

CZYM SĄ TRAUMATYCZNE WSPOMNIENIA?

Prawa autorskie 1994 do tej broszury posiada Sidran Foundation, a niniejszy przedruk służy tylko użytkowi osobistemu. Kopie można otrzymać z w paczce 50 sztuk za niewielki datek.

(tłum. Robert TULO Waśkiewicz)
© the Sidran Institute, 1995-2003

WSTĘP

Toczone ostatnio spory między różnymi kierunkami myśli naukowej, podsycane przez laickie organizacje o różnych interesach własnych sprawiły, że społeczeństwo ma mętny i nieprawdziwy obraz co do natury traumatycznych wspomnień. Zamęt ten i błędy powodują najwięcej cierpień wśród osób dotkniętych wykorzystaniem w dzieciństwie oraz ich wspierających bliskich.

Broszura ta ma na celu sięgnąć głębiej, do prawdy zasypanej przez lawinę hipotez rozpowszechnianych przez masowe media oraz zorganizowane grupy mające na celu ochronę siebie i własną korzyść. Chcemy, na podstawie naukowych badań, przedstawić wiedzę, z którą zgadza się większość specjalistów od psychicznego zdrowia zajmujących się powracającymi wspomnieniami traumy i ich odratowywaniem.

Istnieje dziś mocna dokumentacja dowodząca ogromnej powszechności wykorzystywania seksualnego dzieci w społeczeństwie jak też poważnych psychologicznych, emocjonalnych i zdrowotnych konsekwencji tych nadużyć. Dorośli, którzy byli w dzieciństwie molestowani, podlegają o wiele większemu ryzyku występowania różnych problemów psychiatrycznych, jak np. *zaburzenia dysocjacyjne* łącznie z DID (dysocjacyjnym zaburzeniem osobowości), znanym jako osobowość wieloraka lub mnoga, *zaburzenia lękowe* (ataki paniki, fobie, nerwice, etc.), *zaburzenia osobowości* (borderline, schizoidalna, histrioniczna), *zaburzenia nastroju* (np. depresja czy choroba dwubiegunowa), *PTSD*, *uzależnienia*, a pewnie i wiele innych, nad których powiązaniem przyczynowym z wczesną traumą badania dopiero trwają.

Abyśmy mogli zrozumieć zasadnicze kwestie dotyczące pamięci urazowych zdarzeń, musimy najpierw zobaczyć, jak w zetknięciu z nimi funkcjonuje ludzki mózg. A więc to, jak oddziaływa trauma i jak ludzie sobie z nią radzą?

Trauma psychologiczna została określona przez APA (American Psychiatric Association) jako „zdarzenie o ładunku emocjonalnym równym zagrożeniu życia lub zdrowia, bądź zagrożeniu psychicznej integralności – własnej lub innych osób”. Przykładami są: walka militarna, gwałtowna przemocowa ze strony drugiego człowieka, katastrofy naturalne i cywilizacyjne lub tortury. W przypadku dzieci, traumą są również nieodpowiednie dla ich wieku seksualne doświadczenia bez fizycznej przemocy i zranień ciała.” (DSM IV, p. 424).

Podobnie jak dorośli doznający urazu, dzieci i młodociani, którzy doświadczyli wykorzystania seksualnego, próbują radzić sobie z tym za pomocą wachlarza różnie dobranych i zestawionych mechanizmów psychologicznych. Jedną z najskuteczniejszych obron przed doświadczeniem traumy jest **dysocjacja**, czyli odłączanie się od rzeczywistości i/lub rozszczepianie swojej osobowości. Dysocjacja jest złożonym procesem mentalnym, w wyniku którego następuje zmiana stanu świadomości zakłócająca normalne zespolenie funkcji tożsamości, pamięci, myślenia, odczuwania i reagowania na doświadczenia. Przykładem najprostszej dysocjacji może być oddawanie się fantazjowaniu na nudnym wykładzie.

W jaki sposób trauma wpływa na pamięć?

Ludzie mogą korzystać ze swej naturalnej zdolności do odłączania się od doświadczenia – dysocjowania – by uniknąć bólu i uświadamiania sobie krzywdy. Wskutek odłączania się od głęboko raniących przeżyć, u wielu ludzi zostają one zapisane w rejonach systemu niedostępnych świadomości lub wyizolowane z niej poprzez neurochemiczne blokady połączeń nerwowych, i trwają w ukryciu by wyłonić się w późniejszym czasie. Ów odroczonego dostępu do wspomnień traumy opisywany jest od blisko stu lat w literaturze klinicznej dotyczącej weteranów wojennych, którzy przetrwali ciężkie walki i straty.

W przypadku potraumatycznych zaburzeń stresowych (PTSD) – zaburzenia występującego u przeważającej części u żołnierzy, którzy przetrwali ciężkie walki na wojnie – cechami składającymi się na tę diagnozę są zniekształcenia i luki w pamięci. Ludzie cierpiący na PTSD nieuchronnie doświadczają nawracających wspomnień i stanów psychicznych związanych z przeżytym ekstremalnym horrorem. Są to intruzywne obrazy i doznania zmysłowe tych zdarzeń (hipermnezja – nadmiernie wyrazista pamięć) występujące naprzemiennie z okresami amnezji (niepamięci), kiedy nie pamiętają oni swojej traumy i/lub unikają związanych z nią myśli i uczuć.

Niektórzy weterani mówią, że są „nawiedzani” lub „dręczeni” przez wspomnienia dawnych przeżyć, które wdzierają się w ich codzienne życie i rozwalają je. Przy tym, zazwyczaj nie potrafią oni wyrzucić tych „obrazów” z głowy;

mogą ich dręczyć powracające koszmary nocne, retrospekcje (flashbacks), a nawet stany nieopanowanego, transowego działania, w których odtwarzają dawne doświadczenia tak, jakby działały się na nowo w obecnej chwili.

U strauumatyzowanych osób częste są także wysiłki i czynności mające na celu unikanie jakichkolwiek myśli i uczuć dotyczących urazowego zdarzenia, a więc omijanie wszelkich bodźców – zajęć, miejsc i sytuacji – jakie mogłyby tę pamięć wyzwolić. W przypadkach poważniejszej traumy unikanie „wyzwalaczy” może doprowadzić do powstania tzw. amnezji dysocjacyjnej lub białych plam na mapie pamięci w okresach i aspektach związanych z traumą.

Dlaczego jedne osoby, które podlegały ekstremalnemu stresowi, zachowują niemal w całości ciągłą pamięć urazowych zdarzeń, a inne wpadają w częściową lub pełną amnezję?

Działają tu parę czynników wpływających na to, czy traumatyczne zdarzenie zostanie zapisane w obrębie świadomości, czy odłączone od niej. Najważniejszymi wydają się być: charakter i częstotliwość zdarzeń, wiek ofiary, oraz rodzaj relacji z oprawcą. Większe jest prawdopodobieństwo zachowania w świadomej pamięci urazów pojedynczych (gwałt, napaść, widok morderstwa, etc.), podczas gdy urazy powtarzające się przez dłuższy czas (przemoc domowa, molestowanie seksualne, tortury więzienne czy długotrwałe walki na froncie wojennym) częściej i łatwiej podlegają zatarciu. Skrajnie stresujące doświadczenia powodowane przez katastrofy naturalne lub cywilizacyjne (działania żywiołów przyrody, wypadki samolotowe, itp.) będą częściej i łatwiej zapamiętywane niż urazy powodowane z rozmysłem przez innych ludzi, a zwłaszcza bliskie osoby (kaziroddstwo, sadyzm, tortury itp.) Osoby, które doświadczają traumy w życiu dorosłym mają dużo większą szansę zapamiętania jej niż podlegające nadużyciom dzieci: im są one mniejsze, tym mniej mają szans na świadome pamiętanie, zwłaszcza gdy trauma rozgrywa się w okresie prewerbalnym. Prócz tego czynnikiem wzmagającym amnezję jest tajemność: kiedy charakter traumy wymusza jej ukrywanie i milczenie o niej, co jest szczególnie silne w sytuacjach seksualnego wykorzystywania dzieci.

Kliniczne studia przypadków wskazują, że traumatyczne zdarzenia, którym towarzyszy nacisk na utajnienie, w większym stopniu podlegają dysocjacyjnej obronie prowadzącej do ich wyparcia z pamięci, niż zdarzenia, o jakich można otwarcie rozmawiać. Na przykład kobieta, która została brutalnie zaatakowana przez kogoś obcego, ale otrzymuje sympatię od bliskich i wsparcie od rodziny, mając wiele okazji do opowiadania o tym zdarzeniu, to choć może potem cierpieć na PTSD, jednak raczej nie rozwinie amnezji. Tymczasem dziewczynka, która poddawana jest powtarzającym się aktom kaziroddstwa i zmuszona przez oprawcę oraz sytuację do zachowania tajemnicy, podlega dużemu prawdopodobieństwu wyparcia tych zdarzeń z pamięci.

Czynniki mające wpływ:

Pamięć ciągła	czynniki zakłócające
Dysocjacja	amnezja
pojedyncze zdarzenie urazowe	wielorazowa trauma (powtarzalna)
przyczyna losowa	rozmyślne ludzkie działanie
ofiara w wieku dorosłym	ofiara będąca dzieckiem
potwierdzenie i wsparcie	zaprzeczanie i tajemność/milczenie

Obserwacje kliniczne wskazują, że wśród osób, które doświadczyły traumy, grupę najbardziej podatną na rozwinięcie amnezji są dzieci zmuszane do milczenia na temat powtarzających się i rozmyślnie zadawanych im krzywd, z których naczelną jest kaziroddstwo. Innym czynnikiem przyczyniającym się do powstania niepamięci jest podwójne więzanie, tzn. konieczność zachowania podstawowej opieki w zakresie bytu i przetrwania versus krzywdy jakie zadaje ten dający przeżyć system rodzinny. Nieznośność emocjonalna takiego konfliktu sprawia, że dziecko „likwiduje” go poprzez wyparcie krzywd ze świadomości. Dla lekarzy i terapeutów amnezja dysocjacyjna i białe plamy w pamięciowej mapie własnego życiorysu powinny być wskazówką, że prawdopodobnie pod nimi zalega poważna trauma.

Co wiadomo na temat mechanizmów pamięci?

Pamięć ludzka składa się z wielu procesów. Choć wciąż musimy wiele się dowiedzieć na temat jej działania, naukowcy generalnie są zgodni, że istnieją cztery stadia pamięci: przyjęcie i zapis, przechowywanie (kodowanie), szczegółowy opis, oraz odzyskiwanie. Na każdy z tych procesów wpływa wiele czynników, jak stadium rozwojowe jednostki, jej otoczenie, oczekiwania, dopytywanie po zdarzeniu, etc. Nawet warunki panujące w chwili opowiadania o danym fakcie mogą zmienić formę pamięci, wpływając na jej treść i przekonanie o jej prawdziwości na przyszłość.

Absolutna większość naukowców zgadza się również co do tego, że istnieją przynajmniej dwa rodzaje pamięci: *jawna* oraz *sensomotoryczna*. Pamięć jawna, zwana też deklaratywną lub narracyjną, oznacza zdolność świadomego przypominania sobie faktów i zdarzeń. Mamy z nią do czynienia gdy np. śledzimy wydarzenia minionego dnia w pracy czy szkole. Pamięć sensomotoryczna zwana inaczej proceduralną, odnosi się do wiedzy behawioralnej wchłoniętej z przeżytych zdarzeń bez ich świadomego pamiętania. Najprostszym przykładem może tu być osoba, która biegle czyta i pisze, lecz nie pamięta kiedy i jak nabyła te umiejętności.

Dlaczego traumatyczne wspomnienia budzą tyle kontrowersji?

Istnieją różne szkoły myślenia, z których każda oparta jest na solidnych podstawach badawczych i doświadczeniu klinicznym na temat wierności czy dokładności ludzkiej pamięci. Szczegóły tych naukowych debat są społeczeństwu mało znane, a ich subtelności mogą być niezrozumiałe i dezorientujące.

Istnieją badacze, którzy starają się laboratoryjnie udowodnić, że zwykłe lub lekko stresujące doświadczenia łatwo ulegają pamięciowym zniekształceniom. Są to osoby zainteresowane przekonaniem ogółu, że niektórzy terapeuci mogą nieumyślnie powodować deformację wspomnień u ludzi donoszących o swej traumatyzującej historii wykorzystywania. Szczególnie dotyczy to naukowców zajmujących się efektem hipnozy u naocznych świadków w procesach sądowych i powołujących się na laboratoryjne „dowody”, że warunki oraz oczekiwania mogą mieć wpływ na treść pamięci.

Jednak mało kto wie, że te laboratoryjne badania, prowadzone są na zwykłej, jawnej pamięci, działającej w normalnych, codziennych warunkach, a nie na pamięci proceduralnej i nie w sytuacji silnego czy ekstremalnego stresu, więc przenoszenie tych wyników na obszar doświadczeń traumatycznych jest metodologicznym błędem. Specjaliści i klinicyści, którzy zajmują się badaniem urazowych doświadczeń oraz sposobów ich zapamiętywania, twierdzą, że pod względem rodzaju oraz miejsc ich kodowania w mózgu różnią się one od zwykłych, codziennych przeżyć. Istnieją niezależne od siebie naukowe dowody, że trauma przechowywana jest w obszarach mózgu zaliczanych do układu limbicznego, który procesuje emocje i doznania, a jeśli była bardzo wczesna – w obszarach pnia mózgu zawiadujących najbardziej prymitywnymi reakcjami lęku i agresji oraz podstawowymi funkcjami życiowymi. Te obszary mózgu – siedzisko pod- i nieświadomości – nie mają nic wspólnego z ludzką mową, logiką czy świadomością. Dlatego osoby po przebytej traumie mogą żyć z generowanymi przez nią sensomotorycznymi wspomnieniami terroru, lęku, gniewu i smutku i z tylko nielicznymi, skąpyimi, a nawet żadnymi wspomnieniami zapisanymi w pamięci jawnej (narracyjnej), które mogłyby tłumaczyć te gwałtowne, przytłaczające uczucia i stany.

Zajmujący się traumą naukowcy i specjaliści są przekonani, że sensomotoryczne (proceduralne) wspomnienia są bardzo trwałe i odporne na zniekształcenia. Ze względów etycznych nie można prowadzić na ludziach laboratoryjnych eksperymentów w celu badania traumatycznych wspomnień i ich podatności na zniekształcenia czy sugerujące wpływy, jednak badania na zwierzętach wskazują na trwałość i niezmienność zapisów traumy. Gromadzone od 1919 roku dane kliniczne jasno wskazują na korelację między traumą, a jej wyparciem i innymi zakłóceniami w świadomym pamiętaniu (Van der Kolk, 1994).

Jak odzyskiwana jest pamięć po długim okresie amnezji?

Nieraz jakieś obecne wydarzenie lub przeżycie może wywołać napływ zapomnianych wspomnień dawnego urazu. Gdy to następuje, jednostka może czuć się „zalewana” lub „rozrywana” sensomotorycznym materiałem pamięciowym: może mówić, że ma przed oczami jakiś bardzo żywy obraz, jakby kadr niezwykle wyrazistego filmu, lub gwałtowne czy porażające uczucie, albo stan oznaczający psychologiczną panikę wzbudzaną przez proceduralną pamięć traumatycznego zdarzenia – jednak bez narracyjnych faktów, jakie mogłyby objaśnić sens i znaczenie tych silnych doznań. Często osoba taka nie jest świadoma, jaki bieżący bodziec, sytuacja lub zdarzenie wyzwoliły tę nagłą erupcję pamięci, ani nie wie jak te obrazy, uczucia i stany odnoszą się do jej życia.

Kiedy jednostka wystawiona jest na działanie bodźca, który w jakiś sposób przypomina jej lub kojarzy się z dawnym urazem, doświadcza silnego psychologicznego utrapienia. Tzw. wyzwalaczem może być dźwięk, zapach, szczegół wizualny bądź inny bodziec jak np. upalne i wilgotne powietrze przypominające weteranom wojennym horror walk toczonych w dalekim kraju. Może to być też np. zapach określonej wody kolońskiej, jakiej używał napastnik seksualny.

Czy mogę wierzyć takim swoim wspomnieniom?

Kontrowersji nie budzą napływające odzyskiwane wspomnienia traumy wojennej lub katastrofy; te zdarzenia są historycznie odnotowane i włączone w obszar spraw omawianych z bliskimi i innymi ludźmi. Kontrowersje narastają i są rozdmuchiwane wokół wspomnień traumy wykorzystania seksualnego w dzieciństwie – krzywd o jakich dopiero od niedawna się mówi i jakie wiele kazirodznych rodzin chce ukryć lub odwrócić od siebie podejrzenia. Na dziś, nie mamy w pełni niezawodnego sposobu określania autentyczności doniesień o wykorzystaniu seksualnym w dzieciństwie, jeśli nie znajdują one jakiegoś zewnętrznego potwierdzenia, co często nie jest nawet możliwe. Wiele spraw, jak wypytywanie (zwłaszcza małych dzieci), sugestie czynione przez autorytety lub zaufane osoby, a nawet szczegółowe omawianie traumatycznych doświadczeń na terapii, może mieć wpływ na dokładność tych wspomnień. Nawet ofiary posiadające udokumentowane potwierdzenie swojego wykorzystania w dzieciństwie mogą wykazywać nieścisłości w elementach swojej historii.

Jednak wielu niekwestionowanych specjalistów od traumy, jak np. dr Bessel van der Kolk, wykładowca z Uniwersytetu w Harvardzie, czy światowej sławy psychoterapeutka Alice Miller, jest przekonanych, że „ciało nie potrafi kłamać”. Jeśli ktoś w spontaniczny sposób doświadcza retrospekcji wizualnej, której towarzyszy przerażenie lub zamrożenie, jeśli ruchy jego ciała odtwarzają scenę nadużycia, jeśli wydobywa się z niego niekontrolowany spazmatyczny

szloch, to z całą pewnością należy uwierzyć w autentyczność i wierność tych uczuć i stanów, zwłaszcza zanim przystąpimy do dywagacji nad charakterem pamięci proceduralnej i jej możliwymi zniekształcaniami. Również jeśli ktoś ma objawy PTSD lub zaburzenia dysocjacyjne (o których wiadomo przecież, że wynikają z traumy) jest bardzo prawdopodobne, że nosi w sobie pogrzebane wspomnienia dawnych, urazowych zdarzeń. O ile w grę nie wchodzi prokuratorskie śledztwo w sprawie nadużyć, absolutna zgodność faktograficzna odzyskanych wspomnień traumy, może w ogóle nie być istotna. W zdrowieniu liczy się przede wszystkim zgodność emocjonalna.

Rekonstrukcja własnej historii życia i doświadczeń, jak też przebieg procesu terapeutycznego, jest wyłączną sprawą zainteresowanej osoby. Wiele zmagających się z PTSD czy zaburzeniami dysocjacyjnymi ofiar wykorzystania w dzieciństwie opiera się nie tylko na swoich retrospekcyjnych wglądach, ale też na informacjach do rodzeństwa czy innych członków rodziny, analizując każdy potwierdzający je lub korygujący dowód, poszlakę lub wątek. Pomaga to tym osobom uzdrowić siebie samego i odnaleźć sens.

Czego mogę oczekiwać od terapii?

Psychoterapeuta może pomóc klientom poprzez wskazywanie, jak mogą poskładać w całość elementy swoich wspomnień w kontekście innych psychologicznych symptomów i może ich przeprowadzić przez ten proces oraz wskazać, jak mogą dalej radzić sobie w życiu. Dobra sytuacja terapeutyczna to taka, w której zawiązuje się współpraca z wysiłkami klienta i może on w jej ramach czuć się swobodnie i „prowadzić” w tym „tańcu”. Kompetentny terapeuta będzie się dopytywał o szczegóły i nie cofnie się przed żadnym obszarem horroru, w jaki jego pacjent potrzebuje się zagłębić, jednak nigdy nie przejmie prowadzenia i nie będzie mu sugerował istnienia historii nadużyć. Odkrywanie wspomnień należy do klientów i jest tylko jednym z kroków do uleczenia traumy. Inne cele mogą dotyczyć kontaktu z uczuciami, procesowania silnych stanów emocjonalnych i kojenia ich, korzystania we właściwy sposób z zasobów gniewu, budowania swojej odrębności i stawiania granic, prostowania wypaczeń poznawczych, zatamowania powtarzającego się cyklu rewiktylizacji, i tak dalej.

W dobrej relacji terapeutycznej klient czuje się swobodnie i może być spontaniczny; czuje też, że zawsze to on w sposób wolny wybiera i decyduje o tym, w jakim kierunku zmierza jego leczenie. Dobry terapeuta będzie elastyczny, a rozstrzyganie o tym, czy i na ile określone wspomnienia klienta są prawdziwe, pozostawi jego odpowiedzialności za siebie. Jeśli masz zdiagnozowane zaburzenia dysocjacyjne lub PTSD, lub jeśli dręczą ci niewytłumaczalne stany i retrospekcje, najlepiej jeśli znajdziesz terapeuta specjalizującego się w leczeniu skutków traumy. Do praktykowania tej specjalności terapeuta powinien mieć certyfikat i korzystać z superwizji. Powinien też mieć przepracowane swoje własne urazy i ukończoną terapię (o czym nie informują certyfikaty, ale można dopytać). Jeśli masz wątpliwości co do profesjonalizmu twojej terapii lub czujesz, że nie robisz w niej postępów, poszukaj rady innego wiarygodnego specjalisty.

A co z hipnozą?

Stosowanie hipnozy w terapii traumy zdarza się dość często, a uważnie prowadzona hipnoterapia może być bardzo pomocna, choć może też stwarzać problemy jeśli stosowana jest nierozważnie. Wielu ludzi myśli, że wspomnienia odkryte w trakcie hipnozy są bardziej wiarygodne niż te, które odzyskano w innych okolicznościach. Badania jednakże wskazują, że to te pierwsze są bardziej podatne na zniekształcenia.

Jedno z najlepszych zastosowań hipnozy w terapii traumy dotyczy stabilizowania: pomaga pacjentowi skupić się na wymogach codziennego funkcjonowania oraz radzić sobie z bólem, jaki łączy się z traumą i jej wspomnieniami. Osobom z zaburzeniami dysocjacyjnymi hipnoterapia może pomóc w integrowaniu odszczepionych części, alter lub osobowości oraz zawiązywaniu współpracy między nimi.

Nieodkryte lub zapomniane (wyparte) wspomnienia muszą pojawiać się w szerszym kontekście leczenia psychiatrycznych stanów i upośledzeń. Wielu strauatyzowanym osobom hipnoza może wcale nie być potrzebna. Generalnie, nie należy jej używać jako „narzędzia wydobywczego” mającego stwierdzić, czy ktoś doznał traumy, czy nie.

Każdy pacjent, któremu lekarz proponuje zastosowanie hipnozy, powinien otrzymać o niej wyczerpujące informacje i dopytać się o cel i zasadność takiej metody. Dobry terapeuta zadba o uzyskanie od klienta dobrowolnej zgody (najlepiej na piśmie) zanim rozpocznie jakiegokolwiek związane z leczeniem traumy interwencje, łącznie z hipnozą. Oznacza to, że zanim zastosuje hipnozę, zdobędzie pewność, że jego klient został wyczerpująco poinformowany o jej celach, korzyściach i ryzyku, oraz alternatywnych, równoważnych drogach postępowania w leczeniu, oraz że świadomie i dobrowolnie wyraża zgodę.

Co robić, gdy mam objawy lecz nic nie pamiętam?

Nie wszystkie ofiary wykorzystania seksualnego czy innych urazów psychicznych są w stanie jasno pamiętać zdarzenia, jakie przeszły. Wiele osób ma tylko ogólne przeświadczenie, że „coś się kiedyś wydarzyło”, a niektóre nie mogą sobie przypomnieć żadnych traumatyzujących zdarzeń.

Zanim jednak zaczniesz rozgrzebywać traumatyczne wspomnienia, pierwszym i naczelnym zadaniem w twojej pracy terapeutycznej jest osiągnięcie stabilizacji i sprawności w bieżącym funkcjonowaniu. Brak świadomej pamięci

zdarzeń oznaczających traumę pełni funkcję ochronną, którą należy uszanować i wziąć pod uwagę to, co może nastąpić wskutek zburzenia tych obron. „Odkopywanie” dawnych, pogrzebanych cierpień nie doda ci sił w radzeniu sobie z bieżącymi przeciwnościami. Raczej odwrotnie. Nie ma czegoś takiego jak szybkie i nieuciążliwe emocjonalnie zdrowienie z traumy, ani dróg „na skróty”. Bez zbudowania najpierw i ustabilizowania szkieletu konstrukcyjnego pozwalającego radzić sobie z codziennym życiem w sposób funkcjonalny, wyzwanie jakim jest radzenie sobie z uwalnianym z nieświadomości sensomotorycznym materiałem pamięciowym może cię całkiem przytłoczyć, dokładając się do istniejących wcześniej trudności i symptomów.

Przeciążenie to bardzo poważne ryzyko o nieraz dramatycznych skutkach. Dlatego bezwzględnie zalecana jest najpierw praca nad poprawą bieżącej sytuacji życiowej i funkcjonowania. Buduje ona fundament zdolny unieść zarówno dalszą głębką pracę terapeutyczną nad możliwymi urazami, jak i bieżące problemy i obowiązki.

Jeśli dokuczają ci symptomy i wdzierają się retrospekcje, pamiętaj, że nie jesteś jedyną osobą, która ma takie doświadczenia i że na pewno nie „wariujesz”; Dzięki terapii można je opanować i odzyskać równowagę psychiczną.

Co warto zawsze pamiętać i robić:

Przyjąć, że jest uzasadniony, realny powód twoich trudności – że twoje symptomy mają swój sens i znaczenie. Nie biorą się z powietrza; są „opowiadaniem” wartym wysłuchania i rozszyfrowania.

Ufać swojemu wewnętrznemu procesowi – jego ukrytej mądrości i kalendarzowi.

Szukać aż do pozytywnego skutku psychoterapeuty, z którym zdołasz zbudować ufną więź terapeutyczną, zdolną unieść ciężar powracającej traumy i uwolnić się od niej.

Szukać innych osób z podobnymi problemami i w podobnej sytuacji i jeśli to możliwe, tworzyć samopomocowe grupy wsparcia lub włączać się w nie. Mogą być cennym uzupełnieniem terapii.

Tak jak potrzeba czasu i pracy, by zbudować mocny fundament zaufania pod relację terapeutyczną i głęboko się zakorzenić w związkach i relacjach ze wspierającymi osobami, tak samo potrzeba czasu i pracy, by odbudować się wewnętrznie, nawiązując głębką i mocną relację z samym sobą – z różnymi swoimi aspektami czy postaciami wewnętrznymi. Jest to wielkie wspomaganie zarówno terapeutyczne, jak osobiste.

Literatura:

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition.

American Psychiatric Association (1993). Statement on Memories of Sexual Abuse.

Briere, J. and Conte, J. (1993). Self reported amnesia for abuse in adults molested as children, Journal of Traumatic Stress, 6: 21-31.

Freyd, J. (1993). Theoretical & Personal Perspectives on the Delayed Memory Debate. Moving Forward, Vol. 2, No. 4.

Family Therapy Networker, September/October 1993. Special Feature: The False Memory Debate. Vol. 17, No. 5.

Herman, J. L. (1993). False memory debate: Social science for social backlash. Harvard Mental Health Letter, Vol. 9, No. 10.

Herman, J. L. and Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma, Psychoanalytic Psychology, 4: 1-14.

Loftus, E.F. (1993). The Reality of Repressed Memories. American Psychologist, Vol. 48, 518-537.

Perry, N. E., (1993). Memory Research: A Complete Bibliography.

Van der Kolk, B. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress, Harvard Review of Psychiatry, Vol. 1, No. 5.

Williams, L. M. (1992). Adult survivors of childhood abuse: preliminary findings from a longitudinal study. The Advisor, 5, 19-20.

This public service brochure was developed by the Sidran Foundation in conjunction with The Sheppard and Enoch Pratt Health System.