

Janina Fisher

VINDECAREA PĂRȚILOR FRAGMENTATE ALE SINELUI

*Cum putem aduce sens
și integrare în procesul terapeutic
de recuperare în urma traumei*

Traducere din limba engleză:
OANA-MARINA BADEA

EDITURA  HERALD
București

Pentru cei mai înzestrați profesori ai mei:

Toți cei care au supraviețuit traumelor și care mi-au oferit o fereastră către lumea lor interioară. Ei au fost experții care m-au învățat ce trebuie întotdeauna să spun și ce anume să nu spun niciodată. Ei mă inspiră până în ziua de astăzi să găsesc noi modalități de a-i ajuta să-și vindece rănilor.

Îi sunt profund recunoscătoare Barbarei Watson, care m-a învățat cât de important este să fii o sursă de inspirație pentru ceilalți mai mult decât să îi tratezi, cât de important este să râzi mai mult decât să plângi și cât de important este să îți păstrezi încrederea atunci când toți ceilalți și-au pierdut speranța.

Și recunoștința mea veșnică pentru Camille, pentru că a fost „vântul care mi-a suflat în aripi”.

CUPRINS

DESPRE CARTE	9
DESPRE AUTOARE	10
MULȚUMIRI	11
INTRODUCERE	16
01. MOȘTENIREA NEUROBIOLOGICĂ LĂSATĂ DE TRAUMĂ: CUM AJUNGEM SĂ FIM FRAGMENTAȚI	47
02. ÎNȚELEGEREA PĂRȚILOR, ÎNȚELEGEREA REAȚIILOR TRAUMATICE	70
03. SCHIMBĂRI REFERITOARE LA ROLURILE DE CLIENT ȘI DE TERAPEUT	82
04. SĂ ÎNVĂȚĂM CUM SĂ NE UITĂM LA „PĂRȚILE DE SINE”: O INTRODUCERE ÎN LUCRUL CU PĂRȚILE	118
05. ÎMPRIETENIREA CU PĂRȚILE NOASTRE: SĂ PLANTĂM SEMINȚELE COMPASIUNII	136
06. COMPLICAȚIILE CARE APAR ÎN PROCESUL TERAPEUTIC: ATAȘAMENTUL TRAUMATIC	175
07. LUCRUL CU PĂRȚILE CARE AU TENDINȚE SUICIDARE, CARE SUNT AUTODISTRUCTIVE, CARE MANIFESTĂ TULBURĂRI DE COMPORTAMENT ALIMENTAR ȘI DEPENDENȚE	211
08. DIFICULTĂȚI CU CARE NE CONFRUNTĂM ÎN PROCESUL TERAPEUTIC: SISTEME ȘI TULBURĂRI DISOCIATIVE	241

09. VINDECAREA TRECUTULUI: ACCEPTAREA TUTUROR PĂRȚILOR NOASTRE DE SINE	306
10. RECUPERAREA A CEEA CE A FOST PIERDUT: APROFUNDAREA RELAȚIEI CU PĂRȚILE DE SINE MAI TINERE	352
11. SIGURANȚĂ ȘI A FI BINE PRIMIT: EXPERIENȚA ATAȘAMENTULUI SECURIZANT DOBÂNDIT	388
ANEXA A	418
Cinci pași pentru „dezamalgamare”	418
ANEXA B	420
Cercul de meditație pentru părți	420
ANEXA C	423
Tehnica dialogului intern	423
ANEXA D	426
Paradigma procesului terapeutic pentru repararea atașamentului intern	426
ANEXA E	429
Jurnal al experiențelor de disociere	429
ANEXA F	431
Cele patru întrebări de împrietenire	431

DESPRE CARTE

Vindecarea părților fragmentate ale Sinelei. Cum putem aduce sens și integrare în procesul terapeutic de recuperare în urma traumei este o carte care combină o înțelegere a traumei, disocierii și atașamentului din perspectivă neurobiologică și o abordare practică a procesului terapeutic, toate acestea fiind comunicate într-un limbaj direct, accesibil atât clientului, cât și terapeutului. Cititorii vor fi expuși unui model care subliniază „vindecarea” – o transformare în relația cu sine prin înlocuirea rușinii, urii de sine și atribuirii de vinovăție cu acceptarea plină de compasiune. Intervențiile inedite prezentate aici se bazează pe numeroase abordări terapeutice inovatoare, între care psihoterapia senzoriomotorie (Sensorimotor Psychotherapy), terapia Sistemelor Familiale Interne (IFS, Internal Family Systems), terapiile bazate pe *mindfulness* și hipnoza clinică. După ce vor parcurge această carte, cititorii vor înțelege mai bine abordările terapeutice privind atașamentul traumatic, lucrul cu simptome și tulburări disociative nediagnosticate, vor înțelege mai bine cum să integreze [în procesul terapeutic] metode de lucru terapeutic de tip „emisfera dreaptă [a terapeutului] către emisfera dreaptă [a clientului]” și multe altele. Dar, cel mai important, vor dobândi instrumente pentru a-și ajuta clienții să își creeze un sentiment de siguranță interioară și de conectare plină de compasiune cu ei înșiși, chiar și în cazuri de profundă înstrăinare, alienare de sine.

INTRODUCERE

CUM A APĂRUT ACEASTĂ CARTE

Neavând nicio modalitate de a înțelege alienarea de sine adânc înrădăcinată sau ura de sine intensă a clienților traumatizați, terapeuții se simt adesea frustrați, încurcați și inadecvați pentru sarcina de a încerca să-i ajute. De ce par să se afle în război cu ei înșiși? Sau cu noi? Deși clientul a venit căutând eliberarea de povara unor simptome sau probleme legate de traumă, demersul de a transforma alienarea de sine în compasiune pentru sine poate părea copleșitor sau neplăcut. Nici clientul, nici terapeutul nu au un limbaj adecvat prin care să explice luptele interioare care se duc în mintea și în corpul clientului. Într-o lume în care paradigma sănătății mintale respinge noțiunea conform căreia personalitatea și identitatea pot fi fragmentate și compartimentalizate, terapeuții sunt rareori pregătiți să vadă scindările și cu atât mai puțin lupta pe viață și pe moarte pentru deținerea controlului, luptă care se poartă între diferite părți de sine ce au scopuri și instincte opuse.

Intenția mea în scrierea acestei cărți a fost să împărtășesc un mod de a conceptualiza situația în care se află cei mai complecși și mai dificili clienți care vin la noi, uneori purtători de diagnostice „la limită”, cum ar fi tulburări de personalitate, bipolaritate de tip II sau chiar schizofrenie. Pe parcursul celor 30 de ani petrecuți în domeniul tratării traumelor, eu și compatrioții mei am aflat despre traume „pe calea cea grea”, lăsându-i pe clienți să ne învețe despre lumile lor interioare, despre simptomele lor intruzive sau copleșitoare și despre senzația de a trăi într-un corp care e organizat în așa fel încât [constant] să se aștepte la anihilare sau la abandon. În lipsa unor abordări dedicate în mod special lucrului cu nevoile clienților traumatizați, cu toții „am mers după ureche”, creând tehnici și intervenții noi, văzând și păstrând ceea ce „funcționează” – fie pentru că intervențiile erau într-adevăr eficiente, fie deoarece clienților le plăcea cum îi făceau să se simtă aceste intervenții și tehnici.

În anii '90, ca instructor și supervizor la centrul pentru traumă al lui Bessel van der Kolk, am fost profund influențată de cercetările în domeniul neuroștiințelor, care începeau să revoluționeze modul în care înțelegeam trauma, dar și de convingerea lui Bessel conform căreia „corpul nu uită niciodată” (Van der Kolk, 2014). Am început atunci să privim tulburările asociate traumelor nu ca pe niște tulburări legate de evenimente, ci ca pe tulburări ale corpului, ale creierului și ale sistemului nervos. Lentila neurobiologică a mai avut drept rezultat și altă schimbare a paradigmei: dacă și creierul și corpul sunt inerent adaptative, atunci moștenirea reacțiilor la traumă trebuie să reflecte mai degrabă o încercare de adaptare, iar nu dovezi ale unei patologii.

Văzut prin lentila neurobiologică, ceva ce din punct de vedere clinic pare a fi un blocaj sau o rezistență, un diagnostic de netratat sau un comportament specific unei tulburări de personalitate reprezintă pur și simplu modul în care mintea și corpul unui individ s-au adaptat la o lume periculoasă, în care singura [sursă de] „protecție” era același îngrijitor care îl pusese pe individ în pericol. Fiecare simptom era o soluție ingenioasă a corpului de a crea o oarecare siguranță pentru copilul aflat în proces de dezvoltare sau pentru adultul aflat în pericol. Acum consider că problemele legate de traume pentru care clienții cer ajutor sunt, de fapt, „medalii pentru curaj”¹ care spun povestea despre ceea ce s-a întâmplat într-un mod mai elocvent decât evenimentele pe care și le aduce aminte în mod conștient individul.

Pe măsură ce deveneam cunoscută ca expertă în tratarea traumei, din ce în ce mai mulți clienți îmi cereau o consultație și mă întrebau: „De ce nu mă simt mai bine? Eu și terapeutul meu avem o relație minunată, dar simptomele mele nu se diminuează deloc. Oare urmez metoda greșită de terapie? Sau este ceva în neregulă cu mine?” În repetate rânduri, îi ascultam pe clienți și terapeuți spunându-mi ce anume încercaseră și nu mersese, dar nu găseam nicio „greșală” sau vreo alegere neinspirată în procesul de lucru cu trauma. Adesea, ceea ce vedeam din perspectiva de consultant era ceva ce terapeutul și

¹ În engleză, „red badge of courage”, medalie ce simbolizează atât rănille însângerate ale soldaților din luptă, cât și curajul lor. (N. red.)

clientul nu puteau vedea: clientul era fragmentat. Pentru a se adapta, clientul fusese nevoit să își scindeze sinele și identitatea atât de mult, încât lumea lui interioară devenise un câmp de luptă. Am mai observat și ușurarea pe care o simțeau acești clienți pe măsură ce îi învățam că fragmentarea disociativă este o adaptare normală la traumă. După ce le descriam mai întâi teoria Disocierii Structurale (Van der Hart, Nijenhuis și Steele, 2006), le „traduceam” apoi dificultățile folosind limbajul părților și limbajul reacțiilor de apărare pentru supraviețuire ale animalelor, piatra de temelie a teoriei Disocierii Structurale. Adesea, pe măsură ce vorbeam, observam o expresie pe chipurile lor care sugera că recunosc lucruri din ceea ce le împărtășeam, de parcă nu le spuneam ceva nou, ci ca și cum le ofeream pur și simplu limbajul necesar pentru a descrie, în sfârșit, ceea ce simțeau deja, dar nu aveau cuvintele potrivite pentru a explica. În loc să îi facă să se simtă stigmatizați sau „mai nebuni” [decât alții], modelul Disocierii Structurale părea să le aducă alinare. Principiul său fundamental, conform căruia disocierea le-a permis să se adapteze și să supraviețuiască într-o lume primejdioasă, i-a ajutat chiar și pe cei foarte mândri sau narcisici să simtă fragmentarea ca pe o validare a propriei supraviețuiri, nu ca pe o dovadă a faptului că sunt defecți.

Lucrând astfel cu o varietate de clienți, a devenit din ce în ce mai clar că, atunci când își „adoptau” sau ajungeau să-și iubească părțile rănite, pierdute sau însingurate, se întâmpla ceva remarcabil. Autodenigrarea, ura de sine și deconectarea începeau spontan să facă loc compasiunii față de sine. Deși ideea de a fi „amabili”, de „a avea grijă” sau de a da dovadă de „compasiune” față de *ei înșiși* era întâmpinată inițial cu dezgust și evitare, orice client putea fi ajutat să își „vadă” părțile-copil și să-și extindă bunătatea și generozitatea față de sine însuși. Pe măsură ce dezvoltau relații interne de atașament față de aceste părți de sine mai tinere, îi vedeam vindecându-se.

Ce înseamnă „vindecare” este, desigur, ceva subiectiv: pentru unii clienți, vindecare înseamnă recăpătarea capacității de a funcționa din nou, înseamnă să își recâștige propria viață. Dar, observându-i pe clienții care începeau să formeze legături de iubire și atașament cu părți

de sine mai tinere ale lor, puteam să văd cum apare vindecarea la un nivel mult mai profund. Faptul că i-am urmărit „creând o legătură” cu copilul care au fost cândva și simțind cum rușinea și ura de sine dispăreau din viața lor m-a convins că partea „adultă” a emisferei cerebrale stângi a fiecăruia dintre ei era capabilă să comunice cu partea-„copil” a emisferei drepte a creierului, experimentând acea parte ca fiind mică și evocând spontan o atitudine călduroasă și protectivă. Prin crearea unei legături cu copilul pierdut din interiorul lor, stările interne li s-au transformat, creând un mediu cald și iubitor în care se simțeau în sfârșit în siguranță. Cel mai benefic și mai evident rezultat era acela că activitatea nu era doar transformatoare, ci și ceva ușor de atins de către clienți, odată ce deprindeau aptitudinile fundamentale necesare pentru a forma relații interne de atașament cu părțile lor.

Cartea aceasta este menită a fi folosită de către o multitudine de terapeuți și de către o varietate chiar mai mare de clienți. Atunci când am scris-o, am sperat mai ales să analizez dificultățile pe care le întâmpină persoanele cronic traumatizate, asemenea celor care m-au căutat pentru a-mi cere o consultație. Aceștia sunt clienți tineri sau în vârstă, care se străduiesc să își revină din traumele moștenite și care se miră că probleme lor nu s-au rezolvat, în ciuda unor procese terapeutice bune, a unor scheme de tratament eficiente, a unor relații pline de susținere sau chiar în ciuda faptului că în prezent au o viață împlinitoare. De asemenea, am vrut să descriu o modalitate eficientă și respectuoasă de a lucra cu clienții traumatizați care și-au pierdut speranța și capacitatea de a funcționa, ori care depind de spitale, de familie și de cei dragi să aibă grijă de ei, care se luptă cu impulsurile autodistructive ce duc la comportamente suicidare, autovătămătoare, dependențe sau tulburări de comportament alimentar. Deși există zeci de ani de cercetări care atestă relația dintre abuzul suferit timpuriu în viață și un diagnostic ulterior de tulburare de personalitate de tip borderline, rareori se întâmplă ca pacienții cu diagnostic de borderline să fie tratați ca pacienți cu traume sau să fie recunoscuți drept indivizi ale căror simptome „borderline” iau naștere în mod logic și tragic din mediul primejdios în care și-au petrecut prima parte

a vieții. Datorită Departamentelor de Sănătate Mintală din statele Massachusetts și Connecticut, am avut oportunitatea de neprețuit de a încerca modelul de lucru terapeutic descris în această carte cu unii dintre pacienții lor aflați în situații cu grad înalt de risc și de a descoperi că, urmând un model de lucru terapeutic organizat în jurul scindării și compartimentalizării cauzate de traumă, acești pacienți puteau să se stabilizeze, să trăiască în afara zidurilor instituționale și să-și înțeleagă atacurile asupra corpului ca pe o încercare curajoasă a unei părți [din ei înșiși] de a dobândi alinare pe termen scurt față de amintirile dureroase și implicite ale altor părți. Această carte este destinată și clienților traumatizați care au „învinși”, care au slujbe bune și familii alese iubitoare, care-și trăiesc viața din plin, dar care încă se chinuiesc să ajungă *să se bucure* de calitatea vieții pentru care s-au luptat să și-o creeze. De asemenea, această carte este menită să le ofere speranță persoanelor stabile, dar a căror calitate interioară a vieții este la fel de întunecată și de dureroasă ca trecutul lor traumatic, în ciuda siguranței, a sprijinului și a muncii pline de însemnătate pe care o întreprind în exterior.

Paradigma de lucru terapeutic descrisă în această carte nu este îndreptată către tratarea unui anumit diagnostic. Ea ar trebui să fie folosită pentru și în numele tuturor supraviețuitorilor traumelor, indiferent dacă au fost diagnosticați cu tulburare de stres posttraumatic (TSPT sau PTSD¹), dacă li s-a pus un diagnostic obișnuit asociat traumei, cum ar fi ADHD, tulburare bipolară, personalitate de tip borderline sau o tulburare disociativă, ori dacă nu s-a întâlnit niciodată cu un specialist care activează în domeniul sănătății mintale. Dacă tu, cititorule, ai fost dezamăgit, atacat, amenințat, abandonat, terorizat sau abuzat de alte persoane și încă porți cu tine povara emoțională și fizică a acelor experiențe sau dacă te străduiești să-i ajuți pe cei care au trecut prin astfel de experiențe, cred că această carte îți va vorbi.

¹ Acronimul în limba română este „TSPT” – tulburare de stres posttraumatic –, însă pentru o lectură mai ușoară vom folosi acronimul din limba engleză, PTSD, întrucât este mai cunoscut publicului larg. (N. red.)

01 MOȘTENIREA NEUROBIOLOGICĂ LĂSATĂ DE TRAUMĂ: CUM AJUNGEM SĂ FIM FRAGMENTAȚI

„Atunci când elementele traumei sunt reiterate din nou și din nou, hormonii stresului care le însoțesc gravează din ce în ce mai profund în minte aceste amintiri. Evenimentele de zi cu zi le sunt din ce în ce mai indiferente acestor oameni. Nemaifiind capabili să se implice cu adevărat în ceea ce se întâmplă în jurul lor, ei nu se mai simt cu adevărat vii. Le este din ce în ce mai greu să simtă bucuriile și neplăcerile vieții obișnuite sau să se concentreze asupra lucrurilor pe care le au de făcut. Nefiind cu adevărat vii și conectați cu momentul prezent, ei rămân captivi în trecut.”

(Van der Kolk, 2014, p. 67)

Atunci când se confruntă cu abuz sau neglijare, mai ales din partea celor pe care îi iubesc, copiii trebuie să se distanțeze psihic suficient față de ceea ce se întâmplă, astfel încât să nu fie copleșiți și să poată rămâne intacti din punct de vedere psihologic. Pentru a-și păstra o urmă de stimă de sine, de atașament față de familie și de speranță pentru viitor, victimele trebuie să se deconecteze de la ceea ce s-a întâmplat, să pună la îndoială sau să uite experiența și să renege „copilul rău (victima)” căruia i s-a întâmplat acel lucru, considerându-l ca fiind „nu eu”. Prin păstrarea unei părți „bune” din ei într-o stare de deconectare de experiența de a fi fost exploatați, copiii abuzați se folosesc de capacitatea înnăscută a creierului uman de a se scinda sau de a compartimentaliza. Acel „copil bun” poate fi maturizat precoce, dulce și generos, perfecționist, autocritic sau tăcut și timid, dar cel mai important este faptul că el sau ea are o modalitate de a se simți acceptabil și în siguranță într-o lume periculoasă. Scindarea sau fragmentarea în acest fel reprezintă o strategie adaptativă ingenioasă

de supraviețuire, însă are un preț ridicat. Pentru a se asigura că acest copil considerat a fi „nu eu” nu îi stă în cale (adică dispare din conștiință), la multă vreme după încetarea evenimentelor traumatizante, indivizii afectați trebuie să continue să se bazeze pe disociere, negare și/sau ură de sine pentru a pune în aplicare deconectarea. În cele din urmă, au supraviețuit lipsei de siguranță, abuzului și trădării cu prețul renegării sinelui lor cel mai vulnerabil și mai rănit. Fiind conștienți că modul în care se prezintă pe sine și capacitatea lor de a funcționa reprezintă doar o parte din cine sunt cu adevărat, ei se simt acum ca niște impostori. Fiindcă se străduiesc să stea departe de partea „rea” și să se identifice cu partea bună, au senzația că „simulează”, „se prefac” sau sunt ceea ce vor alții să fie. În cazul unora, această convingere de impostură naște resentimente; în cazul altora, rușine și îndoială de sine. Pentru ambele grupuri, moștenirea lăsată de traumă rămâne vie, în loc să fie vindecată.

Pe măsură ce copiii care au fost supuși abuzului continuă să crească, trecând din perioada de latență¹ către adolescență și apoi către maturitate, această scindare a sinelui sprijină alt aspect important al supraviețuirii în urma traumei: îndeplinirea cu succes a sarcinilor normale de dezvoltare, cum ar fi procesul de învățare la școală, dezvoltarea relațiilor cu semenii, găsirea unor interese asupra cărora să se concentreze și de care chiar să se bucure. Partea „bună” a copilului este liberă să se dezvolte normal, în timp ce cealaltă parte a copilului poartă urma emoțională și fizică a trecutului, caută semnele care anunță orice posibil pericol și se pregătește pentru următoarele experiențe de amenințare și abandon. Pentru a complica și mai mult situația persoanei, nici sinele considerat „eu”, nici sinele considerat „nu eu” nu au amintiri cronologice bine dezvoltate despre evenimentele traumatice care ar putea oferi un context pentru înțelegerea de sine. Dată fiind natura amintirii traumatizante, ceea ce poate fi „reamintit” tinde să

¹ Etapă în dezvoltarea copiilor descrisă de S. Freud în care impulsurile sexuale sunt în „latență”, iar copilul se concentrează asupra altor lucruri, cum ar fi învățarea, socializarea. În general, această etapă se referă la copii cu vârsta între 6 și 12 ani. (*N. red.*)

apară sub forma imaginilor, emoțiilor și reacțiilor fizice intruzive (Van der Kolk, 2006; 2014) care se ivesc spontan, fără niciun avertisment, nu ca o secvență de amintiri narative care descriu limpede ceea ce s-a întâmplat, „fără nicio urmă de îndoială”.

„MOȘTENIREA VIE” A TRECUTULUI

Fără a avea un fir cronologic clar cu privire la ceea ce s-a întâmplat, dar fiind vulnerabili în fața activării nedorite a sentimentelor și amintirilor corporale asociate traumei, oamenii rămân cu o moștenire de simptome și reacții, neavând niciun context care să le identifice ca amintiri. Persoanele care au supraviețuit unor experiențe traumatice se prezintă mai târziu la terapie cu semne de anxietate, depresie, rușine, stimă de sine scăzută, însingurare și alienare de sine sau cu probleme legate de furie, de impulsivitate și de lipsa controlului. Este posibil ca aceștia să fie afectați de tendința cronică de a se aștepta la tot felul de pericole, tendință manifestată prin frică și groază intruzivă, hipervigilență („ochi la ceafă”), rușine și ură de sine cronice, o convingere că urmează să se întâmple tot ce este mai rău, deznădejde și neajutorare, teamă de abandon, amorțeală și deconectare de propriile emoții. Sau pot ajunge la terapie ca ultimă soluție, fiindcă nu reușesc să lupte singuri împotriva dependențelor, impulsurilor de autovătămare, tulburărilor de comportament alimentar sau chiar a unei dorințe puternice ori hotărâri de a muri. Adesea, reușesc să ne spună foarte puține lucruri despre ceea ce le trezește aceste impulsuri autodestructive care le aduc o ușurare rapidă pe termen scurt, cu riscuri mari la adresa siguranței lor: „O fac ca să mă pedepsesc singur/ă”, „Mă urăsc”, „Nu merit să trăiesc”, „Sunt dezgustător/dezgustătoare – mi-aș dori să mor”. De obicei le este greu să facă legătura între aceste tipare și trecut, dar, adesea, preferă nici măcar să nu se gândească la ceea ce s-a întâmplat atunci sau să își minimizeze experiențele: „Nu a fost chiar atât de rău”.

La începuturile muncii terapeutice asupra traumei, terapeuții se bazează pe „leacul vorbirii”, cea mai larg acceptată practică din

psihoterapie din vremurile lui Freud până în prezent (Rothschild, în curs de tipărire), pentru a gestiona reactivitatea emoțională puternică a clienților traumatizați combinată cu lipsa lor de claritate privind evenimentele traumatizante. Clienții erau, de regulă, încurajați să continue să caute amintiri despre „ceea ce s-a întâmplat”, până ce stabileau un fir narativ detaliat al evenimentelor cronologice. Dar, atunci când terapeutul adopta această abordare, în loc să își rezolve trecutul traumatic, clienții erau inundați de amintiri implicite copleșitoare și reacții traumatice, ceea ce sporea simptomatologia, în loc să îi liniștească (Herman, 1992; Van der Kolk, 2014). Terapeuții au descoperit că, dacă vorbeau despre evenimentele din trecut, clienții le „retrăiau” implicit. Fără să-și dea seama, terapeutul și „copilul bun”, acum un client adult, validau în sfârșit evenimentele trăite de copilul pierdut, considerat a fi „nu eu”, dar, în același timp, activau părțile asociate traumei și declanșau amintirile implicite ale acestora. Simțindu-se din nou în pericol, părțile considerate „nu eu” strigau după ajutor, însă nici acum nu le auzea nimeni.

Eu consider de multă vreme că metoda de lucru terapeutic cu trauma trebuie să se adreseze *efectelor* trecutului traumatic, iar nu evenimentelor din trecut. A reuși să tolerezi o amintire despre o experiență îngrozitoare din trecut nu este la fel de important ca obiectivul de a te simți în siguranță *aici și acum* sau de a putea să te liniștești, spunându-ți că bătaile rapide ale inimii reprezintă doar o reacție care a fost declanșată, nu un semnal de alarmă sau de a putea să înțelegi rușinea, suferința și furia ca pe niște amintiri senzoriale ale propriilor părți de sine copil, care sunt prea fragede, incapabile să se poată alina singure. După părerea mea, integrarea evenimentelor dureroase din trecut nu poate fi obținută fără recuperarea copiilor pierduți și a părților renegate din noi înșine, fără a le îndeinde o mână de ajutor, fără a-i primi în sfârșit cu brațele deschise „acasă”, fără a le crea o stare de siguranță și fără a-i face să se simtă doriți, utili și apreciați. A fost nevoie de multe decenii de cercetări științifice pentru ca lumea clinică să accepte că abuzul suferit în copilărie reprezintă o adevărată epidemie, nu întâmplări rar întâlnite și că stresul posttraumatic netratat presupune costuri sociale uriașe,

nu doar suferință individuală. Abia în ultimii zece ani s-au răspândit la scară largă conceptele de memorie implicită și reacții la traumă induse de corp (Ogden ș.a., 2006; Van der Kolk, 2014), dar, chiar și acum, ideile teoretice despre scindare, părți ale sinelui și disociere încă sunt controversate și adesea evitate. Noi, specialiștii din domeniu, nu am normalizat compartimentalizarea în condiții de stres, deși este un fenomen mai des întâlnit decât am vrea să o recunoaștem de obicei. Într-un proces paralel, lumea sănătății mintale are o istorie de renegare a prevalenței abuzului asupra copiilor, a disocierii și a fragmentării personalității, fie prin ignorarea manifestărilor sale, fie prin invalidarea sa ca fiind „fabricată” ori „simulată”. Pentru a fi „copii buni”, în lumea tratamentului psihiatric, terapeuții au fost presăși să pretindă că „nu văd” semnele disocierii, să diagnosticheze vocile ca simptom de psihoză și să-i trateze pe clienții fragmentați „ca și cum” ar fi ființe umane întregi și integrate. După cum insistă Dan Siegel (2010), pentru a fi un om integrat, ai nevoie de „diferențiere – cu conectare”, adică de o capacitate de a face diferența între diverse părți ale sinelui, de a le numi părți, dar și de a le asocia cu alte părți și cu întregul din care fac parte. Renegarea anumitor părți de sine și supraidentificarea cu altele nu facilitează integrarea și senzația de a fi întreg și nici nu duce la crearea unui sentiment intern de siguranță care ar putea combate efectele unei lumi periculoase, neprimitoare și ostile.

VIETI PARALELE: RENEGAREA DISOCIERII

Pe parcursul dezvoltării domeniului traumei, conceptele de disociere și de scindare au fost observate a fi asociate în mod repetat cu diverse complicații ale traumei, dar au fost și constant respinse, considerate ca fiind „nu eu”, adică invalide sau necredibile în contextul sistemelor predominante de diagnosticare, așadar trebuiau să fie evitate. Una dintre dificultățile întâmpinate în procesul de acceptare a existenței scindării disociative și mai ales a tulburărilor disociative a fost absența studiilor care să ofere o bază științifică unor simptome atât de dramatice și atât de greu de tratat. Teoriile despre părți tind să fie mai degrabă metaforice decât biologice sau bazate pe știința creierului.