

Konflikt między duszą a ciałem – przypadek pani R.

The conflict between mind and body – the case of Mrs. R.

Nr DOI: 10.1515/physio-2014-0022

Agnieszka Stępień¹, Sylwia Chłodzińska-Kiejna¹, Katarzyna Salamon-Krakowska²

¹ Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław
Wrocław Medical University

² Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław
University School of Physical Education in Wrocław

Streszczenie

Dysocjacja rozumiana jest w psychologii jako niedojrzały mechanizm obronny osobowości, oparty na technikach zniekształcania rzeczywistości. Jego istotą jest zaburzenie poczucia spójności w obszarze tożsamości, pamięci, świadomości, percepcji, a w konsekwencji – działań. Wyraża się oddzieleniem uczuć, myśli i zachowań od zdarzeń, z którymi są związane, w celu utrzymania złudnego poczucia kontroli w sytuacji zagrożenia. Stanowi nieświadomy sposób radzenia sobie z trudnymi do zniesienia przeżyciami.

Opisano przypadek 57-letniej kobiety, od wczesnego dzieciństwa przejawiającej bogatoobjawowe zaburzenia z kręgu dysocjacyjnego. Naruszenie integralności między wspomnieniami, poczuciem własnej tożsamości i kontrolą ciała stało się powodem licznych prób samobójczych pacjentki, wielu hospitalizacji psychiatrycznych i nie w pełni skutecznych prób terapii. Destrukcyjny wpływ objawów psychopatologicznych odcisnął piętno na życiu, wyborach, funkcjonowaniu rodzinnym, zawodowym i społecznym pacjentki.

Słowa kluczowe: dysocjacja, kontrola, dezintegracja

Abstract

Dissociative psychopathology is understood as an immature defence mechanism of personality, based on the techniques of reality distortion. The natural cause of a disorder reflects the lack of sense of coherence between identity, memory, awareness, perception and consequently – goal orientated action. Its symptoms manifest the separation of emotions, thoughts and behaviours bound with an event in order to maintain an illusory sense of control of demanding and unbearable experience.

We describe the case of a 57-year-old woman suffering from broad range of dissociative symptoms from early childhood. Decomposition of integrity between memories, a sense of self-identity and control of the body has become the cause of numerous suicide attempts, multiple psychiatric hospitalizations and not fully effective therapy attempts. Destructive influence of psychopathological symptoms negatively influenced patient's life course, decisions made as well as family, work and social life.

Key words: dissociation, control, disintegration

Zaburzenie dysocjacyjne, klasyfikowane przed laty jako histerya, jest ściśle związane w czasie z traumatycznymi wydarzeniami, trudnymi do zniesienia problemami lub z zaburzonymi związkami z innymi ludźmi. Wielorakość symptomatyczna wynika z niemożności rozwiązania konfliktów lub problemów i przekształcania ich w liczne objawy. Szczególnie uciążliwe są deficyty ruchowe i uczuciowe – niepodlegająca kontroli utrata lub utrudnienie ruchów dowolnych, utrata czucia, utrata możliwości poruszania kończyną, niedowład lub całkowite porażenie, napady drgawkowe (do złudzenia przypominające padaczkę), znieczulenie ciała. Możliwe są również objawy psychotyczne, bardzo często trudne do odróżnienia od psy-

Dissociative disorder, classified formerly as hysteria, is closely correlated in time with traumatic events, difficult-to-manage issues or disturbed relations with other people. Multiplicity of the symptoms stems from inability to solve conflicts or problems and transforming them into numerous symptoms. The motor and sensory deficits are especially troublesome – uncontrolled loss or difficulty in body movements, loss of feeling, loss of ability to move a limb, paresis or complete paralysis, seizures (strikingly similar to epilepsy). Psychotic symptoms are also possible, often very difficult to distinguish from a psychosis of a different type [1]. Psychodynamics treats dissociation as a person's ad-

chozy innego typu [1]. Psychologia psychodynamiczna traktuje dysocjację jako adaptację osoby do osobistej historii życia wyrażającej się doświadczaniem chronicznego stresu pourazowego (realnych cierpień) z dzieciństwa. Adaptacja dokonuje się poprzez wytworzenie u pojedynczej osoby specyficznej struktury osobowości opartej na subiektywnym doświadczaniu różnych tożsamości, które współistnieją, współpracują, konfliktują się lub zwalczają się wzajemnie i stanowią odmienne stany świadomości [2].

Autorki przedstawiają przypadek pani R. – wielokrotnie hospitalizowanej psychiatrycznie z różnymi rozpoznaniem (zaburzeń adaptacyjnych, mieszanych zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowo-depresyjnych, schizofrenii, mieszanych zaburzeń dysocjacyjnych). Dla zrozumienia niepowodzeń terapii i trudności diagnostycznych, a także celem zobrazowania złożoności prezentowanego przez opisywaną pacjentkę zaburzenia niezbędna jest analiza historii jej życia.

Pani R to obecnie 57-letnia kobieta, mająca wykształcenie średnie techniczne, rozwiedziona, ponownie zamężna, matka trójki dorosłych dzieci, która po ukończeniu szkoły pracowała jako recepcjonistka, urzędniczka w księgowości, brygadystka – nieprzerwanie do 2003 r.

Była wychowywana w głęboko dysfunkcyjnej rodzinie – ojca nie pamięta, matka i ojczym uzależnieni od alkoholu, rozwiedli się. Po rozwodzie matka nawiązywała liczne relacje intymne bez zważania na potrzeby emocjonalnie i materialnie dzieci, stosowała ciągłą przemoc fizyczną i psychiczną wobec pacjentki. Z okresu dzieciństwa pani R. zachowała traumatyczne wspomnienia: „Miałam może 7-8 lat, a może rok więcej. Przyszedł z podwórka, na którym pilnowałam siostry. Zastałam wtedy w łóżku moją matkę w trakcie stosunku z facetem, który u nas mieszkał na stacji. I może to nie byłoby dla mnie żadnym szokiem, bo widziałam te rzeczy setki razy i nie wiem, czy choć dwa razy to był ten sam facet. Ale wtedy ten był dla mnie ucieleśnieniem anioła. Byłam święcie przekonana, że to był anioł z obrazka – miałam taki, jak anioł przeprowadzał dwójkę dzieci przez mostek na rzece. I zaczęłam okropnie krzyczeć i płakać, żeby tego nie robili. Tak długo się darłam, aż wściekła matka przybiegła do kuchni, złapała taki duży nóż i powiedziała, że jak się nie zamknę, to mnie zabije. Na klęcząco kazała przyrzekać, że nic nikomu nie powiem. Zamknęłam się i już nigdy głośno nie protestowałam”.

Decyzją opieki społecznej pacjentka spędziła rok w domu dziecka, który wspomina jako „najszczęśliwszy okres w życiu”.

Była przeciętną uczennicą, raczej unikała relacji z innymi uczniami, wstydząc się warunków panujących w domu i jednocześnie odczuwając bardzo silną potrzebę akceptacji przez rówieśników. Już w pierwszych latach nauki prezentowała różnorakie objawy psychopatologiczne: w trakcie jednej z przedświątecznych lekcji „słyszała” kolędy, „widziała” choinkę, „czuła” zapach ciasta, nie mogła zrobić ruchu, odczuwała nogi „jak z waty”. Doznania były bardzo realne, przerażające pacjentkę. Wielokrotnie w czasie lekcji WF odczuwała „odpływanie siły z ciała” – „ręce jak z waty”, „nie mogła kroku zrobić, ruchu wykonać”. Okresowo nie wychodziła z domu z obawy, że „upadnie, umrze, świat się skończy”. Miała wrażenie „nierealności świata, wrażenie, że to, co jest, już było, kojarzyła sytuacje z innymi – miłymi, tworzyła obrazy dające poczucie bezpieczeństwa”. Matka ignorowała objawy, wyszydzała je; pacjentka nie była ani diagnozowana, ani leczona w tym czasie.

Przez wiele lat mieszkała u babci, z którą czuła silną, „idealną” więź i której śmierć na długie lata „spowodowała pustkę”.

Po ukończeniu szkoły średniej pani R. wyjechała do dużego miasta, gdzie po raz pierwszy samodzielnie zdecydowała o wyborze pracy, zamieszkała sama, podejmowała

adaptację do ich indywidualnej historii życia, wyrażonej przez chroniczny stres powojenny (realne cierpienie) z dzieciństwa. Adaptacja następuje poprzez wytworzenie u jednostki struktury osobowości opartej na subiektywnym doświadczaniu różnych tożsamości, które współistnieją, współpracują, konfliktują się lub zwalczają się wzajemnie, stanowiąc odmienne stany świadomości [2].

Prezentujemy przypadek pani R. – hospitalizowanej psychiatrycznie wielokrotnie z różnymi rozpoznaniem (zaburzeń adaptacyjnych, mieszanych zaburzeń osobowości, zaburzeń lękowo-depresyjnych, schizofrenii, mieszanych zaburzeń dysocjacyjnych). Dla zrozumienia niepowodzeń terapii i trudności diagnostycznych, a także celem zobrazowania złożoności prezentowanego przez opisywaną pacjentkę zaburzenia niezbędna jest analiza historii jej życia.

Mrs. R. – obecnie 57-letnia kobieta, mająca wykształcenie średnie techniczne, rozwiedziona, ponownie zamężna, matka trójki dorosłych dzieci, która po ukończeniu szkoły pracowała jako recepcjonistka, urzędniczka w księgowości, brygadystka – nieprzerwanie do 2003 r.

Wychowywana w głęboko dysfunkcyjnej rodzinie – ojca nie pamięta, matka i ojczym uzależnieni od alkoholu, rozwiedli się. Po rozwodzie matka nawiązywała liczne relacje intymne bez zważania na potrzeby emocjonalnie i materialnie dzieci, stosowała ciągłą przemoc fizyczną i psychiczną wobec pacjentki. Z okresu dzieciństwa pani R. zachowała traumatyczne wspomnienia: „Miałam może 7-8 lat, a może rok więcej. Przyszedł z podwórka, na którym pilnowałam siostry. Zastałam wtedy w łóżku moją matkę w trakcie stosunku z facetem, który u nas mieszkał na stacji. I może to nie byłoby dla mnie żadnym szokiem, bo widziałam te rzeczy setki razy i nie wiem, czy choć dwa razy to był ten sam facet. Ale wtedy ten był dla mnie ucieleśnieniem anioła. Byłam święcie przekonana, że to był anioł z obrazka – miałam taki, jak anioł przeprowadzał dwójkę dzieci przez mostek na rzece. I zaczęłam okropnie krzyczeć i płakać, żeby tego nie robili. Tak długo się darłam, aż wściekła matka przybiegła do kuchni, złapała taki duży nóż i powiedziała, że jak się nie zamknę, to mnie zabije. Na klęcząco kazała przyrzekać, że nic nikomu nie powiem. Zamknęłam się i już nigdy głośno nie protestowałam”.

Decyzją opieki społecznej pacjentka spędziła rok w domu dziecka, który wspomina jako „najszczęśliwszy okres w życiu”.

Była przeciętną uczennicą, raczej unikała relacji z innymi uczniami, wstydząc się warunków panujących w domu i jednocześnie odczuwając bardzo silną potrzebę akceptacji przez rówieśników. Już w pierwszych latach nauki prezentowała różnorakie objawy psychopatologiczne: w trakcie jednej z przedświątecznych lekcji „słyszała” kolędy, „widziała” choinkę, „czuła” zapach ciasta, nie mogła zrobić ruchu, odczuwała nogi „jak z waty”. Doznania były bardzo realne, przerażające pacjentkę. Wielokrotnie w czasie lekcji WF odczuwała „odpływanie siły z ciała” – „ręce jak z waty”, „nie mogła kroku zrobić, ruchu wykonać”. Okresowo nie wychodziła z domu z obawy, że „upadnie, umrze, świat się skończy”. Miała wrażenie „nierealności świata, wrażenie, że to, co jest, już było, kojarzyła sytuacje z innymi – miłymi, tworzyła obrazy dające poczucie bezpieczeństwa”. Matka ignorowała objawy, wyszydzała je; pacjentka nie była ani diagnozowana, ani leczona w tym czasie.

Przez wiele lat mieszkała u babci, z którą czuła silną, „idealną” więź i której śmierć na długie lata „spowodowała pustkę”.

Po ukończeniu szkoły średniej pani R. wyjechała do dużego miasta, gdzie po raz pierwszy samodzielnie zdecydowała o wyborze pracy, zamieszkała sama, podejmowała

codzienne życiowe decyzje. Była akceptowana, nawiązała relacje towarzyskie, była lubiana. Nie utrzymywała w tym czasie żadnego kontaktu z matką. Opisuje ten okres „jak z bajki, objawy wszystkie minęły. Nikt nie dokuczał, nikt nie chciał bić”.

Mając w pamięci patologię związków matki, przyrzekała sobie, że „wyjdzie za mąż za pierwszego mężczyznę, z którym będzie miała relację intymną”. Z przyszłym mężem podjęła współżycie po tym, jak została przez niego zgwałcona i zaszła w ciążę. W trakcie zbliżeń wyobrażała sobie „że jej tam nie ma – oddzielała się psychicznie od swego ciała”, uczestnicząc w tej sytuacji w roli zewnętrznego obserwatora. W wieku 19 lat wyszła za niego za mąż, po czym została zmuszona przez męża do dokonania aborcji. Mąż nie pracował, znęcał się nad pacjentką psychicznie i fizycznie, zmuszał do zbliżeń. Był on patologicznie zazdrosny, podejrzliwy, oskarżał bezpodstawnie o niewierność małżeńską, niszczył ubrania, zamykał w domu, nakazał żonie zerwanie wszystkich relacji towarzyskich, czemu ta biernie uległa. Wspomnienia z tego okresu latami odciskały głębokie piętno na psychice pani R.: „Zawsze było nas dwie – ja i ta druga. Długo, bardzo długo ona panowała nade mną, od lat pozwalała jej na to. Teraz jest mój czas. Ona ciągle pozwalała sobie na to, żeby ją ktoś ranił, nie umiała się bronić, ranił ją wszyscy. Gdy wyszła za mąż, to temu nieokrzesanemu chładowi pozwoliła, by ją niszczył, aż wreszcie zaczęła zachowywać się jak skamłający pies. Przerwała ciążę, bo cham nie chciał dzieci. Płakała. Wreszcie ja wzięłam sprawy w swoje ręce i urodziłam syna. Pozwoliłam jej się nim zajmować, ale reszty pilnowałam ja. Muszę przyznać że i ja pokochałam to dziecko, tylko nie dopilnowałam i pozwoliłam, żeby go wychowała na swoje podobieństwo. Ale będę musiała nad tym pracować”.

Trójkę dzieci urodzonych w związku wychowała sama, mąż nie uczestniczył w żaden sposób w utrzymaniu rodziny ani w opiece nad potomstwem. Pani R. była przez niego wielokrotnie gwałcona. Po kolejnym akcie przemocy po raz pierwszy postanowiła o odebraniu sobie życia, po czym rozpoczęła leczenie psychiatryczne.

Po 14 latach trwania związku małżeńskiego pacjentka uciekła z dziećmi do znajomej. Spędziła tam jedną noc – szczęśliwa, że uwolniła się „od piekła”. Nie była jednak w stanie podjąć decyzji o rozstaniu – następnego dnia, za namową męża, wróciła z dziećmi do domu. Po powrocie szybko wystąpiły wszystkie objawy znane z dzieciństwa i młodości: „traci władzę w nogach, traci możliwość mowy, nie słyszy, nie czuje władzy w rękach, nie odczuwa ciała”. W tym czasie pani R. podjęła diagnostykę neurologiczną, wykluczono tło somatyczne zaburzeń. Wróciły też doznania słuchowe – w przeciwieństwie do odczuć z dzieciństwa już nie były miłe – wulgaryzowały, namawiały do samobójstwa. Pacjentka relacjonowała: „W chwili, gdy zdałam sobie sprawę, że to nie ktoś w mojej głowie, a ja sama siebie namawiam do odejścia, w pewnym sensie ulżyło mi. Zrozumiałam, że ta mała dziewczynka we mnie domaga się wypuszczenia jej na wolność. Ale ja nie mogę pozwolić jej odejść, nie mogę jeszcze raz przechodzić przez to wszystko, co było udziałem tego dziecka”.

Małżeństwo trwało 25 lat, pani R. oraz jej dzieci ostatecznie wniosły do sądu sprawę przeciwko ojcu o znęcanie się fizyczne i psychiczne. Rozwód nastąpił z winy męża, któremu sąd nakazał eksmisję.

Mimo rozvodu objawy nie mijały, stając się powodem kolejnych hospitalizacji psychiatrycznych. Dotąd pacjentkę hospitalizowano psychiatrycznie 15 razy, zarówno w oddziałach stacjonarnych, jak i na oddziale dziennym. Podjęła w sumie 8 prób samobójczych, często o charakterze acting-out w reakcji na konfliktowe sytuacje. Niezliczoną ilość

decyzji. She was accepted, established social relationships, people liked her. She did not contact her mother in this period. She describes it as “like in a fairy tale, all symptoms ended. Nobody harassed, no one wanted to beat”.

Remembering the pathology of the mother’s relationships, she promised herself that “she will marry the first man with whom she will have an intimate relationship”. She entered a relationship with her future husband after she had been raped by him and become pregnant. During the intercourse she imagined “that she was not there – she separated psychologically from her body”, participating in the situation as an external observer. At the age of 19 she married him and was forced to have an abortion. The husband did not work, abused the patient psychologically and physically, forced her to intercourse. He was pathologically jealous, suspicious, accused her without any reason of being unfaithful, destroyed clothes, closed her inside, forced her to break all the social relations, to which she passively agreed.

The memories from this period severely influenced the psyche of Mrs. R. for many years: “There have always been two of us – me and the other one. Long, very long she ruled over me, for many years I allowed her to do it. Now is my time. She always allowed herself to be hurt by someone, she could not defend herself, everyone hurt her. When she married, she allowed this churlish brute to destroy her until she began to behave like a beaten dog. She had an abortion because the brute did not want children. She cried. In the end I took matters in my own hands and gave birth to a son. I let her look after him, but I took care of everything else. I must admit I also loved this child, but I failed to control everything and I let her raise him to be like her. But I will have to work on this”.

She raised the three children born in the relationship alone, the husband did not participate in any way in supporting the family or taking care of the offspring. Mrs. R. was raped by him many times. After one of the acts of violence, she decided to take her life. Afterwards, she undertook psychiatric treatment.

After 14 years of marriage, the patient ran away with children to a female acquaintance. She spent one night there – happy that she escaped “from hell”. However, she could not decide on breaking with the husband and the next day, persuaded by him, she returned home with children. After her return, all the symptoms known from childhood and youth reappeared: “loses control of her legs, speech capability, does not hear, does not control her hands, does not feel her body”. At that time Mrs. R. was diagnosed neurologically, a somatic origin of the disorders was ruled out. Auditory sensations returned – as opposed to those from childhood, they were not pleasant – vulgar, they persuaded her to commit suicide. The patient narrated: “From the moment I realised that it is not somebody in my head, but me persuading myself to pass away, in some sense I felt a relief. I understood that this little girl in me demands being freed. But I cannot let her go away, I cannot once more go through all of that which happened to this child”.

The marriage lasted 25 years, Mrs. R. and her children eventually sued the father for physical and psychological harassment. The patient got a divorce with the husband at fault and sentence ordering his eviction.

Despite the divorce, the symptoms did not pass, leading to next psychiatric hospitalisations. So far the patient has been hospitalised psychiatrically 15 times, both in stationary wards and in the day care ward. She undertook 8 suicide attempts, often acting out in conflict situations. Innumerable times, helpless, she planned suicide. “If not for her, I could

razy, w bezradności, planowała samobójstwo: „Gdyby nie ona, mogłabym żyć spokojnie. To ona wciąż wylazi, pokazuje się, płacze i chce skończyć. Ja jestem silna, ale ona, jak wredna małpa wyrwa się i nie mogę jej utrzymać. Ma chyba kilka par nóg i rąk, robi ze mną, co chce. Nie mogę jej usadzić na miejscu. Chciała się powiesić. Tłumaczyłam, głupiej, że wisielec brzydko wygląda, że jest siny i ma język na wierzchu, ale do niej nie docierało. Udałam, że się godzę, wzięłam jeszcze dwie tabletki, żeby ją uspokoić i naszykowałam nowy wąż i zawiesiłam go nad zlewem. Powiedziałam, że to nowy wąż i szyi sobie nie pobrudzi”.

W trakcie hospitalizacji psychiatrycznej pacjentka była diagnozowana psychologicznie. Wyniki badań ujawniły znaczne nasilenie cech charakterystycznych dla różnych zaburzeń osobowości, w tym:

- cechy osobowości zależnej – potrzebuje innych, by przejęli odpowiedzialność za większość głównych obszarów jej życia, żyje w ciągłej obawie, że zostanie sama i sama będzie musiała się o siebie troszczyć;
- cechy osobowości unikającej – niskie poczucie własnych kompetencji życiowych, trudność z inicjowaniem przedsięwzięć i samodzielny działaniem z obawy przed zewnętrzną oceną i odrzuceniem, poczucie braku kontroli nad swoim życiem, braku sprawstwa;
- cechy osobowości borderline – impulsywne rozładowywanie negatywnych emocji, podejmowanie zachowań autoagresywnych, zachowania o charakterze acting-out, problemy adaptacyjne i w zakresie tożsamości psychicznej (nieadekwatny obraz siebie z nerealistyczną, zanizoną i chwiejną samooceną), stosowanie mechanizmów obronnych głównie o charakterze zaprzeczania, wyparcia, myślenia katatymiczno-projekcyjnego, dysocjacji;
- cechy osobowości dysocjacyjnej (w rozumieniu psychodynamicznym) – wyrażające się zaburzeniem mechanizmu kontroli i integracji emocji, zachowania, odczuwania cielesnego i myślenia i skutkujące wytworzeniem dwóch alter osobowości: „dorosłego” i „dziecka” [2].

Wskutek powtarzających się traumatycznych przeżyć, cierpienia psychicznego i fizycznego, poczucia utraty kontroli nad doświadczaną rzeczywistością, braku zadośćuczynienia za doznane krzywdy i braku pomocy w poradzeniu sobie z negatywnymi uczuciami (strachem, przerażeniem, wściekłością, wstydem i poczuciem winy) pacjentka zaczęła „używać” dysocjacji, jako podstawowego mechanizmu obronnego, polegającego na przechodzeniu w zmienione stany świadomości pod wpływem silnego stresu. W efekcie uruchamiała świat pozytywnych plastycznych wyobrażeń i fantazji stanowiących ucieczkę i alternatywę wobec trudnej do zniesienia rzeczywistości, a także wytworzyła dwie alternatywne, a zarazem „współpracujące ze sobą” tożsamości: „dorosłego” i „dziecka”. Tożsamość „dorosłego” zorganizowana jest wokół potrzeby odzyskania kontroli, poradzenia sobie z cierpieniem poprzez podejmowanie „racjonalnych” działań ukierunkowanych na gwarantowanie sobie bezpieczeństwa, obronę swoich praw i zadośćuczynienie (rozwód z mężem, założenie sprawy prokuratorskiej o znęcanie się nad rodziną i eksmisję z mieszkania). Tożsamość „dziecka” zorganizowana jest wokół kompulsywnego odtwarzania traumy i podtrzymywania roli ofiary. Na poziomie emocji wyraża się doświadczaniem strachu, depresji i bezsilności, poczucia krzywdy, złości, poczucia winy, oczekiwania zadośćuczynienia, opieki i wsparcia. Na poziomie myśli przejawia się negatywnym myśleniem o sobie, tendencją do masochistycznego samoponiżania, myślami samobójczymi, przekonaniem o braku możliwości uzyskania pomocy od innych. Na poziomie doznań cielesnych wyraża się objawami konwersji i somatyzacji, które w istocie swojej są odtwarzaniem pier-

live undisturbed. It is her who keeps going out, revealing herself, crying and wanting to end. I am strong, but she, like a nasty monkey, gets away and I cannot hold her down. She must have several pairs of hands and legs, she does to me whatever she wants. I cannot put her in one place. She wanted to hang herself. I explained to her that someone hanged looks ugly, has grey-blue skin and the tongue outside, but she did not take heed. I pretended to agree, took two more pills to calm her down, prepared a new hose and hung it above the sink. I told her it is a new hose and she will not make her neck dirty”.

During the psychiatric hospitalisation the patient was diagnosed psychologically. The tests revealed high intensity of the traits characterising various personality disorders, including:

- dependent personality traits – she needs others to take responsibility for most main areas of her life, lives in constant fear that she will be left alone and forced to take care of herself;
- evasive personality traits – low confidence in her competence to lead her own life, difficulty in initiating endeavours and acting independently out of fear of external evaluation and rejection, the feeling of lack of control over her own life, lack of ability to undertake something;
- borderline personality traits – impulsive unloading of negative emotions, auto-aggressive actions, acting out, issues with adjustment and psychological identity (inadequate image of herself with unrealistic, too low and uncertain self-evaluation), using defensive mechanisms, mainly negating, denial, projection thinking, dissociation;
- dissociative personality traits (as understood by psychodynamics) – expressed by a disorder of the control and integration mechanism of emotions, behaviour, corporal sensations and thinking, causing to alternative personalities to develop: an “adult” and a “child” [2].

Due to repeated traumatic experiences, psychological and physical suffering, the feeling of losing control over the reality experienced, lack of retribution for the wrongs suffered and lack of help with managing negative emotions (fear, terror, anger, shame and guilt), the patient started to “use” dissociation as the basic defensive mechanism, consisting in switching to altered states of consciousness under strong stress. As a result, she created a world of positive, tangible imaginations and fantasies, providing a refuge and alternative to the difficult-to-bear reality and developed two alternatives, “cooperating” identities: of an “adult” and a “child”. The “adult” identity is organised around the need of regaining control, dealing with suffering through “rational” actions directed at ensuring her security, defending her rights and retribution (divorcing the husband, suing him for abuse of the family and eviction). The “child” identity is organised around compulsive reliving of trauma and maintaining the role of a victim. At the emotional level it is expressed through fear, depression and helplessness, the feeling of harm, anger, guilt, expecting retribution, care and support. At the thought level – through thinking negatively about herself, a tendency for masochistic self-depreciation, suicide thoughts, the belief that receiving help from others is impossible. At the corporal sensations level – through conversion and somatisation symptoms, which essentially consist in reliving the original somatic symptom from childhood, experienced in traumatic situations (chronic weakness, fatigue, weariness, walking disorders). At the behavioural level it is expressed through auto-aggression (suicide planning and attempts), compulsively maintaining

wotnego objawu cielesnego z dzieciństwa, doświadczanego w sytuacjach traumatycznych (chronicznym osłabieniem, znużeniem, zmęczeniem, zaburzeniami chodu). Na poziomie zachowania objawia się autoagresją (planowanie samobójstwa, próby samobójcze), kompulsywnym podtrzymywaniem roli ofiary (zależność, uległość, milcząca przyjmowanie „ciosów” w przekonaniu, że „tak musi być”, zablokowanie zachowań służących obronie własnego bezpieczeństwa, oddanie kontroli nad biegiem zdarzeń w ręce „oprawcy” (męża), wycofanie z relacji społecznych lub ich zawężenie do wybranych osób (dzieci, mąż) [3, 4].

Stosowana farmakoterapia i oddziaływania psychoterapeutyczne nie przynosiły żadnej trwałej zmiany w stanie psychicznym ani nie poprawiały sprawności fizycznej pani R. Funkcjonowanie pacjentki było niezależne od leczenia, nie zmieniło się też, gdy okresowo odstawiła zalecane leki.

Przed trzema laty pani R. nawiązała znajomość z mężczyzną, która przerodziła się w trwały związek zakończony ponownym zawarciem małżeństwa. Od tego czasu nie była hospitalizowana, odstawiła wszystkie stosowane wcześniej leki. Pół roku temu zdecydowała również o zakończeniu psychiatrycznego leczenia w trybie ambulatoryjnym, co motywowała „brakiem takiej potrzeby”. Przez ostatnie 2 lata nie obserwowano żadnych opisywanych wcześniej objawów. Po wielu latach ponownie podjęła pracę zawodową. Trwały, bezpieczny i spełniony związek zaspokoił emocjonalne potrzeby pani R., wzmacniając przy tym dojrzałe formy wyrażania i zaspokajania potrzeb oraz procesy autonomii. Obserwowano utrwalenie zmiany schematów myślenia o sobie i relacji z innymi oraz zmianę zachowań pacjentki w sytuacjach stresu.

Pani R. na jednym z ostatnich spotkań terapeutycznych podsumowała: „Na świat przyszła mała dziewczynka o dwóch imionach. Pierwsza – ułożona, pogodna i grzeczna dziewczynka, pogodzona z tym, że świat jest, jaki jest. I ta druga – z syndromem Don Kichota, której jedynym celem jest naprawianie morale świata i walka z wiatrakami, które los postawił na jej drodze, czyli osobami najbliższymi, jak najpierw jej mama, a później pierwszy mąż. Lecząco się działo później, gdy życie odmieniło się i nie ma już wiatraków, a więc pozbawiona przeszkód, nieumiejąca nic więcej jak ciągle walczyć i niemająca domniemanego wroga zaczęła walczyć sama ze sobą. Czyli rozpoczęła autodestrukcję. A pierwsza? Żyje w swoim świecie. Nareszcie szczęśliwa, już wie, jak pomóc drugiej. Już nie będzie ich dwóch. Choć nie zapomniała pierwszej, już nie pozwoli panować jej nad swoim życiem”.

the role of a victim [dependence, submissiveness, taking “hits” in silence, convinced that “this is the way it has to be”, blocking actions aimed at defending her own security, surrendering the control of events to the “oppressor” (husband), withdrawing from social relations or restricting them to select persons (children, husband)] [3, 4].

The pharmacotherapy administered and psychotherapeutic treatment did not achieve any permanent change in Mrs. R.’s psychological state nor improved her physical fitness. The patient functioned the same way regardless of treatment, without changes in periods when she did not take the medicines prescribed.

Three years ago Mrs. R. established a relationship with a man which became permanent and resulted in a new marriage. Since then she has not been hospitalised and stopped taking all the previously used drugs. Half a year ago she decided also to end the outpatient psychiatric therapy, motivating it with “lack of such need”. Over the last two years none of the symptoms described above have been observed. After many years, she returned to work. A stable, secure and fulfilled relationship has satisfied the emotional needs of Mrs. R., reinforcing mature forms of expressing and satisfying needs as well as autonomy processes. A permanent change in the patterns of thinking about herself and relationships with others as well as in behaviour under stress has been observed.

At one of the last therapeutic meetings Mrs. R. summed up: “A little girl with two names came into this world. The first one well-mannered, merry and polite, reconciled with the world as it is. The second one – with the Don Quixote syndrome, whose only goal was to repair the world’s morale and fight the windmills the fate put in her way, that is first with the mother and then with the first husband. But what happened later, when the life changed and there are no more windmills? Lacking obstacles, not knowing anything other than constant fight and not having a supposed enemy, she started to fight with herself. She began self-destruction. What about the first one? She lives in her world. Finally happy, she knows how to help the second one. There will not be two of them anymore. Although she did not forget about the first one, she will not let her control her life”.

Piśmiennictwo References

- [1] Pużyński S., Wciórka J. [eds.], Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków–Warszawa 2007.
- [2] McWilliams N., Diagnoza psychoanalityczna. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.
- [3] Widiger T.A., Costa P.T. Jr, Personality and personality disorders. *J. Abnorm. Psychol.*, 1994, 103 (1), 78-91.
- [4] Zweig-Frank H., Paris J., Guzder J. Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Can. J. Psychiatry*, 1994, 39 (5), 259-264.

Adres do korespondencji: Address for correspondence:

Agnieszka Stępień
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
Wybrzeże Pasteura 10
50-367 Wrocław
agnieszka.s.stepien@gmail.com

Wpłynęło / Submitted: XI 2014
Zatwierdzono / Accepted: XII 2014