

PSYCHOTERAPIA 1 (192) 2020

strony: 75–87

DOI: 10.12740/PT/119764

Beata Boćwińska-Kiluk

SAMOUSZKODZENIA W PSYCHOTERAPII PSYCHOANALITYCZNEJ. PSYCHOSPOŁECZNE STUDIUM PRZYPADKU

SELF-HARM IN PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY — A PSYCHOSOCIAL CASE STUDY

Zakład Twórczej Resocjalizacji, Wydział Nauk o Edukacji, Uniwersytet w Białymstoku
Ośrodek Psychoterapii i Rozwoju Białystok

**self-harm
psychoanalysis
case study**

Streszczenie

Przedstawiono przypadek młodej dziewczyny, która zaczęła dokonywać samouszkodzeń, kiedy przebywając w instytucji opieki całkowitej rozpoczęła proces usamodzielniania. Psychoanalityczna analiza samouszkodzeń uwzględniająca kontekst psychospołeczny, w którym przebiegało usamodzielnienie pacjentki ujawniła, że jej epizody depresyjne i stany lękowe, szczególnie „lęk przed rozpadnięciem się w gruzy”, wywoływały samouszkodzenia, które były progresywnym elementem radzenia sobie z separacją-indywiduacją przy równoległym istnieniu deficytów w strukturze psychicznej i środowiskowej. Psychoanalityczne studium przypadku pokazuje wartość myślenia psychoanalitycznego łączącego biopsychologiczne i środowiskowe perspektywy oraz praktyczną użyteczność takiego mariażu.

Summary

Presented is the case of a 17-years old girl engaging in self-harm since she started emancipation from the institutional care. The psychoanalytical analysis of self-harm taking into consideration the psychosocial context in which the emancipation took place, revealed that depressive episodes and anxiety states, especially the ‘fear of falling apart’ triggered self-harm symptoms, which were a progressive element of dealing with the separation-individuation process when deficits in the mental and environmental structure were parallelly present. This psychoanalytical case study shows the value of psychoanalytic thinking combining biopsychological and environmental perspectives and the practical utility of such a marriage.

Wprowadzenie

Samouszkodzenie („samookaleczenie”, „samoranienie”, „dermatillomania”) należy do zaburzeń zmieniających wygląd skóry i ciała [1], coraz częściej omawianych w do-

niesieniach naukowych jako psychospołeczne. Ogromny wzrost ich występowania wśród nastolatków i młodych dorosłych, potwierdzony badaniami w Polsce [2] i na świecie [3, 4], przyczynił się do szerszego zainteresowania badaczy tym uznanym obecnie za chorobę [5] intrygującym zaburzeniem, którego podstawowy mechanizm jest nadal badany, także przy wykorzystywaniu różnych nurtów psychoanalitycznych. W pierwszej dekadzie XX w. samouszkodzenia konceptualizowano zgodnie z freudowskim modelem popędów psychoseksualnych. Zostały one opisane jako symboliczny substytut masturbacji [6] i częściowe samobójstwo [7]. Obecnie uwaga psychoanalityków wyraźnie przeniosła się na zinternalizowany proces wczesnej relacji z obiektem [8–11], rozpoczynając w ten sposób dyskusję, w której stan skóry i ciała stał się paradygmatem dla myślenia psychospołecznego. Ten nowy kierunek nawiązuje do wcześniejszej myśli Zygmunta Freuda, który dostrzegł, iż „Ego jest przede wszystkim ciałem cielesnym; nie jest jedynie jednostką powierzchniową, ale samo jest projekcją powierzchni” [12, s. 26], która wywodzi ego z doznań cielesnych, zwłaszcza pochodzących z powierzchni ciała bezpośrednio wchodzącej w kontakt ze środowiskiem, którego istotną częścią jest obiekt zewnętrzny. Pierwotny obiekt, z jednej strony, może pomagać rozwijającemu się dziecięcemu ego zrozumieć zarówno jego wewnętrzne, jak i zewnętrzne środowisko, chronić integralność poczucia siebie (self) oraz uaktywniać procesy mentalne umożliwiające rozpoznawanie i zarządzanie uczuciami, i co więcej, tolerowanie frustracji różnic, bądź, jak napisał Wilfred Bion w „Attention and interpretation”, „braku rzeczy” [13, s. 19]. Jednak z drugiej strony może stać się „obiektem blokującym” [14, s. 90], czyli takim, który uaktywnia destruktywność, nienawiść do obiektów i/lub samego siebie i prowadzi do „groźnego zahamowania rozwoju” [14, s. 106]. Zdaniem Donalda W. Winnicotta [15, 16] dla adolescenta balansującego na biologiczno-psychologicznej linii rozwojowej środowisko społeczne jest sprzyjające, jeśli zapewnia „trzymanie”¹ [15, 16]. „Dobre trzymanie przez matkę tworzy sprzyjające środowisko i daje dziecku poczucie bycia trzymanym fizycznie, które jest bardziej realne ... niż gdyby miało miejsce prawdziwe przetrzymywanie lub pielęgnacja” [17, s. 96–97].

W tym świetle rozwój ego podmiotu to permanentne splatanie i rozplatanie nici własnej struktury psychicznej oraz ich rozwiązywanie i związywanie z niemi społecznymi, to proces tworzenia określonego wzoru afektywnego i relacyjnego w cyklu życia, opartego na możliwym do pomyślenia wyobrażeniu rzeczywistości i relacji. Samouszkodzenie w okresie dorastania może być przejawem gwałtownego wyładowywania afektu, czyli acting outu [18] zachodzącego w kontekście sieci relacji z ważnymi innymi. Innymi słowy, w relacji zostają wprowadzone w życie określone części self i obiektu oraz określony typ relacji, a więc proces, którego fundamentem jest bardziej działanie niż myślenie, czyli opisana przez Biona odwrócona „funkcja alfa” [14, 19–21]. W tym sensie regresja strukturalna w obrębie ego i przekształcenie objawów prepsychotycznych w objawy psychobehawioralne, czyli wyrażanie lęków separacyjnych powtarzającym się pragnieniem lub impulsem samouszkodzenia własnej skóry lub ciała pozwala adolescentowi chronić życie (żyjące self) pomimo uszkodzeń natury psychicznej (rozszczenie self, brak granic self-obiekt,

¹ „Trzymanie” — inaczej „holding”, termin wprowadzony i opisany przez Winnicotta odnoszący się do opartego na więzi sposobu, w jaki matka zajmuje się dzieckiem, co stanowi podstawę pierwszego wyobrażenia obiektu.

brak uwewnętrznionego obiektu) lub fizycznej (rany, deformacje ciała) czy społecznej (rola ofiary, sprawcy, pacjenta itp.), poprzez utrzymywanie relacji self-obiekt. Ujęcie samouszkodzeń jako realizacji kompulsywno-obsesyjnego przymusu powtarzania i regulowania uczuć, których nie można wypowiedzieć [22], wydaje się dobrze korespondować z freudowskim rozumieniem acting outu jako „dzikiego przeniesienia” [23], z jednej strony napędzanego przez nieświadome przekonania i pragnienia (nawet bezsensowne, dziwne i dziwaczne fantazje), a z drugiej ilustrującego nieświadomą dynamikę relacyjną rozgrywaną interpersonalnie i/lub somatycznie na aktualnym „placu zabaw” — w określonym miejscu i czasie, czasem z gwałtownymi i wrogimi reakcjami przeniesieniowymi.

René Spitz [24, 25] jako jeden z pierwszych, uwzględniając kontekst społeczny, dokładnie opisał deprivacyjne relacje między obiektami w pewnych krytycznych okresach we wczesnym dzieciństwie, prowadzące do katastrofalnych skutków² i rzutujące na dalszy rozwój dzieci. Dowodził ponad wszelką wątpliwość, iż deficyt³ w ich rozwoju wiązał się z deficytem bliskich związków (izolacja od ważnego obiektu i pozbawienie innych społecznych więzi). U dzieci, u których potrzeby w zakresie kontaktu z ważnym obiektem nie były rozpoznane i zaspokojone, obserwowano najczęściej występowanie depresji analitycznej, zachowania autoagresywne, mogące powtarzać się w późniejszych okresach życia w postaci trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu więzi społecznych.

Współcześnie, psychoanalityczne opisy przypadków dotyczące osób samookaleczających się coraz bardziej odkrywają kluczową rolę wzajemnej gry pomiędzy self a obiektami (teoria relacji z obiektami) i tym samym, być może, podążają w kierunku uznania samouszkodzeń za klasyczny objaw psychospołeczny. Jednak statystyka — znikoma liczba analizowanych psychoanalitycznie studiów przypadków, uwzględniających nie tylko istnienie fizycznego stresora (wydarzenie traumatyczne) we wczesnym dzieciństwie, ale także biorących pod uwagę aktualną sytuację psychospołeczną adolescenta, zaostrażającą być może jego podatność na samookaleczenie⁴ — a także rzetelność naukowa — nakazują powściągliwość w formułowaniu takich sądów i pozostawienie ich w sferze hipotez oraz zachęcają do podejmowania badań.

Jeśli samouszkodzenie jest odgrywaniem rozumianym jako przeniesienie w relacji adolescenta z ważnymi innymi, czyli odpowiedzią adolescenta — pojawia się pytanie — dlaczego i w jakiej sieci społecznej ona powstaje? Mariaż psychospołeczny jest zagadką, którą próbuje rozwiązać niniejsze studium przypadku.

Metoda

Zastosowanie analizy psychospołecznej, w świetle psychoanalitycznej teorii relacji z obiektem, miało na celu zbadanie struktury ego pacjentki oraz sieci psychospołecznej, w jakiej K. dokonywała samouszkodzeń, mierząc się z zadaniami rozwojowymi wieku dorastania, czyli problemami w separacji-indywiduacji, nasilającymi stan lękowy i depresyjny.

² Całkowite zaburzenie zachowania społecznego, objawy zachowań autystycznych, autoagresywnych, brak interakcji i więzi z innymi.

³ „Deficyt” — inaczej obszar braku, niedorozwoju jakichś elementów [26].

⁴ Być może z powodu lęku przed napiętnowaniem za propagowanie kultury oskarżeń.

Procedura badawcza

Pacjentka była kilka razy konsultowana, a stałe sesje psychoanalitycznej psychoterapii indywidualnej 2 razy w tygodniu z jedną terapeutką i przebywanie w instytucji wychowawczej tworzyły powierzchnię projekcyjną dla reprezentacji obiektu rodzicielskiego i wzbudzały proces przeniesienia, który był poddawany analizie. Przed konsultacjami z K., przeprowadzono kilka rozmów z personelem wychowawczym (wychowawcami, nauczycielami) i przeanalizowano jej akta osobowe w celu zarysowania wzoru relacji z obiektami i poszerzenia materiału klinicznego, następnie analizowanego psychoanalitycznie [27–29]. Źródła i zmienne przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Źródła i zmienne wykorzystane w procedurze terapeutycznej

Źródła	Zmienne
Dane z psychoterapii indywidualnej przebiegającej w warunkach instytucji opieki całkowitej (obserwacji i wywiadu klinicznego z adolescentem), w celu ustalenia przeniesienia i przeciwprzeniesienia	Uczucia, wyobrażenia i działania związane z ciałem
Dane z teczki osobowej pacjentki dokumentujące dane biograficzne i zachowania z dzieciństwa związane z ciałem	Hospitalizm ⁵
Dane z wywiadów przeprowadzonych z zespołem pedagogiczno-psychologicznym, takie jak postawa personelu, w celu ustalenia przeniesienia i przeciwprzeniesienia	Uczucia, wyobrażenia i działania personelu

Pacjentka

17-letnia dziewczyna przebywająca w instytucji wychowawczej została skierowana do terapeuty z powodu dokonywania samouszkodzeń i wielu innych trudności psychospołecznych, takich jak odmowa realizacji obowiązku szkolnego i planu usamodzielnienia. K. w kontakcie była apatyczna, bardzo niezadowolona z siebie i relacji z rówieśnikami i wychowawcami, których gniewnie odrzucała, powtarzając „nie potrzebuję ich”. Na zajęciach szkolnych była bierna, nie zaliczała sprawdzianów. K. wypełniała kryteria diagnostyczne DSM-V zaburzeń osobowości typu borderline, głównie epizodu depresyjnego i poczucia beznadziejności [5]. Wywiad ujawnił, iż pierwsze samouszkodzenie zbiegło się z rozpoczęciem procesu usamodzielnienia, podobnie jak wystąpienie pozostałych objawów psychospołecznych i psychiatrycznych. W chwili rozpoczęcia konsultacji terapeutycznych pacjentka miała skórę typową przy samouszkodzeniach, z licznymi zdrapaniami i ranami, zwłaszcza na udach, i przedramionach, które ukrywała pod szczelnym ubraniem. Nie wymagała jednak medycznej pomocy.

Dane biograficzne

Pacjentka miała długą, 11-letnią historię zaniedbań i nadużyć, i to od bardzo wczesnego okresu życia. Przyszła na świat w rodzinie z problemem alkoholowym (oboje rodzice

⁵ Inaczej depresja analityczna występująca u dzieci, której przyczyną jest brak kontaktu z matką.

nadużywali alkoholu). Jej matka opuściła dom i porzuciła rodzinę — męża i dzieci, kiedy K. miała 3 lata, i przestała się nimi całkowicie interesować. Przez kolejne 3 lata pacjentka, aż do śmierci ojca alkoholika pozostawała, wraz ze starszym o 2 lata bratem, pod jego niedostateczną opieką. W wieku 6 lat K. została umieszczona w placówce socjalizacyjnej i następnie w wieku 11 lat przeniesiona do młodzieżowego ośrodka wychowawczego z powodu trudności w realizacji obowiązku szkolnego. W momencie skierowania na terapię w MOW przebywała od 6 lat, a od kilku miesięcy przygotowywała się do usamodzielnienia. Zaburzenia nastroju, wycofanie, poczucie apatii, beznadziejności i bezwartościowości oraz trudności w nawiązywaniu więzi społecznych były u pacjentki diagnozowane wcześniej, głównie w sytuacjach zmiany środowiska (ukończenie szkoły podstawowej i rozpoczęcie edukacji w gimnazjum; umieszczenie w placówce socjalizacyjnej, następnie w placówce wychowawczej). Z analizy akt osobowych wynikało również, iż objawy hospitalizmu, kiwanie się, apatyczność, płaczliwość, ospałość, występowały w placówce socjalizacyjnej, i zaburzenia zachowania przy kolejnej zmianie placówki wychowawczej.

Środowisko psychospołeczne

Personel pedagogiczno-psychologiczny poinformował terapeutkę, że K. w kontakcie okazywała wyraźną niechęć i urazę, była opryskliwa, gdy narastały wobec niej zarzuty i oskarżenia dotyczące braku zaangażowania w usamodzielnienie, co sprawiało, że wychowawcy i nauczyciele czuli się atakowani i bezużyteczni. Personel placówki nie był szkolony psychodynamicznie, a głównie pedagogicznie, co powodowało, że uraza i trudności K. były traktowane jedynie jako konkretne zjawiska wynikające z negatywnej postawy niezaspokajanej na głębsze zrozumienie (czy badanie ich etiologii). Na dodatek w zespole zajmującym się usamodzielnieniem pojawił się spór o to, czy można skutecznie pomóc nastolatce za pomocą środków psychoterapeutycznych; doszło do rozłamu (rozszczenia) na dwie frakcje. „Partia pedagogiczna” naciskała na podjęcie bardziej radykalnych środków wychowawczych, podczas gdy „strona analityczna” podawała argumenty za powstrzymaniem gwałtownych działań i skupieniem uwagi na dostarczeniu pacjentce kontenera (bezpiecznej sieci społecznej), którego funkcja pomieszczenia jej lęków umożliwiłaby integrowanie wewnętrznego stanu chaosu w obrębie wyłaniających się reprezentacji self i obiektu oraz wspierała rozwój aparatu myślowego [14].

Wyniki

Początkową fazę psychoterapii indywidualnej można określić jako ponowne stadium wczesnego epizodu traumatycznego — „dziury relacyjnej” — polegającej na poczuciu braku rozumiejącego obiektu. Stan chłodu, głodu, brudu doświadczany jako silne wrażenie rozdarcia ciągłości „ego skórno”⁶ [30, 31] jest źródłem pierwszych fantazji dotyczących siebie (self) i obiektu. „Anzieu postrzega powierzchnię ciała — jego skórę — jako kluczowy i prymitywny składnik struktur i funkcji umysłu” [32, s. 16]. Zdaniem Esther

⁶ „Ego skórno” — pierwsza narcystyczna koperta psychiczna opisana przez Didiera Anzieu [32].

Bick „self skórne”, inaczej „psychiczna skóra” [33, 34] jest pierwotnym kontenerem i ma właściwości po pierwsze, scalające różne części self i integrowania z obiektem, a po drugie, redukcjonistyczne, ponieważ wiąże się z doświadczeniem granicy i rozróżnieniem czy odgródnieniem różnych aspektów własnego self od obiektu [34, 35].

Odczuwany przez K. silny lęk wywoływany nieuchronnym zbliżaniem się powrotu do rodzinnej miejscowości, w związku z rozpoczęciem procesu usamodzielnienia, „otworzył stare rany”, wydobywając z otchłani nieświadomości reprezentację niepotrzebnego, cierpiącego self i reprezentację co najmniej zimnego, obojętnego (destrukcyjnego) obiektu, dezorganizując jej funkcjonowanie. Pacjentka przeżywała silny niepokój i niepewność, które ewidentnie wiązały się z biografią bardzo wczesnego okresu życia i przeżyty traumą [20, 36] oraz wczesnymi trudnościami z przywiązaniem [37, 38]. Wszczęcie procedury usamodzielnienia K. odebrała jak atak, odrzucenie, podobne do odrzucenia przez matkę, co wywoływało stan przygnębienia i lęku, i w jej mniemaniu zagrażało jej życiu. K. czuła, że tak jak kiedyś jej matka, teraz wychowawcy mają „dziurawe ręce” i nie zapewniają jej niezbędnego do prawidłowego rozwoju holdingu i „kontenerowania”⁷ polegającego na trzymaniu jej na rękach (= w myślach) i pomieszczaniu lęków i obaw (rozpadała się w miarę stabilna, ustanowiona w dużej mierze przez przyleganie⁸, relacja z obiektem/środowiskiem, grożąc dezintegracją społeczną i rozpadem własnego, kruchego self). Personel wychowawczy, koncentrując się na zadaniu usamodzielnienia, oferował głównie opiekę fizyczną z pominięciem sfery emocjonalnej. Nie istniał żaden obiekt ani wewnętrzny, ani zewnętrzny, który dostrzegałby jej przerażone niemowlęce self i rozumiał potrzeby K. oraz przeżywane przez nią uczucia, biorąc pod uwagę wcześniejsze traumatyczne doświadczenia z obiektem (deficyty strukturalne ego). Kiedy negatywne uczucia i niemowlęce self K. nie znajdowały „psychicznego domu” w umyśle personelu wychowawczego, K. zaczęła się samookaleczać, czyli rozgrywać swój dramat z wykorzystaniem własnego ciała [10]. Silna presja i wymagania środowiska zewnętrznego powodowały, że jej kruche struktury psychiczne coraz bardziej się rozpadały, a depresyjne myśli i uczucia coraz bardziej ją zajmowały i zalewały, wywołując stan prepsychotyczny i wiele zaburzeń zachowania z samouszkodzeniem ciała włącznie. W jej ocenie działania podejmowane przez personel pedagogiczno-psychologiczny nie mogły wystarczyć do wydostania jej z „dziury relacyjnej”, w której się znalazła.

Samouszkodzenia ciała miały na celu urzeczywistnienie pożądanego przez id⁹ K. fuzji z obiektem, polegającej na osiągnięciu faktycznych i oczekiwanych konsekwencji fizycznych [40]. K. angażowała się w konkretne zachowania (samouszkodzenia), symetryczne z konkretnymi działaniami — kiedyś obiektu matczynego i aktualnego obiektu zewnętrznego — wychowawców, czyli w odpowiedzi identyfikowała się z nadużywającym, zaniedbującym obiektem i atakowała/odrzucała swoje zrozpaczone self. Nacinanie skóry na

⁷ „Kontenerowanie” — synonim procesu pomieszczenia, przyjmowania identyfikacji projekcyjnych i opisany przez Wilfreda Biona w diadzie matka — dziecko [16–19].

⁸ „Przyleganie” — synonim podążania i pozostawania w bliskiej odległości od obiektu, czyli behawioralnego systemu przywiązania jako wrodzonego mechanizmu obronnego, który został odkryty przez Johna Bowlby’ego [39].

⁹ Id — pierwotny system organizacji psychicznej, który jest źródłem kształtowania się ego i superego [41].

nogach i rękach dawało złudzenie pseudoniezależności i kontroli, ponieważ w konkretny sposób pozwalało zaprzeczyć nieakceptowanym uczuciom i nieakceptowanej odszczepianej/odrzuconej części siebie, zrównanej z nieakceptowanym obiektem częściowym opisanym przez Biona jako „obiekt blokujący”¹⁰.

Inaczej można powiedzieć, że czynność samouszkodzenia ciała opierała się na „pierwotnym procesie myślowym”¹¹, obejmującym tworzenie „drugiej skóry” poprzez zmienianie faktury i wyglądu, przybieranie barw ochronnych odstraszać złe obiekty i przyciągających inne. K. regulowała dystans z rozszczepionym obiektem, a tym samym chroniła własne self częściowe i przystosowywała się do środowiska/obiekta¹² pozostając z nim w prymitywnej, powierzchniowej relacji pozbawionej głębi.

Na wzrost wymagań społecznych związanych z usamodzielnieniem, przy braku kontenerującego obiektu wewnętrznego i zewnętrznego, które wspierałyby rozwój „self skórny”, scalającego różne fragmenty self pacjentki, i różnicującego self od obiektu, pacjentka odpowiedziała depresyjnym przygnębieniem i lękiem przed rozsypaniem się w gruzy¹³ [34], a następnie zaangażowaniem w samouszkodzenia ciała, czyli „wzięła sprawy we własne ręce” (wszechmocna i narcystyczna pseudoniezależna forma obrony w „fazie dermalnej/skórnej”¹⁴ wykorzystująca napięcie mięśniowe i system mięśniowo-motoryczny do podejmowania działań ochronnych (acting out) w niekorzystnym środowisku — mimikra). Behawioralna koncentracja na konkretnych próbach poradzenia sobie z brakiem kontenerującego obiektu, czyli łatanie „dziury relacyjnej” w ego i środowisku poprzez naprzemienne samouszkodzenia ciała i leczenie ran paradoksalnie były progresywnym stanem stabilizującym K. emocjonalnie. Jej głębokie depresyjne fantazje w postaci niemal graniczącego z urojeniem¹⁵ przekonania o własnej bezwartościowości („jestem beznadziejna”, „nikomu nie jestem potrzebna”, „nikt mnie nie chce”, „ja tylko przysparzam wszystkim kłopotów”, „byłoby lepiej, gdyby mnie nie było”) zmalały. Pacjentka czuła się trochę bardziej uwolniona od ataków własnego rygorystycznego superego. Zarysowany schemat relacyjny był dla pacjentki dobrze znany i stanowił nową

¹⁰ „Obiekt blokujący” — w koncepcji Biona, zewnętrzny obiekt zdolny do kontenerowania projekcji i przekształcania „elementów beta” (surowe doznania sensoryczne) w „elementy alfa” (możliwe do przyjęcia wyobrażenia, odczucia) [12, 14].

¹¹ „Pierwotny proces myślowy”, w którym myśli są doświadczane w postaci rzeczy, zdarzeń lub działań, a całe obiekty są oddzielane i rozszczepiane, a następnie traktowane, jakby były oddzielnymi obiektami, bez żadnego problemu i bez żadnego związku z rzeczywistością, z którą są połączone [29].

¹² „Mimikra” — zjawisko dobrze opisane u zwierząt, szczególnie owadów; przystosowanie obronne u homo sapiens polegające na upodabnianiu się (naśladowanie wyglądu, barwy, zapachu, zachowania lub innych właściwości, dzięki adhezyjnej identyfikacji) bezbronnego self do obiektu/środowiska, odgrywanego poprzez uznanie jego zdolności do ochrony rolę przewodnika w poznawaniu świata.

¹³ „dziecięcy stan niezintegrowania” [34, s. 485]

¹⁴ „Faza dermalna/skórna” — dotychczas nie opisana, prawdopodobnie jedna z najwcześniejszych faz w rozwoju emocjonalnym i psychicznym człowieka (okres prenatalny — 3. miesiąc życia [33, 34]), poprzedzająca fazę oralną w rozwoju psychoseksualnym opisanym przez Zygmunta Freuda, polegająca na czerpaniu przyjemności z dotyku, z własnej skóry, która umożliwia odgradzanie się i otwieranie jako mechanizmy regulowania dystansu i znajdowania miejsca przy lub w obiekcie.

¹⁵ „Urojenia” — zaburzenia psychiczne obecne w psychozach i schizofrenii, dotyczące treści myślenia i polegające na fałszywych, błędnych przekonaniach oraz sądach, które charakteryzuje odporność na wszelką argumentację pomimo obecności dowodów wskazujących na ich nieprawdziwość [43].

odstłonę wcześniejszego upokarzania się słowami i wykorzystywania własnego self jako obszaru projekcyjnego, w którym agresywne fantazje były aktywne na długo przed rozpoczęciem angażowania się w samouszkodzenia, a które ostatecznie wydobyły na powierzchnię skóry problem poczucia własnej wartości jako obrony przed rozsypaniem się — „Prochem jesteś i w proch się obrócisz” [43]. Druga skóra dawała K. większe poczucie bezpieczeństwa i umożliwiała odnalezienie obiektu poprzez „identyfikację przylepną”¹⁶ [34, 35]. Konsekwencją posługiwania się przez pacjentkę identyfikacją adhezyjną było koncentrowanie się na skórze (powierzchni) i brak poczucia głębi w sobie i w obiekcie. Obiekt był odczuwany jako przedłużenie self skórnoego, czyli płaska przestrzeń, która obsesyjnie wymagała kontroli, co uniemożliwiała K. postrzeganie siebie jako dorastającej, odseparowanej od obiektu młodej dziewczyny. Przy takiej prymitywnej budowie aparatu psychicznego zwykła projekcja, identyfikacja projekcyjna i introjeksja nie były możliwe, a jedynie naśladownictwo — nabieranie właściwości obiektu i acting out. Relacja K. z obiektami była przedmiotowa, podobnie jak relacja z własnym ciałem. Jej self upodabniało się do obiektu, poprzez przybieranie jego wyglądu, zachowania, i cech ocenianych jako chroniące z punktu widzenia przetrwania self i przystosowania się społecznego. Stało się jasne, że ego K. balansuje pomiędzy ekstremalnymi wyobrażeniami superego i skrajnościami id oraz utrzymuje „więź z historyczną rzeczywistością codzienności, wypróbując spostrzeżenia, dobiera elementy pamięci, kieruje działaniem i na inne jeszcze sposoby integruje zdolności jednostki do orientacji” [45]. De facto ego jest w dużym stopniu uzależnione od id¹⁷, ponieważ to właśnie ono stanowi główne źródło energii, ale środowisko (struktura otoczenia i struktura umysłu obiektu) poprzez stałe oddziaływanie nadaje rozwojowi ego prawidłowy lub dewiacyjny kierunek. Żadne działanie ego nie jest przypadkowe, lecz kierują nim nieuświadomione motywy działające w określonym kontekście społecznym.

W początkowej fazie personel instytucji pod wpływem wzajemnego przeniesienia zaprzeczał trudnym uczuciom związanym z usamodzielnieniem K. i ulegał dziecięcemu pragnieniu „trzymania się mocno”, co pociągało za sobą niezwracanie wystarczającej uwagi na jej deficyty ego — brak „skóry psychicznej” oddzielającej jej self od obiektu i pozwalającej na rozwijanie niezależności i odrębności związanej z dorosłym funkcjonowaniem. Ta „belka w oku” personelu wychowawczego czyniła z nich właśnie „blokujący obiekt”. Kiedy zespół wychowawczy i terapeutka zaczęli intensywniej zajmować się K. i lepiej rozumieć ją emocjonalnie i rozwojowo, stopniowo rozpoczął się proces przekształcania [14] bardzo agresywnej treści myśli i wyobrażeń pacjentki

¹⁶ „Identyfikacja przylepna” — inaczej identyfikacja adhezyjna, prymitywna forma relacji z obiektem odbywająca się głównie na poziomie skóry i dostarczająca poczucia spójności poprzez ciągły kontakt z innym zewnętrznym obiektem [36, 37, 44]; mechanizm obronny, wykorzystywany w okresie niemowlęcym w fazie dermalnej/skórnej polegający na angażowaniu swojego ciała, różnych zdolności mięśniowych, werbalnych i percepcyjnych w podejmowanie działań gwarantujących doświadczenie pozostawania spójnym i kontenerowanym; metoda rozróżniania i zlepiania self i obiektu oraz formowania drugiej skóry.

¹⁷ Działanie id jest nieprzerwanym i nieuświadomionym dążeniem do bezzwłocznego zaspokojenia wszelkich egoistycznych potrzeb i pragnień, niezależnie od kosztów; motywy nieracjonalne i dewiacyjne bądź destrukcyjne w skutkach działania ego. Według Freuda id uaktywnia w ego mechanizmy obronne odziedziczone przez homo sapiens i przekazywane z pokolenia na pokolenie w trakcie rozwoju filogenetycznego gatunku (spadek po praprzodkach).

dotyczących własnego self, ponieważ zostało zrozumiane przeniesienie i przeciwprzeniesienie. Przeniesienie zdawało się pokazywać, że K. oczekiwała od wychowawców, a potem terapeutki „trzymania jej w ramionach” i zawierania jej stanów emocjonalnych, a zespół zachowywał się (poprzez identyfikację projekcyjną) jak przeciążeni, kłócący się narcystyczni rodzice (przymus powtarzania); bardziej przypominali okrutnego Boga, który mówi „wstań i idź”. Jednak stopniowe rozumienie przez terapeutkę doświadczeń przeciwprzeniesieniowych pozwoliło na lepszą ponowną integrację chaotycznych doświadczeń pacjentki i zrozumienie pierwotnego procesu psychicznego na tyle, że ustanowiono w miarę solidny fundament dla potrzebnej współpracy terapeutycznej, a pacjentka poczuła się bardziej zdolna do badania swoich instynktownych pragnień w świetle ich preedypalnej dynamiki.

Pomimo licznych trudności w radzeniu sobie z zadaniami rozwojowymi, K. stopniowo zaczęła uświadamiać sobie, że zespołowi pedagogiczno-psychologicznemu i terapeutce zależy na niej do tego stopnia, że „niewłaściwą procedurę” usamodzielnienia poszerzono o psychoterapię indywidualną w celu zapewnienia jej optymalnej opieki, dostosowanej do jej potrzeb. Jednak ze względu na delikatność i prymitywność struktur obronnych i bardzo traumatyczną sytuację relacyjną w dzieciństwie (deficyt strukturalny ego), K. trudno było akceptować wymogi techniki terapeutycznej i być w stanie zobaczyć poprzez wgląd, co się z nią działo. Niemniej trochę lepiej zaczęła radzić sobie ze swoim stanem i kryzysem. W trzecim miesiącu terapii opowiedziała sen, który miała w trakcie dłuższej przerwy terapeutycznej z powodu święta państwowego.

„Jestem w jakimś zniszczonym budynku, ni to domu, ni to szkole, w rodzinnej miejscowości, trwa bombardowanie, jestem przerażona, bo widzę wokół same zniszczone domy i próbuję gdzieś schować się. Potem obraz się zmienia i nagle spaceruję po mieście C [miejscowość, w której jest instytucja wychowawcza]. Zaglądam przez okno jakiegoś przeszklonego budynku, jakby zakładu lub szpitala i widzę, jak jakaś kobieta mówi do kogoś w innym języku i nie mogę jej zrozumieć”.

Na początku pacjentka nie miała wielu skojarzeń, jedynie przypominała sobie epizod z wczesnego dzieciństwa, kiedy matka oparzyła jej klatkę piersiową gotującym się mlekiem, w wyniku czego trafiła do szpitala. Potem obrazowo przedstawiła bolesność skóry pokrytej strupami, które długo się goiły, a ona czasami je zrywała. Następnie przeszła do terażniejszości i poruszyła temat nauczycielki, która była bardzo nieprzyjemna i krzychała na K., gdy ta nie umiała rozwiązać zadania. Następnie powiedziała, że jej dom rodzinny jest w bardzo złym stanie, bo od lat nikt tam nie mieszka, poza bezdomnymi, a przypadkowi „goście” i przechodnie dokonują zniszczeń.

Moim zdaniem przeniesienie na instytucję wyraźnie pokazuje, że pierwsza sekwencja snu reprezentuje psychiczny stan pacjentki, jej rozsypujące się w gruz self, z uszkodzonym self skórnym tożsamym ze zniszczonym obiektem/środowiskiem oraz jej trudność odnalezienia w placówce i na sesjach terapeutycznych uspokajającego, stabilizującego środowiska/obiekta, który pomógłby jej podjąć wysiłek psychiczny i przekształcić niemowlęce self w self bardziej dojrzałe oraz odróżnić się od obiektu, a tym samym zrezygnować z działania polegającego na budowaniu „drugiej skóry” (acting out). Pacjentka raczej doświadczała swojego domu (wnętrza, placówki i sesji terapeutycznych) jako zagrażającego i wciąż niszczonego miejsca z porozrywanymi, zniszczonymi granicami. Druga część snu rów-

niez miała aspekt przeniesieniowy i przedstawiała terapeutkę w postaci kobiety mówiącej w innym języku, którego K. nie rozumiała.

Przedstawiona obrazowa sekwencja marzenia sennego zilustrowała, jak materiał biograficzny i cechy przeniesienia nakładały się na siebie. W obrazie sennym wystąpiły elementy przetwarzania macierzyńskich aspektów przeniesienia na instytucję i terapeutkę.

W dalszym przebiegu terapii funkcjonowanie K. charakteryzowało się właśnie oscylacją pomiędzy lękiem depresyjnym i rozpaczą a chęcią angażowania się w samouszkadzanie ciała oraz przypominaniem i przepracowywaniem wczesnych deficytów i konfliktów preedypalnych. Proces terapeutyczny koncentrował się na przepracowywaniu przeciwprzeniesieniowej obrony pacjentki i zmierzał do nawiązania współpracy z bardziej dojrzałą stroną jej osobowości, tak by pacjentka mogła lepiej widzieć siebie w kategoriach dorastającej młodej dziewczyny i zaakceptować siebie jako dorosłą — dlatego kontenerowano lęk przed separacją i tęsknotę za dobrym obiektem. Kiedy pacjentka opuszczała instytucję, co kończyło proces terapeutyczny, wydawała się trochę bardziej pogodzona ze swoim losem, a jej wewnętrzna identyfikacja z własnym self i obrazami dobrych rodziców dopiero zaczynała kiełkować, kładąc podwaliny pod lepszą integrację jej libidinalnych i agresywnych impulsów, co poprawiało funkcjonowanie ego i relacje społeczne i mogło prowadzić do lepszego i bardziej satysfakcjonującego życia w przyszłości.

Konkluzja

Należy podkreślić, iż w terapii indywidualnej K. zostały odsłonięte ważne elementy jej funkcjonowania: deficyt strukturalny ego — brak „self skórnoego” — oraz relacja przedmiotowa oparta na adhezyjnej identyfikacji i acting outach z niewewnętrznyim obiektem, kompensująca ten brak „drugą skórą”. W początkowej fazie zalewania przytłaczającym poczuciem niepokoju i przygnębienia z powodu separacji od obiektu, krucha obrona polegająca na identyfikacji projekcyjnej i identyfikacji przyklepnej załamywały się i groziły dezorganizacją ego i rozpadem self oraz zerwaniem więzi z obiektem. Wraz z rozwinięciem objawów behawioralnych w postaci samouszkodzeń, czyli wraz ze zwiększeniem przylegania do obiektu i utworzeniem „drugiej skóry”, negatywne uczucia i lęki stopniowo zanikały. Wydaje się, iż K. dokonywała samouszkodzeń w trakcie procesu separacji-indywiduacji w celu wytworzenia „drugiej skóry”, która po pierwsze, miała chronić spoiwości self i po drugie utrzymać integrację ze środowiskiem/obiektem. Ponadto objawy behawioralne miały charakter defensywny w sensie „wyrzekania się” słabych, nieakceptowanych aspektów self-obiektu oraz zwiększania lepkości self cielesnego pozwalającego na przyłgnięcie do obiektu/środowiska (znalezienie rąk, które zapewniają fizyczne trzymanie) będącego częścią „drugiej skóry”. Poczucie zerwania (oddzielenia) self skórnoego zrównanego z obiektem relacji funkcjonuje jako trwała wrażliwość i deficyt strukturalny ego, który może utrudniać rozwój zintegrowanej reprezentacji self i obiektu, wykołecić prężanie i przywiązanie do obiektu, oraz prowadzić do zachowań destrukcyjnych, w tym samouszkodzeń dających złudzenie „drugiej skóry” i fuzji z obiektem. Z drugiej strony, wytworzenie „drugiej skóry” pozwalało chociaż częściowo odseparować się od obiektu.

Wszak czynność samouszkodzenia była kodowana przez kilka czynników jednocześnie¹⁸ i wykraczała poza pojedynczą, jednowymiarową psychodynamikę.

Dalsze dociekania badawcze w obszarze tej nieświadomej dynamiki być może przyniosłyby odpowiedź na pytanie, kiedy stan skóry zmienionej samouszkodzeniami staje się jedynie epifenomenem uogólnionej psychobehawioralnej reakcji ze strony biologicznie predysponowanego indywiduum, a kiedy objawem dewiacyjnego rozwoju? Konieczne więc jest bardziej intensywne gromadzenie indywidualnych przypadków z wykorzystaniem informacji dotyczących tła społecznego osób samookaleczających się w różnych stadiach cyklu życia i w różnych kulturach.

Piśmiennictwo

1. Favazza AR. *Bodies Under Siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. John Hopkins University Press; 1996.
2. Gmitrowicz A, Andrzejewska M, Warzocha D. Samouszkodzenia wśród pacjentów psychiatrycznych oddziału młodzieżowego. *Psychiatr. Pol. supl.* 2004; 3: 67–68.
3. Mühlkamp JJ, Claes L, Havert-Tape L, Plener P. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc. Psychiatr. Ment. Health* 2012; 6:10–18.
4. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suic. Life-Threat. Beh.* 2014; 44(3): 273–303.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 5. Arlington. American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Emerson LE. The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review* 1933; 1: 41–54.
7. Menninger KA. A psychoanalytic study of the significance of self-mutilation. *Psychoanal. Quar.* 1935; 4: 408–466.
8. Menninger K A. *Man against himself*. London: Harvest Books; 1938.
9. Gardner F. *Self-harm: a psychotherapeutic approach*. London: Brunner-Routledge and Taylor & Francis Publishers; 2001.
10. Glasser M. Aggression and sadism in the perversions. W: Rose I, red. *Sexual deviation* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press; 1996, s. 279–299.
11. Derouin A, Bravender T. Living on the edge: the current phenomenon of self-mutilation in adolescents. *Am. J. Maternal/Child Nurs.* 2004; 29(1): 12–18.
12. Freud S. The ego and the id. W: Starchey J, red. *The Standard Edition XIX* London: Hogarth; 1923, s. 26.
13. Bion WR. *Attention and interpretation*. London: Maresfield; 1970/1988.
14. Bion WR. *Second Thoughts*. London: William Heinemann; 1967.
15. Winnicott DW. *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. New York: International Universities Press; 1965.
16. Winnicott DW. *Playing and reality*. London: Routledge; 1971.
17. Casement P. *Further learning from the patient*. London: Tavistock/Routledge; 1997.

¹⁸ Np. konflikt popędów, konflikt z obiektem, lęk separacyjny, lęk przed rozpadnięciem się, lęk przed brakiem afiliacji itd.

18. Hale R. Psychoanalysis and suicide: process and typology. W: S. Briggs S, Lemma A, red. Relating to self-harm and suicide. Psychoanalytic perspectives on practice, theory and prevention. Crouch. London: Routledge; 2008, s. 13–24.
19. Bion WR. A theory of thinking. *Int. J. Psycho-Anal.* 1962; 43: 306–310.
20. Bion WR. Learning from experience. London: William Heinemann; 1962.
21. Bion WR. Attention and interpretation: A scientific approach to insight in psycho-analysis and groups. London: Tavistock Publications; 1970.
22. Adshad G. Written on the body: Deliberate self-harm as communication. *Psychoanal. Psychother.* 2010; 42(2): 69–80.
23. Freud S. Remembering repeating and working through, S.E., XII, 1958, pp.; 1914, 145–156.
24. Spitz, R. Hospitalism — an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal. Study Child* 1945; 1: 53–74.
25. Spitz R. Hospitalism: a follow-up. Report. *Psychoanal. Study Child* 1946; 2: 113–117.
26. Goldstein E. Zaburzenia z pogranicza. Gdańsk: GWP; 2003.
27. King RM, Wilson GV. Use of a diary technique to investigate psychosomatic relations in atopic dermatitis. *J. Psychosom. Res.* 1991; 35: 697–706.
28. Schier K. Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2000.
29. Martindale B. Psychoza i rodzina — czy psychoanaliza może przyczynić się do ukazania nowych perspektyw? Materiały z I Polskiej Konferencji Psychoterapii Psychoanalitycznej. Trójmiasto; 2002.
30. Anzieu D. The skin ego, tłumaczenie C. Turner. New Haven: Yale University Press; 1985.
31. Anzieu D, Tarrab G, red. A skin for thought: interviews with Gilbert Tarrab on psychology and psychoanalysis, trans. G. Tarrab. London: Karnac Books; 1986.
32. Lafrance M. From the skin ego to the psychic envelope: an introduction to the work of Didier Anzieu. W: Cavanagh SL, Failler A, Alpha R, Hurst J, red. Skin, culture and psychoanalysis Basingstoke, Houndmills, Palgrave MacMillan; 2013, s. 16–44.
33. Bick E. Notes on infant observation in psycho-analytic training. *Int. J. Psychoanal.* 1964; 45: 558–566.
34. Bick E. The experience of the skin in early object relations. *Int. J. Psycho-Analysis* 1968; 49: 484–486.
35. Meltzer D. Adhesive identification. *Contemp. Psychoanal.* 1975; 11(3): 289–310.
36. Miller D. Women who hurt themselves. A book of hope and understanding. New York: Basic Books; 1994.
37. Fonagy RJ, Target RJ. Towards understanding violence: The use of the body and the role of the father. W: Perelberg RJ, red. A psychoanalytic understanding of violence and suicide. London: Routledge; 1999.
38. Bliss S. The internal Saboteur: Contributions of W.R.D. Fairbairn in understanding and treating self-harming adolescents. *J. Soc. Pract.* 2010; 2(24): 227–237.
39. Bowlby J. Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolesc. Psychiatry* 1978; 6: 5–33.
40. Platt S, Bille-Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crept P, De Leo D, Haring C, Lonngvist J. Parasuicide in Europe: The World Health Organisation/Euro Multicentre Study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992; 85: 97–104.
41. Kobierzycki T. Filozofia osobowości, wyd. I, Warszawa: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2001.
42. Bilikiewicz A, Strzyżewski W. Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1992.

-
43. Księga rodzaju 3, 19.
 44. Clarkson LL. Autistic features encountered in the worlds of „as-if”. W: Clarks LL, red. The Klein tradition: lines of development — evolution of theory and practice over the decades. London: Routledge; 2018.
 45. Erikson EH. Childhood and society. New York: Norton; 1993.

Adres: b.kiluk@uwb.edu.pl