrajnego zagrożenia.

Aby maksymalnie spotęgować efekt, musiałem zachowywać się zgodnie ze stereotypem macho – być bardziej męskim niż zwykle, a to przychodziłoby mi łatwiej, gdybym był młodszy i w dobrej kondycji fizycznej! W dniu sesji z Tedem upychałem koszulkę w spodnie, by podkreślić męską linię pasa i bioder i podwijałem rękawy dla ekspozycji mięśni przedramion. Wydawało się to śmieszne (i takie nieraz było), ale pozwoliło mu to rozwijać zdrową relację z mężczyzną demonstrującym siłę i przyzwyczajając się do tego typu bodźców. Gdy Ted zaczynał doświadczać uczuć i wspomnień związanych z nadużyciami, mogłem go uspokajać i pozwalać odczuć, że wciąż jest bezpieczny, więc mógł się przekonać, że może je przyjąć bez odcinania się od siebie.

Ted był bardzo inteligentny, więc wyjaśniłem mu racjonalne podłoże jego leczenia. Wkrótce zaczął wychodzić z własnymi sposobami prowadzenia dalej tego procesu. Poprosił o wyznaczenie do prowadzenia statystyk szkolnej drużyny koszykówki, co pozwoliło mu często przebywać w otoczeniu walczących o piłkę młodych mężczyzn w sytuacji bezpieczeństwa i komfortu. Mógł więc przyswajać nowe, pozytywne skojarzenia i zastępować nimi dawne, które wywoływały jego symptomy. Omdlenia nigdy więcej nie powróciły, a kontynuując „zagłębianie się w swoją przeszłość”, mógł coraz pełniej doświadczać własne życie.

Postępy robiła też Amber. Spotykałem się z nią co tydzień przez dziesięć miesięcy od czasu jej wizyty na pogotowiu. Ponieważ nie miała regularnych epizodów utraty przytomności i wykazywała pewną kontrolę nad swoimi symptomami dysocjacyjnymi, postanowiłem nie stosować naloxonu ani naltrexonu. Opierałem się tylko na sesjach. Wrodzona inteligencja, twórczość i poczucie humoru pozwalały jej artykułować swoją historię w taki sposób, że dawało mi to wgląd także w przypadki innych dzieci, które nie umiały równie jasno przekazać, przez co przechodziły. Jednak w środku Amber była krucha,

bardzo wrażliwa, mroczna i wymęczona. Trwanie w stanie ciągłej czujności i „trzymanie straży” pożera mnóstwo energii, a postrzeganie całego świata jako potencjalnego zagrożenia jest wyczerpujące. Bała się nie tylko fizycznych zagrożeń. Miała skłonność do przekraczania pozytywnych opinii innych na swój temat w komentarze neutralne i bez znaczenia, neutralne interakcje odczytywała jako negatywnie oceniające wymiany, a jakakolwiek krytyka była dla niej personalnym, atakiem o wymiarach katastrofy. – Ludzie mnie nienawidzą – mówiła często. Stale dopatrywała się lekceważenia, gdy nie było go nawet śladu, czym ogromnie komplikowała sobie relacje z ludźmi, utracając wielu z nich zanim się mogły naprawdę zacząć. W efekcie wiele czasu na sesjach poświęcałem, by pomóc jej zobaczyć swojej relacje równie jasno, jak widziała już wiele innych spraw w swoim życiu. W tej części była do głównie terapia poznawcza, która jest jednym z najlepszych sposobów leczenia depresji. Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie powodowało u Amber wiele depresyjnych objawów, z których jednym była nienawiść do samej siebie. Osoby po takiej traumie często są przekonane, że inni „wyczuwają” ich „bezwartościowość”, „brud” i „zepsucie”, wierząc że zasługują na krzywdy i odrzucenie. Tę nienawiść do siebie projektują na innych, otoczenie i świat, uwrażliwiając się – a ściślej stając się hiper-nadwrażliwymi – na najmniejszy sygnał odrzucenia.

Kluczem do zdrowienia jest więc doprowadzenie pacjenta do zrozumienia, że jego postrzeganie świata niekoniecznie jest zgodne z rzeczywistością, że może nie jest on tak ponury i nastający jak się mu zdaje. Z Amber ta praca szła powoli. Chciałem pomóc jej zobaczyć, że nie każdy czyha by ją zranić. Że są wokół niej ludzie – nauczyciele, rówieśnicy, osoby z sąsiedztwa – mili, wspierający i dający pozytywny oddźwięk. I że ona sama odcina się od nich w odruchu chronienia się przed bólem i przerażeniem, jakie Duane wniósł kiedyś w jej życie.

Któregoś dnia, wchodząc do mojego gabinetu, zapytała od drzwi:

– Wiesz że kruk jest najmądrzejszym z ptaków? – Spojrzała mi w oczy niemal z wyzwaniem. Klapnęła na krzesło, kładąc nogi na stoliku do kawy.

– Nie, nie wiedziałem. Czemu to mówisz? – Zamknąłem drzwi do gabinetu i siadłem na taborecie odkręcając go tak, by być naprzeciw niej.

– Corvus Corax – wypowiedziała łacińską nazwę dla tego gatunku.

– Znasz łacinę?

– Nie. To jest oficjalna nazwa kruka.

– Widzę, że lubisz kruki.

– Ja jestem krukiem.

– Wyglądasz jak dziewczyna...

– Zabawne. Wiesz dobrze o co mi chodzi.

– Mniej więcej. Zamilkła, więc ciągnąłem:

– Chciałbym opowiedzieć ci o zwierzętach. Porozmawiajmy o ich świecie, dobrze?

– W porządku.

–Wiele zwierząt ma swoje kody, takie sposoby wysyłania sygnałów do innych zwierząt, własnego gatunku i innych gatunków. – Amber usadowiła się głębiej na krześle i zastygła w ciszy. Zauważyłem, że jestem blisko wepchnięcia ją w odciecie się od siebie. – Czasem te sygnały mówią: „Nie zaczynaj ze mną, bo zrobię ci krzywdę” – kontynuowałem. – Niedźwiedź staje ma tylnych łapach i ryczy. Pies warczy i szczerzy kły, grzechotnik grzechocze – zrobiłem pauzę, pozwalając, by cisza załapała pokój. Próbowałem zrobić jej przestrzeń do ujrzenia, w jaki sposób śle do ludzi potężny sygnał: „Zostawcie mnie samą”. Wiedziałem, jak często stwarzała samospełniającą się przepowiednię: „inni mnie nie lubią”. Wysyłała im negatywne sygnały, więc dostawała z otoczenia negatywne odpowiedzi. Oczywiście te reakcje wzmacniały dalej jej percepcję, że świat jest pełen ludzi, którzy jej nie

lubią. Amber otworzyła oczy i spojrzała na mnie. Jeszcze się nie odłączyła. – A co robi kruk? – zapytałem. Uśmiechnęła się lekko.

– Kruk robi tak: – usiadła, pochyliła się do przodu i podwinęła długi rękaw. Spodziewałem się zobaczyć świeże nacięcia. Ale ujrzałem tylko nowy tatuaż, cały w czarnym atramencie. Przedstawiał siedzącego kruka z rozpostartymi skrzydłami. Trzymała przez chwilę wyciągnięte ramię, abym się przyjrzał.

– Ładna dziara. Kto ci ją robił? – przynajmniej wiedziała już, że jej ciemne ubrania, przekłucia i nowy tatuaż były wysyłaniem sygnałów.

– Bubba, na Montrose.” Opuściła rękaw.

– Więc teraz tatuaże. Czy to ma taki sam efekt jak sznuty?

– Nie całkiem. Nie boli wystarczająco.

– Tniesz się jeszcze?

– Nie. Próbuję tych ćwiczeń relaksacyjnych ciebie. Czasem w porządku działają.

Nauczyłem jej pewnej formy autohipnozy do stosowania w chwilach przymusu cięcia się. Autohipnoza otwiera ludziom dostęp do ich naturalnych zdolności dysocjowania w kontrolowany sposób. Chciałem, by Amber uzyskała jakąś zdrowszą kontrolę nad tym, w jakim stopniu używać będzie tej potężnej reakcji adaptacyjnej.

Nauczyłem ją kilku technik indukcyjnych zbudowanych wokół skupiania się na oddechu. Proste obserwowanie przez chwilę każdego oddechu, potem kontrolowane oddechy odliczanie ich w dół, od dziesięciu do jednego. Z każdym wdechem Amber miała wyobrażać sobie, że schodzi jeden stopień po schodach. Na końcu schodów są drzwi. Mogła je otworzyć i przejść przez nie do swojego „bezpiecznego miejsca”, gdzie nikt nie może jej zranić i gdzie ma kontrolę nad wszystkim. Po opanowaniu przez nią tej techniki, pracowaliśmy nad tym, by mogła ją stosować w momentach stresu lub przytłoczenia, zamiast się ciąć.

Kroczek po kroczku posuwaliśmy się naprzód. Amber otwierała się i zamykała z powrotem. Omawiała ze mną jakąś część noszonych zranień i obudowanego wokół nich wstydu, a gdy zaczynało to być zbyt bolesne, wycofywała się. Nie naciskałem. Wiedziałem, że jej obrony są po coś i że gdy będzie gotowa wróci i powie więcej. Powoli przybywało jej tatuaży, w większości małych, w całości czarnych. Była czarna róża. Czarny węzeł celtycki. Jeszcze jeden mały kruk. Poza tym wciąż nosiła się na czarno.

Na któreś z późniejszych wizyt rozmawialiśmy o tym, w jaki sposób ludzie są stworzeni do odgadywania innych i reagowania na nich. Obracaliśmy się wokół sygnałów jakie wysyłamy.

– Wiesz, że nasz mózg ma specjalne systemy neuronów wykształcone po to, by mógł odczytywać społeczne bodźce ludzi i reagować na nie? – uniosłem w dłoni specjalistyczny periodyk neuronaukowy, jaki prenumerowałem. Próbowałem raz jeszcze skierować ją na zauważanie negatywnych sygnałów, jakie wysyłała i na to, że być może błędnie odczytywała sygnały ludzi wysyłane do niej.

– Chcesz powiedzieć, że moja społeczna sieć neuronów jest popierdolona? – z miejsca przeskoczyła przez punkt, jaki próbowałem wnieść. Już sama jej reakcja precyzyjnie obrazowała problem, z jakim potrzebowała się zmierzyć. Musiałem spuścić z tonu.

– Joup. Skąd to się wzięło?

– Wiem dobrze, co sobie myślisz.

– Więc teraz twoja moc to także czytanie w myślach? Umiesz odgadywać myśli każdego, czy tylko moje? – Jednak Amber nie zauważyła humoru.

Uznałem, że najbezpieczniej będzie posuwać się metodą poznawczą, a nie drażnić na emocjonalnym poziomie.

– Kiedy te specjalne neurony zapalają się – ciągnąłem – ich praca jest niemal dokładnym odbiciem pracy podobnych neuronów płonących w mózgu kogoś, z kim właśnie

jesteś w interakcji. Dlatego właśnie nazywają się neuronami zwierciadlanymi. Neurony te należą do wielu systemów w naszym mózgu, za pomocą których pomaga on nam łączyć się i komunikować z ludźmi. Niesamowite, nie?

Amber słuchała. Miałem nadzieję, że przyswaja coś z tego, być może zastanawiając się, co to dla niej samej oznacza. Kontynuowałem:

– Kiedy matka trzyma i tuli nowonarodzone niemowlę, uśmiechając się do niego i gaworząc, wszystkie główne sygnały zmysłowe; wizualne płynące z widoku jej twarzy i uśmiechu, słuchowe płynące z jej pieszczotliwego głosu, węchowe, płynące z zapachu jej skóry, jak i informacje dotykowe płynące z ciepła i nacisku jej dotykania, wszystkie te bodźce zamieniane są na aktywność neuronalną biegnącą do mózgu dziecka i pobudzającą te jego części, które odpowiadają obszarom mózgu matki, jakich używa ona do uśmiechania się, gaworzenia, kołysania, itd. Mózg niemowlęcia kształtuje się według powtarzających się wzorców stymulacji pochodzących z interakcji z matką.

Amber rzeczywiście słuchała. Mogłem wyraźnie widzieć jej poruszenie, zaangażowanie, kiwanie głową na znak, że rozumie. Powiedziałem:

– Zdumiewające. Ja kocham mózg. – upuściłem na blat trzymany egzemplarz pisma, wyglądając reakcji. – Dziwny z ciebie lalusz – uśmiechnęła się. Byłem jednak pewien, że zobaczyła swoją błędną interpretację mojego komentarza, który nie zawierał słów, że jej mózg „jest popierdolony”. Zaczynała rozumieć, jak jej percepcje mogą różnić się od rzeczywistości i jak jej reakcje na ludzi mogą opierać się na wykoślawionej wizji świata.

Z upływem czasu Amber zdrowiała. Tętno spoczynkowe miała teraz około sześćdziesięciu uderzeń na minutę i nie opadało już niebezpiecznie niskie w rejony. Nie miała żadnych więcej utrat przytomności. Wszystkie doniesienia ze szkoły i domu wskazywały, że dobrze sobie radzi. Była też bardziej ożywiona na naszych sesjach. Opowiadała teraz o małej grupce przyjaciół, z których wszyscy byli nieco zmarginalizowani, lecz generalnie zdrowi. Wtedy któregoś dnia weszła, osunęła się na fotel i wyrzuciła:

– Znów się przeprowadzamy! Próbowała być nonszalancka.

– Kiedy się dowiedziałas?

– Wczoraj. Mama dostała lepszą pracę w Austin. No i wyjeżdżamy – wpatrzyła się w przestrzeń. Do jej oczu napłynęły łzy.

– Czy wiesz kiedy wyjeżdżacie?

– Za kilka tygodni. Mama zaczyna od pierwszego.

– Pomówmy o tym trochę, dobrze?

– Po co?

– Bo domyślałam się, że może ci być z tym bardzo ciężko.

– I kto tu czyta w czyich myślach? Nie wiesz przecież, co czuję.

– Mmmm. Myślę, że użyłam słów „domyślałam się, że może ci być bardzo ciężko”. Czy źle się domyślałam? – Amber podkurczyła kolana pod brodę i spuściła głowę żeby nie widział jej łez. Kapały na jej czarne spodnie. Podałem jej chusteczkę. Wzięła.

– Nienawidzę tego – powiedziała cicho. Cisza zalała pokój. Przysunąłem się do niej z krzesłem i na kilka chwil położyłem dłoń na jej ramieniu. Siedzieliśmy.

– Czego najbardziej nienawidzisz?

– Wszystkiego. Nowej szkoły, nowych dzieciaków, nowych świrów w mieście.

Nienawidzę ciągle zaczynać od początku.

– Uhum. To musi być bardzo przykre – nie chciałem unieważniać jej uczuć próbami szukania pozytywów. Wiedziałem, że będzie czas później na poszukanie w tej sytuacji nowych możliwości i potencjału. Po prostu pozwalałem wylewać się jej frustracji i skutkowi. Słuchałem jej uczuć.

Tydzień później weszła oznajmiając:

– Nie mogę się doczekać wyjazdu z tej dziury – przerzuciła się całkiem na pozycję „a co mi tam”. Łatwiej jest opuścić ludzi i miejsca jeśli ci na nich nie zależy.

– Czym więc były twoje łyży tydzień temu...? – spojrzała na mnie ze złością. Wytrzymałem jej wzrok, pozwalając wyczytać z mej twarzy, że mi na niej zależy i że jest mi smutno. Jej złość stopniała i zaczęliśmy ciężką pracę pomagania jej w przejściu do nowego etapu.

Przez te ostatnie tygodnie zmagaliśmy się z tym, jak Amber ma się odnaleźć w nowej szkole. Sprawdzaliśmy, czy jest gotowa zacząć „znów od początku”. I nad tym, czy musi zawsze projektować swój mrok i złość na innych? Czy zawsze musi nosić się na czarno? Zaczynała dopuszczać, że może mogłaby być „miększa”, bardziej otwarta, ufna i zapraszająca w nowych relacjach. Nasze rozmowy o świecie zwierząt, wysyłaniu sygnałów i o tym, jak działa mózg, przełożyły się na jej rozumienie siebie.

– Nie umiem zdecydować, co robić. Nie wiem, czy mam zacząć na nowo i być sobą, czy jednak się chronić. Nie wiem co robić, nie wiem jak być.

– Kiedy przyjdzie właściwy moment, dokonasz właściwych wyborów.

– Co to znaczy?

– Jeśli TY dokonujesz wyboru, będzie on dobry. Po prostu nie pozwalaj komukolwiek decydować za ciebie. Nie pozwalaj ani mamie, ani kolegom i koleżankom, ani mnie, ani – zawiesiłem głos by złapać się z nią wzrokiem – ani duchowi Duane’a wybierać za ciebie.

– A co Duane może mieć z tym wspólnego?

– Uważam, że ciemność nie jest twoja. Nie była pierwotnie. Myślę, że to, co się sprawdzało kiedy cię wykorzystywał, odłączanie się, fantazjowanie, ciemność projektowana na świat, że to wszystko wmusił w ciebie Duane.

– Nie. To ja stworzyłam mój świat.

– Przypomnij sobie, jak o nim opowiadałaś. Przypomnij sobie, że kiedy pierwszy raz uciekałaś w ten świat, chciałaś być w nim kolorowym, śpiewającym ptakiem, drozdem lub cierniówką. Ale to nie działało.

– No tak.

– Twoim pierwszym wyborem, Amber, były piękne, kolorowe ptaki śpiewające. Być może ten wybór nie działał, bo były zbyt jasne i bezbronne, a ty potrzebowałaś czegoś mrocznego i groźnego, by cię ochroniło.

– Tak.

– Być może nie potrzebujesz już tego, Amber? Może będzie dobrze pozwolić tym ptakom śpiewać?

– Nie wiem.

– Ja też nie wiem. Ale gdy nadejdzie właściwy moment, będziesz wiedziała. Gdy będzie twój odpowiedni czas, dokonasz dobrych wyborów. Gdy dojrzeje odpowiednia chwila, dokonasz dobrych wyborów.

Przed przeprowadzką usiłowałem zachęcić Amber i jej Matkę do poszukania nowego terapeuty w Austin. Dałem Jill listę nazwisk i kontaktów zapewniając, że często współpracuje z kolegami na odległość. Powiedziałem, że będę osiągalny telefonicznie lub od czasu do czasu na wizytach konsultacyjnych pilotujący proces zdrowienia córki. Ale ideałem byłoby, miałem nadzieję znalezienie w Austin podstawowego psychoterapeuty, który kontynuowałby moją pracę. Amber nie przypadł do gustu ten pomysł.

– Nie potrzebuję chodzić do jakiegoś psychologa. Nie jestem stuknięta.

– Czy ja traktowałem cię tak, jakbyś była?

– Nie. – Zamilkła. Wiedziała, że jej argument jest nedorzeczny.

– Posłuchaj, to zależy od ciebie; zrobisz jak zechcesz. Ja uważam, że pomogłoby ci, gdybyś poświęciła czas na znalezienie kogoś właściwego. Jeśli spotkasz się z osobami z tej listy, zobaczysz, z kim czułabyś się bezpieczna, by móc mówić.

– W porządku – spojrzała na mnie wiedząc, że wiem, że nie przyłoży się do szukania.
– No cóż, Upewnij się tylko, że na cokolwiek się zdecydujesz, będzie to twój autentycznie własny wybór. – Wyciągnąłem rękę na pożegnanie i uścisnęliśmy sobie dłonie.
– Jasna sprawa, doktorze.

W ciągu pół roku po przeprowadzce matka Amber kontaktowała się z nami kilka razy. Zaprowadziła Amber do pierwszej osoby z mojej listy, ale Amber nie przypadła go gustu ta kobieta. Nie próbowały dalej. Bardzo często tak się dzieje, że gdy sytuacja ulegnie poprawie, rodzice tracą motywację do ponoszenia kosztów i trudów dalszej terapii, pozostawiając ją nieukończoną. Ponieważ Amber „radziła sobie świetnie” w nowym otoczeniu, Jill nie naciskała na jej opór przed szukaniem nowego terapeuty.

Po przeszło roku od ich wyprowadzki z Austin, sprawdzając moją pocztę elektroniczną, natknąłem się na wiadomość od BlueRaven232. Najpierw pomyślałem że to spam i byłbym usunął ten e-mail, gdyby nie dostrzeżony w ostatniej chwili temat: „Nowy tatuaż”. Otworzyłem list:

*Drogi Doktorze,
Chcę, żebyś ty pierwszy wiedział. Mam nowy tatuaż: bukiet kwiatów –
pomarańczowych, czerwonych, purpurowych i niebieskich. Naprawdę dziewczęcy. Żadnego
czarnego tuszu.
Błękitny Kruk.*

Odpowiedziałem:

Dzięki za tę notkę, brzmi jak pozytywny wybór. Dobra robota. Jedno pytanie: Kruk w błękitnie nieba? Pozdro. Dr P.

Wieczorem odpisała:

Nie w błękitnie marynarki wojennej. Ale to jest jakiś początek nie?

Uśmiechałem się wstukując w odpowiedzi:

Całkiem dobry początek, Amber.

Od tego czasu otrzymuję listy spod adresu BlueRaven. Amber jest teraz młodą kobietą. Po maturze skończyła college w cztery lata. Jak większość z nas, miała swoje wzloty i upadki, ale według posiadanych informacji mogę powiedzieć, że stała się zdrową, produktywną, opiekującą się kobietą. Aktualnie pracuje z małymi dziećmi, nie mogąc się zdecydować, czy wrócić do szkoły na stanowisko pracownika socjalnego, czy zostać nauczycielką czy oficerem policji. Jestem przekonany, że cokolwiek wybierze, będzie to jej własna, dobra decyzja. Wiem to, gdyż ze względu na to, co przeszła w dzieciństwie i czego dowiedziała się później o traumie, będzie umiała chronić dzieci i właściwie i kształtować ich dziecięcy obraz świata. Z jakiegokolwiek roli będzie opiekowała się z nimi, wszystkie one będą szczęśliwe, że ją poznały.