

Įvairių psichoanalitinių mokyklų požiūris į disociaciją

2020 m. AAIPPA simpoziumas, Edita Heister

Pernykščiame mūsų simpoziume sužinojome apie disociacinius sutrikimus ir struktūrinį disociacijos modelį, tačiau aš pasigedau psichoanalitinio aiškinimo ir mėginimo suprasti disociaciją individualiosios psichologijos kontekste. Liko neišspręstos užduoties jausmas, todėl noriu pakviesti jus vėl pasigilinti į šią temą ir padiskutuoti, galvojant apie mūsų adlerietišką žmogaus sampratą.

Tekste rasite raudonų intarpų – tai straipsniai, kuriuos gal kas nors spėtumėte paskaityti ir dar plačiau paaiškinti čia tik trumpai nusakytas idėjas.

Medžiagos labai daug, bet jos tiek daug ir palieku, nes nenoriu supaprastinti temos ir viliuosi, kad diskusijai kiekvienas pasiims iš to kažką savo apmąstymams. Kai kurias temas išskleidžau, nes man jos pasirodė retai nušviečiamos (pvz., kūno disociacijos).

Kadangi norėjau pristatyti įvairius požiūrius, laikiausi autorių aiškinimo, dėl to kai kurie dalykai kartosis. Diskusijai pakaks, jei paskaitysite tik dalis. Pvz., Kleinistų samprata man pradžioje atrodė neįkandama, sudomino tik po keleto skaitymų.

Pabaigoje siūlau klausimus diskusijai.

Isterinio ir disociacinio sutrikimo samprata vystėsi vienu metu - XIX a. pabaigoje - prancūzų psichiatrijoje. Disociacija daugiau užsiėmė Pierre Janet (1859-1947), o isterijos fenomenais - Jean Martin Charcot (1825-1893).

Janet ir Freudas isteriją aiškino panašiai, jos pagrindu laikydami sąmonės skėlimą (disociaciją). Janet sampratoje skilimas vyksta dėl silpno vidinio susietumo, Freud sampratoje – tai vidinio konflikto rezultatas. Janet disociaciją suprato kaip neintencionalią autoreguliaciją esant perkrovai, t.y. kaip patologinę būseną. Freudas ją suprato kaip regresyvią gynybą. Disociacijai būdingą sąmonės skėlimą Freudas integravo į isterijos sampratą kaip pagrindinį isterinį gynybos mechanizmą – išstūmimą.

Fenomenologiniu požiūriu isterijos ir disociacijos apibūdinimai turi daug bendrų aspektų. Abiem atvejais būdingi atminties ir suvokimo sutrikimai, sąmonės sutrikimai (siauresne prasme: transo ar prieblandinės būsenos), tapatumo sutrikimai, disfunkcinės afektinės būsenos, somatizacijos. Panašumai krenta į akis, tačiau klasifikacijų (DSM, TLK) sudarytojai šiuos sutrikimus priskirdavo skirtingoms grupėms. O 1980 metais iš DSM-III pašalinta isterijos samprata davė naują impulsą disociacijos tyrimui ir koncepcijų vystymui.

1980 amerikiečių psichoanalitikas John Nemiah isterijos bei konversijos psichodinamikoje pabrėžė bazinį disociacijos procesą, kurį jis suprato kaip integruojantį ir bazinį mechanizmą, būdingą visoms isterijos išraiškoms, taip pat ir konversijai. Dabartinė disociacijos samprata patvirtina Nemiah požiūrį.

Nemiah J.C., 1980, Dissociative disorders. In Kaplan, Sadock: Comprehensive textbook of Psychiatry. Baltimore, London

Disociacija ir konversija

Konversija freudistinėje sampratoje yra simptomų formavimo mechanizmas, kuriuo pasąmoninis neurotinis konfliktas perstumiamas ir mėginamas išspręsti kūno simptomatikoje.

Šiandien disociacija ir konversija suprantamos ne kaip alternatyvios, bet kaip papildančios sampratos. Geriausias pavyzdys – psichogeniniai priepuoliai: čia glaudžiai susiję pasąmoninių konfliktų išstūmimas ir kūno kalbos sceninis pavaizdavimas su disociaciniu sąmonės sutrikimu ir atsiminimu.

Pvz., 23 metų studentė nori apsigyventi su savo draugu. Kelios dienos prieš išsikraustymą ji sapnuoja košmarus, o dieną baimė vis didėja. Prasideda nevalingi rankų ir kojų judesiai. Tėvai ją veža į ligoninę. Neurologinių tyrimų metu ji sujaudinta, prasideda lūpų ir liežuvio judesiai. Neurologinės patologijos nerasta. Diazepamas padeda. Ji grįžta namo. Po kelių dienų kilus ginčui su tėvu, kuris nepalaiko jos planų, ją ištinka priepuolis – kašnio jausmas gerklėje, nebegali kalbėti, augant nerimui nevalingi lūpų judesiai. Sąmonės susiaurėjimo būsenoje ji apšaukia tėvą, ko šiaip niekad neišdrįstų. Stacionare vėl neurologinės patologijos nerasta. Diagnozė: psichogeninis priepuolis.

Ypač dažnai disociacija ir konversija pasireiškia vienu metu po traumuojančių patirčių, tačiau yra disociacinių sutrikimų ir be trauminės patirties. Kita vertus, disociacija yra būdinga isterinėms asmenybėms. Abu šie sutrikimai yra integruojančios sąmonės funkcijos sutrikimas.

Šiandien konversijos sąvoka dažniau vartojama ją siejant su neurotinio spektro sutrikimais. Konversija čia traktuojama kaip aukštos struktūros gynybinis mechanizmas, kuriam būdingas gebėjimas simbolizuoti. Jei grįžtume prie Freudo – konversija ginamasi nuo edipinio konflikto turinio. Manoma, kad konversijoje dalyvauja ir kiti pregenitaliniai konfliktai bei brandūs gynybiniai mechanizmai: išstūmimas, neigimas, perstūmimas ir identifikacija.

Disociacija siejama su sunkiais struktūriniais AŠ sutrikimais, nors tai prieštarauja disociacijos kontinuumo hipotezei, pagal kurią disociacija galinti būti normali ir patologinė. Normali d.– kūryboje, ekstazėje, religinėse praktikose, svajonėse ir kt.

1991 Kanadoje Ross tyrė populiacijos polinkį disocijuoti. Virš 5 proc. tiriamųjų rodė sutrikimo lygmens disociacinių būsenų patyrimą. Sunkių asmenybės sutrikimų ir PTBS atvejais disociacijų dažnumas žymiai didesnis.

Neurobiologinės mokyklos disociaciją sieja su atminties teorijomis: implicitinės ir eksplicitinės atminties sistemos stiprių afektų įtakoje informaciją priima paraleliai, nepriklausomai viena nuo kitos. Informacija lieka nesusieta ir vėliau skirtingu metu reaktyvuojama. Pvz., atsimena faktus, bet jokių jausmų ar pojūčių arba atvirkščiai.

Somatizacija laikoma disociacijai artimu, dažnai su ja persidengiančiu mechanizmu.

Anot Lipowskio (1988) somatizacijoms būdinga ilga trukmė; lydinti hipochondrija; emocionalumo įtaka somatinei būsenai; gebėjimas nupasakoti jausmus ir fantazijas.

Platesnę ir modernią somatizacijos sampratą pasiūlė Henningsen ir Martin (2016). Jų modelis apima ankstyvą mamos-vaiko ryšio sutrikimą, kuris išlieka kaip neadaptaty-

vaus apsiėjimo su kūnu patyrimas. Dėl šio bazinio infantilių poreikių ir kūniškų-emocinių patyrimų (pvz., alkio, nuovargio, skausmo ir t.t.) nesupratimo vaikas neišmoksta ir neįvidina gebėjimo nusiraminti, nes santykio asmenys jo nenuramina.

Panašios pasekmės gali būti ir po ilgai trukusių ankstyvų susirgimų, intensyvių gydymų, kuomet sutrinka emocinės ir kūno savivokos vystymasis, nes ankstyva emocinė vaiko branda yra susijusi su kognityvine savo kūno vaizdo branda.

Tokio ankstyvo sutrikimo pasekmės, ateityje palankios somatizacijai, gali būti:

- Nėra diferencijuoto somatinių-emocinių procesų suvokimo, neskiriama, kas pirmiau patirta – somatinis pojūtis ar emocinė įtampa.
- Asmenys negali patys efektyviai nusiraminti (bejėgiškumas) ir negali pasinaudoti kitų siūloma pagalba
- Polinkis į neadekvatų mąstymą (įsitikinimas, kad serga), kas stiprina baimę (katastrofizavimas) ir padidina koncentravimosi į save ir atsitraukimo iš objektų pasaulio tendencijas
- Šias disfunkcijas pastiprina besikartojantys elgesio būdai ir atitinkamos somatizacijos: interesų nukreipimas į savo kūną; senzityvumas kūno pojūčiams ir kūno suvokimui – nebelieka neutralių signalų – viskas vien aliarmo signalai; hipochondrinis sutrikimas, kai pojūčiai iškart virsta „objektyviais suvokiniais“ su dideliu grėsmės potencialu; kūno vaizdo sutrikimai, kurie lemia somatizacijas; somatosensorinės amplifikacijos – platūs pojūčių sureikšminimai; susitapatinimas bei socialinis pastiprinimas.

Aprašant ir diagnozuojant disociacinį tapatumo sutrikimą randama daug panašumų ir su ribiniu asmenybės sutrikimu, o šis daug persidengia su PTBS bei kompleksiniu disociaciniu sąmonės sutrikimu.

Disociacija kaip procesas nėra tas pat kas disociacija kaip simptomas, nors jie ir susiję. Bazinis disociacijos procesas suprantamas dvejopai – kaip peritraumatinis ir/arba posttraumatinis automatizmas (Janet) ir kaip sudėtingas specifinis gynybos mechanizmas (Freud).

Lyginant disociaciją su konversija ir somatizacija – pirmoji yra arčiausiai sąmonės ir suvokiama kaip psichinis –kognityvinis procesas, o somatizacija mažiausiai įsisąmoninta ir kūniškiausia. Psichinės struktūros požiūriu – auškščiausiai struktūruota yra konversija, o žemiausia yra somatizacijos struktūra.

M. Klein pasekėjai apie skėlimą

Psichoanalizės pasaulyje daugiausiai disociacines sąmonės būsenas tyrė klinietiškos psichoanalizės kryptis. Disociacijas gretino su sudėtingais skėlimo procesais ir rėmėsi vėlyvuju Freudo skėlimo supratimu: Vertikalų skėlimą siejant su projekcine identifikacija jis tampa gynybos mechanizmu.

Skėlimas paranojinėje-šizoidinėje pozicijoje. M.Klein (1946) sampratoje kūdikio suvokimas yra skeltas: gera krūtis ir bloga krūtis, atitinkamai ir jo jausmai. Kūdikis žalingas ir bauginančias AŠ dalis projektuoja į objektą. Kai objektas identifikuojamas su blogąja savastimi, atsiranda narcizinė objekcinio santykio forma: mama talpina blogąją savastį ir tokiu būdu ji nėra atskiras individas, o blogoji savastis. Likusi neapykantos

dalys nukreipiama į objektą, kuriame projekcinės identifikacijos būdu talpinama blogoji savastis. Tai viena iš vertikalios skėlimo formų. Toks procesas silpnina AŠ.

Savosios agresyvios ir destruktivos savasties dalys atskeliamos ir projektuojamos. Palankiais raidos atvejais jos gali būti susietos su gerais patyrimais ir vėl introjektuojamos, taip stiprėja savasties ir realybės suvokimas. Apsunkintos raidos atveju blogi išoriniai objektai pavirsta „vidiniais persekiotojais“ ir sustiprina savų destruktivių impulsų baimę. Tokiu atveju daugėja skėlimų: vidinis ir išorinis blogis skaidomas į vis mažesnius fragmentus. Fragmentuojasi ir objektiniai santykiai bei AŠ. Neišsaugomas AŠ vientisumas. Kraštutiniu atveju tai veda į psichotinę dezintegraciją (AŠ subyra).

M. Klein manė, kad suaugusių depersonalizacijos ir psichotinės dezintegracijos būsenos yra regresija į ankstyvą laikotarpį. Normalioje raidoje dezintegracijos būsenos yra trumpalaikės, nes gerojo objekto integracija neleidžia įvykti objekto ir AŠ fragmentacijai. Taip „pirmasis vidinis geras objektas neleidžia įvykti skėlimui ir susiskaidymui, saugo vientisumą ir integraciją bei sudaro prielaidas AŠ augimui“.

Skėlimas depresinėje pozicijoje. Depresyvi pozicija tampa įmanoma esant integraciniams gebėjimams, kai pradedama suvokti visą objektą. Kūdikis atpažįsta, kad ta pati krūtis yra ir gera, ir bloga. Silpnėjant idealizacijai vystosi depresinė pozicija: susirūpinimas objektu, nuo kurio kūdikis yra priklausomas. Gerasis vidinis objektas išgyvenamas kaip sužeistas, mirštantis ar miręs. Kyla praradimo, kaltės jausmai ir noras atstatyti žalą – tai depresiniai jausmai. Jei šie jausmai nepakeliami, įsijungia skėlimas. Šio skėlimo tikslas – išsaugoti objektą. Gerasis objektas per identifikaciją pasisavinamas, jo praradimas paneigiamas. Išlieka tik su geru objektu susiję interesai. Gedėjimo procese turėtų būti paleidžiama objekto kontrolė, leidžiamas atskirtumo tarp savasties ir objekto jausmas ir pripažįstama praradimo realybė. Objektui priskirtos savasties dalys atsiimamos atgal, tai tarsi atvirkštinė projekcinė identifikacija.

Biono teorija apie pataloginį skėlimą

Apie aukščiau minimus procesus Bionas (1957, 1990) rašė taip: psichozėje atmeta realybė, bet kadangi realybė nesuardoma, tai pasitelkiami smulkūs (minutiniai) skėlimai, kad suardyti realybės įsisažoninimą. Visos, išorinės ir vidinės realybės įsisažoninimą lemiančios funkcijos (dėmesys, atmintis, sprendimų priėmimas, mąstymas) gali būti psichotinės asmenybės dalies suskaidomos į mažus fragmentus ir vėliau galingos projekcinės identifikacijos būdu išstumiamos iš asmenybės ir susiejamos su fragmentuotomis objekto dalelėmis. Tokiu būdu sukuriama keisti objektai, kurie dalyvauja ligonio gyvenime ir jį persekioja.

Bionas domėjosi patalogine objektų fragmentacija. Jis tai siejo su verbalinio ir preverbalinio mąstymo skėlimais. Preverbalinio mąstymo funkcija yra paskirų objekto įspūdžių apjungimas į ideogramas. Šios ideogramos teikia medžiagą verbaliniam mąstymui, kuris siekia apjungti objektus ir kuria pagrindą simbolizavimui. Patologinis skėlimas abiejuose lygiuose nutraukia sąsajas, todėl negali vystytis nei objektų įsisažoninimas, nei gebėjimas simbolizuoti. Kai atskeliamos psichinės funkcijos ir užpuolama mąstymo matrica bei vyksta projekcinė identifikacija, pacientas jaučiasi praradęs sąmonės aparatą reikalingą realybės suvokimui. Projekcinė identifikacija, Bion manymu gali būti sveika (sietina su mainais ir empatija) ir pataloginė (atskeltos savasties dalys ilgam lieka objekte ir trikdo vystymąsi).

Skėlimas ir patologinė asmenybės organizacija

Patologinė asmenybės organizacija formuojasi tuomet, kai dėl pataloginių skilimo procesų atsiradusios fragmentuotos asmenybės dalys projektuojamos į objektus, o šie įtraukiami į sudėtingus objektinių santykių tinklus. Pagrindinė to funkcija – neutralizuoti primityvius destruktivius impulsus. Tai teikia narcizinio pranašumo jausmą, apsaugo nuo persekiojimo ar fragmentavimo baimės (paranojinė-šizoidinė pozicija) arba nuo praradimo ir kaltės jausmų (depresinė pozicija), tačiau prarandamas kontaktas su išorine ir vidine realybe.

Steinerio psichinio atsitraukimo vietos samprata

Steineris (1979) kaip ir Rosenfeldas (1950) mano, kad patologinėje asmenybės organizacijoje susimaišo geri ir blogi fragmentai tiek organizacijoje, tiek ir priklausomoje savastyje. Nebėra aiškaus skyrimo į gerus ir blogus fragmentus, jie visi persimaišę tiek „gerojoje“, tiek ir „blogojoje“ pusėje. Objektai dažnai įgyja sadomazochistinių bruožų. Realybė tuo pačiu metu priimama ir neigiama. Tai nėra „freudiškas“ skėlimas į greta egzistuojančius gerą ir blogą.

Patologinė asmenybės organizacija labai apsunkina terapinį darbą, nes vidinė organizacija neleidžia kurtis santykiui. Tik kuo geresnis asmenybės organizacijos supratimas padeda sumažinti destruktivių asmenybės dalių galią.

Narcizinėje ir ribinėje asmenybės struktūroje kartą skilusios dalys gali vėl sukibti ir sudaryti perversiškus junginius (perversiški argumentai, pvz. muša, nes myli). Tokie dariniai gana patvarūs, nes padeda išvengti kaltės ir skausmo. Steineris kalba apie specifinį skėlimą, t.y. santykio su realybe „pjaustymą“ („slicing“). Toks skėlimas gali suardyti ryšį tarp minčių ir jausmų, laiko kontinuumą, garsą ir turinį ir t.t. Tai aprašo ir kiti autoriai.

M.Klein, 1946, Notes, on some schizoid mechanisms. Reprinted in: The writings of Melanie Klein. Vol. 3. London.

Annegret Eckhardt-Henn bando apžvelgti įvairias psichoanalitines disociacijos sampratas, kuriose disociacija traktuojama kaip gynyba.

Disociacines būsenas gali sužadinti tiek išoriniai, tiek ir vidiniai dirgikliai. Disociacija padeda sumažinti baimę tose situacijose, kai kiti gynybos mechanizmai nesuveikia. Steele ir kt. (2004) disociaciją supranta kaip fobinę gynybą, kaip vengimo strategiją, kuri turi pasekmių kasdieniniam gyvenimui. Kaip ir visi simptomai, disociacija yra kompromisas, kuris priartina kitą grėsmę, nes per jį silpnėja AŠ integracija.

Antroje Freudo baimės teorijoje sakoma, kad AŠ patiria ne tik išorines grėsmes, bet ir vidines, kurios kyla dėl mobilizuotų varų impulsų. Šalia baimės gali kilti ir kaltės ar gėdos afektai, kurie kaip signaliniai afektai iššauks disociaciją. Gynybos tikslas – sutrukdyti į sąmonę iškilti pasąmoninėms mintims ar fantazijoms ir taip apsaugoti AŠ nuo užtvindymo pavojingais afektais. Tačiau pati disociacija taip pat sukelia baimę, dažniausiai baimę išprotėti. Disociacinės būsenos gali vesti į savęs žalojimą (apie tai vėliau). Disociacija tuomkart apgina nuo baimės, tačiau apskritai silpnina gebėjimą adekvačiai gintis. Dėl to ji laikoma nesėkminga gynybine forma.

Raidos ir savasties psichologijos perspektyva

Ankstyvuoju raidos laikotarpiu psichiniai procesai, rodos, egzistuoja paraleliai. Gebėjimas integruoti susiformuoja vėliau. Vaikai labiau linkę disocijuoti ir tai yra normalu, t.y. fiziologiškai sąlygota. Pvz., vaikų užmaršumas, dėmesio šokinėjimas, kintantis tapatumo suvokimas ir pan. labai primena suaugusio disociacinės būsenas. Taigi, disociaciją būtų galima laikyti regresyviu procesu.

Savasties psichologijos požiūriu laikoma, kad savasties sanglauda paprastai vyskta per nuolatinį savasties ir objekto patyrimą. „Sveika savastis matoma kaip integruota savastis, kai net ir prieštaringos dalinės reprezentacijos organizuotos į visuminę savasties reprezentaciją“ (Rodolf, 1996) Traumos atveju vaiko savasties dalis atskyla dar nepasiekus sanglaudos. Šios dalys egzistuoja šalia savasties, taip į ją ir neintegruotos.

Trauma objektiniuose santykiuose

„Pirminio bejėgiškumo“ objektiniuose santykiuose jausmas gali likti visam gyvenimui ir būti kaskart reaktyvuojamas. Kai pirminiai geri, švelnumą ir saugumą teikiantys objektai tuo pačiu yra ir agresoriai, trauma nutraukia ryšį tarp savasties ir empatiško Kito. Kyla grėsmė prarasti objektą ar egzistenciškai svarbią objekto meilę. Priklausomai nuo raidos etapo patologizuojasi tam tikri konfliktai.

Pynoos ir kt.(2001) pabrėžia „traumos lūkesčio“ svarbą. Keičiasi vaiko lūkesčiai ir gebėjimas įvertinti pavojų: nelieka aliarmo reakcijų, nepasikliaujama socialine aplinka, nesugebama gintis nuo išpuolių, neišgyvenamas bazinis prieraišumas, negebama apsiginti nuo katastrofiško grėsmės jausmo ir jam pasiduodama.

Disociacija padeda išlaikyti ryšį su traumuojančiu pirminiu objektu. Formuojasi „disocijuota vaiko savastis“, t.y. specifinė savasties ir objektų reprezentacijų organizacija, kurioje su traumą susiję afektiniai, kognityviniai, fiziologiniai ir vaizduotės išgyvenimai laikomi atskirai ir likusiai asmenybės daliai neprieinamai. Jau vaikai gali išvystyti disociacinį sutrikimą, kuris jiems padeda išgyventi traumuojančioje aplinkoje.

Disociacinio tapatumo sutrikimo atveju kalbama apie trauminę introjekciją, kurios tikslas yra atkurti vienovę su pirminiu objektu. Traumuojantis introjektas lieka kaip priešiškas svetimkūnis. Taip trauma tarsi pašalinama iš kasdienybės disociacijos būdu. Agresyvus traumuojantis introjektas gali vesti į menkai įsisąmonintą brutalų savęs žalojimą ar impulsyvumą bei agresiją kitų atžvilgiu.

Prieraišumo teorija

Šios mokyklos atstovai disociacija užsiėmė tik 1990 metais, kai disociacinį tapatumo sutrikimą susiejo su prieraišumo sutrikimu. Pastebėta, kad disociacinio tapatumo sutrikimo pacientai emocinį prieraišumą išgyvena panašiai kaip vaikai, anksti praradę pirminį prisirišimo asmenį (Barrach, 1991).

Sutrikusio prieraišumo atveju „besirūpinantis asmuo nepalaiko interaktyvaus pusiausvyros atstatymo ir vaikui nepavyksta savo inicialinėmis baimės reakcijomis pasiekti pirminio santykio asmens bei su juo adekvačiai komunikuoti, kas yra būtina atkuriant kūdikio homeostazę. Kūdikio negatyvi būsena tęsiasi ilgai ir palieka jame ypač pavojingą išderintą psichobiologinę būseną, kurios jis savo nebrandžiomis įveikos priemo-

nėmis negali paveikti, dėl to reaguoja prieraišumo dezorganizacija ir disociacija.“ (Schore, 2012b).

Į disociaciją bei prieraišumo dezorganizaciją gali vesti didelės traumos – smurtas, seksualinė prievarta, fizinis apleistumas – ir didelis mažų sužeidimų kiekis (pvz., pažeminimas, perdėti reikalavimai, paliktumas, emocinis smurtas ar emocinis apleistumas, išsiskyrimai, praradimai).

Kadangi prieraišumo asmuo tuo pačiu metu yra ir vaikiško streso šaltinis ir ramintojas, susikuria „nejveikiamo siaubo“ situacija. Disociacija gali būti kaip atsitraukimo strategija. Dezorganizuotai prisirišusių vaikų elgesyje pastebimi tikslingo veiksmo trūkiai, besitęsiantys iki 30 sek, lydimi transo išraiškos veide. Galima galvoti apie labai ankstyvą disociacinį procesą. Prieraišumo trauma sutrikdo mentalizacijos vystymąsi. Anot Fonagy disocijuotas patyrimas yra nementaluotas patyrimas

Prieraišumo sistema ir prieraišumo modelis formuojasi pirmaisiais 18-24 mėn. Organizuoti prieraišumo modeliai: saugus; nesaugus-vengiantis ir nesaugus-ambivalentiškas. Dezorganizuotam prieraišumo modeliui būdingos baimės reakcijos, sumišimas, tuštuma (be kontakto), kūno ir/ar žvilgsnio sąstingis, kartais vaikas griūva ir nejuda. Tai primena disociacines būsenas. Galima manyti, kad pavojingo prieraišumo asmens artėjimo situacijose sutrinka arba paveda vaiko organizuojanti sąmonės, dėmesio ir atminties funkcija (Main ir Morgan 1996/ Liotti, 2006,2009).

Tiriant suaugusius (Adult Attachment Interview) su ribiniais asmenybės sutrikimais, disociaciniais sutrikimais ir potrauminiais sutrikimais labai dažnai aptinkamas dezorganizuoto prieraišumo modelis. Panašiai reaguoja vaikai tų tėvų, kurie turi dezorganizuotą prieraišumą. Šie vaikai negali išvystyti organizuoto prieraišumo ir linkę disocijuoti, nors nėra patyrę konkrečios traumos. Šiuo atveju tėvų psichoterapija gerai paveikia vaikų prieraišumą.

Liotti G. 2006, A model of dissociation based, o.n attachment theory and research. J. Trauma dissociation 7.

Empiriniai tyrimai rodo, kad 63 proc. mamų, kurių vaikai susirgo disociaciniu sutrikimu, jų gimimo laikotarpiu patyrė reikšmingas netektis. 88 proc. pacientų patys patyrė traumas. Disociaciniam sutrikimui atsirasti yra reikšminga vaikų iki 2 m. emocinė santykio patirtis – tikimybė ženkliai auga, jei mama ar ypač abu tėvai tuo laikotarpiu patyrė centrinius praradimus.

Ilgametis disociacinių sutrikimų tyrimas (1-19 metų) parodė, kad disociacinio sutrikimo atsiradimui traumas nėra reikšmingesnės negu mamos nepasiekiamumas arba dezorganizuotas prieraišumas.

Neurobiologinis prieraišumo traumos paaiškinimas

Pavojaus akivaizdoje suaugęs sustingsta arba bėga. Kūdikis tokių mechanizmų neturi. Jo išsigelbėjimas – užmegzti prieraišų ryšį ir taip gauti saugumą. O būtent tai prieraišumo traumoje tampa neįmanoma, todėl vis intensyviau metabolinės hiperreakcijos su visomis pasekmėmis CN sistemai. Išorėje tai pasimato: „kai nepavyksta užmegzti interakcijos, vaikas praranda kūno padėties kontrolę. Jis atsitraukia ir mėgina nusiraminti. Esmė - intersubjektyvumo nutraukimas“ (Tronick ir Weinberg, 1997). Vaikas ne tik nevaldo kūno padėties, bet ir praranda ryšį su savimi ir aplinka. Panašu,

kad tai yra disociacijos branduolys: atsitraukimas iš prierašumo arba prierašaus ryšio nutraukimas tiek išorėje, tiek ir viduje (Sachsse, 2004), taip ribojamas arba prarandamas ryšys su savo afektyvumu, su dėmesiu vidiniams ir išoriniams stimulams bei su besivystančiu savasties ir tapatumo jausmu.

Powles (1992) mano, kad neurobiologinis tokios reakcijos pagrindas yra išlikimui reikalingos energijos taupymas, išsemtus resursus atstatant per nejudrumą. T.y. traumuojamas vaikas pirmiausiai reaguoja didžiuliu jauduliu, o vėliau disociatyviu hipometabolizmu - tai parasimpatinis mechanizmas. Čia veikia už afektų reguliavimą ir savasties sistemas atsakingos smegenų sritys. Jei prierašumas dažnai išgyvenamas kaip traumuojantis, nukenčia šių sistemų vystymasis.

Modernios psichoanalitinės disociacinių procesų sampratos metmenys

Patologinių disociacinių reiškinių laukas yra platus ir heterogeniškas. Dell (2009) aprašo 5 skirtingos rūšies fenomenus:

1. Dėl disociacijos daugėja nepakeliamos realybės išgyvenimų išstūmimų. Taip atsiranda disociatyvios struktūros, kurios apima kliniškai lokalizuojamas praeities traumų amnezijas, disocijuotas savasties būsenas (Ego-states), disocijuotas fūgos būsenas ir disociacinio tapatumo sutrikimą.
2. Šių neintegruotų savasties dalių ir disocijuotų prisiminimų intruzijos į sąmonę. Jos veikia automatiškai ir įsiveržia nenusipėjamai, nekontroliuojamai.
3. Peritrauminė disociacija, kaip evoliuciškai įsitvirtinęs išlikimo mechanizmas.
4. Depersonalizacijos sutrikimai. Juos sudaro pakitusi sąmonės būseną. Yra neįmanomas arba suvaržytas tiesioginis priėjimas prie emocinio savo savasties, savo kūno ir aplinkos išgyvenimo.
5. Konversiniai sutrikimai. Somatoforminiai disociatyvūs simptomai.

Kai traumuojančioje situacijoje AŠ nepajėgia emociškai ir mintiškai perdirbti savasties būsenų, suplyšta psichinė savasties tekstūra. Dėl traumos kylantis perdėm stiprus afektyvus jaudinimas aktyvuoja pakitusią sąmonės būseną. Vermetten ir kt. (1998) šioje staiga aktyvuotoje pakitusioje sąmonės būsenoje mato centrinę, disociaciją organizuojančią paradigmą. Atmintyje registruojama traumuojanči scena ir su ja asocijuoti afektai. Tai patenka kaip į kapsulę, atskirai nuo kitų prisiminimų. Amnezija dažnai sukuria papildomus barjerus. Jei dirgikliai aktyvuoja šiuos atskeltus prisiminimus, jų įsiveržimas į sąmonę dažniausiai iššaukia disocijuotą pakitusią savasties būseną. Daug tyrėjų PTBS laiko disociaciniu sutrikimu, tačiau tai ginčijama.

Skėlimas, išstūmimas ir disociacija

Disociacija kai kuriais aspektais primena skėlimą, tačiau ji skiriasi nuo analitiškai suprantamo poliarinio skėlimo. Traumos atveju kalbama **ne** apie poliarizuotą skėlimą tarp dviejų priešingų AŠ būsenų, o apie daugybinį skėlimą, kuriam Klufft siūlo metaforą – reduplikacija. Disociacinio tapatumo sutrikimo atveju dalinės asmenybės gali būti taip gerai organizuotos, kad jos, jei yra sąmoningos, perima psichinį asmens funkcionavimą.

Išstūmimas yra aktyvus psichinis procesas, kuriuo AŠ mėgina iš sąmonės į pasąmonę išstumti konfliktiškus norus, vaizdinius ir tikslus, ir juos ten išlaikyti. Jei tai pavyksta, AŠ jaučiasi išsaugojęs vienovę. Disociacija yra paskutinis užtvindyto AŠ mėgini-

mas apsiginti, kad išsaugotų bent dalis normalaus funkcionavimo (Davies ir Frawley 1994; Mollon 1996), o taip pat ir reorganizacijos mechanizmas. Psichika suskaidoma į keletą disocijuotų savasties būsenų, kurias apsaugo autohipnotiniai ir amnestiniai procesai. Disociacijos atveju disocijuotos savasties būsenos nėra sąmoningos, jos prieinamos sąmonei, tik kažkuriuo metu nepasiekiamos. Išstūmimas ir disociacija gali vykti kartu, pvz. disociacinėje amnezijoje, ir mes jų neatskirsimė. Galbūt, dalis analitinei terapijai rezistenciškų pacientų kenčia dėl neatpažintos disociacijos.

Visos tradicinės psichoanalitinės sampratos kalba apie Aš ir savastį, kuri gali būti susilpninta, fragmentuota, tačiau vis tiek suvokiama kaip vienovė. Tai niekaip nepaaiškina disociacinio tapatumo sutrikimo. Nors šio sutrikimo asmenys kartais turi tokią lyg dažniausiai besireiškiančią kasdienio gyvenimo Aš dalį, vis tik disocijuotų tapatybių negalime laikyti vieninga visuma. Sadistiškas super-ego gali priminti vieną iš savasties būsenų, Kleinianiškas vidinis objektas galbūt gali skilti į objektus ar introjektus, kurie vėliau išgyvenami lyg tikri ir užpildomi subjektyvumu, tačiau iš čia nėra atsakymų į visus klausimus.

Interpersonalinės psichoanalizės atstovams kaip Bromberg (1998,2009), Howell (2005, 2011) ir Stern (1997) artimas požiūris, kad ir sveika psichika yra disociatyvios prigimties. Disociaciją jie supranta kaip bazinį psichinį procesą, kuris leidžia atskirai būti ir optimaliai veikti individualioms savasties būsenoms. Šie autoriai nepalaiko išstūmimo ir vieningos savasties sampratos. Savasties patyrimai esą nenuoseklūs ir sudaryti iš įvairių savasties ir objektų konfigūracijų. „Savastis yra daugiskaita, įvairialypė, polifoniška ir daugiabalsė“ (Howell, 2005). Vieninga savastis laikoma raidoje įgyta adaptyvia iliuzija, kuri užpildo tuštumas ir sudaro jungtis.

Stern D.B. 1997, *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press

Stern S., 2002, *The self as a relational structure: A dialogue with multiple-self theory*. *Psychoanalytic Dialogues*, 12.

Howell E.F., 2005, *The dissociative mind*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press

Howell E.F., Izkowitz S., 2016, *The dissociative mind in psychoanalysis*. London: Routledge.

Pernai simpoziume mums pristatė klinikiniais stebėjimais grįstą struktūrinę disociacijos modelį. Jis aprašo sunkias disociacijos formas. Šis modelis taip pat nepaaiškina visko. Steele ir kt. (2009) daugiau tyrė integralumo deficitą, kuris grindžiamas „sintezė ir realizacija“. Sintezė turi prasmingai susieti patyrimus ir funkcijas. Šis procesas yra esminis asmenybės vystymuisi ir visą gyvenimą trunkančiai raidai. Realizacija – tai procesas, kuriame analizuojami ir perdirbami faktai bei asmeniniai patyrimai. Per tai individas pilnai įsisąmonina savo patyrimą.

Kad šie procesai sėkmingai vyktų, reikalingos dvi sudėtingos mentalinės akcijos – „personifikavimas(personifikation)“ ir „sudabartinimas(presentifikation)“. Personifikavimas leidžia patirtį suvokti kaip savo. Sudabartinimas susieja praeitį, dabartį ir ateitį, todėl žmogus suvokia savo veiksmo dabartiškumą.

Jei šių gebėjimų nėra, negali būti išspręsta struktūrinė disociacija. Disociacinio sutrikimo paciento patirtis – prisiminimai grąžina jį į traumą su visu jos siaubu ir neįvyksta

joks perdirbimas. Jis arba išgyvena savo prisiminimus kaip svetimus, arba yra jų užvaldomas.

Depersonalizacija (tekste DP)

DP kaip ir disociacija, nėra vienaprasmiškas fenomenas, o suprantama ir kaip simptomas, ir kaip gynybos mechanizmas, ir kaip sindromas. Įvairūs psichoanalitikai DP siejo su skirtingais vidiniais konfliktais ar tendencijomis. Roshco (1967) DP siejo su dviguba gynyba neigimu. Viena karta neigiama realybe, tai palaiko pavojingos fantazijos neigimą, t.y. vidinės realybės neigimą. Suvokiantysis Aš disocijuoja nuo suvokiamosios asmenybės dalies.

Jacobson(1971) mano, kad neigimo gynybai būtinas pakitęs suvokimo modalumas, kuri jis vadino „regresyviu psichinės realybės konkretizavimu“. Psichiniai procesai desimbolizuojami, sudaiktinami, kaip separacijos-individuacijos fazės suvokimas. Tuo raišos laikotarpiu didelė kūno reikšmė, jo alkis patirtims, kūnas tuo metu atstovauja savastį (Hofer, 1950). Kai išgyvenamas neleistinas impulsas ar objektinis santykis, jis projektuojamas į kuria nors kūno dalį, ir dėl emocinės įkrovos ji turi tapti svetimą. Kaip vaikai pvz., sako „ne aš padariau, ranka padarė“.

Jacobson (1971) rašydamas apie DP kalba apie „narcizinį“ smūgį, kai situacija siūlo prieštaringas identifikacijas ir Aš patiria savasties reprezentacijų ir Aš dalių skilimą. Toliau įsijungia pvz. neigimas. Pas pacientus stebėta inicialinė baime, pyktis ir nusivylimas, kurie staiga užtvindydavo ištiktojo Aš, po to dažnai sekdamo DP fazė.

Aš psichologijos požiūrį atstovauja Bellak ir kt. (1973) DP laikydami Aš funkcijos realybės jausmo sutrikimu. Kažkuria prasme „išjungiamas“ Aš, kad išsaugoti kai ką svarbesnio.

Vystymosi psichologijos prasme DP-jai svarbi trianguliacijos teorija. Abelin (1986) manymu, ankstyvoji trianguliacija turi itakos simbolizavimui. Sėkminga trianguliacija neutralizuoja regresijas ir padeda susidaryti „pirmykščiame savasties vaizdiniui“. Tai svarbu lyties tapatumui, o DP atveju jis dažnai netvirtas.

Bellak ir Small (1972) pabrėžia, kad DP-jai palankus faktorius yra nestabilus ir neaiškus tapatumas su būtinybe pasiremti išoriniu objektu.

Kohut (1976) aprašo pasitikėjimą savimi teikiantį „savasties realybės jausmą“. Vidinių konfliktų spaudimas gali aktualizuoti regresyvos savasties pirmtakes, tai išgyvenama kaip fragmentacija. Savęs suvokimas gali kisti pažadinus „archainę didingą savastį“.

Kernberg (1979) rašo ne apie DP, bet apie tuštumą ir beprasmybę kaip bazinį sindromą, „kompleksinę afektinę būseną“. DP jis mato kaip reakcija į objekto praradimą, kaip į patikimo, paremiančio santykio su objektu praradimą. DP yra tarpinė pakopa tarp klinietiškos depresinės pozicijos ir regresyvaus subjekto-objekto susiliejimo.

Neun ir Düpelman (1989) pastebėjo, kad DP būdinga ir aukštesnės struktūrinės organizacijos pacientams. Kaip praktikoje labiausiai tinkamą požiūrį, jie pristato Jacobson idėją, kad DP asmenybės struktūrai būdingas jautrumas narciziniams smūgiams, kurie iššaukia dviejų priešingu Aš tapatybių konfliktą (pvz., sadomazochistinis pasiūlymas: kad gautum ko nori, nusižemink). Čia didelis super-ego vaidmuo. Jei pavyksta apsiginti nuo mobilizuotų impulsų, DP gali neįvykti. Jei super-ego regresuoja, skėli-

mas dalio į „normalia“ ir „kriminalinę“ Aš būseną. Kas buvo subjekto-objekto santykiuose persistumia į subjektą. Tolimesnis perdirdimas (neigimas, atgręžimas prieš save) veda į DP, kurioje sprendimo ieškoma kūno lygmenyje.

Kai kurie autoriai mano, kad DP dažniau pastebima ne fizinio ar seksualinio, o emocinio traumavimo atveju.

Kūno disociacijos

M. Hirsch, gydytojas ir psichoanalitikas, eilę metų tyrinėja psichinius su kūnu susijusius sutrikimus (savęs žalojimas, valgymo sutrikimai ir kt.). Jo manymu, priešiškus savo kūnui yra glaudžiai su disociacija susijęs reiškinys.

Mūsų sąmonėje kūnas egzistuoja keistai dviguboje pozicijoje: jis savaime priklauso savęs vaizdui, ką mes suvokiame kaip visą savastį, kita vertus mes su juo susiduriame kaip su išorinio pasaulio objektu, kuris gyvena savą gyvenimą. Kūdikis atranda savo kūną, liesdamas jį kaip išorinį objektą. Taigi, savastis ir kūno savastis atsiskiria ne kaip traumos pasekmė, jau visą gyvenimą santykis su kūnu yra dvejetainis kokybės: viduje ir išorėje.

Manoma, kad kūno suvokimas vystosi palaipsniui, pakopomis per kūno reprezentacijų simbolizavimą. Deri (1978) pirmąją pakopą laiko protosimbiotinė pakopa (pvz. piršto čiulpimas), antrąją pakopą atitiktų pereinamasis objektas, vėliau brandūs kalbiniai-mintiniai simboliai. Simbolizavimas auga kartu su afektų de-somatizacija (Schur, 1955), t.y. pradžioje neatskiriami psichofiziniai pojūčiai vis labiau diferencijuojami į kūno reakcijas bei kūno suvokimą ir afektines, psichines reakcijas.

Kūdikis dar nepajėgus savirefleksijai, jis dar neformuoja „objekto“. Tustin (1986) teigė, kad kūdikis, gindamasis nuo egzistencinės baimės ištirpti, savo kūną prilygina objektui, objekto kūnas jam yra jo paties kūnas. Tai teikia saugumo jausmą.

Savastį kūdikis taip pat pirmiausia patiria apie save kaip kūną, kai jis atranda, kad savęs lietimasis yra kitoks, nei daiktų lietimasis. Freudas (1923): „Aš pirma yra kūniškas“. Vėliau vaikas ima suvokti save kaip patiriantį ir kaip veikiantį. Jo užduotis perimti vis daugiau funkcijų, kurias pirmiau atliko mamos-vaiko-diada.

Savasties ir kūno savasties diferenciacija nėra užsitęsęs skėlimas, tai bendras integralus vaizdinys, kuriame kūno ir psichinė savastys yra atskiros ir susijusios. „Aš pagrindas yra kūniškas-Aš; tik sėkmingu atveju kūdikio persona kuria sąsajas su kūnu ir kūno funkcijomis, o oda yra atskiriančioji membrana“ (Winnicott, 1962). Jei nepakankamame mamos-vaiko ryšyje kūno ribos pažeidžiamos, savasties ir kūno, o taip pat objekto skyrimas sutrikdomas. Pasekmė gali būti ilgalaikė potenciali savasties ir kūno savasties disociacija.

Schilder (1935) pastebėjo, kad būtent kūno savasties formavimuisi labai svarbi „pakankamai gera“ motiniška aplinka, kurioje adekvačiai reaguojama į kūdikio poreikius ir kūno būsenas. Pradžioje kūdikio kūnas priklauso mamai, ir tai išgyvena tiek mama, tiek ir vaikas. Mamos užduotis ilgainiui atiduoti kūną vaikui, jo savasčiai. Kutter (2001) tai pavadino mamos, vaiko savasties ir kūno trianguliacija.

Fonagy ir Target (2000): Savo vidinius kūno signalus vaikas iš pradžių pastebi kaip difuzinius. Tik gaudamas aplinkos atspindėjimą jis ima suvokti turintis jausmus ir min-

tis, kurie skiriasi nuo kūno. Kaip tėvai reaguoja į vaiko vidinių išgyvenimų išraiškas, kaip jie patys išreiškia save, kokias prasmes jie suteikia vaiko reakcijoms, taip jie padeda vaikui atlaikyti ir formuoti vidinius išgyvenimus. Jei nevyksta toks adekvatus atspindėjimas, vidinėje organizacijoje menkai reprezentuojami vidiniai išgyvenimai ir būtinais reikia rasti kitas formas, kurios talpintų intensyviai psichines patirtis. Tai gali būti pvz., savęs žalojimas arba agresyvus elgesys. Vaikas, kurdamas savo tapatumą, perima suaugusio psichiką su joje esančiu savo paties poveikslu. Jei artimas suaugęs yra agresorius arba turi kitaip iškreiptą vaiko poveikslą, gali formotis traumuojantis introjektas, kuris skatina ankstyvą separacijos norą su viltimi sukurti autonominį tapatumą arba egzistenciją. Šiuo būdu neišsprendus dilemos traumuojantis introjektas gali būti atskeliamas ir projektuojamas į kūną: savęs žalojimas kaip būdas išsilaisvinti nuo kito, nužudant jį savyje.

Masterson ir Rinsley (1975) mano, kad ribinės asmenybės šaknys glūdi taip vadina moje pakartotinio priartėjimo fazėje, kurioje bręsta ir kalbinė simbolizacija. Šioje fazėje svarbu, kaip suaugęs atsako į vaiko norą atsiskirti ir vėl regresyviai šlietis. Būsimų pacientų aplinka šioje fazėje neranda pusiausvyros. McDougall (1989) šios fazės sutrikimus siejo su psichosomatinės simptomatikos užuomazga, o Hirsch (2018) su savęs žalojimo tendencijomis. Jau 1949 metais Sperling rašė apie „psichosomatinės mamos“, kurios (pasąmoningai) atstūmimu reaguodavo į vaiko autonomijos bandymus ir dideliu dėmesiu į jų priartėjimą ar paklusimą. Pacientai neranda gero sprendimo ambivalentiškam santykiui į mamą.

Kūno savasties disociacija. Dinamika ir funkcija

Traumavimo aukos patiria visišką bejėgiškumą, jaučiasi kaip agresoriaus daiktas, su kuriuo šis darys, ką nori, nes jo rankose galia. Nenuostabu, kad kūno disociacijos kaip traumos pasekmės tikslas - atgauti galią, kūną „paverčiant“ išoriniu ne-aš objektu ir, susitapatinus su agresoriumi, užimti grandiozinę poziciją: „su juo darau, ką noriu“ (Hirsch, 1996). Taip vyksta „atsitapatinimas“ nuo aukos vaidmens.

„Mano vaikas, ką noriu, tą darau!“ – „Mano kūnas, ką noriu, tą darau!“

Mažas vaikas, pradėdamas jaustis atskiru nuo mamos, turi skausmingai susitaikyti, kad susilieji mo su mama jausmas buvo iliuzija ir kad jis nevaldo mamos. Kad suvaldytų augančią baimę jis ieško pakaitalo, kurį jis galėtų valdyti, kuris jį guostų ir lydėtų. Winnicott (1971) atrado pereinamąjį objektą, kuris talpina vaiko fantaziją.

J.Kafka (1969) įžvelgė, kad ir kūnas gali tapti pereinamuoju objektu. Hirsch (1989) mano, kad tai ypač žymu valgymo sutrikimuose (anoreksijoje kovojama su kūnu, kaip mamos objektu; bulimijoje maistas yra visiškai valdomas pereinamasis objektas).

Savęs žalojimas daugeliui pacienčių padeda pajausti kūno realumą, tuomet jos jaučiasi ne tokios vienišos. Kernbergas (1975) čia įžvelgia ir savipakankamumo motyvą.

Anzieu (1985) pastebi tris disocijuoto kūno funkcijas: kūno savastis, kūnas kaip išorinis objektas ir kūnas kaip ribų organas. Oda tarsi AŠ ribų surogatas – sužeista oda ramina, nes ribos dar gyvos. Terapijos užduotis padėti pacientui atrasti aiškumą apie trejopą kūno statusą: kaip AŠ dalį, kaip išorinio pasaulio dalį ir kaip ribą tarp AŠ ir pasaulio.

Dviguba gynyba: disociacinė būseną kaip gynybą nuo traumos ekvivalento – kūno atskėlimas kaip gynyba nuo disociacijos būsenos

Peritrauminė disociacija padeda išgyventi nepakeliamą kančią. Vėliau įvairūs dirgikliai gali iššaukti traumos išgyvenimus, nuo kurių ginamasi disocijuojant. Ši būseną (pvz., trauminis transas – difuzinė būseną arba didžiulė įtampa) tokia nemaloni ir bauginanti, kad ir nuo jos būtina gintis. Tai gali vykti disocijuojant kūno savastį. Atskeltas kūnas tampa kitu objektu, kuris naudojamas nusiramimui.

Hirsch (2018) mano, kad ir kitos patologinės būsenos – hipochondrija, dismorfofobija, anoreksija, psichosomatiniai sutrikimai, somatizacijos – yra pagrįstos kūno savasties atskėlimu. Kutter (1981) apie psichosomatiką: „Kūno reprezentacijų dalys pasiūlomos objektui kaip auka, kad išgelbėti savastį.“

Savęs žalojimas

Po traumos disocijuotas kūnas gali įgyti šias funkcijas:

1. Kūnas kaip agresijos objektas (kaip traumoje atakuotas vaikas)
2. Kūnas arba jo dalis per agresyvią išveiką tampa lydinčiu ir ta prasme „geruoju“ mamos objektu; savęs žalojime – šiltas, oda tekantis kraujas
3. Būtent autodestruktyviose išveikose, ypač odos sužeidimuose žymu, kad dirbtinai sukurta kūno ir AŠ riba turi pakeisti silpną AŠ ribą.

Šie vidiniai mechanizmai padeda pacientams žalojant save gintis nuo nepakeliamų jausmų (vieniškumo, baimės išnykti, bejėgiškumo, įtampos). Fizinis skausmas išvaduoja nuo neįveikiamos vidinės būsenos.

Daugelis autorių (Sachsse 1989, Hirsch 1987, Eckert, Dultz ir Makowski 2000) rašančių apie ribinį asmenybės sutrikimą, remiasi prielaida, kad ankstyva trauma labiau įmanoma mažai empatiškose šeimose, t.y. vaikas pirma patiria „mamos traumą“ (nepakankamai gera mama), o vėliau „tėvo traumą“ (smurtautojas).

Fonagy ir kt. (2002) rašo : „Nepakankamai patvari savasties struktūra daro šiuos vaikus ypač linkusius į vėlesnį traumavimą.“ Pažeistos jų atsiribojimo funkcijos, todėl jie būna „lengva auka“ agresoriui. Emocinė deprivacija verčia juos ieškoti „gero“ objekto, o menka mentalizacija nepadeda atpažinti blogų ketinimų.

Valgymo sutrikimai

Jei prie sąmonės ima artėti bazinė tapatumo baimė „būti niekuo“ ir „nieko negalėti“, viena iš galimybių būtų - ieškoti vietos, kurioje „bent ką nors gali“. Kas yra arčiau negu kūnas, su kuriuo, jį atskėlus, gali daryti, ką nori? Disocijuotas kūnas yra kaip konteineris, į kurį gali projektuoti visą blogį ir viską, kas baugina.

Anorektikė yra savo kūno valdovė, kol ji valdo jo svorį. Bulimikė nesiekia tiesiogiai paveikti kūną, tačiau irgi stebi svorį, o maistas jai yra visiškai valdomas objektas. Nutukusioji nevaldo svorio, tačiau irgi kai ką daro – būtent, valgo ir taip išvengia savo depresyvumo ir tapatumo baimės įsisąmoninimo.

Willenberg (1989) teigia, kad anoreksijos atveju dažnai aptinkamas pirminio santykio sutrikimas: mama atvirai atstumia vaiką. Tėvas dažnai silpnas ar perdėm nusišalinęs ir nekompensuoja santykio su mama. Tai, kad sutrikimas iki paauglystės lieka laten-

tiškas, Willenberg sieja su artimu santykiu su tėvu, kuris dažnai erotizuotas. Mergaitė ir tėvas tarsi sąjungoje prieš grėsmingą mamą. Brendimo laikotarpiu gindamasis nuo incesto norų tėvas nutraukia bendrininkavimo santykį su dukra (Hirsch, 1993). Moteriškumas tampa dvigubai grėsmingas – kaip pavojus identifikuotis su mama (blogu objektu) ir kaip pavojus prarasti ryšį su tėvu. Anoreksija išsprendžia abu aspektus – berniukiškas kūnas abiem atvejais nekelia pavojaus.

Anoreksijos atveju mama yra ne tik atstumianti, bet ir dominuojanti bei kontroliuojanti. Varžomi patys pirmieji autonomijos bandymai. *Mama turi poreikį* perdėtai kontroliuoti, rūpintis. Vaiko poreikiai lieka nepamatyti (Sours, 1975 ir kt.). Galima manyti, kad būsima anorektikė susikuria tokią sritį, kurioje ji turi pilną kontrolę ir apsaugo nuo vidinės mamos reprezentacijos. Atskeltas kūnas yra vidinės kovos laukas, o svoris ir sotumas – mamos reprezentacija. Išorėje emocinis dukros-mamos santykis neretai idealizuojamas.

Bulimijos atveju vidinė kova vyksta kiek kitaip – maistas, ambivalentiškai bauginantis ir trokštamasis mamos objektas, yra imamas ir išmetamas. Tai teikia kontrolės ir visagalybės jausmą. Negatyvūs ar silpnumo jausmai pažadina valgymo ataką, kurios pradžioje valgis išgyvenamas kaip kažkas gero, kaip dalinis geras objektas. Kai valgymą pakeičia nevaldomas ryjimas (inkorporacija), maistas tampa blogiu, kuris siekia susiliesti su kūnu, infiltruotis, jį užvaldyti. Reikia kuo greičiau jį atsikratyti – sunaikinti blogąjį objektą. Šis agresyvus noras gali kelti kaltės jausmus.

Bulimijos ciklas primena ribinio asmenybės sutrikimo pacientų santykių dinamiką: objektas idealizuojamas, jo ilgimasi, tačiau, kai jis pasiekiamas, artumo tampa per daug, jį reikia nuvertinti, paversti negatyviu. Negatyvas projektuojamas į objektą, kurį tučtuojau reikia palikti.

Hipochondrija

Išreikštai hipochondrijai būdingas įsitikinimas, kad sergama mirtina liga. Jis dažnai sustiprėja krizinėse ir slenkstinėse tapatumo raidos situacijose. Krizė projektuojama į kūną. Krizę gali sukelti ir sėkmė, nes tada artėjama prie tapatumo. Pacientas nori pasveikti, tačiau kita, atskelta asmenybės dalis vis ieško ligos patvirtinimo. Pacientas yra įsitikinęs, kad jame yra liga. Tai riboja visas vitališkumo formas. Visas dėmesys į kūną, o realūs simptomai ne baugina, o žadina euforiją – aptiktas blogis. Geri tyrimų rezultatai prieštarauja šiam jausmui.

Hipochondrijoje taip pat dalyvauja kūno disociacija, kuri apsaugo nuo baimės dėl abejonės visu savo tapatumu. Jau 1935 Schilder rašė: “Galima sakyti, kad hipochondrinis organas ima veikti kaip nepriklausomas kūnas. Hipochondrikas bando sergantį organą izoliuoti ir elgiasi su juo kaip su svetimkūniu.” Svetimkūnį galima traktuoti kaip trauminį introjektą (Hirsch, 1995), t.y. pacientas traumos patirtį projektuoja į savo kūną.

Hipochondrijoje veikia du gynybos žingsniai: kūno reprezentacija disocijuojama nuo kūno visumos, kūnas tampa lyg išorinis objektas; tuomet į jį projektuojama internalizuota trauminė objekcinė patirtis (sužeistas tapatumo jausmas). Ši projekcija gali būti išgyvenama kaip grėsmė arba kaip palydovas (Hirsch, 1989). Kūnas tampa mirštančiu objektu, į kurį pacientas kabinasi.

Hipochondrinė krizė gana būdinga praradus ambivalentišką meilės objektą. Beveik visada randamas autonomijos-priklausomybės konfliktas. Baimę kelia abu poliai – prarasiu arba objektą, arba save (Rupprecht-Schapmera, 2001). Dažnai simptomus pacientas aptinka būtent tuomet, kai jam atsiveria nauja perspektyva.

Gilesnė hipochondriko baimė yra būti nieku ir niekuo. Sergantis kūnas suteikia pakaitinį tapatumą. Hipochondrijos sindrome glūdi begalinis pyktis dėl tapatumo formavimosi patirto suvaržymo. Varžantys pirminiai objektai: sergantys ar hipochondriški į vaiką besikabinantys suaugę; vaiko fizine sveikata perdėm susirūpinę (nuolat laukiantys ligos ar jo kūną besisavinantys) suaugę.

Šioje vietoje mėginsiu apsiriboti, nekalbėdama apie disociaciją ribinio asmenybės sutrikimo atveju, disociaciją priklausomybėje ar psichozėje. Daugelis menamų mechanizmų jau paminėta. Man beskaitant krito į akis tai, kad disociaciniai sutrikimai labai dažnai siejami su savasties ir tapatumo raida, ką aprėpia ir integruojanti sąmonės funkcija. Tuomet kyla klausimas, kaip susiję gyvenimo stilius ir disociacija?

Nors A. Adleris su traumomis susidūrė dirbdamas karo gydytoju, traumavimo jis neišskyrė kaip specifinio faktoriaus psichiniam susirgimui. Jis laikėsi nuomonės, kad trauma turės žalojantį potencialą, jei jau vaikystėje yra susiformavęs realybei neadekvatus gyvenimo stilius. Su savo specifiniu gyvenimo stiliumi žmogus trauminę patirtį ima naudoti savo neurotinei fikcijai pasiekti ir išvengti atsakomybės prisiimant gyvenimo uždavinius. „[...] ne dėl to, kad jis ką nors išgyveno, bet dėl jo gyvenimo stiliuje išreikšto menko gebėjimo kooperuotis nesusitvarko su išgyvenimu, [...] kai tuo tarpu kitas vaikas dėl didesnio bendrystės jausmo, t.y. dėl mažesnio menkavertiškumo jausmo, dėl sveikesnės suvokimo schemas liks be žalingo poveikio. Teisėtai galėčiau prieštarauti Freudui, „neurotikas ne kenčia dėl prisiminimų, tačiau jis juos padaro“, jis pakelia juos iki orumo rango, nes jis jau išgyvenimo metu „buvo neurotiškas“ (1930).

„Kaip smarkiai neurotikui viskas yra tik priemonė ar medžiaga, pasinaudojus savo perspektyva palenkti atnaujintas jėgas savo neurotinės linijos kryptimi, įrodo dažnai vienu metu naudojamos visiškai priešingos pozicijos – išorinio pasaulio klastojimas, kuris gali klestėti iki ribos, impulsyvios ir visada tendencingos jausmų bei potyrių formos, įskaitant ir iš to sekančias reakcijas į išorę, ir planinga prisiminimų bei amnezijų, sąmoningų bei pasąmoningų jaudulių, žinojimų ir prietarų sąveika.“ („Praxis und Theorie der Individualpsychologie“)

Sekant jo mintį būtų galima teigti, kad disociacija, kaip ir bet kuris simptomas, yra kūrybinis sprendimas atitinkantis gyvenimo stilių, atsirandantis, kai kyla grėsmė fikcijai.

Diskusijai siūlyčiau klausimus –

Kaip disociaciją suprastume gyvenimo stiliaus kontekste?

Kaip disociacija padeda siekti fikcijos?

Ar disociacija suardo asmenybės visumą (jos dalis daro neprieinamas arba nebesusisiekančias) ar vis tik ją kažkaip išsaugo?

Kaip ankstyvos traumos įtakoja gyvenimo stiliaus kūrimą?

Kaip vēlāu ištikusi trauma paveikia gyvenimo stilių ir galutinę fikciją?

Kaip disociacija susijusi su bendrystės jausmu?

Ar disocijuotos asmenybės dalys (Disociacinis tapatumo sutrikimas) turi skirtingas fikcijas ir skirtingus gyvenimo stilius?

Galbūt Jums kyla visai kiti klausimai ir pasiūlymai diskusijai?

Ačiū, kad skaitėte!

Literatūra:

„Dissoziative Bewusstseinsstörungen. Grundlagen-Klinik-Therapie“, sud. Annegret Ekckhardt-Henn, Carsten Spitzer, 2017

M. Hirsch „Körperdissoziation“, 2018

„Der Eigene Körper als Objekt“, sud. M. Hirsch, 1989

G. Rudolf „Psychotherapeutische Medizin“, 1996

H.L. Ansbacher, R.R. Ansbacher, „Alfred Adlers Individualpsychologie“, 1995

„Identitäten“, sud. S.Walz-Pawlita, B. Unruh, B, Janta, 2015