

PSYCHOTERAPIA 1 (164) 2013

strony: 67–78

Beata Boćwińska-Kiluk

## ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNE W ŚWIETLE PSYCHOANALIZY — ANALIZA PRZYPADKU

### A PSYCHOANALYTIC APPROACH TO SELF-HARM — A CASE STUDY

Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku

Katedra Edukacji Międzykulturowej

Kierownik: prof. dr hab. Jerzy Nikitorowicz

*W artykule przedstawiona jest definicja i charakterystyka zachowań autoagresywnych oraz ich rozumienie w świetle koncepcji psychoanalitycznych: teorii popędów, psychologii ego, teorii relacji z obiektem i psychologii self. Ilustrację hipotez dotyczących związku pomiędzy zachowaniem autodestrukcyjnym a konfliktem wewnątrzpsychicznym stanowi analiza przypadku samookaleczającej się 17-letniej dziewczyny przebywającej w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym.*

**self-harm  
adolescent patient**

**Summary:** Self-harm is described as a wide range of things that people do to themselves in a deliberate and usually hidden way, which are damaging. Some forms of self-harm carry a serious risk, but this does not mean that someone's self-harm is always intending to cause themselves serious injury or death. Psychoanalysis is mainly interested in exploration of the unconscious mind. Usually, the interpretation of the biographic (personal) events during the psychoanalytical cure is able to settle the frame of the individual's psychopathology. The use of the play technique had opened a new field of investigation of the unconscious. The observation of children's play express their fantasies and anxieties. Research shows that children's play could be situated within the framework of the ego's attempts to defend itself from instinctual conflicts in order to work them out. This leads to the conception of symbolism, a psychic mechanism that is essential for development of the ego. As an example of the above theses a description of dynamics inner world dynamics of seventeen years old girl who undertook acts of self-mutilation are quoted.

### Wprowadzenie

Środowisko psychoanalityczne podkreśla znaczenie wczesnych okresów życia jednostki w dalszym jej rozwoju. Czasami dzieci płacą ogromną cenę za dysharmonię pomiędzy sobą a rodzicami, „ich pozorną adaptacją i utajone cierpienia przybierają cały swój destrukcyjny charakter w okresie dojrzewania” [1, s. 55], wtedy często wszystkie wcześniejsze niepowodzenia w relacji z matką ujawniają się, a czasem przyjmują postać różnorodnych objawów, które mieszczą się na kontinuum od zaburzeń zachowania po zaburzenia psychiczne lub zachowania przestępcze związane z poważnymi zaburzeniami osobowości. Do takich zachowań należą zachowania autoagresywne.

Przedmiotem artykułu są zachowania autodestrukcyjne rozumiane z perspektywy psychoanalitycznej, która nie ma bogatej literatury w piśmiennictwie polskim, aczkol-

wiek ukazały się pozycje dotyczące pracy psychoterapeutycznej czy psychoanalitycznej z dziećmi i młodzieżą [2–7].

### Definicja i charakterystyka zachowań autoagresywnych

W literaturze zagranicznej samookaleczenia definiuje się jako *self-injury*, *self-harm*, *self-mutilation* [8], a w polskim jako *samouszkodzenie*, *autoagresja*, *samoniszczenie* [9]. Współcześnie podkreśla się odmiennność tego zjawiska od aktów samobójczych.

Za zachowanie autodestrukcyjne uznaje się każde „zachowanie, które bezpośrednio lub pośrednio zagraża zdrowiu lub życiu człowieka, a podejmowane jest dobrowolnie i intencjonalnie” [10, 22]. To „akt polegający na celowym zadawaniu bólu i/lub ran swemu ciału, pozbawiony jednakże intencji samobójczej” [11, 21]. Reguły kulturowe oceniając ich potencjalną szkodliwość przyczyniły się do wyróżnienia autoagresji bezpośredniej — zagrażającej życiu (samobójstwo) lub zdrowiu (przedawkowanie leków, samouszkodzenia), oraz autoagresji pośredniej — zagrażającej zdrowiu (złe odżywianie się, nadużywanie alkoholu i innych używek, ryzykowny seks, prowokowanie innych do zachowań agresywnych wobec siebie, wypadkowość). Część zachowań autoagresywnych została usankcjonowana kulturowo (tatuacje, przekłuwanie części ciała nosa, uszu) i uznana za normalne zachowanie, a niektóre formy obłożono mianem dewiacji i patologii (przecinanie i nakłuwanie skóry, bicie części ciała, szczypanie, robienie siniaków, podpalanie, polewanie się substancjami żrącymi i trującymi i picie ich, wbijanie ostrych przedmiotów, wrywanie włosów, paznokci, łamanie kości, przedawkowywanie leków itp.) [10]. Do grupy zachowań autoagresywnych należy także zespół Münchhausena, który odnosi się do osób kreujących świadomie objawy choroby somatycznej lub psychicznej w celu zdobycia uwagi i atencji innych, często personelu medycznego [12].

### Zachowania autoagresywne bezpośrednie w świetle teorii psychoanalitycznych

Założenia klasycznej psychoanalizy stworzonej przez Zygmunta Freuda rozwijają współczesne koncepcje: teoria popędów, psychologia ego, teoria relacji z obiektem i psychologia self. Każda z nich nieco inaczej ujmuje i wyjaśnia źródła oraz mechanizmy powstawania samouszkodzeń, co z kolei pozwala tworzyć lepsze procedury diagnostyczno-terapeutyczne [13]. Z perspektywy teorii popędów, której przedstawicielem jest sam Freud [14] samookaleczenia są manifestacją wypartego nieświadomego konfliktu pomiędzy popędami śmierci i życia, które nie mogą być utrzymane w obrębie struktury psychicznej i dlatego pojawiają się symptomy. Ego jest zbyt słabe, żeby poradzić sobie z żądaniami id i wymaganiami superego [15]. Słabość ego wynika z obsadzenia pierwotnych obiektów, które zostały ponownie zrekonstruowane w ego, a więc kateksję obiektu zastąpiła identyfikacja z nim. Skutkiem tej identyfikacji pochodzącej z wczesnego dzieciństwa jest uformowanie się superego, które reprezentuje najistotniejsze właściwości rozwojowe jednostki i stanowi trwały wyraz wpływów rodziców, którzy niejako stają się kamieniem węgielnym całej osobowości. Superego wymierza kary, ale i chroni ego przed niebezpieczeństwami.

Impulsywność jest związana ze słabą zdolnością ego do zawierania i modyfikowania popędów i niepokojów incestualnych wywołanych przez konflikt wewnętrzny, który ostatecznie znajduje ujście w impulsywnym zachowaniu w celu szybkiej ucieczki lub roz-

ładowania tego popędu lub afektu. Zachowania autoagresywne bezpośrednie, dewiacyjne należy uznać za — po pierwsze — przejaw instynktu śmierci, który wygrywa w konflikcie z popędem życia, ale jednocześnie przyodziewa jego szaty, po drugie — identyfikację z karzącymi rodzicami budującymi superego o tych samych cechach, i po trzecie — za samokaranie za nieakceptowane uczucia i myśli.

Zdaniem ortodoksyjnych psychoanalityków, hołdujących tradycyjnej teorii popędów, wszystkie zaburzenia, a więc także samookaleczenia, mogą być następstwem wcześniejszych faz (oralnej, analnej, fallicznej i edypalnej) psychoseksualnego rozwoju, do których jednostka zregresowała się albo w których się zafiksowała. Dlatego na przykład samookaleczenia mogą być diagnozowane jako zafiksowanie się w fazie fallicznej, w której pragnienia edypalne są silnie przeżywane i łączą się z niepokojem, że rodzic ukarze masturbacyjne fantazje uszkodzeniem ciała [16]. Dlatego na preedypalnym, diadycznym poziomie rozwoju samookaleczenie wiąże się z fallicznym zadaniem / falliczną fazą? i może być spostrzegane jako powtórzenie seksualnych pragnień i masturbacji, które przejściowo chronią przed poczuciem bezradności wynikającej z malejącego przekonania i słabnącej nadziei, że kiedykolwiek otrzyma się miłość od upragnionej matki, co może być powodem trudności w rozwoju dojrzałej tożsamości [16, 17]. Na poziomie trójkątnym nierozwiązanie edypalnego problemu może implikować samouszkodzenia powiązane z fantazjami dotyczącymi różnych rozwiązań konfliktu edypalnego.

Kompulsywną naturę samookaleczeń można też wyjaśniać prymatem zasady przyjemności. Zgodnie z teorią popędów autoagresję należałoby ujmować jako inwersję libidinalnej energii, która nie znalazła ujścia w normalnej aktywności, we wściekłość, wywołującą neurotyczne symptomy i zakłócającą zdolność do miłości i pracy. Nieprzyjemne natężenie niezaspokojonych potrzeb libidinalnych implikuje ich rozładowywanie w zachowaniach sadomasochistycznych. Kompulsywne zachowania autoagresywne mogą być widziane jako automatyczne, lecz nieprawidłowe, próby znalezienia ujścia dla infantylnych instynktownych napięć, które ego podejmuje bez świadomego rozumienia ich znaczenia.

Przedstawiciele psychologii ego Anna Freud [18] i Heinz Hartmann [19] poszerzyli teoretyczne konceptualizacje dewiacyjnych zachowań podkreślając ich adaptacyjną funkcję. Ta perspektywa przesunęła uwagę na interakcje pomiędzy wyborem specyficznego sposobu samookaleczania się a strukturą charakteru samouszkodzającej się jednostki — dlatego, że wybór formy samookaleczenia może jednocześnie reprezentować wysiłki podejmowane w celu naprawienia deficytów ego, regulację afektu i adaptacyjną odpowiedź na stresujące okoliczności życia. Stąd wniosek, iż samookaleczenie może bardziej służyć rozwojowi niż regresywnej funkcji. Akt samouszkodzenia jest w służbie ego, które próbuje obronić się przed prymitywnymi i sadystycznymi impulsami. Stąd zachowanie autoagresywne można uważać za perwersję reprezentującą pragnienia ego związane z kontrolą i opanowaniem instynktownych życzeń oraz działanie służące interesom ego. Dlatego perwersyjne zachowanie, takie jak samouszkodzenie, może również pełnić funkcję obronną poprzez wyzwalenie ulgi i łagodzenie niemożliwych do tolerowania afektów. Osoby dokonujące samookaleczeń mają deficyty ego oraz zewnętrzną regulację emocji. Hipotezy o zewnętrznej regulacji zostały klinicznie udokumentowane dla używających kokainy, heroiny, amfetaminy [20–22]. Zgodnie z tym przypuszczeniem samouszkodzenie staje się „narkotykiem” powodującym zmniejszenie odczucia przemocy i wewnętrznej martwo-

Ciało przyjmuje rolę kontenera zawierającego niebezpieczne części jednostki, a przemoc wobec ciała służy uwolnieniu zamrożonej wściekłości i uczuć bezsilności. Jednostka doświadcza zemsty i iluzji panowania. Samouszkodzenia można uważać za perwersyjną formę miłości lub za ochronną formę nienawiści, w której jednostka szuka ulgi bez prawdziwej troski o siebie (przenicowanie doświadczeń wiktyimizacją). W podsumowaniu punktu widzenia teorii popędów trzeba podkreślić, iż samookaleczenia są wynikiem nie tylko popędów, ale i relacji jednostki z ważnymi osobami we wczesnym okresie życia. Bardzo ważne dla zrozumienia zachowań autodestrukcyjnych jest uchwycenie dynamiki wewnętrznej i mechanizmów obronnych, którymi posługuje się niedojrzałe ego. Jeśli chodzi o zachowania autoagresywne duże znaczenie wydają się mieć takie mechanizmy, jak identyfikacja z agresorem i zaprzeczanie. Deficyty rozwojowe ego oraz środowiska wiążą się z ograniczeniami i funkcjonowaniem ego. Ego w obliczu lęku broni się uruchamiając pierwotne mechanizmy obronne i adaptacyjne. Deficyty ego utrudniają dojście do ładu ze swoją rzeczywistością wewnętrzną (konfliktami wewnętrznymi) i zewnętrzną, i implikują wypracowanie kompromisu w postaci autodestrukcji.

W teorii relacji z obiektem preedypalna faza separacji-indywiduacji jest uważana za krytyczną. Separacja-indywiduacja jest procesem, w którym jednostka rozwija możliwość utrzymania stałej odrębności reprezentacji self od reprezentacji innych [23]. Z perspektywy teorii relacji z obiektem samouszkodzenie może być rozumiane jako niepowodzenie w utrzymaniu tej odrębności. Odrębność self od obiektu jest niezbędna do wewnętrznej regulacji poczucia wartości i tolerowania samotności, inaczej jednostka staje się bezradna, ma niewyobrażalną depresję i czuje intensywny niepokój, kiedy jest samotna. Osoba z tym typem trudności może zaspokoić swoje potrzeby fuzji zachowaniami samouszkodzającymi. Samookaleczenie staje się wehikułem stabilizowania wewnętrznego świata i regulacji nietolerowanego niepokoju lub depresji. W ten sposób jednostki ze słabymi funkcjami ego traktują ciało jak częściowy obiekt przejściowy, który zewnętrźnie reguluje wewnętrzne afekty i zapewnia potrzebę komfortu. Dla Winnicotta używanie obiektów przejściowych gra ważną rolę w procesie indywiduacji-separacji [24]. Na przykład kocyk dziecka zyskuje funkcję matczynej regulacji. Dziecko przenosi tę funkcję z matki na kocyk i w końcu internalizuje matczyną reprezentację do self. W rezultacie separuje się od omnipotentnych opiekunów i może położyć kres dziecięcej wielkościowości [25].

Ponowne ustanowienie omnipotentnej kontroli może być centralną dynamiką patologii samookaleczeń. Jednostki przejawiające takie zachowania próbują odzyskać kontrolę nad utraconym obiektem poprzez zadawanie obrażeń swojemu ciału jako obiektowi przejściowego. Można też przychylić się do ustalenia, iż autoagresywne zachowania reprezentują edypalne seksualne pragnienia, które są odwróceniem narcystycznych potrzeb. Kompulsywne uszkodzenia stają się centralną obroną, używającą samookaleczenia do uprawomocnienia wspaniałej iluzji, że reprezentowany świat może być omnipotentnie kontrolowany. Można się dopatrzeć, że jednostki samookaleczające się traktują swoje ciało jak obiekty przejściowe — używane, uwielbiane, kalane i następnie porzucane. Tak więc zachowanie autoagresywne, podobnie jak branie narkotyku, jest ucieczką przed bólem, wściekłością, depresją i paraliżującą apatią.

W konkluzji należy zaakcentować, iż zachowania autoagresywne w tym nurcie psychoanalitycznym wiążą się z zaburzeniami osobowości będącymi efektem zatrzymania się

rozwoju ego na poziomie paranoidalno-schizoidalnym lub trudnościami pojawiającymi się w przepracowywaniu kompleksu Edypa w związku z brakiem właściwej opieki macierzyńskiej we wczesnym okresie życia dziecka. Trudność matki (opiekuna) w towarzystwie dziecka w rozwoju mogła wynikać z kilku powodów. Po pierwsze z samej konstytucji dziecka (psychicznej i/lub fizycznej). Po drugie z jej własnych problemów wewnętrznych (niedojrzałość, zaburzenia osobowości, choroby i zaburzenia psychiczne) i/lub zewnętrznych (brak wsparcia ze strony środowiska, brak męża lub innej osoby wspierającej, utrata ważnej osoby lub pracy, choroba somatyczna). Wczesna relacja matka — dziecko stała się, trudno podlegającą zmianie konstelacją budującą świat wewnętrzny podmiotu oraz warunkującą przeżywanie lęki i sposoby radzenia sobie z nimi w cyklu życia [26]. To oznacza zdolność utrzymywania i wchodzenia przez podmiot w relacje jedynie z obiektem częściowym, który jest traktowany jako część self. Faza separacji-indywiduacji nie powiodła się i w efekcie ego wciąż posługuje się pierwotnymi mechanizmami obronnymi. W obliczu lęków prześladowczych, które pojawiają się natychmiast, gdy rzeczywistość nie jest zgodna z oczekiwaniami, ego pod naporem wściekłości id i wymogów superego, którym nie może sprostać, podejmuje zachowanie zmierzające do obniżenia napięcia i dokonuje autoagresji kalecząc część ciała, która w fantazji zlała się z prześladowczym obiektem, stanowi jego reprezentację, i której aktywność naraża ego na przeżywanie frustracji. A podmiot wcześniej lub później zaczyna przejawiać zachowania autoagresywne i kaleczy, uszkadza tę część swojego ciała, która została utożsamiona z obiektem zewnętrznym, na który została dokonana projekcja złych części i destrukcyjnych impulsów dziecka (prawdopodobnie ta część ciała była najbardziej pobudzana w relacji z obiektem i impulsy płynące z niej budziły lęki prześladowcze). Ego posługujące się zasadą przyjemności w obliczu frustracji uaktywnia pierwotne mechanizmy obronne. Zaprzeczaniu niemożliwej do zniesienia sytuacji wewnętrznej, którą uaktywnia zewnętrzne zdarzenie, i rozszczepianiu ego i obiektu towarzyszy mechanizm identyfikacji projekcyjnej, który pozwala umieszczać nieakceptowane nienawistne części self i obiektu w obiekcie utożsamionym z częścią lub całym ciałem, i poddawać ją okrutnym praktykom uszkadzania. Sam akt autoagresji należy uznać za acting out [27] i rozegranie tego, co dzieje się w psychice. Zachowanie autoagresywne pełni funkcję komunikacyjną, jest jedynym sposobem, w jaki podmiot może opowiedzieć własną, wypartą historię rozgrywającą się pomiędzy nim a budzącym przerażenie obiektem, przeważnie matką, która nie potrafiła zapewnić dziecku poczucia bezpieczeństwa i na której podmiot chce wymóc opiekę poprzez identyfikację projekcyjną. W ten sposób zmusza otoczenie do podjęcia jakiejś roli i kontroluje je. Jeśli podmiot osiągnął fazę edypalną, to akt autoagresji można rozumieć jako rozpaczliwe atakowanie tej części ciała, której aktywność zagraża dobrym relacjom z obiektem.

Z perspektywy psychologii self samookaleczenia można widzieć jako powtórzenie nieudanych prób naprawy centralnych deficytów w spoiwości struktury psychicznej. Osoby przejawiające takie zachowania niekoniecznie muszą mieć narcystyczne zaburzenia osobowości, ale często mają jakieś trudności z narcyzmem? Za Kohutem [28], przedstawicielem tego kierunku, można widzieć narcystyczne zaburzenia jako centralną patologię w zachowaniach autoagresywnych? Jego poglądy na psychodynamikę uzależnienia od alkoholu można bezpośrednio odnieść do zrozumienia samouszkodzeń. Jądrzem trudności, tak jak u narcystycznych osób, jest brak wewnętrznej struktury. Jednostka samookalecza

się, żeby zredukować niepokój i zwiększyć poczucie wartości, przy braku adekwatnych wewnątrzpsychicznych bogactw i zasobów. Osoba dokonująca samookaleczeń próbuje regulować poczucie wartości kompensując deficyty self oraz obawę przed regresywną fragmentacją. Podobnie jak osoba zbyt narcystyczna, jednostka samookaleczająca się demonstruje pokaz wielkościowości, żeby zamaskować brak poczucia bezpieczeństwa. Narcystycznie zaburzone osoby tęsknią za podziwem i lustrzanymi odbiciami, ponieważ nie mają wewnętrznych źródeł dostarczających szacunku i aprobaty. Zachowania autoagresywne wiążą się z deficytem self, który wynika z braku empatycznego odzwierciedlenia przez matkę żywotnego i prawdziwego self dziecka, jego wielkości i ważności. Ma to siłę wydarzenia traumatycznego przebiegającego przed oddzieleniem się lub po oddzieleniu się self od obiektu, uszkadzającego ego i tożsamość dziecka oraz pozostałe struktury aparatu psychicznego. Nadmierna frustracja może prowadzić do całkowitego lub częściowego zerwania więzi ze wspierającym obiektem, powstrzymującym nienawistne ataki na self obiekt utożsamiony z jakąś częścią swojego ciała zgodnie z twierdzeniem, że ego jest cielesne. Można powiedzieć, że ciało jest jedynym wciąż żywym aspektem self podmiotu, które przetrwało traumę, a strauumatyzowane ego za pomocą pierwotnych mechanizmów obronnych i zachowań obronnych broni się przed psychozą lub fragmentacją. Tak więc autoagresja paradoksalnie służy ochronie. Ego po to, żeby przeżyć, poświęca siebie, swoje prawdziwe self i rozwija self fałszywe zgodne z pragnieniami obiektu sprawującego nad nim opiekę w sposób destrukcyjny.

Środowisko dziecka stosujące wobec niego jakąś formę nadużycia lub krzywdzenia w przekazie transgeneracyjnym zmusza je do dziedziczenia autoagresji. A więc w tym nurcie uważa się, iż zachowania autodestrukcyjne są efektem parentyfikacji [3–5, 29], czyli nadużywania dziecka przez obiekt matczynej poprzez zamianę pasywnego na aktywne. W efekcie dochodzi do zatarcia się granic pomiędzy ego a obiektem. Dziecko — pełniące rolę obiektu częściowego dla matki, która je nienawidzi i w sposób świadomy lub nieświadomy tępi wszelkie przejawy autonomii, indywidualności i tożsamości — przejmuje ten wzorzec i podobnie odnosi się do swojego self cielesnego i innych ludzi. Uwewnętrzniona skłonność wchodzenia tylko w relacje diadyczne jest powielana w cyklu życia. Związki przyjmują podobny wzór, jaki miały relacje dziecka z ważnym obiektem. Jednostka atakując swoje self cielesne identyfikuje się z karzącym aspektem rodzica, z jego superego, i tak traktuje ciało jak samo czuło się traktowane. Rany psychiczne i uszkodzenia self są komunikowane przez ciało, które dziecko identyfikuje jako część siebie, nie mając swojego self psychicznego, będąc klonem swojego obiektu, od którego się nie oddzieliło. Patrząc na akt samookaleczenia przez pryzmat mitu o Edypie, należy widzieć w adolescencji Edypa, który w podróży przez życie — w celu ochrony dobrego obiektu i self przed morderstwem — wciąż okalecza sam sobie nogi, kiedy tylko na jego drodze stanie frustrujący obiekt. Podmiot z takim bagażem życiowym, szukając prawdy o sobie i swoich rodzicach, oraz o swojej tożsamości, nie może znieść swoich seksualnych pragnień wobec matki ani agresywnych wobec ojca lub odwrotnie (w zależności od płci). Opuszcza swoich rodziców, ale wciąż wpada w tę samą dekorację swojego świata wewnętrznego — w ramiona matki, dla której jest fetyszem, która nie zapewniła mu właściwej opieki i dopuściła do zajęcia przez niego miejsca ojca w jej umyśle i łożu; w końcu zabija ojca w rywalizacji o nią i postępuje wobec siebie podobnie jak jego biologiczni rodzice — uszkadza swoje ciało.

W konkluzji należy podkreślić, że zgodnie z założeniami psychologii self, zachowanie autoagresywne podmiotu jest wypadkową zderzenia się kruchego aparatu psychicznego dziecka z destrukcyjnym rodzicem, który nadużywał je i wykorzystywał do własnych celów, uniemożliwiając mu prawidłowy rozwój ego i separację, a tym samym „zmusił” do transgeneracyjnego dziedziczenia zespołu Münchhausena [12, 30]. Choroba ta najczęściej jest zauważana, kiedy podmiot wchodzi w wiek dorastania, kiedy kryzys normatywny zmusza go do podjęcia zadań rozwojowych tego okresu życia [30].

Syndrom Münchhausena po raz pierwszy został opisany przez Richarda Ashera [32, 33], który nazwał tak zaburzenie psychiczne występujące u dorosłych, którzy „świadomie i potajemnie fabrykują symptomy chorobowe lub je dramatycznie wyolbrzymiają w celu otrzymania medycznej opieki, wielokrotnych hospitalizacji, w końcu z niewyjaśnionych powodów występują przeciwko zaleceniom medycznym dalej symulując chorobę” [33, s. 77]. Obecnie w DSM-IV zostało ono sklasyfikowane jako pozorowanie choroby [12]. Istotą tej choroby jest stały lub okresowo występujący impuls prowadzący do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia i życia o właściwości imperatywu. Świadome mistyfikowanie choroby może przyjąć różne formy fizyczne, od obgryzania paznokci do krwi, przez kaleczenie się, do pozabawienia się życia, lub psychiczne, takie jak obrażanie siebie w myślach, niezaspokajanie swoich potrzeb itd. Słowo „świadome” oznacza, że człowiek wie co robi, ale nie wie, dlaczego jest subiektywnie zniewolony do określonej czynności. Podejmowane zachowanie ryzykowne ma siłę imperatywu, który został określony przez Immanuela Kanta jako bezwarunkowa konieczność dokonania czynu, niezależnie od korzystnych czy niekorzystnych skutków [35]. Osoby, których syndrom dotyczy, czyli adolescenti i dorośli, najczęściej ukrywają fakt ranienia się lub prawdę o jego etiologii przed otoczeniem, a ujawniając rany manipulują otoczeniem wciągając je w swoistą grę. Samookaleczający się najczęściej przedstawiają siebie jako jednostki słabe, krzywdzone, nadużywane przez innych jednocześnie z zadawaniem sobie ran. Sprawiają wrażenie osób, które czują przymus wypełniania swojego umysłu bólem i obrażeniami, oraz za wszelką cenę chcą ściągnąć uwagę otoczenia, czy to pozytywną, uzyskując pomoc, czy to negatywną doświadczając kolejnego krzywdzenia lub innej kary, czasami obu jednocześnie. Wydaje się, iż w ten sposób próbują nie kontaktować się ze swoją wewnętrzną pustką i nienawiścią do pierwotnych, niedostępnych lub nadużywających obiektów rodzicielskich. Objaw niejako chroni te osoby przed psychozą lub fragmentacją. W historii ich życia widocznych jest wiele nadużyć. Objaw to przymus powtarzania przeżytej traumy, od której nie można się uwolnić. Narracja doświadczeń odbywa się poprzez podejmowanie działania, które jest próbą aktywnego powtarzania w nieskończoność destrukcyjnych przeżyć, które były doświadczane w sposób pasywny. To pozwala uwolnić się od bezsilności [36, 37].

Zdaniem badaczy zagranicznych i polskich w tym aktywnym pokonywaniu urazu leży wolumen sprawstwa, to znaczy dalszego przekazu przemocy — w odniesieniu do własnego ciała [5]. Ponieważ doświadczenia z wczesnych okresów życia są bardzo bolesne i wyparte do nieświadomości, terażniejsze działania i czyny odzwierciedlają niedostępną przeszłość w bardzo obrazowy sposób. Ciało osób z zespołem Münchhausena jest dla nich rodzajem obiektu przejściowego. Z jednej strony stanowi ono niezależny żywy organizm, a z drugiej jest rodzajem fetysza, z którym mogą postępować według własnej woli. Posiadanie nad ciałem całkowitej kontroli daje im iluzję panowania nad nim i nad wewnętrzną konstelacją

nienawistnych obiektów. Osoby te często nie potrafią utrzymywać długotrwałych relacji z innymi ludźmi, ponieważ proces różnicowania self i obiektu nie przebiegł pomyślnie, i obecnie ma szczątkowy charakter. Ten fakt wiąże się z pochodzeniem z rodzin dezorganizujących poczucie bezpieczeństwa i kulturotwórczo stresujących — w rezultacie ciało zaczęło pełnić funkcję wyrażania i uwalniania własnego napięcia i lęku. Parentyfikacja zrodziła określony typ konfiguracji struktury psychicznej określane zaburzeniami osobowości [38]. Osoby z zespołem Münchhausena niejako uważają swoje ciało za swoje dziecięce self i przez nie pragną uzyskać opiekę czy zainteresowanie. W ten sposób ich wewnętrzna pustka wypełnia się relacjami z innymi osobami — terapeutą, lekarzem, pracownikiem socjalnym, które: primo — gwarantują pozostawanie w relacjach interpersonalnych, negatywnych lub pozytywnych, secundo — zmniejszają lęk przed osamotnieniem, porzuceniem, śmiercią, i tertio — chronią przed budzącymi grozę obiektami pierwotnymi, czyli światem, w którym wilk Hobbesa przyjmuje formę *deviant cases*. Symptomy są utrzymywane w służbie wewnętrznego status quo. Identyfikacja z agresorem i traktowanie swojego ciała w sposób, w jaki odczuwana była opieka, chroni strauumatyzowane ego przed konfrontacją z prawdziwym wydarzeniem urazowym — separacją lub stratą. Otoczenie, obserwując działania podmiotu, czuje się pomieszane, jak kiedyś podmiot. W procesie diagnostycznym ważne jest zrozumienie symbolicznego znaczenia objawu i namacalnego zysku, jaki z niego czerpie osoba chorująca. Niestety, nie jest to zadanie łatwe, ponieważ w dynamice wewnętrznej najczęściej dominuje zaprzeczenie, rozszczepienie oraz kreowanie fałszywego wizerunku siebie. Udzielenie pomocy często nastęrcza poważnych problemów, ponieważ objaw chroni też wyobrażenie posiadania w przeszłości „dobrych rodziców”. Zbiór tych wszystkich czynników ogranicza podstawowe pole manewru ego — myślenie i rozumienie, a tym samym hamuje możliwości rozwojowe.

### Autoagresja w okresie dorostania — analiza przypadku

Dziewczyna lat 17, gimnazjalistka, została skierowana orzeczeniem sądu do Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego z powodu zachowań o charakterze demoralizacji — absencji szkolnej, nadużywania narkotyków i alkoholu oraz częstego przebywania poza domem wśród zdemoralizowanych osób. Nadzór kuratora sądowego nie przyniósł poprawy. Dziewczyna pochodziła z rodziny niepełnej. Była nieślubnym dzieckiem bardzo młodej dziewczyny, która została matką w wieku 17 lat. Sama nie miała wykształcenia i sprawiała trudności wychowawcze. Po urodzeniu dziewczynka została odebrana matce przez babcię (nieformalnie) i przez nią wychowywana ze względu na tryb życia matki. Obie kobiety mieszkały razem. Dziewczynka przez długi czas mówiła do babci „mamo”, a do mamy po imieniu. Jej mama i ojciec krótko byli razem z powodu częstych awantur i konfliktów oraz przemocy. Ojciec często wychodził z domu i nie wracał. Nadużywał alkoholu i narkotyków. Za dealerstwo trafił do więzienia, gdzie został zabity nożem przez współwięźnia.

Dziewczyna przejawiała trudności wychowawcze od dzieciństwa. Od I klasy gimnazjum zaczęła często wagarować, a następnie właściwie przestała chodzić do szkoły. Podejmowała prace zarobkowe na budowie. Do ośrodka została przywieziona przez policję i od razu ujawniły się zachowania agresywne w stosunku do wychowawców i konflikty z innymi dziewczynami. Odmawiała jakiegokolwiek podporządkowania się regulaminowi. Po samo-



okaleczeniu — przecięcie nadgarstków — została skierowana na rozmowę do terapeuty. W trakcie niej skarżyła się na złe relacje z innymi dziewczętami, które stosowały wobec niej przemoc fizyczną i psychiczną, biły po twarzy i straszyły, bez pozwolenia brały jej rzeczy, czytały pamiętnik. Twierdziła, że szukanie pomocy u wychowawcy nic nie dawało. Zdaniem wychowawców sama prowokowała innych do takich zachowań. Personel ciągle karał ją odbieraniem przywilejów i udzielaniem nagan za agresywne zachowanie i samo-okaleczanie. Z rozmowy z terapeutą wynikało, że zachowanie autoagresywne nastąpiło po kłótni i zerwaniu z chłopakiem, który wygadał się, że kieruje samochodem po spożyciu alkoholu, co w niej wzbudziło agresję. Potem dziewczyna dostała telefon od jego kolegi z informacją, że chłopak miał wypadek i leży w szpitalu. Jej mama bardzo nie lubiła tego chłopaka, a darzyła sympatią wcześniejszego. Był nim 42-letni mężczyzna, który oszukiwał w kwestii wieku, twierdząc, że ma 25 lat. Dziewczyna przyznała, że zawsze ciągnęło ją do starszych mężczyzn. Bardzo wcześnie zaczęła samowolnie wychodzić z domu i szukać ich towarzystwa, pić z nimi, palić papierosy i siedzieć przed blokiem. Na pytania matki, co z nimi robi, odpowiadała, że nic. Z babcią notorycznie dochodziło do kłótni na tym tle.

Dziewczyna nie знаła swojego ojca, matka na początku unikała tego tematu, aż w końcu powiedziała, że jej ojciec nie żyje. Od tego czasu dziewczyna bardzo intensywnie zaczęła poszukiwać informacji o nim i jego grobu. Odnalazła brata ciotecznego swojego ojca i jego siostrę, którzy opowiedzieli jej o ojcu i jego życiu. Była na cmentarzu z mamą i jej nowym partnerem, ale nie mogli odnaleźć grobu ojca. Oni poddali się, a ona się uparła, że będzie szukała, aż znajdzie. Na razie się jej to nie udało. Od mamy dowiedziała się, iż ojciec często bił ją, używał pięści jako argumentów, gdy coś nie szło po jego myśli, bo był „narwany” i w ten sposób próbował zmusić ją do określonych zachowań, przywołać do porządku. Dziewczyna nabrała przekonania, iż gdyby ojciec żył, to również stosowałby przemoc wobec niej, bił ją pasem, gdyby zachowywała się tak jak teraz — piła alkohol, nie chodziła do szkoły, paliła papierosy. Przemoc uważała za metodę wychowawczą świadczącą o trosce i przejawie zainteresowania, pewien środek dyscyplinujący. Obecnie chłopakowi zdarzało się uderzyć ją pasem. Dziewczyna nie lubiła obecnego partnera mamy, z którym była ona związana od dłuższego czasu. Twierdziła, że mama nie kocha go. Mężczyzna ten próbował nawiązać relację z dziewczyną, chciał się do niej zbliżyć. Kilka razy podwoził ją do szkoły, ale zawsze dochodziło do kłótni, w efekcie której ona nagle wysiadała, bo albo nie chciała zapiąć pasów, albo on za wolno jechał. Nie chciała, żeby mama wyszła za niego za męża, chociaż dostała pierścionek zaręczynowy. Powiedziała, że jej pokój jest obity gąbką, dźwiękoszczelny — może się w nim zamykać i słuchać bardzo głośnej muzyki. Czasami partner mamy wchodził do niej i coś mówił, ale odpowiadała, że nic nie słyszy.

### Diagnoza dynamiki wewnętrznej

Dziewczyna przeżywa kryzys wewnętrzny związany z brakiem ojca jego śmiercią oraz tym, że nie ma oparcia w matce i babce. Jest zalana uczuciami złości, wściekłości, gniewu, żalu, smutku. Bardzo cierpiała z powodu braku ojca, co implikowało chęć przebywania w towarzystwie starszych mężczyzn — wtedy w jej nieświadomych fantazjach była z ojcem (dobrą zajmującą się nią matką). Informacje, które zebrała o ojcu zużytkowała na inkorpo-

rację, utożsamienie się z jego sposobem życia i funkcjonowania, identyfikację z nim, przez co on żyje jak gdyby w niej, jest nią — czy też ona nim — i to ją uwalnia od przeżywania jego śmierci i braku, procesu żałoby. Picie i palenie jest formą manifestacji więzi z nim, bliskości, szacunku, akceptacji jego reguł. Inaczej musiałyby być tak wściekła na niego za to, że nią się nie zajmował, a wolał narkotyki niż ją, że miałyby ochotę go zabić. Ta złość i wściekłość do niego jest w próbach samookaleczenia siebie, zadawania sobie ran ciętych ostrymi przedmiotami podobnymi do noża. Ona wtedy w nieświadomej fantazji chce zranić, zabić ojca, zadaje mu ból taki, jaki sama odczuwała, gdy jej go brakowało, gdy czuła się przez niego porzucona, stąd samookaleczenia występują, gdy pokłóci się z chłopakiem. Wtedy wszystkie uczucia związane z byciem niechcianą, bezradną, osamotnioną, porzuconą wracają z gwałtowną siłą. Matka ani babcia nie potrafiły sprawować adekwatnej opieki nad nią, ani pomóc jej przeżyć stratę ojca. Dziewczyna zamknęła się w swoim dźwiękoszczelnym świecie i wszystkie osoby i instytucje, które próbowały i próbują jej pomóc, nie mogą przedrzeć się przez jej muzykę. Muzykę, której słucha. Głośna muzyka, której słucha to właśnie wściekłość, złość, gniew, rozpacz. Jej ego nie może się rozwijać, gdyż brak jest rozumiejącego, wspierającego środowiska. Dziewczyna została porzucona przez matkę i ojca, co wzbudziło uczucia bólu, smutku, osamotnienia, żalu, a następnie wściekłości i gniewu. Brak ojca w jej nieświadomej fantazji jest utratą dobrej, kochającej, rozumiejącej matki. Ego w miejsce ojca wstawiło fantazję o jego trosce i dobrej rodzinie, co wiązało się z przebywaniem w towarzystwie starszych mężczyzn i poszukiwaniem informacji o nim, żeby nie czuć smutku, żalu, złości, gniewu, rozczarowania i bezradności, oraz agresywnymi impulsami id w stosunku do matki i szukaniem dobrego obiektu. To pozwoliło na inkorporowanie ojca i identyfikację z nim. Superego zostało ukształtowane przez introjekt ojca i jego styl życia, i implikuje zachowania autoagresywne — picie alkoholu, samookaleczenia, które ściągają uwagę matki i jej opiekę oraz innych osób/instytucji w jej zastępstwie. Ego wycofało się i zamknęło poprzez zaprzeczanie. Rozwój ego jest możliwy, jeśli opanuje się impulsy id i rozwinię superego opiekuńcze. W tym celu należałoby pomóc dziewczynie „odnaleźć grób ojca” i swoje prawdziwe self, następnie przeżyć jego śmierć i brak (a tym samym niedoskonałość matki). Utrata zainteresowania nauką wynika z ograniczenia ego i dążności do dorosłości wolnej od obowiązków szkolnych, żeby nie czuć bezradności i słabości.

Jej superego właściwie stało się ideałem ego i wyrosło z tęsknoty za dobrymi rodzicami, czyli takimi, którzy sprawowali nad nią opiekę i ją chronili. Niestety, jest ono głównie karzące i dochodzi do głosu, gdy pojawia się niepokój incestualny i nieakceptowane myśli i uczucia, za które ona siebie karze okaleczając swoje ciało i tym samym przywołuje superego opiekuńcze, które opatrzy rany. Wtedy może poczuć chwilową ulgę i mieć fantazję, że ma troszczących się rodziców i że jest wciąż żywa.

### Podsumowanie

Rozważania dotyczące natury autoagresji — czy jest ona wrodzona, czy reaktywna — nie pozwalają wypracować wspólnej platformy psychoanalitycznej, ale prowadzą do rozumienia jej polaryzacji. Autoagresja pozytywna służy samoobronie i pokonywaniu trudności, a negatywna — przemocy i destrukcji. I o ile zachowania samobójcze, morder-

cze i sadyzm są formami powiązаныmi z drugim biegunem, o tyle w przypadku zachowań autoagresywnych ich umiejscowienie nie jest już takie proste, w myśl starej maksymy, głoszącej, że „najlepszą obroną jest atak”. Podstawową funkcją ego jest zabezpieczenie przetrwania self nawet jeśli manifestuje się autoagresją.

### Piśmiennictwo

1. Nakov A. Oko, które słyszy. *Psychoter.* 2008; 1: 55–58.
2. Schier K. *Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie.* Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2000.
3. Schier K. *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową.* Gdańsk: GWP; 2005.
4. Schier K, Zalewska M. *Krewni i znajomi Edypa. Kliniczne studia dzieci i ich rodziców.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2002.
5. Schier K. *Gdy umysł opiekuna budzi trwogę — mechanizm powstawania zaburzeń psychosomatycznych i zespołu Münchhausena by Proxy? Materiały z V Konferencji Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej.* Gdańsk: 2006; s. 28–45.
6. Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń.* Warszawa: Wydawnictwo Scholar; 2009.
7. Boćwińska-Kiluk B. *Konsultacja terapeutyczna jako forma wspierania prawidłowego rozwoju ego adolescenta przejawiającego zachowania typu acting out.* *Psychoter.* 2009; 3: 31–42.
8. Favazza AR. *Bodies under siege. Self-mutilation in culture and psychiatry.* London: Baltimore; 1992.
9. Kubacka-Jasiecka D. *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja.* Kraków: Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
10. Suchańska A. *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności.* Poznań: Wyd. Nauk. WAM; 1998.
11. Babikier G, Lois A. *Autoagresja, mowa zranionego ciała.* Gdańsk: GWP; 2002.
12. Wciórka J. *Psychopatologia, t. I.* W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria.* Wrocław: Urban & Partner; 2002.
13. Cierpiałkowska L, Gościński J. *Współczesna psychoanaliza. Modele konfliktu deficytu.* Poznań: UAM; 2005.
14. Freud Z. *Poza zasadą przyjemności.* Warszawa: PWN; 1997.
15. Joseph B. *Pozycja paranoidalno-schizoidalna.* W: Badd S, Rusbridger R, red. *Współczesna psychoanaliza brytyjska. Podstawowe zagadnienia.* Warszawa: Oficyna Ingenium; 2008.
16. Freud Z. *Popędy i ich losy.* W: Rosińska Z, red. *Freud.* Warszawa: PWN; 2002.
17. Freud Z. *A child is being beaten, a contribution to the study of the origin of sexual perversions.* W: Strachey J, red. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, t. 17.* London: Hogarth; 1958.
18. Freud A. *Ego i mechanizmy obronne.* Warszawa: PWN; 2004.
19. Hartmann H. *Ego Psychology and the problem of adaptation.* London: Imago; 1958.
20. Khantzian EJ. *The self-medication hypothesis of substance disorders: a reconsideration and recent applications.* *Harvard Rev. Psychiatrii* 1997; 4(5): 231–244.
21. Khantzian EJ, Mack JE. *How AA works and why it's important for clinicians to understand.* *J. Subst. Abuse Treat.* 1994; 11(2): 77–92.

22. Milkman H, Frosch W. On the preferential abuse of heroin and amphetamine. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1973; 156: 242–248.
23. Cashdan S. *Object relations therapy: Using the relationship.* New York: W.W. Norton; 1988.
24. Winnicott DW. *Zabawa a rzeczywistość.* Gdańsk: Wydawnictwo IMAGO; 2011.
25. Graham A, Glickauf-Hughes C. Object relations and addiction: The role of „transmuting externalizations”. *J. Contemp. Psychother.* 1992; 22(1): 21–33.
26. Boćwińska-Kiluk B. Jakość przywiązania w relacji matki z dzieckiem jako predyktor występowania zaburzeń więzi u dzieci i dorosłych. W: Rostowska T, Lewandowska-Walter A, red. *Małżeństwo i rodzicielstwo a zdrowie.* Toruń: Adam Marszałek; 2012, s. 352–373.
27. Segal H. *Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej.* Gdańsk: GWP; 2006.
28. Kohut H. *The analysis of the self.* New York: International Universities Press; 1977.
29. Namysłowska I. System rodzinny a zaburzenia psychosomatyczne. W: Szewczyk L, Skowrońska M, red. *Zaburzenia psychosomatyczne dzieci i młodzieży.* Warszawa: Wydawnictwo Emu; 2003.
30. Dowling D. Poison glue. The child’s experience of Münchhausen syndrome by proxy. *Child. Psychoter.* 1998; 2(24): 307–326.
31. Brzezińska A. *Modele i strategie zmiany rozwojowej.* W: *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 1.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
32. Asher R. Münchhausen’s syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339–341.
33. Cremona-Barbaro A. The Münchhausen syndrome and its symbolic significance: an in-depth case analysis. *Brit. J. Psychiatry* 1987; 156: 76–79.
34. Bhatia MS, Jagawat T, Gupta C. Münchhausen’s syndrome: a case report. *Indian J. Med. Sc.* 1999; 2: 77–80.
35. Kant I. *Krytyka praktycznego rozumu.* Warszawa: PWN; 1972.
36. Plassmann R. Münchhausen syndromes and factitious diseases. *Psychother. Psychosom.* 1994; 1–2: 7–26.
37. Plassmann R. Psychoanalysis of self injury. *Schweiz. Rundschau Med. Prax.* 1995; 31–32: 859–865.
38. Marcus A, Ammermann C, Klein M, Schmidt MH. Münchhausen syndrome by Proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatr.* 1995; 4: 229–236.

Adres: bkiluk@wp.pl