



Mamo, tato - tu jestem!

Agnieszka Widera- Wysoczańska

W rodzinach z zaburzonymi więziami dzieci często doświadczają chronicznej traumy, która dezintegruje ich świadomość, pamięć i tożsamość. Rodzice nie są w stanie dostrzec ich potrzeb. Dzieci radzą sobie z dramatycznymi przeżyciami dzięki mechanizmom obronnym, ale naprawdę pomóc im może jedynie zbudowanie zdrowego modelu więzi w rodzinie.

Mechanizmy dysocjacyjne pojawiają się wtedy, gdy osoba nie jest w stanie znieść zewnętrznej stymulacji – najczęściej dzieje się tak w przypadku przemocy stosowanej przez kogoś ważnego w życiu ofiary. Mechanizmy dysocjacyjne pozwalają uciec od zagrażającej rzeczywistości poprzez wyłączenie traumatycznych zdarzeń ze świadomości, wycofanie uwagi z trudnej sytuacji i ulokowanie jej w bezpiecznej aktywności wewnętrznej (np. w fantazjach). Ofiara zmienia sposób spostrzegania siebie – ma wrażenie, że trauma zdarzyła się komuś innemu.

Pod kontrolą i poza nią

Dysocjacje mogą przyjmować formę mechanizmów obronnych, nawyków i zaburzeń. Jako mechanizmy obronne są świadomie uruchamiane przez dziecko lub osobę dorosłą w sytuacji stresowej po to, by ochronić się przed aktualnie bolesnymi doznaniem. Gdy stres mija, świadomość osoby powraca do normalnego stanu.

Mechanizm dysocjacyjny przydaje się na przykład podczas wizyty u dentysty (pozwala odczuwać mniejszy ból) czy po kłótni z bliską osobą (pozwala unikać myśli o tym, co się stało do momentu, gdy będziemy mieli czas przemyśleć to zdarzenie). Problem pojawia się wtedy, gdy mechanizm dysocjacyjny zamienia się w nawyk, który w sytuacji stresowej może włączać się w sposób niekontrolowany. Kierowca może nagle stracić kontakt z rzeczywistością, a przez to również panowanie nad autem i sytuacją na drodze, co grozi wypadkiem.

Nawyk włączania mechanizmu dysocjacyjnego może pojawić się w wyniku częstego stosowania dysocjacji jako mechanizmu obronnego w trakcie powtarzającej się sytuacji urazowej (urazu chronicznego, którym jest przemoc domowa). Jednak jest to nadal nawyk, który pojawia się od czasu do czasu. W ekstremalnie traumatycznych sytuacjach – gdy przemoc trwa nieprzerwanie, ma duże nasilenie, jest sadystyczna i dziecko nie ma możliwości „odetchnąć” lub uciec – dysocjacja może przyjąć formę zaburzenia, które staje się trwałym, patologicznym sposobem funkcjonowania.

Ucieczka od siebie

Dysocjacyjne symptomy, które wpływają na zaburzenie więzi, to różnego rodzaju amnezje i fugi, w wyniku których człowiek nie pamięta konkretnego fragmentu swojego życia z przeszłości lub teraźniejszości. Nie potrafi również rozróżnić, co się wydarzyło w rzeczywistości, a co jest tylko fantazją („czy ja naprawdę doznałam przemocy, czy tylko to sobie wymyśliłam?”). Pojawiają się flashbacki, czyli żywe doznania sensoryczne – wzrokowe, słuchowe, czuciowe, węchowe, smakowe – które wzbudzają tak silne lęki i napięcia, jakby zdarzenia traumatyczne działały się w danym momencie.

Depersonalizacja doprowadza do poczucia nierealności siebie lub części siebie. Doświadczająca jej osoba odłącza się od bolesnych uczuć i myśli lub oddziela się od części swojego ciała. Niekiedy, w skrajnych przypadkach, może jej się wydawać, że ogląda bolesne zdarzenia z bezpiecznego dystansu, z boku lub z góry. Osoba z depersonalizacją mówi: „Tak do końca nie wiem, kim jestem, nie odczuwam przyjemności ani bólu”, „Nic mnie nie wzrusza”, „Nie rozpoznaję swoich uczuć”, „Nie potrafię kochać”, „Tylko sądzę, że powinnam tak czuć, ale nic nie czuję”. Nie ma kontaktu z samą sobą, często mówi o sobie w sposób bezosobowy lub może używać podmiotu zbiorowego, np. „Ludzie w takich sytuacjach martwią się”.

Z kolei derealizacja służy odseparowaniu się od zagrażającej rzeczywistości, którą w konsekwencji dziecko zaczyna spostrzegać jako nierzeczywistą, nierealną, jak na filmie. W najłagodniejszej formie dziecko, a potem osoba dorosła, obserwuje urazową sytuację stresową jakby „zza szyby” – nie słyszy wtedy głośnych awantur rodziców i myśli: „ja w tym nie biorę udziału”, „to nie mój świat”, „zbudowałam sobie inny świat i nie musiałam mieć kontaktu z rzeczywistym”, „nie chcę teraz tutaj być z tymi ludźmi, bo oni mi zagrażają”. W bardziej zaburzonej formie osoba mówi: „Nie wiem, co jest rzeczywistością, a co moją fantazją”. Derealizacja i depersonalizacja często występują razem, a gdy pojawiają się chronicznie i bez kontroli osoby, uznane są przez DSM-IV za formę zaburzeń dysocjacyjnych.

Podczas halucynacji słuchowych (kolejna forma dysocjacji) osoba słyszy głosy w swojej głowie, a w stanie transu, zawsze połączonym z aktualnym stresem, traci kontakt z otoczeniem. W dysocjacji określanej jako „alter ego” („zmiennie ja”) osoba przyjmuje różne role, co manifestuje się nagłymi zmianami zachowań i zdolności. I choć je sobie uświadamia, to nie może tych zmian kontrolować.

Gdy przemoc ma charakter chroniczny i jest sadystyczna, a dziecko nie może uciec z tej traumatycznej sytuacji, dysocjacja może przyjąć formę dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (DID, dawniej MPD – osobowość wielokrotna). Doświadczająca tego zaburzenia osoba

wytwarza wiele osobowości i najczęściej nie jest świadoma ich występowania.

Takie dysocjacyjne odcinanie się od siebie i otoczenia utrudnia nawiązywanie relacji z ludźmi. Pojawiają się poważne problemy z budowaniem bezpiecznych związków z ważnymi osobami, a to może prowadzić do dysocjacyjnego zaburzenia więzi pomiędzy rodzicem a dzieckiem oraz pomiędzy parterami. Jeżeli nawet u jednego z rodziców występują problemy lub zaburzenia dysocjacyjne, to taka rodzina jest rodziną dysocjacyjną.

Dysocjacyjny rodzic

Rodziny dysocjacyjne tworzone są przez osoby, które w dzieciństwie doświadczyły różnych form przemocy domowej, w tym także przemocy seksualnej. Jako rodzice również stosują przemoc wobec swoich dzieci. Powszechna jest przemoc i zaniedbanie emocjonalne: odrzucenie, izolacja, negatywna komunikacja lub jej brak. Granice międzypokoleniowe w takich rodzinach są zaburzone. Często występują w nich również uzależnienia. Rodziny z zaburzeniami dysocjacyjnymi występują niezależnie od wieku i płci rodziców, ich wykształcenia czy zarobków.

Czym cechują się rodzice z zaburzeniami dysocjacyjnymi? Mają zaburzenia pamięci (amnestyczne) dotyczące przeszłości i aktualnej sytuacji życiowej. Nie pamiętają, co do nich powiedziały lub co zrobiły ich dzieci. Nie dotrzymują obietnic danych dzieciom. Mają kłopoty z przeżywaniem uczuć i brakuje im empatii. Wycofują się z bliskich i społecznych kontaktów, nie ufają ludziom i z niejasnych powodów przeżywają wobec nich dużo złości i agresji. Bywa, że śpią na jawie (w stanie transu), tracąc kontakt ze światem.

Nie kontrolują własnych zachowań, mają niskie poczucie własnej wartości, cierpią na depresję, nie są w stanie realizować prostych zadań życiowych. Przeżywają nagłe zmiany nastroju, ataki lęku, niepokoju i agresji. Podejmują próby samobójcze lub inne formy autodestrukcji (niszczenia samego siebie). Często mają kłopoty z uczeniem się, koncentracją, przyjmowaniem nowych informacji. Trudno im rozwiązywać problemy i konflikty. Mogą być uzależnieni (lub współuzależnieni) od alkoholu, leków, narkotyków, miewają też problemy seksualne. Wielokrotnie przebywają w szpitalach z powodu nagłego pogorszenia się zdrowia, głównie przez bóle głowy lub żołądka.

Więzi, które ranią

W jaki sposób cechy dysocjacyjnych rodziców wpływają na ich funkcjonowanie w domu i budowanie więzi z bliskimi? Przede wszystkim powodują wycofanie rodziców, którzy są emocjonalnie i fizycznie nieobecni i niedostępni dla swoich dzieci. Czasami pogrążeni we własnych myślach wyglądają, jakby nie mieli kontaktu z rzeczywistością. Ich dzieci opisując swoje mamy, mówią: „Często siedziała w fotelu, patrząc w okno i żadne moje słowa do niej nie docierały”. Poza tym dziecko w takiej rodzinie nigdy nie wie kiedy i z jakiego powodu rodzic wybuchnie nagłym gniewem, by po chwili znowu stać się spokojnym i kochającym tatusiem lub mamusią. Jedna z matek z „alter ego” tak opisała swój stan: „Wiem, że mam w sobie dwie osoby, dobrą i złą. Niestety, nigdy nie wiem, która z nich i kiedy się włączy. Nie mam nad tym kontroli. Gdy działa ta dobra – jestem kochającą matką. Gdy zła – wrzeszczę nie wiadomo z jakiego powodu i biję swoje dzieci, chociaż wcale tego nie chcę”.

Rodzice tacy nie pamiętają, co powiedziały do nich dzieci i zapominają zrobić to, co obiecali, a potem nie potrafią wyjaśnić, dlaczego tak się stało. Syn mówi matce, że ojciec go bije; córka zwierza się mamie, że tata dotykał jej intymnych części ciała. Matka obiecuje, dając dzieciom nadzieję, że porozmawia o tym z mężem i że ochroni je przed następnymi takimi zachowaniami. Jednak nic z tym nie robi i gdy dziecko ponownie ujawni krzywdę – ona zachowuje się tak, jakby słyszała o tym po raz pierwszy („Dziecko, czemu mi o tym dotychczas nie powiedziałaś?”). Nie mogą więc zapewnić dziecku podstawowej opieki i ochrony. Przekazują dzieciom sprzeczne i wykluczające się komunikaty. Mają problemy w zaspokajaniu większości potrzeb dziecka. W najpoważniejszych stanach mogą nawet nie rozpoznawać swoich dzieci.

Druga grupa cech występujących u rodziców z problemami dysocjacyjnymi dotyczy negatywnego afektu ukierunkowanego na dzieci. Dominuje złość i zazdrość w stosunku do syna czy córki. Dorośli mają trudności w okazywaniu miłości, wspieraniu, ochranianiu i w opiekowaniu się swoimi pociechami. Najczęściej to oni sami oczekują i wymagają od dzieci opieki, ponieważ ciągle czują się niedojrzali. Zdarzyć się może, że tacy rodzice emocjonalnie i fizycznie porzucają swoje dzieci, ponieważ uważają, że mają za małe kompetencje rodzicielskie. Twierdzą, że dziecku będzie lepiej i bezpieczniej u kogoś innego. To nieprawda, że ci rodzice nie kochają swoich dzieci. Kochają je i bardzo chcą wyrażać pozytywne uczucia wobec nich, lecz z powodu dysocjacji – nie mogą.

Powielane przez pokolenia

Dysocjacyjni rodzice mogą mieć dzieci z problemami dysocjacyjnymi. Dzieje się tak z czterech powodów. Po pierwsze, stosują wobec dzieci przemoc (i z tego powodu powinni być rozpatrywani jako czynnik ryzyka wobec swoich bliskich), która może uruchomić mechanizmy dysocjacyjne. Po drugie, często zamieniają generacyjnie role i przymuszają dzieci do opiekowania się sobą. Taka patologia ról i granic powoduje zagrożenie i lęk – dziecko traci poczucie bezpieczeństwa, co z kolei może uruchamiać mechanizmy dysocjacyjne. Po trzecie, indukują dysocjacje do swoich bliskich – dzieci naśladują zachowania swoich najbliższych, ich mimikę, sposób mówienia, sposób myślenia i spostrzegania rzeczywistości. Po czwarte, ci rodzice nie pomagają dzieciom w zintegrowaniu zachowań i uczuć, a właśnie brak integracji może być podstawą problemów i zaburzeń dysocjacyjnych.

Rodzice z cechami dysocjacyjnymi wpływają urazowo na swoje dzieci, u których także rozwijają się mechanizmy dysocjacyjne. To z kolei, gdy dorastają dezorganizuje ich więzi rodzinne i może powodować przekazywanie dysocjacji kolejnym pokoleniom.

Dzieci z rodzin dysocjacyjnych

Jak dysocjacyjne więzi rodzinne wpływają na funkcjonowanie dzieci? Z prowadzonych przeze mnie badań wynika, że podstawowym problemem tych dzieci są lęki separacyjne (oddzielenia od ważnej osoby) i społeczne (bycie wśród ludzi). Odczuwają one smutek i mają problemy ze snem (nie mogą zasnąć, budzą się w nocy). Są agresywne wobec rodziców, rówieśników i samego siebie, ponieważ nie potrafią mówić o złości bezpośrednio do osób, z którymi jest ona związana. Mają obniżone poczucie własnej wartości, kłopoty z koncentracją

i pamięcią, widoczne także w szkole. Zbyt często zapominają, co było zadane do domu. Chcą robić rzeczy, które już wcześniej zrobiły. Nie pamiętają, jakie mają wykonać zadanie. Wydaje im się, że rzeczy wokół nich są nierealne. Czasem nie czują jakiejś części swojego ciała, mogą nie czuć zimna czy bólu.

W skrajnych urazach psychicznych (np. u dzieci wykorzystywanych seksualnie) „wychodzą” ze swojego ciała i obserwują siebie z zewnątrz. Dzieci, których rodzice zbyt często lub zbyt głośno krzyczą na siebie i dziecko, czują się jakby były oddzielone od nich szybko, bez kontaktu. Niekiedy robią rzeczy, na które wcale nie mają ochoty, ale nie mogą przestać. Nagle zmieniają swoje zachowanie tak, że czują się i wyglądają jak inna osoba (dziecko spokojne bez widocznego powodu staje się agresywne; śmiałe nagle jest bardzo zawstydzone). Może wydawać się im, że rozmawiają z kimś w swojej głowie. Mają bóle głowy i żołądka. Wszystko to wpływa na ich funkcjonowanie poznawcze i utrudnia naukę oraz kontakty z innymi dziećmi czy dorosłymi.

Proces powrotu do zdrowia

Jak powinna wyglądać pomoc psychologiczna dla osób z rodzin dysocjacyjnych? Osobno przebiega terapia całej rodziny i osobno poszczególnych jej członków. Opiekunowie – każdy na swojej indywidualnej terapii – najpierw zajmują się swoją przeszłością i doznawaną przez siebie przemocą, która spowodowała dysocjację. Terapia powinna objąć także inne problemy, depresję, agresję czy uzależnienia. Budują swoją tożsamość. Bez tego etapu trudno spodziewać się zmian w jakości budowania więzi z bliskimi. Rodzice uczą się elastycznych, jasnych i stabilnych zachowań. Niezależnie od problemów dysocjacyjnych występujących u dziecka, mają jasno określać role i zadania w rodzinie. Powinny one być realistyczne, dostosowane do wieku i umiejętności dziecka, jednak bez rozczulania się nad stanem syna czy córki i bez taryfy ulgowej. Wszelkie odchylenia od ustalonych zasad, ról i wymagań mają być przedyskutowane i wyjaśniane dziecku, bo tylko takie zachowanie służy budowaniu zdrowych granic i redukowaniu przemocy domowej.

Rodzice uczą się adekwatnego reagowania na różne sytuacje domowe i ustalania elastycznych wymagań, obowiązków i oczekiwań wobec członków rodziny. Dzięki terapii rodzice mają zwiększyć kontrolę nad swoim zachowaniem. Oczywiście wiadomo, że nie są w stanie zachowywać się stabilnie przez cały czas (nie są robotami) – mogą gwałtownie zmienić swój nastrój i zachowanie w zależności od jakości interakcji z dzieckiem i partnerem. Jednak uświadamiają sobie, jak takie sytuacje wpływają na dziecko i co należy wtedy zrobić, aby postąpić konstruktywnie.

Gdy partnerzy przepracują swoje relacje i ustalą nowe zasady wzajemnej interakcji, kolejnym krokiem jest terapia rodziny. Jej bazą są indywidualne zmiany dokonane przez każdego członka rodziny. Na tym etapie terapii osoby nie zajmują się swoimi osobistymi problemami, natomiast skupione są na ustalaniu adekwatnych, międzypokoleniowych granic, zasad i ról rodzinnych, aby zredukować dotychczasową i zapobiegać kolejnej przemocy. Umacnia się rodziców w wykonywaniu przez nich zadań wychowawczych; rozwija umiejętności członków rodziny w zakresie komunikacji, negocjacji, rozwiązywania konfliktów i redukcji stresu. Praca nad zachowaniami rodzicielskimi ma na celu dalszą redukcję dysocjacji w rodzinie i zatrzymanie procesu jej przekazywania kolejnym pokoleniom.

Szkoła uczuć

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdziłam, że dla poprawy stanu zdrowia psychicznego dzieci najważniejsze jest budowanie przez rodziców bezpiecznego modelu więzi. Powinna ona opierać się na realistycznym spostrzeganiu sytuacji domowej (dotyczy to również przemocy domowej), optymistycznej ocenie życia aktualnego i przyszłego, a także na większej świadomości potrzeb dziecka i reagowaniu na nie. Rodzice uczą się adekwatnego wyrażania uczuć w stosunku do dziecka i odbierania okazywanych przez nie uczuć. Zmiany w postawach rodziców pozwalają dzieciom adekwatniej odczytywać sytuacje rodzinne. Dzięki temu zwiększa się ich poczucie bezpieczeństwa i umiejętność wyrażania emocji (np. złości) wobec rodzica. Taka relacja umożliwia bezpieczną, konstruktywną i uczciwą komunikację, zmniejsza lęki separacyjne i społeczne. Dziecko zaczyna tworzyć związki z ludźmi.

Trudniej uporać się z problemami somatycznymi, bo mają one charakter wtórny – są reakcją na nierozwiązane napięcia emocjonalne. Budowanie umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z emocjami to długotrwały, ale konieczny proces.

Zdrowe relacje rodzinne opierają się na jasnych granicach, dobrej komunikacji między dziećmi i rodzicami oraz między partnerami, na poczuciu satysfakcji z własnej spójnej tożsamości oraz na podzieleniu wartości danej rodziny. Ważne jest również, by rodzice znaleźli równowagę między głębokim zaangażowaniem emocjonalnym a byciem nadmiernie kontrolującymi. Powinni zaakceptować i doceniać zarówno dobry, jak i trudny czas w rozwoju dziecka, ponieważ oba budują więź.?

Dr Agnieszka Widera-Wysoczańska jest psychologiem klinicznym, superwizorem PTT, psychoterapeutą EAP, trenerem PTP, specjalistą w zakresie Terapii Stresu Pourazowego PTT, adiunktem w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego i terapeutą w Ośrodku Psychologicznym Terapii Osób z Rodzin Dysfunkcyjnych.