

# Przymus Powtarzania Traumy

## – reaktywacja, rewiktymizacja i masochizm

[Bessel A. van der Kolk, MD\\*](#)

\*Director, Trauma Center, Massachusetts Mental Health Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts  
(tłum. Robert TULO Waśkiewicz)

W czasach formowania się współczesnej psychiatrii wiele uwagi poświęcano ciągle oddziałującej na bieżące życie ludzi roli ich wczesnych doświadczeń traumatycznych. Opisuując, w jaki sposób postrzępione wspomnienia doświadczeń urazowych dominowały nad psychicznym życiem pacjentów, Charcot, Janet i Freud opierali na tych obserwacjach swoje teorie na temat charakteru diagnostycznych jednostek psychopatologicznych oraz ich leczenia. Janet [75] uważał, że traumatyczne wspomnienia doświadczeń urazowych utrzymują się jako pewne niezasymilowane idee, tworzące jądra rozwoju odmiennych stanów świadomości, jak zjawiska dysocjacyjne, fugi, amnezje i chroniczne stany bezradności oraz depresji. Niechciane wspomnienia traumy mogą spontanicznie powracać w formie doznań fizycznych, przerażających obrazów lub koszmarów nocnych, reaktywacji behawioralnych, bądź wszystkich tych symptomów jednocześnie. Janet często demonstrował, jak osoby z wczesnymi urazami fiksują się na swojej traumie i jakie mają przez nią trudności z asymilowaniem bieżących doświadczeń. Pisał: „Tak jakby rozwój ich osobowości zatrzymał się w pewnym punkcie czy chwili urazu i nie mógł iść dalej, rozwijać się poprzez dodawanie czy asymilowanie nowych elementów”[76]. Niezależnie od badań i prac Janeta, Freud [43,45] doszedł do podobnych wniosków. Początkowo był przekonany, że wszystkie objawy hysterii wzbudzone są przez nieświadome wspomnienia „uwiedzenia” seksualnego w dzieciństwie, aktywujące się gdy, w okresie dojrzewania i później, wykorzystana osoba styka się z sytuacjami przypominającymi pierwotną traumę, która wtedy permanentnie zaburza zdolność radzenia sobie z innymi wyzwaniem życia i że dopóki ofiara jej nie zintegruje, będzie skazana na zastępcze powtarzanie lub odgrywanie na nowo wypartego materiału w bieżących wydarzeniach ... chyba że przypomni go sobie jako należący do przeszłości”[44]. Zamierzam ukazać w tym artykule, jak wczesna trauma jest powtarzana na różnych poziomach – behawioralnym, emocjonalnym, fizjologicznym i neuroendokrynologicznym, których wspólne oddziaływanie wyjaśniają złożone zjawiska odgrywania jej na nowo.

Wielu ludzi, którzy doświadczyli traumy, wchodzi w, lub wystawia się na, sytuacje będące jej reminiscencjami, co stwarza wrażenie pewnej kompulsji. Takie behawioralne reaktywacje bardzo rzadko są działaniem świadomym w sensie ich związku z dawnymi urazami. Od chwili odkrycia w latach 1970-tych, ów „przymus powtarzania”, choć jest regularnie opisywany w literaturze klinicznej [12,17,21,29,61,64,65,69,88,112,137], zaskakująco rzadko był przedmiotem badań naukowych. Freud uważał, że nieświadomym celem powtarzania traumy jest chęć uzyskania nad nią władzy, jednak doświadczenie kliniczne dowodzi, że to nie zdarza się prawie nigdy; przeciwnie, reaktywacje przynoszą nowe, nakładające się cierpienia zarówno samym ofiarom, jak i osobom z ich otoczenia.

Na kompulsywne powtórzenia behawioralne, jak i utratę świadomych wspomnień traumy, o wiele bardziej niż dorośli narażone są dzieci [70,136]. Jednakże z testów projekcyjnych wynika, że także osoby dorosłe są podatne – biernie i czynnie – na doświadczanie całego pasma zdarzeń i sytuacji reminiscencyjnych, przywracających na nowo pierwotne urazy, by zyskać szansę zareagowania na nie we właściwy sposób [39,42].

## **REAKTYWACJE BEHAWIORALNE**

W behawioralnym reaktywowaniu dawnej traumy można grać rolę albo ofiary, albo oprawcy – niekiedy też naprzemiennie.

### **Krzywdzenie innych**

Odgrywanie dawnej wiktyimizacji jest główną przyczyną przemocy na świecie. Kryminaliści to najczęściej ludzie, którzy byli w dzieciństwie maltretowani fizycznie i/lub seksualnie [55,121]. W najnowszym badaniu prospektywnym 34 wykorzystywanych seksualnie chłopców, Burgess et al. [20] wykryli korelacje z braniem narkotyków, młodocianą przestępczością i zachowaniami kryminalnymi, przy czym zachowania występowały już po paru latach od doznanej traumy. Szeroko zakrojone studia nad związkiem wykorzystywania w dzieciństwie a pojawiającym się następnie wiktyimizowaniem innych, prowadzi też Lewis [89,91], która wykazała niedawno, że na czternastu morderców skazanych w USA na śmierć w 1987 roku, dwunastu było w dzieciństwie brutalnie bitych przez członków swych rodzin, a pięciu także gwałconych analnie [90]. Zbadawszy grupę więźniów dokonujących samookaleczeń, Brach-y-Rita [7] mogła stwierdzić, że: „behawioralna konstelacja odrzucenia, reakcji depresyjnej, hiper-aktywności, szukania adrenaliny, przemocy, agresji i ignorowania doznawanego bólu, może być skutkiem macierzyńskiej i środowiskowej deprywacji w dzieciństwie. Ten sam zbiór symptomów obserwowany jest u zwierząt pozbawionych po narodzeniu takiego oparcia.

### **Krzywdzenie siebie - autodestrukcyjność**

U dzieci po nadużyciach częste są też akty autodestrukcyjne. Green [53,54] odkrył, że w badanej przez niego grupie wykorzystywanych dzieci 41% przejawiało takie zachowania, jak: walenie głową w ścianę, bicie samego siebie, przypalanie się i cięcie się. Nasz zespół, prowadząc badania nad traumatycznym podłożem osobowości borderline, odkrył bardzo wysoką korelację między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a różnymi formami szkodzenia sobie w późniejszym życiu, zwłaszcza cięciem się i okaleczaniem oraz głodzeniem (anoreksją) [143a]. Inne doniesienia kliniczne także mówią o tym, że osoby dokonujące samookaleczeń mają w tle historie wczesnego wykorzystywania seksualnego i/lub bicia, albo że przeszły w dzieciństwie wiele operacji chirurgicznych [52,106,118,126]. Simpson i Porter [126] wykryli znaczne współwystępowanie z samookaleczeniami innymi formami auto-deprecjacji czy autodestrukcji, jak uzależnienie od alkoholu, narkotyków i jedzenia (obżarstwo/bulimia/anoreksja). Podsumowując wyniki wielu badań autorzy ci stwierdzają, że „autodestrukcyjne czynności nie są związane z konfliktem wewnętrznym, winą i parciem superego, ale z bardziej prymitywnymi, pierwotnymi wzorcami behawioralnymi pochodzącymi z bolesnych doświadczeń, jakie w pierwszych latach życia dzieci odbierają od wrogo nastawionych rodziców lub opiekunów.

### **Rewiktyimizacja**

Rewiktyimizacja to stale powracający element [35,47,61]. Osoby gwałcone i molestowane w dzieciństwie kilkakrotnie częściej są gwałcone i napastowane w życiu dorosłym, niż osoby bez takich wczesnych doświadczeń. Od wieku dojrzewania podlegają też bardzo wysokiemu ryzyku uprawiania prostytucji [38,72,125]. We wnikliwym i szczegółowym badaniu wpływu kazirodztwa na życie ofiar jako kobiet, Russell [120] mogła stwierdzić, że tylko nieliczne z nich uświadamiają sobie związek swojej dziecięcej wiktyimizacji z przyjmowaniem narkotyków, próbami samobójczymi lub uprawianiem prostytucji. W losowo dobranej przez Russell próbie kobiet (w grupie tej był więc

ukryty statystyczny odsetek ofiar kazirodztwa, czyli średnio co czwarta osoba), 38 % z nich przeżyło po czternastym roku życia gwałt lub próbę gwałtu, to wśród grupy z historią kazirodztwa odsetek ten wynosił 68%. Dodatkowo, w porównaniu z losowo dobraną grupą kontrolną, dwa razy więcej kobiet (27 procent) z historią przemocy małżeńskiej, oraz ponad dwa razy więcej kobiet (53 procent) z historią kazirodztwa, donosiło o nie aprobowanych propozycjach i prowokacjach seksualnych ze strony ludzi w pozycji autorytetu, jak nauczyciele, księża czy psychoterapeuci. Poza tym, ofiary kazirodztwa ojciec-córka czterokrotnie częściej dostawały propozycje pozowania do zdjęć i filmów pornograficznych, niż ofiary molestowania niekazirodczego.

## **POWTARZANIE TRAUMY Z WIEKU DOROSŁEGO**

W tym obszarze mamy tylko wrywkowe dane kliniczne [12,59], a systematycznych badań naukowych nad reaktywacjami urazów z wieku dorosłego jest jeszcze mniej, niż w przypadku traumy dziecięcej. Jedno z takich opracowań mówi, że w grupie dorosłych, którzy niedawno ulegli wypadkowi, 57% wykazywało powtórzenia behawioralne, a 51% nękały intruzywne obrazy tej traumy [68]. Badanie to pominęło częstotliwość, z jaką wspomnienia urazu powracają na poziomie somatycznym, jak np. ataki lęków i paniki. Badanie dzieci po oparzeniach [131] oraz dorosłych po katastrofach spowodowanych ludzką ręką [67,124] wykazuje, że choć z upływem czasu słabną nawracające symboliczne lub wizualne wspomnienia traumy oraz jej reaktywacje behawioralne, to zazwyczaj nadal utrzymuje się u ofiar chroniczny lęk mogący mieć postać somatosensorycznego przeżywania na nowo, odszczepionego od wizualnych bądź werbalnych reprezentacji traumy [141]. Są też rzadkie kliniczne doniesienia [64,65,109] o ludziach reaktywujących swoje urazy w rocznice ich wydarzenia się, jak np. weteran wojny wietnamskiej, którego leczylimy. W 1968 roku, na froncie, zapaliwszy papierosa nocą, żołnierz ten spowodował śmierć swojego przyjaciela od snajperskiej kuli. W latach od 1969 do 1986, w kolejne rocznice tego zdarzenia, z dokładnością co do godziny i minuty (!) rok w rok popełniał „rabunek z bronią w ręku”, trzymając wyprostowany palec w kieszeni i krzycząc „ręce do góry!” Starał się sprowokować policję do otworzenia ognia do siebie. Nie wiedział dlaczego tak robi. Jego kompulsja powtarzania zniknęła, gdy uświadomił sobie jej sens.

## **WIĘŹ SPOŁECZNA A REAKCJA NA TRAUMĘ**

Jako ludzie jesteśmy bardzo zależni od wsparcia społecznego w sensie poczucia bezpieczeństwa, sensu, władzy i kontroli [14,15,93]. Charakter naszych pierwszych, najwcześniejszych więzi w życiu ma bardzo silny wpływ na dalszy jego przebieg - nawet nasze dojrzewanie biologiczne i stan zdrowia [137]. Trauma powstaje wtedy, gdy zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne zasoby okazują się niewystarczające, by poradzić sobie z zagrożeniem. W radzeniu sobie z niebezpieczeństwami, stresem i przeciwnościami ważną rolę gra dojrzewanie fizyczne i emocjonalne wraz z wrodzonym zróżnicowaniem reakcji fizjologicznych na postrzegane zagrożenie [77]. Do modulowania poziomu pobudzenia fizjologicznego potrzebna jest dzieciom obecność wspierających rodziców [146]; wtedy zdolność ta utrwała się na resztę życia. Gdy takich opiekunów brak, dzieci doświadczają na przemian stanów skrajnie wysokiego i skrajnie niskiego pobudzenia, które dezorganizują i niszczą ich funkcje fizjologiczne [38]. Stała dostępność opiekuna, na którym można pewnie i ufnie polegać, gdy własne zasoby nie wystarczają, ma kluczowe znaczenie dla późniejszego radzenia sobie z zagrożeniami w życiu. Spotykając się z odrzuceniem, biciem i wykorzystywaniem seksualnym, dzieci najczęściej wykształcają nadpobudliwość. Jeśli – zamiast tego lub naprzemiennie – rodzice lub inne osoby, które powinny być źródłem bezpieczeństwa, oparcia i troski, są nieczule i oprawcze, dzieci zmuszone są do robienia różnych manewrów psychologicznych, dających im złudzenie wsparcia, bezpieczeństwa i ochrony, w które wierzą i które je „chroni”. Na przykład, zamiast obarczać winą maltretującego rodzica, co odebrałoby im wiarę w bycie kochanym i chronionym, zaczynają obwiniać siebie. Iluzja ta nadaje też wiktyimizacji logiczny sens, którego wiktyimizacja

nigdy nie ma. Biorąc winę na siebie, dzieci takie stają się chronicznie wystraszone, kurczowo wczepione emocjonalnie i lękowo-uległe wobec rodziców [24]. Bowlby [16] nazywa to „lękowo-ambivalentnym wzorcem przywiązania, w którym naturalne impulsy unikania krzywdzących i wrogich osób ścierają się z potrzebą zachowania ich bliskości i uzyskiwania podstawowej opieki, co rodzi wiele objawów tłumionej lub przeniesionej złości”.

Badania prowadzone na ludziach przez Bowlby'ego i Ainsworth [1] oraz przez Harlow i jej kontynuatorów [58,114] na ssakach naczelnych, ukazują podstawową i nieodzowną rolę jaką taka „bezpieczna baza” pełni w biologicznym i społecznym rozwoju młodych. Rosnąc, dzieci stale przyswajają sobie nowe schematy poznawcze, którymi ujmują swoje bieżące doświadczenia życiowe i weryfikują poprzednie. Rozrost i dojrzewanie schematów poznawczych systematycznie zmniejsza ich stopień zależności od otoczenia w zakresie kojenia i modulowania swoich stanów, a zwiększa własne zasoby fizjologicznej i emocjonalnej samoregulacji w obliczu zagrożeń. Dlatego poznawcze przygotowanie (rozwój) jednostki zależy od poziomu fizjologicznej dezorganizacji i wpływa na ten poziom, jeśli chodzi o zdolność mentalnego procesowania potencjalnie urazowych doświadczeń [137,141].

## **RÓŻNICE ZWIĄZANE Z PŁCIĄ**

Częstotliwość, z jaką wykorzystywane dzieci powtarzają te agresywne wzorce w swoich interakcjach, podsunęła Green'owi [53] myśl o związku tego przymusu z tzw. identyfikacją z napastnikiem, która zamienia u ofiar lęk i bezradność na poczucie omnipotencji. Istnieją znaczne, związane z płcią, różnice w sposobach, w jakie ofiary traumy radzą sobie z doświadczeniem wiktymizacji. Wyniki badań Carmen z zespołem [22,71] oraz innych specjalistów wskazują, że maltretowani chłopcy, a potem mężczyźni, częściej identyfikują z pierwotnym agresorem i w efekcie krzywdzą innych, podczas gdy wykorzystywane dziewczynki, a potem kobiety, częściej wykazują wzorec kompulsywnego przywiązywania się do prześladowców, pozwalający im na ranienie siebie i swoich dzieci.

Rieker z zespołem [113] wykazał, że „stykanie się dzieci z przemocą, rujnuje ich najgłębiej zakorzeniony, pierwotny odbiór samych siebie jako jednostek odpornych na przeciwności i immanentnie wartościowych, a także burzy ich poczucie ładu i sprawiedliwości na świecie. Po akcie wykorzystania, obraz samej siebie i obraz świata jaki ma ofiara już nigdy nie będzie taki, jak pierwotnie: trauma przebudowuje go zgodnie z przekazem, jaki oznacza”. Biorąc odpowiedzialność i winę na siebie, dziecko unika nieznośnego poczucia bezradności, zamieniając je na iluzję kontroli czy panowania nad sytuacją. Jak na gorzką ironię, lepiej radzą sobie z wchłoniętą traumą te osoby, które wzięły na siebie tę fałszywą odpowiedzialność, gdyż manewr ten pozwala im zachować poczucie umiejscowienia kontroli w swoich rękach i ochroni się przed nieznośnym stanem bezradności. Najlepiej widać to u małych dzieci, jak pisze Rieker: „Dziecko musi zachować obraz rodzica – choć ten je krzywdzi i rani – jako człowieka dobrego i chroniącego, aby mogło uporać się z intensywnym strachem i złością, jakie ów rodzic w nim budzi, i zachować relację, od której zależy jego przeżycie” [113]. Złość ofiary, która zostaje wymierzona w nią samą lub przekierowana z opresora na innych, jest centralnym problemem w życiu niemal wszystkich wykorzystywanych osób. Rieker zaznacza, że ów mechanizm odreagowywania na zewnątrz lub odreagowywania do wewnątrz bardzo rzadko jest dostrzegany nie tylko przez same ofiary, ale i wielu klinicyistów, którzy nie dostrzegają w zachowaniach klientów przymusu powtarzania i odtwarzania dawnych, realnych urazowych doświadczeń.

## **REAKCJA SEPARACJI**

Ewolucja musiała przejść długą i bardzo złożoną drogę, by wypracować zdolność więzi z potomstwem, które u naczelnych jest na starcie życia najbardziej zależne od rodziców. U ssaków

zależność ta wyraża się głównie w kontakcie fizycznym, u ludzi kontakt ten zostaje przedłużony w czasie oraz uzupełniony komunikacją werbalną i bardziej złożoną emocjonalnością. McLean [93] sugeruje, że język wywodzi się ewolucyjnie z widocznego u wyższych zwierząt płaczu młodych za rodzicami, który zmusza ich do chronienia, karmienia i stymulacji socjalnej – do tworzenia więzi. Naczelne reagują na oddzielenie od postaci rodziców tak, jakby stanowiło to bezpośrednie zagrożenie. Również małe dzieci, niezdolne do przewidywania przyszłości i niezaradne, odczuwają lęk separacji, gdy tylko tracą z oczu matkę lub opiekuna. Ów proces wyrażania rozpacz i protestu przeciw porzuceniu, szczegółowo opisał Bowlby [14,15]. W miarę jak dziecko rośnie i dojrzewa, stale zwiększa swoje zdolności radzenia sobie w życiu, ale w zakresie obrony przed traumatyzacją jak i pokonywania jej skutków, nawet jako już dorośli wciąż jesteśmy silnie zależni od społecznego wsparcia i odruchowo zdarza nam się wołać: „mamo!” w chwilach nagłego przerażenia [57]. Nagła, niekontrolowana utrata relacji przywiązania stanowi główny czynnik w powstawaniu syndromu PTSD [45,88,92,138]. Poddani skrajnemu terrorowi, nawet dorośli, dojrzali ludzie wyrażają reakcje protestu i rozpacz (gniew i żal, wtargnięcia i odrętwienie) i to skłania ich do chwytania się najbliższej dostępnego osobowego źródła pociechy, bezpieczeństwa czy nadziei, aby pozwoliło im ono odzyskać stan psychologicznej i fizjologicznej równowagi. Dlatego każde odpowiednio silne zagrożenie zewnętrzne może skutkować, zarówno u dzieci jak i ludzi dorosłych, pojawieniem się lub odnowieniem fobicznej reakcji wczepiania się w owo źródło [8,41,111]. Ze względu na tę umacniającą rolę systemu więzi społecznych, mobilizacja ofiar do jego tworzenia i rozbudowy jest ważnym elementem leczenia potraumatycznych zaburzeń stresowych (PTSD).

## **WZROST SIŁY PRZYWIĄZANIA W OBLICZU ZAGROŻENIA**

W obliczu zagrożenia ludzie, a zwłaszcza dzieci, szukają silniejszego przywiązania. Ból, przerażenie, lęk, wyczerpanie i strata ukochanych, chroniących osób to czynniki, które powodują natężone, gorączkowe wysiłki i próby znalezienia oparcia i opieki [8,41,111] i większość kultur wypracowała sobie po to różne obrzędy i rytuały. Wobec braku dostępu do pierwotnych źródeł bezpieczeństwa i ukojenia, maltretowane osoby często zaczynają szukać wsparcia i opieki u swoich oprawców [14,38,80,102]. Zdani na odruchy dobra u swoich katów, którzy zadają im ból i niosą zagrożenie, ludzie – a szczególnie dzieci – rozwijają niezwykle silne i trwałe przywiązanie do nich. Bici, straszeni śmiercią i torturowani zakładnicy często zaczynają przejawiać poddańczą i/lub uwielbieńczą cześć dla swoich oprawców, co sprawia na przykład, że kobiety wychodzą za nich za mąż lub inicjują z nimi seksualne kontakty [31], a molestowane dzieci kurczowo czepiają się relacji z kazirodcami, bronią ich i chcą by pozostali w rodzinie [31,80]. Na tej samej zasadzie jeńcy niemieckich obozów zagłady, utożsamiając się ze swymi prześladowcami, szyli sobie ubrania na wzór mundurów SS [11]. Gdy Harlow zaobserwowała ten rodzaj zachowań u innych naczelnych, pisząc: „natychmiastowym skutkiem odrzucenia przez maltretującą matkę jest gwałtowne przywoływanie bliskości przez jej małe [114].

Walker [145] oraz Dutton i Painter [31] zauważyli, że w przemocowych małżeństwach więź między katem a ofiarą przypomina swoją dynamiką przywiązanie zakładników do terrorystów, wyznawców do lidera sekty, bądź członków narodu do przywódcy-ludobójcy. Pracowników socjalnych, policję i personel prawny wciąż na nowo dziwi i zaskakuje niezwykła moc takich więzi. Tęsknota maltretowanej żony za katującym mężem bardzo szybko bierze górę nad wspomnieniami horroru ostatniego pobicia, a wtedy kobieta zaczyna go usprawiedliwiać i bronić przed chcącymi go aresztować służbami. Ten typ więzi jest tak silny i kompulsywny, że osoba taka często rzuca się z wściekłą przemocą fizyczną na funkcjonariuszy, którzy chcą obezwładnić napastnika i przerwać oprawczy cykl. Przez psychologów często zostaje uznana za masochistkę lub otrzymuje inne diagnozy, co tylko wzmacnia pejoratywność jej samooceny, zamiast przybliżyć do zrozumienia problemu i terapeutycznego zajęcia się jego podłożem. Walker [145] pierwszy zastosował etnologię do badań nad traumatycznym wiązaniem u takich par. Jego osią jest niewola, hermetyczność układu oraz brak zewnętrznego wsparcia [31,62,119,145]. Ofiara organizuje swoje życie, całkowicie i

wyłącznie, wokół zadowalania swojego ciemieży i jego wymagań. Jak piszą Dutton i Painter [31]: „jej uległa współpraca 'uprawomocnia' żądania i zachowania kata oraz kumuluje w ofierze coraz głębsze pokłady wypartego gniewu i frustracji (co może przejawiać się w prowokowaniu go i nakręca spiralę eskalacji, lub sprawia, że maltretowana żona wyładowuje się na innych, najczęściej dzieciach), Dynamika takiej relacji systematycznie eliminuje szanse na znalezienie zewnętrznej sieci wsparcia, jaka pomogłaby ofierze ostatecznie wyrwać się z zarażającego związku.

Naprzeniennie wzmacniające działanie cykli w tym typie relacji Walker [145] wyjaśnia za pomocą obserwowanego u zwierząt modelu „kara-pobłażanie”. W przypadkach wykorzystywania dzieci lub przemocy małżeńskiej dynamika „kara-pobłażanie” osiąga ekstremalną polaryzację poziomów zagrożenia a następnie uległości i zgody. Gdy tego rodzaju negatywne wzmocnienie występuje naprzemiennie, dynamika ta konsoliduje więź ofiary z katem. W trakcie doznawania nadużyć ofiary dysocjują emocjonalnie od bólu i przerażenia tworząc sobie przekonanie, że nie dzieje się to, co się dzieje. Po akcie przemocy następuje typowa post-traumatyczna reakcja odrętwienia i odcięcia uczuć, co przekłada się na brak działania, depresję, samoobwinianie i poczucie bezradności. Walker [145] opisuje ten proces następująco: „napięcie stopniowo narasta” (podczas fazy pierwszej), „pojawia się incydent przemocy / maltretowania” (podczas fazy drugiej), by zrobić miejsce chwilom „miłosnej ulgi i wytchnienia” (podczas fazy trzeciej). Przemoc pozwala wygenerować bardzo silne zaangażowanie emocjonalne, a następujące potem sceny przebaczenia i godzenia się odbudowują symbiotyczne fantazje miłosego stopienia się w jedność [87,140]. Widzimy więc, że są dwa źródła wzmocnień: „skok pobudzenia” przed aktem przemocy oraz spokój i uległe poddanie się po nim. Oba, rozmieszczone w odpowiednich interwałach, pracują na moc traumatycznego wiązania między ofiarą a oprawcą [31,145]. Pamięć aktów maltretowania jest, w różnym stopniu, zależna od aktualnej fazy cyklu lub zostaje odszczepiona i może powracać jedynie w apogeum terroru kolejnego aktu przemocy. Blokują to trzeźwą ocenę związku i pozwala wciąż na nowo odzywać marzeniom o miłości i pojednaniu oddalającym realne lęki.

## **PODATNOŚĆ NA ZRANIENIE A TRAUMATYCZNE PRZYWIĄZANIE**

Cztery przeprowadzone dotąd niezależne badania nad przemocą w rodzinie [40,48,63,132] stwierdziły silny i bezpośredni związek między rozmiarami nadużyć fizycznych zaznanych w dzieciństwie, a późniejszym maltretowaniem małżeńskim. Co ciekawe, wśród innych gatunków naczelnych osobniki poddane wczesnym nadużyciom i deprywacji, także znacznie częściej angażowały się w przemocowe relacje rodzinne ze swoimi partnerami [134] i, podobnie jak u ludzi, w większości to samce wykazywały agresję, a samice uległość oraz niezdolność do chronienia siebie i swojego potomstwa. Nawet seks nie gwarantował przywrócenia wspierających, pokojowych interakcji społecznych [134].

Ludzie, którzy w dzieciństwie doświadczają przemocy fizycznej lub zaniedbania, zaczynają oczekiwać tego samego od świata i czynią to sposobem na swoje życie. Dzieci, widząc na co dzień chroniczną bezradność swoich matek na przemian z wybuchami agresji i czułości ojców, nasiakają przekonaniem, że one tak samo nie są w stanie panować nad sobą. Jako dorosłe ofiary, mają nadzieję odwrócić koszmar przeszłości przez miłość, kompetencję i przykładowe zachowanie [46,87,145], a kiedy im się to nie udaje, próbują nadać logiczny sens tej sytuacji obwiniając siebie. Mając z dzieciństwa znikome tylko doświadczenia z bezprzemocowym rozwiązywaniem konfliktu stanowisk i postaw, miotają się w związkach między oczekiwaniem doskonałości w zachowaniach rodzącej doskonałą harmonię, a stanami bezradności, kiedy próby jakiegokolwiek porozumienia i werbalnej komunikacji są daremne. Uciekanie się do wcześniejszych mechanizmów radzenia sobie z traumą, jak samoobwinianie, odrętwianie się (tak przez odcinanie uczuć, jak narkotyki i alkohol) oraz stosowanie przemocy – organizuje scenę dla powtarzania i odtwarzania dawnych urazów, a także „niekontrolowanego powracania wypartego materiału” [1,42,46,137].

## BIOLOGICZNE REAKCJE NA TRAUMATYZACJĘ

Kardynalną cechą traumatycznej reaktywności jest chroniczne pobudzenie fizjologiczne w rezultacie zetknięcia z bodźcami, które zostały skojarzone z pierwotnym urazem lub sytuacyjnie go przypominają. Cecha ta jest dobrze udokumentowana badawczo na różnych grupach: ofiar wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, ofiar gwałtów i tortur czy ofiar pożarów, katastrof naturalnych i wojny [2,78,84,107,133,142]. Z powodu nikłej zdolności wpływu na poziom pobudzenia fizjologicznego – ofiarom trudno jest posługiwać się symbolami i fantazjami w radzeniu sobie ze stresem – mają one skłonność doświadczenia go w formie stanów somatycznych, a nie trudnych zdarzeń, które do poradzenia sobie wymagają korzystania z dostępnych zasobów [142]. Dlatego ofiary reagują na bieżące bodźce tak, jakby dawna trauma nagle wróciła i rozgrywała się w „tu-i-teraz”, przy czym nie mają świadomości, że to dawne urazy, a nie bieżące percepcje, są źródłem ich alarmowych reakcji na stres. Hiper-pobudzenie pozbawia je zdolności do spokojnej i racjonalnej oceny obecnej sytuacji i nie pozwala też na rozwiązanie i zintegrowanie ich dawnych urazów [142]. Ofiary reagują na przeciwności jako na alarm wymagający gwałtownego działania, nie myślenia.

Chronicznym pobudzeniem na nowe, nieznane sytuacje reagują także zwierzęta, które wcześniej rażono elektrowstrząsami, jakich nie mogły uniknąć [5]. Zjawisko to zwróciło uwagę badaczy na możliwość przełożenia tego zwierzęcego modelu na wzorce ludzkiej wiktylizacji [142]. Ludzie są bardzo podobni do innych ssaków jeśli chodzi o dwie tak podstawowe reakcje jak „walcz lub uciekaj” oraz „zastygnij”. Doświadczenie niemożliwych do uniknięcia urazowych wstrząsów spowodowało u zwierząt rozległe skutki behawioralne i fizjologiczne, jak: (1) utratę zdolności szukania schronienia, wyjścia lub ucieczki z sytuacji ponownego zagrożenia w sytuacjach gdy jest to możliwe; (2) ograniczenie motywacji do uczenia się nowych rozwiązań i eksploracji otoczenia; (3) chroniczny, subiektywny stan cierpienia [94]; oraz (4) osłabienie systemu immunologicznego objawiające się zwiększoną podatnością na guzy nowotworowe i inne choroby [143]. Wszystkie te skutki są wynikiem nie tyle samych wstrząsów, ile spowodowanego przez nie syndromu wyuczonej bezradności, jaki powstaje wskutek braku kontroli po stronie rażonego prądem zwierzęcia nad tym rażeniem<sup>1</sup>.

Bolesne, budzące lęk i będące poza kontrolą doświadczenia przekładają się u zwierząt na obraz kilku neuroprekaźników. Poddane traumie zwierzęta mają niższy poziom spoczynkowy norepinefryny w płynie rdzeniowym, ale na stres reagują znacznie wyższym jego skokiem niż inne osobniki, gdyż urazowe doświadczenia zaburzyły zdolność ich organizmów do regulowania

---

<sup>1</sup> W akapicie tym mowa o eksperymencie, jaki w 1967 roku przeprowadzili Seligman i Maier. Umieszczali oni psy w elektroklatkach, w których były one wielokrotnie rażone prądem. W pierwszej klatce nie było możliwości uniknięcia elektrowstrząsu, gdy inne klatki dawały takie możliwości – psy z drugiej grupy musiały tylko odkryć, jak się ulokować, by prąd ich nie dosięgnął, miały więc możliwość kontroli swego cierpienia i sytuacji. Psy z pierwszej klatki, nie mające kontroli nad swoim bólem i sytuacją, po kilkunastu próbach szukania rozwiązania, kładły się i biernie znosiły swój los. Przenoszone później do innych klatek, gdzie mogłyby zapanować nad swoją sytuacją, nie podejmowały żadnych prób (wyuczona bezradność). Nie były też w stanie nauczyć się zachowań chroniących i nawet, gdy wielokrotnie przeciągano je w bezpieczne miejsca, by im je wskazać, nie powtarzały tego zachowania samodzielnie. Wiele psów z pierwszej grupy umierało później z apatii i braku łaknienia; inne były chronicznie smutne, depresyjne, apatyczne i bierne. Psy z drugiej grupy nie traciły wigoru, apetytu ani zdolności szukania rozwiązań w trudnych sytuacjach. To badanie Seligmana i Maier (jak i wiele innych działań behawiorystów) musi budzić duże wątpliwości natury etycznej.

W innym badaniu umieszczano nad głowami niemowląt leżących w łóżeczkach dwa typy zabawek. Zabawki pierwszego typu przekręcały się w odpowiednią stronę, gdy dziecko przekręcało główkę (np. w prawo). Zabawki drugiego typu obracały się niezależnie od ruchów dziecka. Po dwóch tygodniach dzieci z pierwszej grupy nauczyły się biegle sterować zabawkami. Następnie dzieci z drugiej grupy, używające wcześniej zabawek "niesterownych", dostały zabawki pierwszego typu ("sterowne"), lecz nie były w stanie nauczyć się kierowania nimi. Tzw. wyuczona bezradność może nas dotyczyć jeszcze w niemowlęctwie. Kiedy głodne dziecko płaczem woła o pierś, lecz matka nie przychodzi, bo np. trzyma się arbitralnie (i absurdalnie) wyznaczonych pór karmienia, przyswaja sobie ono na dalsze życie bezradność w zakresie zaspokajania swoich pierwotnych potrzeb. (przyp. tłum.).

pobudzenia [37,95,115,116,142]. Łącznie z tym następuje rozregulowanie systemu serotoninowego. [123,139]. Serotonina uważana jest za substancję najsilniej wpływającą na działanie pozostałych neuroprzekazników [19]; wpływa też na optymalny dobór reakcji afektywnych, zwłaszcza tych związanych z pobudzeniem i agresją [18]. Wiktyimizacja powoduje także dysregulację endogenego systemu opioidalnego, nie tylko u zwierząt, ale i u ludzi. Niżej omówię to kliniczne zjawisko i wyjaśnię, jak przekłada się ono na przymus ponownego wystawiania się na traumę.

## UCZENIE SIĘ ZALEŻNE OD STANU

Zarówno Janet [74] jak i Freud zaobserwowali, że wczesne ślady pamięciowe mogą być aktywowane przez późniejsze zdarzenia i bodźce, co powoduje częściowe przeżywanie na nowo dawnych urazów w formie stanów afektywnych, lęków i reaktywacji. Pacjenci Janeta i Freuda mieli słabą lub żadną pamięć traumatycznych zdarzeń z dzieciństwa, nim została im ona przywrócona za pomocą hipnozy lub poprzez wejście w stan umysłu podobny do tego, jaki mieli w momentach wczesnych urazów. Ostatnie dekady przyniosły naukowe potwierdzenia tych obserwacji poprzez odkrycie tzw. uczenia się zależnego od stanu (state-dependent learning). Na przykład to, czego nauczyliśmy się pod wpływem określonego narkotyku, czyli w odmiennym stanie świadomości, pozostaje odłączone i pozornie utracone do chwili, gdy ponownie wejdziemy w stan umysłu podobny do tego, w jakim nauka ta została zapisana i jest przechowywana. Zależność pamięci od stanu jest silnie związana z poziomem pobudzenia. Na przykład uczenie się zależne od stanu jest u ludzi wzbudzane zarówno przez psychostymulanty jak i depresanty: alkohol, marihuanę, barbiturany, amfetaminę i inne psychoaktywne środki [32]. Reaktywacja poprzednio przyswojonej nauki jest dość automatyczna: bodźce stanu związanego z oryginalnym kontekstem bezpośrednio przywołują dawne wspomnienia, bez przytomnej świadomości tego związku. Im podobniejsze są bodźce kontekstualne do warunków panujących w czasie zapisanego w danym stanie pierwotnego doświadczenia, tym większa jest szansa, że je odzyskamy. Aktualne stany wewnętrzne, jak określone uczucia, emocje i afekty – ale też warunki zewnętrzne poprzez ich stopień podobieństwa do elementów związanych z urazem – mogą, każdy z osobna, wyzwoić przeżywanie na nowo dawnej traumatycznej sytuacji. I tak, maltretowana żona, która poza tym zachowuje jak dorosła, kompetentna osoba, może w obrębie oprawczej relacji przeżywać ją jako bezradne, przerażone dziecko, gdyż tak właśnie wyglądały relacje w alkoholowo-przemocowym domu, gdzie się wychowała [119]. Podobnie weteran wojenny może nie mieć symptomów traumy aż do chwili gdy wejdzie w bliski związek uczuciowy; wtedy relacja ta zaczyna w nim wyzwalać uczucia straty, żalu i podatności na zranienie, a także chęć zemsty za śmierć bliskiego przyjaciela na polu bitwy, które mylnie przenosi na swój związek jako lęk przed jego utratą.<sup>2</sup> Przeżywanie na nowo dawnych doświadczeń bardzo ułatwiane jest przez rozhamowanie jakie daje alkohol czy narkotyki, co może wtedy przyjąć formę agresywnej przemocy lub traumatycznych czy kompulsywnych czynności seksualnych [107].

W stanach potężnego pobudzenia autonomicznego, pogrzebane głęboko wspomnienia w dominujący sposób wpływają na nasze późniejsze działania i interpretację zdarzeń. Długotrwałą aktywację ścieżek pamięciowych obserwować można także u zwierząt wystawionych na silnie

---

2 Ten przykład według mnie ilustruje nie tyle pamięć stanu (psychofizjologicznego) ile o pamięć kontekstu lub sytuacji. Podobnie ma wiele ofiar kazirodztwa, gdy po wejściu w trwały związek partnerski i/lub zamieszkaniu razem (podobieństwo do kontekstu lub do przestrzeni relacji z kazirodcą) zaczyna przeżywać „irracjonalny” lęk i poczucie bycia w pułapce, co aktywuje dawne strategie obronne przed wspomnieniami traumy i – w przeniesieniach – przed partnerem. Podobnie mogą przez swój kontekst działać inne sytuacje życiowe, jak np. urodzenie dziecka. Wtedy jego obecność przypomina matce jej własną dziecięcą bezbronność i podatność na zranienie, co działa otwierająco na jej wyparty traumatyczny materiał pamięciowy, który albo zostanie objęty psychoterapią, albo będzie uruchamiał obrony przed pamięcią własnej wiktyimizacji, generując np. depresję poporodową, która jest odcięciem uczuć, albo np. atak psychozy w chwili, gdy dziecko wkracza w wiek wiktyimizacji matki, albo rozwód i odejście z domu. Podlegają tej dynamice także ojcowie (choć może w nieco mniejszym stopniu), którzy we wczesnym dzieciństwie doznali wykorzystania seksualnego w przestrzeni swojej rodziny pierwotnej (przyp. tłum.).



stresujące bodźce [51,81]. Zjawisko to przypisywane jest intensywnej aktywności układu noradrenergicznego w chwili urazowego stresu [129]. U ludzi, wizualne i motoryczne uwalnianie wspomnień, koszmarów, retrospekcji oraz wchodzenie w reaktywacje poprzedzone jest stanem silnego pobudzenia fizjologicznego [30]. Taka nagła aktywacja długotrwanie zablokowanych ścieżek pamięci może wytłumaczyć fakt, dlaczego ofiary przeżywają bieżące stresy jako powrót pierwotnej traumy.

## **WYPARTY „MATERIAŁ” POWRACA W SYTUACJACH ZAGROŻENIA**

W zwykłych warunkach, większość osób po urazach jest w stanie pozbierać się społecznie i psychicznie. Dowodzą tego badania na grupach ofiar gwałtu [82], maltretowanych kobiet [63] i wykorzystania seksualnego w dzieciństwie [53]. Także inne zwierzęta naczelne poddane długim okresom odłączenia od stada mogą się potem zintegrować z nim w funkcjonalny sposób. Jednakże mimo pewnej poprawy, strauumatyzowane jednostki wciąż w inny sposób niż pozostałe będą reagować na stres. Badania z laboratorium naczelnych w Wisconsin [86] dowodzą, że nawet w przypadkach dobrego początkowo dopasowania się społecznego po urazie, podwyższony poziom pobudzenia emocjonalnego lub fizycznego u ofiar skutkuje wycofaniem społecznym lub agresją. Nawet małpy, które pozbierały się z urazów pod innymi względami, w sytuacji zagrożenia przez osobnika dominującego reagują niewłaściwie na pobudzenie seksualne i błędnie odbierają sygnały społeczne [4,95,101]. Zwierzęta z historią traumy wykazują też znacznie silniejsze reakcje katecholaminowe i kortyzolowe na stres [85].

W całym królestwie zwierzęcym stres powoduje powrót do dawnych wzorców zachowań. Badając myszy po zaaplikowanej traumie, Mitchell z zespołem [98,99] odkryli, że to, jak dany osobnik reaguje na stres, zależy od stanu jego pobudzenia. W stanie niskiego pobudzenia myszy przejawiały ciekawość świata i penetrowały nowe sytuacje. Przy pobudzeniu wysokim były zaleźnione, unikały nowych sytuacji i persewerowały<sup>3</sup> znajome zachowania, bez względu na rezultat tego wyboru. W zwykłych warunkach zwierzę po urazie, wobec alternatywy, wybierze zawsze przyjemniejszą opcję; w sytuacji hiper-pobudzenia, będzie szukać tej, która jest mu lepiej znana, nie bacząc na poziom wynagrodzenia lub zagrożenia jaki ta opcja niesie [99]. I tak, osobniki strauumatyzowane w reakcji na bardzo lekki szok udawały się do klatki, w której wcześniej doświadczały traumatyzujących elektrowstrząsów, choć miały możliwość ulokowania się w mniej znanym otoczeniu, nie skojarzonym z karą. W miarę powtarzania prób, myszy karane wcześniej prądem coraz uporczywiej wystawiały się na kolejny szok [98]. Mitchell konkluduje, że owa perseweracja jest nieasocjacyjna, tzn. że osobniki po traumie szukają optymalnych poziomów pobudzenia z pominięciem zwykle stosowanej zasady wyboru największej nagrody [10,122], aktywując schematy naprzemienności i perseweracji. Ponieważ nowe bodźce wiążą się ze wzrostem pobudzenia, osobniki doświadczone traumą będą unikać sytuacji choćby w małym stopniu nieznanymi, nawet jeśli pokazywano im, że te oznaczają przyjemność lub złagodzenie bólu.

## **„KOSZTY PRZYJEMNOŚCI I NAGRODY BÓLU”**

Aby wyjaśnić nałogowe zachowania mające korzenie w przerażających lub bolesnych doświadczeniach z przeszłości, Solomon [127] zaproponował „teorię przeciwstawnego procesu nabywania motywacji”. Dowiódł, że częste wystawianie się na jakiś bodziec, przyjemny bądź nieprzyjemny, może prowadzić do uzależnienia, w którym stan abstynencji lub odstawienia nabiera mocy i cech niezależnego życia, stając się jedynym efektywnym źródłem motywacji. Na przykład, w przypadku narkotyków motywacja przesuwana się z czasem z indukowania „haju” czy „lotu” na

---

3 Perseweracja, perseweratywność, (łac. *perseveratio* – obstawanie przy czymś) – objaw niektórych zaburzeń psychicznych, polegający na uporczywym powtarzaniu tej samej czynności. Mogą być to słowa, zdania, skojarzenia, ale również fragmenty melodii lub omyłki czy roztrząsanie jakiejś sytuacji, przeżywanie jednej myśli, utrzymujące się mimo zaniku przyczyny wywołującej te zachowania (przyp. tłum. za: *Wikipedia*).

kontrolowanie bardzo przykrych stanów odstawienia i „głodu”.

W przeciwieństwie do zażywania narkotyków, które na początku dają przyjemność, wiele bodźców początkowo przykrych, jak gorąca sauna, bieg maratoński czy skoki spadochronowe, może stanowić bardzo wynagradzające praktyki dla osób, które były w przeszłości narażone na bolesne i przerażające przeżycia. Maratończycy, amatorzy sauny, kąpeli lodowych, skoków na bungee, wspinaczki wysokogórskiej itd. czerpią radość i uniesienia z kontrolowania sytuacji budzących wcześniej awersję i lęk. To nowe źródło przyjemności staje się niezależnie od strachu, jaki musieli wprawdzie przejść, aby je osiągnąć. Solomon dochodzi do wniosku, że takie zachowania stają się szczególnie przyjemne, gdyż: „jeśli wywodzą się z pierwotnie awersyjnych procesów, mogą być stosunkowo trwałym źródłem pozytywnego hedonizmu poprzez usunięcie lub pokonanie dawnych negatywnych wzmocnień. Lęk zyskuje przez to pozytywne konsekwencje”. [127]

Zespół Solomona odniósł te obserwacje do zjawisk wdrukowania wzorców przywiązania (tworzenia więzi społecznych). Jego badania wykazały, że na powtarzające się sytuacje oderwania od matki młode zwierzęta reagowały narastającym wynędznieniem [66]. Nie pojawiała się u nich przyzwyczajenie do rodzica, za to – o ile obiekt wdrukowujący (rodzic) pojawiał się w dość regularnych interwałach – zwiększała się siła traumatycznego przywiązania do niego. Starr [130] wykazał istnienie krytycznych czasów rozpadu: okresów potrzebnych do zaniku reakcji odstawienia na pierwotną depriację. Jeśli obiekt przywiązania prezentowany był potomstwu rzadziej niż krytyczny czas rozpadu reakcji na odstawienie, nie następowało wzmocnienie traumatycznych więzów. Jednak zwierzęta wystawiane wcześniej na powtarzające się oddzielenia od matki okazują się bardziej podatne na rosnące wynędznienie wskutek późniejszych oddzieleń. W takim wypadku, jak podaje Starr [130]: „wystawianie na obiekt wdrukowujący (matkę) wymaga mniej czasu i mniej powtórzeń do wytworzenia traumatycznego związania”. Działanie wdruku z czasem słabnie wskutek nieużywania (braku nowych powtórzeń), ale pewne pozostałości dawnych doświadczeń utrzymują się, ułatwiając reaktywację okresowo uśpionych wzorców traumatycznego związania. Podobnie, ponowne uzależnienie się od nikotyny czy opiatów następuje o wiele szybciej niż za pierwszym razem. Jeśli Starr ma rację, podobne procesy decydują o przywiązaniu ofiar do raniących osób i dlatego: „mechanizmy potraumatycznego związania mogą okazać się identyczne, jak mechanizmy uzależnienia od narkotyków” [130].

Eksperymentalny model Solomona zakłada, że tak zwierzęta jak i ludzie uzależniają się od pierwotnych bodźców, czy będą nimi pobudzenia negatywne jak narkotyki, czy pozytywne jak skoki spadochronowe albo maratoński wysiłek, jednakże w przypadku dużej liczby pozytywnych zachowań pobudzających syndrom odstawienia z czasem pracuje na integralność używających je osób i powraca gdy pojawiają się pierwotne bodźce [127]. Dlatego wzmocnienie pozytywne traci z czasem na sile, a wzmocnienie negatywne zyskuje moc i działa dłużej: spadochroniarze po skoku wciąż odczuwają radość, nawet jeśli rok temu była ona mniejsza. Solomon stawia hipotezę, że endorfiny wydzielane są w reakcji na pewnego rodzaju stresy stwarzane przez środowisko i mają znaczenie w procesach przeciwstawnych. Ostatnio znaleźliśmy dowody potwierdzające ten punkt widzenia.

## **UZALEŻNIENIE OD TRAUMY**

Wielu ofiar jest pochłonięta powtarzaniem swojej traumy kosztem innych doświadczeń w życiu [137,141] i kontynuuje jej reaktywacje w jakiejś formie na sobie i innych. Weterani wojenni zaciągają się jako płatni najemnicy w kolejnych konfliktach wojennych [128], ofiary kazirodztwa stają się prostytutkami [47,120,125], ofiary maltretowania w dzieciństwie „prowokują” dalsze nadużycia ze strony rodzin zastępczych [53] lub dokonują samookaleczeń [143a]. Są też osoby, które identyfikują się z agresorem tak silnie, że robią innym to, czego same doświadczyły [21,39]. Klinicznie, u ofiar notuje się silny i rozległy lęk, poczucie pustki wewnętrznej, nudę i przerażenie gdy tylko przestają angażować się w działania przypominające ich pierwotne urazy. Nie ma natomiast dowodów na teorię Freuda, że powtarzanie traumy prowadzi ostatecznie do zapanowania

nad nią i uwolnienia jej z systemu. W istocie jest odwrotnie; powtarzane wielokrotnie przeżywanie na nowo urazów, także w terapii, może wzmacniać fiksację na nich.

Wielu specjalistów badających mechanizmy traumatycznego wiązania odkrywa u ofiar silne, nałogowe przykucie do swoich oprawców. Erschak [33] pyta, jak to się dzieje, że osoby maltretujące nie przerywają katowania gdy widzą jawne rany i ból swoich ofiar oraz dlaczego ofiary nie odchodzą od nich, choć mogą? I konkluduje: „Bo ofiara i kat są wzajemnie uzależnieni od siebie oraz uzależnieni od nadużyć; dlatego są wobec wzajemnej relacji i zachowań w jej obrębie tak samo bezsilni, jak narkomani wobec heroiny”.

## ENDOGENNE OPIATY A TRAUMATYCZNE PRZYWIĄZANIE

Postulat Starr [130] i Solomon [127], że ludzie mogą stać się uzależnieni od siebie w sposób fizjologiczny, uzyskuje coraz mocniejsze podstawy. Istnieją dziś poważne dowody, że ludzkie więzi społeczne opierają się, w części, na systemie endogennych opiatów. Badania innych naczelných wykazują, że przywiązanie łączy się z rozwojem podstawowych funkcji neurobiologicznych w mózgu ssaka. Wczesne rozerwanie pierwotnej więzi wywołuje długotrwałe psychobiologiczne zmiany, które nie tylko ograniczają zdolność radzenia sobie w późniejszych sytuacjach zerwania więzi, ale też zakłócają proces prawidłowego rodzicielstwa, co oznacza podobne dysfunkcje w następnym pokoleniu. Zdobyta w ostatnich latach wiedza o neurobiologii mózgu wykazała, że za zachowania afiliacyjne odpowiadają obwody najbogaciej wyposażone w receptory opioidalne [83]. Także badania behawioralne dowodzą, że system opioidalny układu nerwowego zaangażowany jest w tworzenie i utrzymywanie więzi międzysobniczych. Panskepp i jego zespół wykazali, że u szczurów reakcje na uraz separacyjny można hamować podawaniem neuroaktywnych substancji działających na receptory opioidalne, co przywraca pożądany efekt behawioralny w zakresie więzi społecznych. Mikroskopijne dawki morfiny znoszą zarówno płacz oddzielenia u małych, jak i reakcje matek na ów płacz [100,103,104,105]. Szczurze matki pod działaniem morfiny (1 mg / 1 kg masy ciała) ignorowały napastliwych samców: większość nie próbowała bronić przed nimi swoich małych, a jedna pozwoliła takiemu samcowi nawet zjeść jej potomstwo.

Zablokowanie receptorów opioidalnych naloxonem powoduje u wyższych ssaków wzrost reakcji stłoczenia (przegęszczania), a pobudzenie systemu opioidalnego zmniejsza te stadne skłonności [43,104]. U myszy brak matczynej opieki w pierwszych paru tygodniach życia skutkuje wytworzeniem znacznie mniejszej liczby receptorów opioidalnych w zakręcie obręczy [13]. Panskepp z zespołem udowodnili, że utrata społecznego oparcia w więziach międzysobniczych hamuje aktywność systemu opioidalnego mózgu i wywołuje objawy odstawienia: obwody emocywne odpowiedzialne za stany osamotnienie-panika ulegają wtedy rozhamowaniu i aktywacji. Z kolei wznowienie i odbudowa kontaktów międzysobniczych może – wśród innych zmian neuronalnych – uruchamiać endogenne systemy produkcji opiatów, łagodząc stres separacji i wzmacniając społeczne więzi [103]. Jeśli aktywność opioidalna systemu nerwowego zaspokaja potrzeby społeczne, to można się też spodziewać innych zachowań dających ten rodzaj gratyfikacji, jakimi jest przede wszystkim seks. Istotnie, system opioidalny współdziała z innymi układami mózgu, które regulują wydzielanie sterydów seksu [56], a naloxon wzmagą u niektórych ssaków zachowania seksualne [49,96].

System opioidalny aktywowany jest także wysokim poziomem stresu [3], włącznie z bólem deprywacji społecznej [97]. Zwierzęta poddawane nieuchronnym elektrowstrząsom rozwijały aktywowany stresem system wewnętrznej analgezji (samoznieczulania)<sup>4</sup>. Taką analgetyczną reakcję umożliwia system endogennych opiatów, a znieść ją może naloxon, który działa blokująco te receptory [79]. U ludzi stwierdzono zwiększenie wydzielania enkefalin i plazma-beta-endorfin pod wpływem całego wachlarza czynników stresowych [26,28,73]. W badaniach nad generalizacją

---

4      Ang.: stress-induced analgesia (SIA).

zjawiska samoznieczulenia stwierdzono u weteranów z PTSD, że na każdym ośmiu, siedmiu wykazywało ponad trzydziestoprocentową redukcję percepcji bólu przy oglądaniu filmów pokazujących sceny z walk w Wietnamie. Analgezję tę znosiło podanie naloxonu [107,143b]. Taki trzydziestoprocentowy poziom samoznieczulenia, osiągniany średnio po piętnastu minutach filmu ze scenami wojennymi, równał się podaniu ośmiu miligramów morfiny. Dowodzi to słuszności wniosku Bleechera [9], który widząc, że rannym żołnierzom potrzeba mniej morfiny niż innym rannym, postawił tezę, że „silne emocje blokują ból, gdyż wyzwalają wydzielanie endogennych opiatów”. Z kolei nasze eksperymenty dowodzą, że osoby z traumą z wieku dorosłego wykazują w sytuacjach przypominających uraz identyczną endogenną reakcję analgetyczną jak reakcja samoznieczulenia wywoływana łagodnym szokiem u tych zwierząt, które wcześniej podlegały nieuchronnym elektrowstrząsom. Widać stąd, że ponowne wystawienie na stres może mieć skutek tak samo uwalniający od bólu i lęku, jak podawanie opiatów z zewnątrz [50].

Field [113] wnioskuje, że normalna zabawa i zachowania eksploracyjne zależą u niemowląt od obecności znanego obiektu przywiązania (rodzica), który przez bycie z zasięgu percepcji dziecka moduluje jego stopień fizjologicznego pobudzenia, równoważąc ukojenie i stymulację. Badania She, Reite [115,116] i innych wykazały, że w sytuacji nieobecności matki niemowlęta doświadczają dezorganizacji psychologicznej lokując się na dwóch przeciwstawnych biegunach: emotywnego zastygnięcia i/lub hiper-pobudzenia. Reakcje te mogą pochodzić z naprzemiennej stymulacji różnych systemów neuronalnego przewodzenia, w których bierze udział endogenne opiodalne, zwłaszcza jeśli chodzi o subiektywne sytuacje bezpieczeństwa i ukojenia. Endogenne opiaty hamują aktywność noradrenergiczną [6], dlatego ich wydzielanie wytłumia stany hiper-pobudzenia, na jakie w trwały sposób podatne są ofiary nadużyć seksualnych i innych urazów w dzieciństwie. Field [37] pisze: „Każdy organizm ma swoje optymalne miejsce na osi między minimalnym a maksymalnym stanem pobudzenia. Kształt krzywej wykresu optymalnej stymulacji dla danego organizmu zależy od poziomów pobudzenia doświadczanych w czasie wczesnych urazów”. W efekcie, ludzie wykorzystywani lub pozbawieni więzi w dzieciństwie potrzebują o wiele silniejszej stymulacji układu opiodalnego, niż osoby bez poważniejszej traumy, w których dawne doświadczenia troski, bezpieczeństwa i opieki ugruntowały łatwość aktywacji systemów wewnętrznego uśmierzenia bólu. Ludzie, którzy doznali wiktyimizacji, neutralizują swoje stany hiper-pobudzenia poprzez całą gamę nałogowych zachowań, łącznie z kompulsywnym wystawianiem się na sytuacje w jakiś sposób analogiczne do dawnej traumy.

## **DZIECIĘCA TRAUMA A ENDOGENNE OPIATY I SAMOUSZKODZENIA**

Zakładając, że badania na zwierzętach są wskazówką także w odniesieniu do homo sapiens, u ludzi wystawionych w przeszłości na długotrwały stres środowiskowy, a zwłaszcza u dzieci, będziemy obserwować niezwykley wzrost katecholaminowych i edno-opiodalnych reakcji na bieżące stresy. Ta endogenna reakcja opiodalna może skutkować zarówno uzależnieniem od tych substancji jak i objawami ich odstawienia. Wyjaśnia to częściowo, dlaczego trauma dziecięca wiąże się z późniejszymi autodestrukcyjnymi zachowaniami. Zależnie od tego, które z bodźców – np. maltretujący partner, seksualny masochizm, głodowanie, samookaleczenia czy znęcanie się nad innymi – wywołują u danej osoby najsilniejszą reakcję wydzielania opiatów, właśnie z tych będzie ona korzystać. Ostatnie z naszych badań wykazało bardzo wysoką korelację wykorzystywania seksualnego i fizycznej przemocy w dzieciństwie z późniejszymi samookaleczeniami i anoreksją pokarmową w wieku dorosłym [143a]. Wyniki te zgadzają się z wieloma doniesieniami klinicznymi o związku nadużyć doznanych w dzieciństwie z późniejszymi zachowaniami autodestrukcyjnymi [52,106,118]. Samookaleczenia są częstą reakcją ofiar na dawne krzywdy – cielesną inscenizacją zranienia psychiki; dodatkowo powodują silny efekt znieczulający (analgezję) oraz zmieniony, transowy stan świadomości, co przynosi ofiarom ulgę i przywraca do „normalności”. Cięcie się, przypalanie i inne formy fizycznego masochizmu są oczywistymi próbami „naprawiania stanu rozdarcia psychiki na części wywołanego miazdzącym lękiem i horrorem w chwilach wiktyimizacji”

[35]. Wzorzec ten stanowi reminiscencję dawnej traumy także w przypadku maltretowania małżeńskiego. Walker [145] pisze: „napięcie narasta stopniowo, aż eksploduje brutalnym atakiem partnera (forma samookaleczenia przy cudzej pomocy), a zadany przez niego ból przywraca na pewien czas kojący stan miłosnej sielanki”.

Badając więźniów skazanych za przemocowe wyładowywanie swoich frustracji na bliskich, Bach-y-Rita odkrył [7], że w więzieniu, nie mając zewnętrznego obiektu do znęcania się, ludzie ci zaczęli kierować te zachowania przeciw samemu sobie, dokonując samookaleczeń. Tak więc akty przemocy na sobie, jakie oprawca normalnie uważa za okropność, przejmowały w tej sytuacji rolę somatycznego wzbudzenia produkcji substancji uśmierających ból.

Materiał badawczy świadczący o wzbudzaniu aktywności systemu endogennych opiatów przez akty samookaleczeń, jest dziś całkiem spory. Badania Cold, Allolio i Rees [27] wykazały u osób uzależnionych od autodestrukcji bardzo wysokie poziomy enkefalin w czasie dokonywania samookaleczeń i po, jednak po trzech miesiącach już nie. Wykryto też, że blokada receptorów opioidalnych zmniejsza występowanie samookaleczeń [60,117]. Wciąż jednak pozostają nieznane specyficzne czynniki biologiczne, które odpowiadają za stan ulgi i ukojenia, jaki odczuwają okaleczające się osoby.

## IMPLIKACJE DLA LECZENIA

Kompulsywne powtarzanie traumy jest zwykle nieświadomym procesem, który – choć daje przejściowe poczucie zapanowania nad bólem, a nawet błogą przyjemność – wzmaga ostatecznie chroniczne poczucie bezradności i braku kontroli oraz przekonanie o własnej bezwartościowości i wybrakowaniu. Cel leczenia jest odwrotny: uzyskanie zdolności kierowania swoim bieżącym życiem i stanami emocjonalnymi w budujący sposób, a nie przez przymusowe odtwarzanie traumy w zachowaniach i bio-neuro-somatyce.

Mimo, że esencją leczenia ostrych stanów post-traumatycznego stresu jest zlokalizowanie i nazwanie ich elementów kontekstualnych, zasadnicze przyczyny tych uporczywych reakcji są odzyskiwane z wielkim trudem i często pacjent nie może się z nimi uporać dopóki nie odzyska wystarczającego zapanowania nad swoimi (auto)destrukcyjnymi zachowaniami, które zapewni bezpieczeństwo jemu samemu i otaczającym osobom. Niepowodzenia w docieraniu do materiału związanego z pierwotnymi urazami wzmocniają, bardzo stopniowo, traumatyczne afekty i stany fizjologiczne, prowadząc do nasilania się zjawiska przymusowych powtórzeń. Należy pamiętać, że powodem, dla którego pracujemy nad odkryciem i wydobyciem pierwotnych urazów, jest to, by klient mógł uzyskać świadome panowanie nad ich nieproszonymi, samorodnymi wtargnięciami i reaktywacjami. Zanim jednak klienci zabiorą się za karczowanie korzeni obecnych zachowań, muszą uzyskać rzetelne panowanie nad kompulsywnymi, wtórnymi obronami przez bólem (jak np. alkohol, narkotyki czy przemoc wobec samego siebie bądź innych), uruchamianymi w chwilach zagrożenia załamaniem przez traumatyczny materiał. Nad traumą można pracować dopiero, gdy wytworzy się bezpieczna przestrzeń relacji terapeutycznej. Obecność takiej empatycznej „figury przywiązania” konieczna jest, by pacjenci mogli zająć się badaniem swoich dawnych doświadczeń i przełamać izolację, jaka ich przykuwała do powtarzających się schematów odreagowań. Uleczenie traumy – zarówno z etiologii jak i następczych zaburzeń psychicznych – zależne jest zasadniczo od bezpieczeństwa w obrębie interpersonalnej więzi. Gdy urazowe doświadczenia są już rozpoznane i zlokalizowane co do czasu i miejsca, klient może zacząć uczyć się odróżniać bieżące stresy życia od traumatycznego materiału jaki w nim poruszają, a przez to zmniejszać jego wpływ na bieżącą rzeczywistość [137].

Grupy i organizacje samopomocowe dla osób o życiorysach kryjących traumy z dzieciństwa i różne dysfunkcje, zaburzenia czy uzależnienia rodziców, wypracowały mapę zdrowienia, która pozwala nam odnieść się do wielu podstawowych kwestii związanych z wczesnymi wielokrotnie powtarzanimi aktami wiktyimizacji i ich efektem. Grupy te i środowiska dostarczają uczestnikom

zarówno wsparcia poprzez społeczne więzi, jak też istotnego szkieletu poznawczego pozwalającego radzić sobie z poczuciem bezsilności i bezradności, które jest osią potraumatycznych objawów. Uczą wybierać środowiska sprzyjające rozwojowi i bezpieczne, a unikać wpływów i relacji szkodliwych oraz stawiać granice. Uczestnicy stopniowo osiągają „pogodę ducha”, którą można rozumieć jako stan samonastawnej stabilności i zgody na swoje otoczenie. Odbudowują i wzmacniają zaufanie, uczą się zawierzać opiece Siły Wyższej i polegać na zaangażowanej sieci wsparcia.

Grupy samopomocowe dla osób z traumą, poprzez utożsamianie się uczestników z danym problemem i celem, jakim jest jego rozwiązanie, pozwalają też przekraczać izolujące bariery i podziały, jakie zwykle tworzą się w społeczeństwie na bazie różnic indywidualnych, rasowych, wyznaniowych itp. To z kolei działa uwalniająco od wstydu związanego z przeżyciami z dzieciństwa, brakiem kontroli i bezsilnością; wstyd i izolacja cofają bowiem do wcześniejszych stanów lękowego przywiązania do krzywdzicieli oraz nałogowego regulowania uczuć. W środowiskach ofiar zdrowiejących z traumy krąży powiedzenie: „Żaden ból nie jest tak druzgoczący, jak ból odmowy stanięcia z nim oko w oko” oraz: „Żadne cierpienie nie jest tak trwałe i uporczywe, jak to, które pozostaje nieuświadomione” [23]. Środowiska zdrowiejących ofiar kładą nacisk na doświadczenie tu-i-teraz, ucząc, że w przeciwieństwie do wykorzystywanych dzieci, które nie mają wyboru i starają się tylko przetrwać, osoby dorosłe mogą wiele zrobić, by się ochronić przed ponowną wiktyimizacją – mogą stać po własnej stronie, słuchać własnych uczuć i dokonywać wzmacniających wyborów zamiast podtrzymywać oprawcze relacje lub wracać do nich, oraz mogą nauczyć się co robić, by nie powiełać zachowań o jakich wiadomo, że są szkodliwe. Kryje się pod tym świadomość, że wnioski i przekonania wyciągnięte w dzieciństwie pod wpływem krzywdzenia wnoszone są w dorosłość i ofiary żyją według nich dopóki ich nie zobaczą i nie podważą. Kontekst grupy wsparcia pokazuje też ofiarom, że dzieci nigdy nie są odpowiedzialne za doznane cierpienia, przemoc, zdradę i chaos, więc nie ponoszą winy za swój dawny los, ale pokazuje też, że jako dorosłe osoby są odpowiedzialne za wybory w obecnym życiu oraz za ich konsekwencje [23,137].

Samopomocowe grupy ofiar pokazują też, że aby uniknąć powtarzania traumy i ponownych wiktyimizacji, trzeba porzucić pewne zachowania, substancje lub ludzi będących źródłem destrukcji, nawet jeśli są to rodzice. Uznanie nałogowego charakteru toksycznych relacji rozumiane jest jako wyjście z zaprzeczania. Wiąże się to z koniecznością dopuszczenia uczuć, bowiem unikanie ich i blokowanie napędza komplusywne zachowania odreagowujące. Straumatyzowani ludzie muszą się przekonać, że dopuszczenie wspomnień i wszystkich emocji związanych z dawnymi urazami nie oznacza traumy samej w sobie – że dopiero to uwalnia z sidła dawnej przemocy i bezradności. Nacisk musi być też kładziony na wynajdowanie nowych aktywności i doświadczeń, zastępujących odreagowywanie, powtarzanie i odtwarzanie – takich, które są wynagradzające: przynoszą sukces oraz poczucie mocy, sprawczości i kompetencji i które wypełniają terażniejszość i ukierunkowują na przyszłość. Często obejmuje to także dziedzinę pomagania innym ofiarom podobnych nadużyć jak własne.

W obniżaniu autonomicznego pobudzenia i reakcji „wszystko albo nic” pomocne mogą być leki psychotropowe, szczególnie lit, beta-blokery i substancje wychwyty zwrotnego serotoniny jak np. fluoksetyna. Zdejmując hiper-pobudzenie zmniejszamy prawdopodobieństwo, że bieżące stresy będą powodować wtargnięcia dawnej traumy. Stabilizacja taka pozwala wprowadzać rozwiązania dla bieżących napięć i omijać te, które pochodzą z urazowej przeszłości [139], do czasu kiedy pacjent stanie się na to gotów. Natomiast leki wpływające na system opioidalny powinny być uważane za ryzykowne eksperymenty i – na dziś – stosowane tylko w sytuacjach zagrożenia życia.

W ostatnim badaniu, które prowadziłem wspólnie z Judith Herman (dane jeszcze nie opublikowane, 1988) pytaliśmy osoby dokonujące samookaleczeń, co najbardziej pomogło im przezwyciężyć wpływ traumy z dzieciństwa (umieszczając w zbiorze odpowiedzi wiele pozycji, w tym także samookaleczenia). Wszyscy badani wskazywali jako przyczynę poprawy ich stanu i funkcjonowania znalezienie bezpiecznej relacji terapeutycznej, w ramach której mogli badać realia swoich dziecięcych zranień oraz swoje późniejsze reakcje na nie. Wszyscy badani stwierdzali, że

korzystanie z takiej relacji pozwoliło im znacznie ograniczyć powtarzanie lub odtwarzanie urazów, łącznie z nałogowym wyrządzaniem sobie szkód.

## PODSUMOWANIE

Trauma może być powtarzana i odtwarzana na wielu poziomach: behawioralnym, emocjonalnym, fizjologicznym i neuroendokrynologicznym. Reaktywacje na którymkolwiek z poziomów niosą różnego rodzaju cierpienia, indywidualne i zbiorowe. Kierowanie złości i agresji przeciw sobie lub innym jest kompulsywnym odtwarzaniem prawdziwych wydarzeń z przeszłości.

Dla normalnego społecznego i biologicznego rozwoju ludzie muszą mieć „bezpieczną podstawę”. Do wiktyimizacji dochodzi, gdy wewnętrzne i zewnętrzne zasoby nie wystarczają do poradzenia sobie z zagrożeniem. Nie dające się kontrolować rozerwanie lub spalenie pierwotnej relacji przywiązania skutkuje rozwojem symptomów PTSD. W obliczu zagrożenia ludzie chwytają się mocnych, intensywnych więzi. Zarówno dorośli, jak i dzieci mogą rozwinąć w takich sytuacjach silne przywiązanie emocjonalne do osób, które je gwałciły, biły, wykorzystywały, poniżały i poddawały groźbom. Uporczywość i trwałość takiego traumatycznego przywiązania prowadzi do mylenia miłości z cierpieniem. Napaści wywołują u ofiar stany silnego pobudzenia, co sprawia, że pamięć traumy dostępna jest tylko w tych stanach psychofizycznych lub ulega odszczepieniu bądź wyparciu i może powracać jedynie w chwilach podobnie silnego terroru. Zaburza to rzeczywistą percepcję ofiar jeśli chodzi o ich stosunek do oprawcy i kompulsywne przywiązanie do niego i sprawia, że tęsknota za miłosnym połączeniem zasłania im realistyczny i słuszny strach przed nim.

Wszystkie naczelne, które zostały w początkowym okresie życia poddane nadużyciom i deprivacji, rozwijają przymus wchodzenia w przemocowe relacje, krzywdzące w podobny sposób. Osobniki męskie mają tendencję do agresywnych wyładowań na bliskich, żeńskie – do wystawiania na przemoc siebie i swojego potomstwa, którego nie chronią. Utrzymują się w stanie stałego pobudzenia fizjologicznego, zwłaszcza po działaniu bodźców skojarzonych z pierwotną traumą. Ofiary traumy mają skłonność do przeżywania stresów jako stanów somatycznych, a nie sytuacji, w których trzeba sięgnąć po zasoby i środki, by sobie poradzić. Dlatego zwykle reagują na bieżące stresy tak, jakby powróciła dawna trauma, nie mając przy tym świadomości, że to ona, a nie obecne sytuacje, wywołuje w nich tę fizjologiczną reakcją alarmową. Stan hiper-pobudzenia zaburza zdolność racjonalnej oceny i nie pozwala na rozwiązanie i integrację dawnych urazów. Za utrzymywaniem się reakcji typu „wszystko albo nic” stoją zakłócenia w systemach katecholamin, serotoniny i endogennych opiatów.

Ludzie, którzy byli wystawiani na szczególnie zagrażające sytuacje, rozwijają też trwałe, neurochemiczne blokady ścieżek pamięci, które jednak mogą „puszczać” lub „przeciekać” pod wpływem późniejszych podobnych bodźców. To wyjaśnia dlaczego ofiara bierze obecne stresy za powrót dawnej traumy i dlaczego reaktywacja taka cofa ją do wcześniejszych wzorców zachowań. Mając wybór, człowiek zazwyczaj wybiera przyjemniejszą opcję, jednak gdy w jego historii odcisnęła się trauma, to nowe, nieznane bodźce i wyzwania będą wywoływać będą w nim lęk, a wysoki poziom pobudzenia jaki indukują pchnie go w stronę sytuacji znanych mu wcześniej, nawet gdy nie są one wynagradzające i niosą ból.

Teoria przeciwstawnego procesu zdobywania motywacji [127] wyjaśnia, w jaki sposób lęk i ból mogą stać się doznaniem przyjemnymi i dlaczego „prawa prawa przywiązań społecznych są identyczne z prawami działania uzależnień”. Ofiara może stać się nałogowo przywiązana do swego oprawcy, gdyż więź społeczna aktywuje w niej wydzielanie endogennych opiatów, łagodząc zadawane przez niego cierpienia i zarazem wzmacniając siłę związania. Systemy opioidalne są aktywowane również przez stres społeczny. U weteranów wojennych z PTSD obserwowana jest endo-opioidalna redukcja percepcji bólu pod wpływem bodźców przypominających traumę; wystawienie na stres może mieć taki sam skutek jak podawanie morfiny i dawać taką samą ulgę.

Napastowanie seksualne w dzieciństwie i deprivacja więzi wywołuje u ofiar trwały stan hiper-pobudzenia oraz obniża ich zdolność modulowania silnych afektów. Straumatyzowane dzieci potrzebują znacznie silniejszej stymulacji z zewnątrz, by uruchomić endogenną produkcję opiatów i osiągnąć ukojenie, niż dzieci, u których biologiczne zaplecze komfortu aktywuje się łatwo dzięki wdrukowanemu podłożu pierwotnych doświadczeń bezpieczeństwa, dobrej troski i opieki. Ludzie, którzy przeżyli traumę, zwłaszcza w dzieciństwie, starają się później zneutralizować swój stan hiper-pobudzenia poprzez całą gamę uzależnień i kompulsywnych zachowań, z wiktyimizowaniem siebie samego i/lub innych włącznie. Jednym z pierwszych celów terapii jest pomoc pacjentom w odzyskaniu kontroli nad swoim bieżącym życiem w miejsce powtarzania i odtwarzania dawnych urazów w zachowaniach i stanach emocjonalnych bądź somatycznych. Konieczne jest też odkrycie i przepracowanie całego traumatycznego materiału, by ustąpiły nawracające nagłe i samorodne wtargnięcia i reaktywacje, które destabilizują funkcjonowanie ofiar. Dla przełamania izolacji społecznej utrzymującej je w cyklach powtarzania oraz dla eksploracji dawnych traumatycznych doświadczeń, ofiary muszą znaleźć sieć wsparcia oraz bezpieczną i mocną więź terapeutyczną. W przeciwieństwie do dzieci bezradnych wobec wiktyimizacji, ofiary jako dorosłe osoby są w stanie odnaleźć swoje zasoby i nauczyć się unikania destrukcyjnych sytuacji i ludzi, stawiania granic i dokonywania wzmacniających wyborów.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ainsworth MDS: *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Attachment*. Baltimore, John Hopkins University Press, 1976
2. American Psychiatric Association: [Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders](#), Ed
3. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980
3. Amir S, Brown ZW, Amit Z. The role of endorphins in stress: Evidence and speculations. *Neurosci Biobehav Rev* 4:77-86;1980
4. Anderson CO, Mason WA: Competitive social strategies in groups of deprived and experienced rhesus monkeys. *Dev Psychobiol* 11:289-299, 1980
5. Anisman HL, Ritch M, Sklar LS: Noradrenergic and dopaminergic interactions escape behavior. *Psychopharmacology* 74:263-268, 1981
6. Arbila S, Langer SZ: Morphine and beta endorphin inhibit release of noradrenaline from cerebral cortex but not of dopamine from rat striatum. *Nature* 271:559-560, 1978
7. Bach-y-Rita: Habitual violence and self-mutilation. *Am J Psychiatry* 131:1018-1020, 1974  
[\[Abstract\]](#)
8. Becker E: *The Denial of Death*. New York, The Free Press, 1973
9. Beecher HK: Pain in men wounded in battle. *Ann Surg* 123:96-105
10. Berlyne DE: *Conflict Arousal in Curiosity*. New York, McGraw-Hill, 1960
11. Bettelheim B: Individual and mass behavior in extreme situations. *J Abnorm Soc Psychol* 38:417-452, 1943 [\[Abstract\]](#)
12. Blank AS: The unconscious flashback to the war in Vietnam veterans. *In* Sonnenberg SM, Blank AS, Talbot JA (eds): *Stress and Recovery of Vietnam Veterans*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985
13. Bonnet KS, Miller JS, Simon EJ: The effects of chronic opiate treatment and social isolation on opiate receptors in the rodent brain. *In* Kosterlitz HW (ed): *Opiate and Endogenous Opioid Peptides*. Amsterdam, Elsevier, 1976
14. Bowlby J: *Attachment and Loss*. Vol 1: Attachment. New York, Basic Books, 1973
15. Bowlby J: *Attachment and Loss*. Vol 2: Separation. New York, Basic Books, 1973
16. Bowlby J: Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *Am J Psychoanal* 44:9-27, 1984



17. Brett EA, Ostroff R: Imagery and posttraumatic stress disorder: An overview. *Am J Psychiatry* 142:417-424, 1985 [[Abstract](#)]
18. Brown GL, Ebert ME, Boyer PF, et al: Aggression, suicide and serotonin: Relationships to CSF amine metabolites. *Am J Psychiatry* 139:741-746, 1982 [[Abstract](#)]
19. Bunney WE, Garland BL: Lithium and its possible mode of action. *In* Post RM, Ballenger JC (eds): *Neurobiology of Mood Disorders*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1984
20. Burgess AW, Hartman CR, McCormack A: Abused to abuser: Antecedents of socially deviant behavior. *Am J Psychiatry* 144:1431-1436, 1987 [[Abstract](#)]
21. Burgstein A: Posttraumatic flashbacks, dream disturbances and mental imagery. *J Clin Psychiatry* 46:374-378, 1985
22. Carmen EH, Reiker PP, Mills T: Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 141:378-379, 1984 [[Abstract](#)]
23. Cermak TL, Brown S: Interactional group therapy with the adult children of alcoholics. *Int J Group Psychother* 32:375-389, 1982
24. Cicchetti D: The emergence of developmental psychopathology. *Child Dev* 55:1-7, 1984
25. Coe CL, Wiener S, Rosenberg LT, et al: Endocrine and immune response to separation and maternal loss in nonhuman primates. *In* Reite M, Fields T (eds): *The Psychobiology of Attachment and Separation*. Orlando, Academic Press, 1985
26. Cohen MR, Pinchas M, et al: Stress induced plasma endorphin immunoreactivity may predict postoperative morphine usage. *Psychiatry Res* 6:7-12, 1982 [[Medline](#)]
27. Cold J, Allolio B, Rees LH: Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* 2:545-546, 1983 [[Medline](#)]
28. Colt EW, Wardlaw SL, Frantz AG: The effect of running on plasma beta endorphin. *Life Sci* 28:1637-1640, 1981
29. Cooper AM: Masochism: *In* Glick RA, Meyers DI (eds): *Current Psychological Perspectives*. Hillsdale, The Analytic Press, 1988
30. Delaney R, Tussi D, Gold PE: Longterm potentiation as a neurophysiological analog of memory. *Pharmacol Biochem Behav* 18:137-139, 1983
31. Dutton D, Painter SL: Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology* 6:139-155, 1981
32. Eich JE: The cue-dependent nature of state dependent retrieval. *Memory Cognition* 8:157-168, 1980
33. Erschak GM: The escalation and maintenance of spouse abuse: A cybernetic model. *Victimology* 9:247-253, 1984
34. Fabre-Nys C, Meller RE, Keverne EG: Opiate antagonists stimulate affiliative behavior in monkeys. *Pharmacol Biochem Behav* 18:137-139, 1983
35. Ferenczi S: Confusion of tongues between the adult and the child: The language of tenderness and the language of passion. *In* Ferenczi S: *Problems and Methods of Psychoanalysis*. London, Hogarth Press, 1955
36. Field T: Attachment of psychobiological attunement: Being on the same wavelength. *In* Reite M, Fields T (eds): *The Psychobiology of Attachment and Separation*. Orlando, Academic Press, 1985
37. Field T: Interaction and attachment in normal and atypical infants. *J Consult Clin Psychol* 55:1-7, 1987 [[Abstract](#)]
38. Finkelhor D, Brown A: The traumatic nature of child sexual abuse. *Am J Orthopsychiatry* 55:530-541, 1985
39. Fish Murray CC, Koby EV, van der Kolk BA: Evolving ideas: The effect of abuse on children's thought. *In* van der Kolk BA (ed): *Psychological Trauma*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987
40. Fleming JB: *Stopping Wife Abuse*. Garden City, Anchor Books, 1979
41. Fox RP: Narcissistic rage and the problem of combat aggression. *Arch Gen Psychiatry* 311:807-811, 1974

42. Freud S: Moses and Monotheism (1939). *In Complete Psychological Works*. Vol 18. Translated and edited by J Strachey. London, Hogarth Press, 1954
43. Freud S: The aetiology of hysteria (1896). *In Complete Psychological Works, Standard Ed*. Vol 3 Translated and edited by J Strachey. London, Hogarth Press, 1954
44. Freud S: Beyond the pleasure principle (1920). *In Complete Psychological Works, Standard Ed*. Vol 3 Translated and edited by J Strachey. London, Hogarth Press, 1954
45. Freud S: Group psychology and analysis of the ego (1921). *In Complete Psychological Works, Standard Ed*. Vol 18. Translated and edited by J Strachey. London, Hogarth Press, 1955
46. Freize I: Investigating the causes and consequences of marital rape. *J Women Culture Soc* 8:532-553, 1983
47. Gelinas DJ: The persistent negative effects of incest. *Psychiatry* 46:312-332, 1983
48. Gelles RJ: *The Violent Home*. Beverly Hills, Sage Publications, 1972
49. Gessa G, Paglietta E, Pellegrini-Quarantotto B: Induction of copulatory behavior in sexually inactive rats by naxolone. *Science* 204:203-205, 1979
50. Gold M, Pottash AC, Sweeney D, et al: Antimanic, anti-depressant and antipanic effects of opiates: Clinical neuroanatomical and biochemical evidence. *Ann NY Acad Sci* 398:140-150, 1982
51. Gold PE, Zornetzer SF: The mnemom and its juices: Neuromodulation of memory processes. *Behav Neural Biol* 38:151-189, 1983
52. Graf H, Mallin R: The syndrome of the wrist cutter. *Am J Psychiatry* 124:36-42, 1967  
[[Abstract](#)]
53. Green AH: *Child Maltreatment*. New York, Jason Aronson, 1980
54. Green AH: Self-destructive behavior in battered children. *Am J Psychiatry* 135:579-582, 1978  
[[Medline](#)]
55. Groth AN: Sexual trauma in the life histories of sex offenders. *Victimology* 4:6-10, 1979
56. Hahn EF, Fishman J: Changes in rat brain opiate receptor content upon castration and testosterone replacement. *Biochem Biophys Res Commun* 90:819-823
57. Haley SA: When the patient reports atrocities: Specific treatment considerations of the Vietnam veteran. *Arch Gen Psychiatry* 30:191-196, 1974
58. Harlow HF, Harlow MK: Psychopathology in monkeys. *In Kimmel HD (ed): Experimental Psychopathology*. New York, Academic Press, 1971
59. Hendin H, Pollinger-Haas A, Singer P: The influence of pre-combat personality on posttraumatic stress disorders. *Compr Psychiatry* 24:530-534, 1983
60. Herman BH, Hammock MK, Arthur-Smith A, et al. Naltrexone decreases self injurious behavior. *Ann Neurol* 22:550-552, 1987
61. Herman JL: *Father Daughter Incest*. Cambridge, Harvard University Press, 1981
62. Hilberman E: Overview: The wife-beater's wife reconsidered. *Am J Psychiatry* 137:1336-1347; 1980 [[Abstract](#)]
63. Hilberman E, Munson M: Sixty battered women. *Victimology* 2:460-471, 1978
64. Hilgard JR: Anniversary reactions in parents precipitated by children. *Psychiatry* 16:73-80, 1953
65. Hilgard JR: Depressive and psychotic states as anniversaries to sibling death in childhood. *Int Psychiatry Clin* 6:197-211, 1969
66. Hoffman RS, Ratner AM: A reinforcement model of imprinting: Implications for socialization in monkeys and men. *Psychol Rev* 80: 527-524, 1973
67. Holen A The long-term psychological effects of an oilrig disaster. Paper Presented at the Fourth Annual Conference of the Society for Traumatic Stress Studies. Baltimore, 1987
68. Horowitz M, Wilner N, Kaltrider N: Signs and symptoms of post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 37:85-92, 1980 [[Abstract](#)]
69. Horowitz MJ: *Stress Response Syndromes*. Ed 2, New York, Jason Aronson, 1986
70. Horowitz MJ, Becker SS: The compulsion to repeat trauma: Experimental study of intrusive thinking after stress. *J Nerv Ment Dis* 153:32-40, 1971
71. Jaffe P, Wolfe D, Wilson SK, et al: *Family violence and child adjustment: A comparative*

- analysis of girls' and boys' behavioral symptoms. *Am J Psychiatry* 143:74-77, 1986 [[Abstract](#)]
72. James J, Meyerding J: Early sexual experiences as a factor in prostitution. *Arch Sex Behav* 7:31-42, 1977
73. Janal MN, Colt EWD, Clark WC, et al. Pain sensitivity, mood and plasma endocrine levels in man following long-distance running: Effects of naxolone. *Pain* 19:13-25, 1984 [[Medline](#)]
74. Janet P: *The Major Symptoms of Hysteria*. London and New York, Macmillan, 1907
75. Janet P: *L'Automatisme Psychologique*. Paris, Alcan, 1889
76. Janet P: *The Mental State of Hystericals*. Paris, Alcan, 1911
77. Kagan J, Reznick S, Snidman N: The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev* 58: 1459-1473, 1987 [[Medline](#)]
78. Kardiner A: *The Traumatic Neuroses of War*. New York, P. Hoeber, 1941
79. Kelly DD: The role of endorphins in stress-related analgesia. *Ann NY Acad Sci* 398::260-271
80. Kempe RS, Kempe CH: *Child Abuse*. Cambridge, Harvard University Press, 1978
81. Kihlstrom JF: Conscious, subconscious, unconscious: A cognitive perspective. In Bowers KS, Meichenbaum D (eds): *The Unconscious Reconsidered*. New York, John Wiley and Sons, 1984
82. Kilpatrick DG, Veronen LJ, Best CL: Factors predicting psychological distress in rape victims. In Figley C (ed): *Trauma and Its Wake*. New York, Brunner/Mazel, 1985
83. Kling A, Steklis HD: A neural substrate for affiliative behavior in non-human primates. *Brain Behav Evol* 13:216-238, 1976
84. Kolb L: Neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 144:989-995. 1987 [[Abstract](#)]
85. Kraemer GW: Causes of changes in brain noradrenaline systems and later effects on responses to social stressors in rhesus monkeys: The cascade hypothesis. In *Antidepressants and Receptor Function*, Wiley, Chichester (Ciba Foundation Symposium 123), 1986
86. Kraemer GW: Effects of differences in early social experiences on primate neurobiological behavioral development. In Reite M, Fields T (eds): *The Psychobiology of Attachment and Separation*. Orlando, Academic Press, 1985
87. Krugman S: Trauma and the family: Perspectives on the intergenerational transmission of violence. In van der Kolk BA: *Psychological Trauma*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1987
88. Krystal H: Trauma and affects. *Psychoanal Study Child* 33:81-116, 1978
89. Lewis D, Balla D: *Delinquency and psychopathology*. New York, Grune and Stratton, 1976
90. Lewis D, Pincus J, Bard B et al: Neuropsychiatric, psychoeducational and family characteristics of 14 juveniles condemned to death in the United States, *Am J Psychiatry* 145:584-589, 1988 [[Abstract](#)]
91. Lewis D, Shanok SS, Pincus JH, et al: Violent juvenile delinquents: Psychiatric, neurological, psychological and abuse factors. *J Child Psychiatry* 18:307-319, 1979
92. Lindy J: *Vietnam: A Casebook*. New York, Brunner/Mazel, 1987
93. Maclean PD: Brain evolution relating to family, play and the separation call. *Arch Gen Psychiatry* 42:505-517, 1985 [[Abstract](#)]
94. Maier SF, Seligman MEP: Learned helplessness: Theory and evidence. *J Exp Psychol* 105:3-46, 1976
95. Mason WA Early social deprivation in the non-human primates: Implications for human behavior. In Glass FT (ed): *Environmental Influences*. New York, Rockefeller University Press, 1968
96. McIntosh TK, Vallano ML, Barfield RJ: Effects of morphine beta-endorphin and naloxone on catecholamine levels and sexual behavior in the male rat. *Pharmacol Biochem Behav* 13:435-441, 1980
97. Miczek KA, Thompson ML, Shuster L: Opioid-like analgesia in defeated mice. *Science* 215:1520-1522, 1982
98. Mitchell D, Koleszar aS, Scopatz RA: Arousal and T-Maze choice behavior in mice: a convergent paradigm for neophobia constructs and optimal arousal theory. *Learn Motiv* 15:287-301,

1984

99. Mitchell D, Osborne EW, O'Boyle MW: Habituation under stress: Shocked mice show nonassociative learning in a T-maze. *Behav Neural Biol* 43:212-217, 1985
100. Newman JD, Murphy MR, Harbough CR: Naxolone-reversible suppression of isolation call production after morphine injections in squirrel monkeys. *Soc Neurosci Abstr* 8:940, 1982
101. Novak MA, Harlow HF: Social Recovery of Monkeys isolated for the first year of life: Long-term assessment. *Dev Psychol* 15:50-61, 1979
102. Ochberg FM, Soskis DA: Victims of Terrorism. Boulder, Westview, 1982
103. Panksepp J: Toward a more general psychobiological theory of emotions. *Behav Brain Sc* 5:407-468, 1982
104. Panksepp J, Najam N, Soares F: Morphine reduces social cohesion in rats. *Pharmacol Biochem Behav* 11:131-134, 1979
105. Panksepp J, Sivey SM, Normansell LA: Brain opioids and social emotions. *In* Reite M, Fields T (eds): *The Psychobiology of Attachment and Separation*. Orlando, Academic Press, 198
106. Pattison EM, Kahan J: The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 140:867-872, 1983 [[Medline](#)]
107. Pitman R, Orr S, Laforque D, et al: Psychophysiology of PTSD imagery in Vietnam combat veterans. *Arch Gen Psychiatry* 44:940-976, 1987
108. Pittman R, Orr S, van der Kolk BA, et al: Opioid mediated stress induced analgesia in Vietnam combat veterans with PTSD. Unpublished manuscript, 1989
109. Pollock GH: Anniversary reactions: Trauma and mourning. *Psychoanaly Q* 39:347-371, 1970
110. Rainey JM, Aleem A, Ortiz A, et al: Laboratory procedures for the inducement of flashbacks. *Am J Psychiatry* 144:1317-1319, 1987 [[Abstract](#)]
111. Rajecki DW, Lamb ME, Obmascher P: Toward a general theory of infantile attachment: A comparative review of aspects of the social bond. *Behav Brain Sci* 3:417-464, 1978
112. Rangell L: Discussion of the Buffalo Creek disaster: the course of psychic trauma. *Am J Psychiatry* 133:313-316, 1976 [[Abstract](#)]
113. Reiker PP, Carmen E(H): The vicim to patient process: The disconfirmation and transformation of abuse. *Am J Orthopsychiatry* 56:360-370. 1986
114. Reite M, Field T: *The Psychobiology of Attachment and Separation*, Orlando, Academic Press, 1985
115. Reite M, Short R, Seiler C: Attachment, Loss and Depression. *J Child Psychol Psychiatry* 22:141-169, 1981
116. Reite M, Short R, Seiler C: Physiological correlates of separation in surrogate reared infants: A study in altered attachment bonds. *Dev Psychobiol* 11:427-435, 1978
117. Richardson JS, Zaleski WA: Naxolone and self-mutilation. *Biol Psychiatry* 18:99-101, 1983 [[Medline](#)]
118. Rosenthal RJ, Rinzler C, Wallsh R, et al: Wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *Am J Psychiatry* 128:47-52, 1972
119. Rounsaville B, lifton N, Bieber M: The natural history of a psychotherapy group for battered wives. *Psychiatry* 42;63-78, 1978
120. Russell D: *The Secret Trauma*. New York, Basic Books, 1986
121. Seghorn TK, Boucher RJ, Prentky RA: Childhood sexual abuse in the lives of sexually aggressive offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:262-267, 1987
122. Sheldon AB: Preference for familiar vs. novel stimuli as a function of the familiarity of the environment. *J Comp Physiol Psychol* 67:516-521, 169
123. Sherman AD, Petty F: Neurochemical basis of the action of antidepressants on learned helplessness. *Behav Neural Biol* 30:119-134, 1980
124. Shore JH, Tatum EL, Vollmer WM: Psychiatric reactions to disaster: The Mount St. Helens experience. *Am J Psychiatry* 143:590-595, 1986 [[Abstract](#)]
125. Silbert MD, Pines AM: Sexual child abuse as an antecedent to prostitution. *Child Abuse Negl* 5:407-411, 1981

126. Simpson CA, Porter GL: Self-mutilation in children and adolescents. *Bull Menninger Clin* 45:428-438, 1981
127. Solomon RL: The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain. *Am Psychol* 35:691-712, 1980
128. Solursh L: Combat addiction: Implications in symptom maintenance and treatment planning. Paper Presented at the Third Annual Meeting of the Society for Traumatic Stress Studies, Baltimore, Maryland, 1987
129. Squire LR: *Memory and the Brain*. New York, Oxford University Press, 1987
130. Starr MD: An opponent process of motivation. VI: Time and intensity variables in the development of separation-induced distress calling in ducklings. *J Exp Psychol (Animal Behav)* 4:338-355; 1978
131. Stoddard F: Stress disorders in burned out children and adolescents. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Dallas, 1985
132. Strauss MA: Sociological perspective on the prevention of wife-beating. *In* Roy M (ed): *Battered Women: A Psychosociological Study of Domestic Violence*, New York, Van Nostrand Reinhold, 1977
133. Strian F, Klipcera C: Die Bedeutung psychoautonomische Reaktionen im Entstehung und Persisten von Angstzuständen. *Nervenarzt* 49:576-583, 1978
134. Suomi SJ: The development of affect in Rhesus monkeys. *In* Fox N, Davidson R (eds): *The Psychology of Affective Development*. Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum, 1984
135. Suomi SJ, Eisele CD, Grady S, et al: Depressive behavior in adult monkeys following separation from family environment. *J Abnorm Psychol* 84:576-578, 1978
136. Terr L: What happens to early memories of trauma? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1:96-104, 1988
137. van der Kolk B: *Psychological Trauma*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987
138. van der Kolk BA: Adolescent vulnerability to post traumatic stress disorder. *Psychiatry* 48:365-370, 1985
139. van der Kolk BA, The drug treatment of PTSD. *J Affect Disord* 13:203-213, 1987
140. van der Kolk BA, Post traumatic stress disorder in men: The impact on the family. *In* Strauss M (ed): *Abuse and Victimization: A Life Span Perspective*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1988
141. van der Kolk, BA: The trauma spectrum: the interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. *J Traum Stress* 1:273-290, 1988 [[Abstract](#)]
142. van der Kolk BA, Ducey CP: Clinical implications of the Rorschach in posttraumatic stress. *In* van der Kolk BA (ed) *Posttraumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Washington, DC, APA Press, 1984
143. van der Kolk BA, Greenberg MS, Boyd H, et al: Inescapable shock, neurotransmitters and addiction to trauma. *Towards a psychobiology of post traumatic stress*, *Biol Psychiatry* 20:414-325, 1985
- 143a. van der Kolk B, Herman J, Perry J: Childhood trauma and self destructive behavior in adulthood. Unpublished data, 1988
- 143b van der Kolk BA, Greenburg MS, Orr S, et al. Pain perception and endogenous opioids in post-traumatic stress disorder. *Psychopharmacol Bull* 25:1989
144. Visitaner MA, Volpicelli JR, Seligman MEP: Tumor rejection in rats after inescapable shock. *Science* 216:437-439, 1982
145. Walker L: *The Battered Woman*. New York, Harper and Row, 1979
146. Weiss JM, Glazer HI, Pohorecky LA, et al: Effects of chronic exposure to stressors on subsequent avoidance-escape behavior and on brain norepinephrine. *Psychosom Med* 37:522-524, 1975
147. Winnicott DW: *Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development*. New York, International Universities Press, 1965

Harvard Medical School  
74 Fenwood Road  
Boston Massachusetts 02116

---

---