

Dysocjacja: różnorodność kontekstów i znaczeń

Monika Matecka

Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

Jowita Wycisk*

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

DISSOCIATION: VARIETY OF CONTEXTS AND MEANINGS. AN ATTEMPT OF CLARIFICATION

The matter of dissociation, widely discussed in circles of Western psychologists and psychiatrists, in Poland has not found its place in a separate book. The authors intending to fill this gap present variety of definitions and meanings associated with the term „dissociation”. They distinguish three contexts in which the term appears most frequently. Dissociation is treated - firstly, as a basis of distinguishing the dissociative disorders - secondly, as an essential mechanism impelled by hypnosis, and thirdly - as a primary psychological defense process which results in losing its adaptive function co-originate auto-destructive behaviors, among them also self-mutilations. Generally speaking, dissociation can be treated as a phenomenon which is characterized by separation of the access to the consciousness of some particular contents / emotions / sensations, which subjectively can (but does not need to) be felt as a specific, unusual, and often unpleasant state. However, such a wide definition of dissociation may become imprecise and vague, which makes it not very useful. In conclusion, the authors stress the necessity of precise definition of dissociation each time the term is used by scientists in their researches.

Pojęcie „dysocjacja” jak dotąd nie doczekało się w polskiej literaturze wyczerpującego omówienia, choć niewątpliwie całkowicie sobie na nie zasłużyło. Problematyka dysocjacji jest bowiem szeroko dyskutowana w amerykańskim i zachodnioeuropejskim środowisku, zarówno psychologicznym, jak i psychiatrycznym. Dość stwierdzić, że w Stanach Zjednoczonych doczekała się ona wydania dwóch odrębnych czasopism: *Dissociation* oraz *Journal of Trauma and Dissociation*, organizowania samodzielnych konferencji, a nawet powstania międzynarodowego stowarzyszenia zajmującego się badaniem tego zagadnienia (The International Society for the Study of Dissociation – ISSD). Wobec tak ożywionej działalności naukowej dotyczącej zjawiska dysocjacji na świecie, liczba informacji, jaką można znaleźć na ten temat w Polsce, wydaje się nieproporcjonalnie mała.

Autorki niniejszego artykułu chciałyby przynajmniej w pewnym stopniu wypełnić tę lukę, prezentując podstawowy zakres wiedzy na temat interesującego je zjawiska.

DYSOCJACJA – TRUDNOŚCI DEFINICYJNE

Termin „dysocjacja” ma już ponad stuletnią tradycję. Freud używał go jako synonimu wyparcia, sugerując jednocześnie odmienną tych dwóch pojęć, co dziś większość autorów uważa za rzecz oczywistą. Definiując mechanizm izolacji, Freud rozpatrywał go jako dwustopniowy proces, którego jednym elementem miała być właśnie dysocjacja, rozumiana jako odłączenie afektu od danego wydarzenia, drugim zaś – selektywne wyparcie komponentu afektywnego (Singer, Sincoff, 1990).

Z kolei Pierre Janet używał określenia „dysocjacja”¹ dla oznaczenia załamania, do którego dochodzi

¹ Janet używał określenia *disaggregation*, które zostało przełożone na język angielski jako *dissociation* (Whitaker, 1995).

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Jowita Wycisk, Instytut Psychologii UAM, ul. Szamarzewskiego 89, 60-658 Poznań.

email: jowita@amu.edu.pl

w integrującej funkcji świadomości i pamięci w wyniku wydarzenia traumatycznego, bądź innych czynników, takich jak gwałtowne emocje czy wyniszczająca choroba. Warto zaznaczyć, że Janet nie utożsamiał dysocjacji z mechanizmem obronnym, choć jednocześnie nie wykluczał jej pojawienia się w następstwie urazu psychicznego. Uważał, że mówienie o dysocjacji jest zasadne wówczas, kiedy zawiodą umysłowe procesy adaptacyjne, zapewniające jednostce zwykle poczucie wewnętrznej spójności i ciągłości Ja. Ich załamanie się – czyli dysocjacja – jest nie tyle wyrazem obrony, co ewentualną konsekwencją wyjątkowo silnego przeżycia (Liotti, 1999).

Obecnie w literaturze przedmiotu spotkać można niemałą liczbę definicji omawianego pojęcia, nierzadko znacznie różniących się od siebie. Poniżej przytaczamy niektóre z nich:

– mechanizm obronny, „którego istotą jest bądź brak konfrontacji dwóch procesów psychicznych (...), bądź odłączenie emocji od danej reprezentacji poznawczej (idei, sytuacji, obiektu, relacji)” (Grzegołowska-Klarkowska, 1986, s. 127–128);

– poczucie oddzielenia i zubożenia w odniesieniu do rzeczywistości własnego ciała (*Gale Encyclopedia of Psychology*, 2000);

– czasowe zawężenie strumienia świadomości obejmujące: zmienioną percepcję siebie i otoczenia (poziom poznawczy), obojętność i poczucie obcości wobec siebie samego i/lub otoczenia (poziom emocjonalny) oraz podwyższony próg wrażliwości (poziom fizjologiczny) (Orbach, 1995);

– sposób radzenia sobie z emocjonalnymi konfliktami lub stresem indukowanym przez czynniki wewnętrzne bądź zewnętrzne, polegający na czasowej zmianie zachodzącej w integrującej funkcji świadomości lub tożsamości (Horowitz i in., 1990);

– „proces psychiczny, którego efektem jest brak kontaktu z własnymi myślami, wspomnieniami, uczuciami, działaniami i poczuciem tożsamości. W czasie, kiedy osoba ulega dysocjacji, procesy kojarzenia informacji są zaburzone” (Sidran Foundation, 1994);

– brak powiązania między dwoma, zwykle połączonymi procesami psychicznymi, które zachodzą równolegle, lecz tylko jeden z nich jest aktualnie uświadamiany. W tej definicji dysocjacja nie jest bezwzględnie utożsamiana z obroną Ego (przykładem może być stan hipnozy) (Spiegel, 1990);

– cecha osobowości, dla której charakterystyczna jest „modyfikacja połączeń pomiędzy afektem, procesami poznawczymi i wolicjonalną kontrolą zachowania”, znajdująca swoje odzwierciedlenie w zmienionym subiektywnym doświadczeniu jednostki (Sanders, 1986, s. 95).

Jak widać, powyższe definicje są dość niejednolite. Dysocjacja jest w nich rozumiana jako proces psychiczny, stan wewnętrzny lub cecha osobowości. Najczęściej

przypisuje się jej funkcje obronne, przy czym niektóre charakterystyki podkreślają aspekt braku kontaktu z własną cielesnością, inne z kolei koncentrują się na braku wewnętrznej integracji określonych procesów/ odczuć/działań, nie zawężając znaczenia omawianego terminu jedynie do sfery doznań cielesnych.

Niemniej wszystkie przytoczone definicje podkreślają wyraźnie, że chodzi o czasowe rozłączenie, czy też brak kontaktu między procesami psychicznymi (lub psychicznymi i fizycznymi), i że w jego wyniku zmienia się percepcja siebie samego i/lub otaczającej rzeczywistości. Odnoszenie terminu „dysocjacja” do mechanizmu psychicznego znajduje zdecydowanie więcej zwolenników niż proste utożsamianie go z określonym stanem, co wydaje się uzasadnione choćby ze względu na zakorzenioną w psychoanalizie genezę tego pojęcia. Dodać należy również, że dysocjacja – w świetle wymienionych definicji – jawi się jako mechanizm, który może (choć nie musi) pełnić funkcję obrony Ego (do tego zagadnienia wrócimy w dalszej części artykułu).

Chcąc ułatwić poruszanie się w tak złożonej problematyce, postanowiliśmy wyodrębnić trzy najczęściej spotykane sposoby rozumienia terminu „dysocjacja”. Termin ten pojawia się mianowicie w trzech różnych kontekstach: zaburzeń dysocjacyjnych, badań nad hipnozą i radzenia sobie z wydarzeniami traumatycznymi.

DYSOCJACJA JAKO PODSTAWA WYODRĘBNIENIA ZABURZEŃ DYSOCJACYJNYCH

O dysocjacji najczęściej mówi się w kontekście zaburzeń psychicznych, które w klasyfikacji DSM IV² noszą miano zaburzeń dysocjacyjnych (*dissociative disorders*). Należą do nich: fuga, amnezja, depersonalizacja, dysocjacyjne zaburzenia tożsamości (określane wcześniej mianem osobowości wielorakiej) oraz inne, niespecyficzne zaburzenia dysocjacyjne, a według klasyfikacji ICD – 10³ także zaburzenia o charakterze konwersyjnym. Ponadto zaznacza się, że zaburzenia dysocjacyjne są blisko spokrewnione z zaburzeniami związanymi ze stresem pourazowym (*Post – Traumatic Stress Disorder*)⁴.

W tym kontekście dysocjacja rozumiana jest jako proces psychiczny, w wyniku którego dochodzi do utraty integracji pomiędzy myślami, wspomnieniami, uczuciami, działaniami i poczuciem tożsamości jednostki. W czasie, kiedy osoba doświadcza dysocjacji, procesy kojarzenia ulegają zaburzeniu i dochodzi do zerwania – zazwyczaj płynnie przebiegających – związków

² Czwarta edycja *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

³ *International Classification of Disease, 10th revision*.

⁴ Fundacja Sidran (1994) podaje, że ponad 80% osób cierpiących na dysocjacyjne zaburzenia tożsamości uzyskuje także diagnozę syndromu stresu pourazowego.

asocjacyjnych (skojarzeniowych). Towarzyszące temu często zmiany w pamięci są przyczyną subiektywnego poczucia odrealnienia i wewnętrznej dezintegracji (Sidran, 1994).

Najbardziej jaskrawym przykładem omawianych zaburzeń są dysocjacyjne zaburzenia tożsamości. Osoba cierpiąca na tego rodzaju formę patologii w różnym czasie doświadcza różnych aspektów swego Ja, które – odszczerzone – przejmują kontrolę nad jej zachowaniem i procesami umysłowymi. Dysocjacja jawi się tu jako podstawowy element mechanizmu odpowiedzialnego za powstanie i podtrzymywanie zaburzenia, gdyż za jej pośrednictwem w psychice podmiotu dokonuje się odłączenie dwóch (lub więcej) odrębnych całości, którym odpowiada niezależny sposób spostrzegania, myślenia, zapamiętywania i dokonywania samookreślenia⁵.

Używanie terminu „dysocjacja” w kontekście określania genezy danej grupy zaburzeń sprawiło, że zjawisko to zwykle utożsamia się z procesem typowo patologicznym. Tymczasem w ostatnich latach coraz więcej zwolenników znajduje pogląd, że dysocjacja jest procesem, który niekoniecznie musi nosić cechy patologii. Może on bowiem objawiać się nie tylko w zachowaniach charakterystycznych dla określonego zaburzenia (jak np. nierozpoznawanie własnego odbicia w lustrze), lecz także odnosić się do sytuacji, które są udziałem większości ludzi (Bernstein, Putnam, 1993). Każdemu z nas prawdopodobnie zdarzyło się kiedyś skoncentrować na treści filmu lub książki w takim stopniu, że nie zauważał zmian zachodzących w najbliższym otoczeniu.

Większość klinicystów zakłada, że dysocjację można rozpatrywać na *continuum* ostrości (*severity*). Przykładem takiego sposobu myślenia o zjawisku jest zaproponowane przez N.J. Nicolai spektrum dysocjacyjne (*dissociative spectrum*) (2001). Wg tego autora – w zależności od stopnia natężenia – dysocjacja wywołuje odmienne skutki. Najłżejszym z nich jest stan, w którym jednostka jest do tego stopnia zaabsorbowana daną czynnością lub myślą, że nie rejestruje zmian zachodzących w otoczeniu (jak w przykładzie podanym wyżej lub też w trakcie jazdy samochodem, kiedy kierowca po pokonaniu dłuższego odcinka trasy nie zdaje sobie sprawy ze zmian zachodzących w otaczającym krajobrazie). Większe natężenie dysocjacji charakterystyczne jest dla takich zjawisk, jak:

– głęboka koncentracja lub trans (np. istota medytacji polega na tym, że zostaje ona wywołana przez jednostkę świadomie, a zatem dysocjacja może być

procesem uruchamianym wolicjonalnie w celu rozwoju osobistego);

– depersonalizacja i derealizacja – pierwsza związana ze zmianą w percepcji siebie – przede wszystkim z poczuciem obcości i nierealności swego ciała (jakby było się kim innym i patrzyło na siebie z boku); druga wiąże się ze zmianą w oglądzie rzeczywistości zewnętrznej (przestrzeni, czasu), która wydaje się odrealniona, inna niż zwykle (por. Favazza, 1996, Jacobs, Bovasso, 1992).

Według Nicolai (*op. cit.*) dla wymienionych wyżej zjawisk charakterystyczna jest dysocjacja częściowa. Z kolei takie formy patologii, jak amnezja, fuga i dysocjacyjne zaburzenia tożsamości cechuje dysocjacja całkowita. Kryterium wyróżniającym dysocjację częściową i całkowitą jest zachowanie (bądź całkowita utrata) dostępu świadomości do przeżywanych stanów lub wykonywanych czynności. Dla przykładu, osoba doświadczająca depersonalizacji odczuwa ten stan jako specyficzny, odmienny od „zwykłego” i najczęściej stanowiący źródło dyskomfortu, lecz w pełni zdaje sobie sprawę z zachodzących wokół niej wydarzeń oraz z własnych odczuć (lub ich braku), jakich doznaje w danym momencie. Z kolei w dysocjacji całkowitej jednostka traci świadomy dostęp do określonych treści psychicznych i może odzyskać go dopiero przy zaistnieniu szczególnych okoliczności (np. wspomnienia, które podmiot uświadamia sobie pod wpływem hipnozy).

Zaproponowane przez Nicolai *continuum* natężenia dysocjacji stanowi interesujący, porządkujący projekt, którego niewątpliwą zaletą jest fakt, że znalazły się w nim zarówno najbardziej znane i najczęściej kojarzone z tym procesem zaburzenia, jak i stany występujące nader często u osób zdrowych, a także takie, które mają charakter pozytywny i są przez podmiot pożądane.

OBSZAR BADAŃ NAD HIPNOZĄ

Badania dotyczące zjawiska hipnozy pozwoliły spojrzeć na problematykę dysocjacji w szerszy sposób. Aby zerwać z tradycją utożsamiania dysocjacji z procesem wyłącznie patologicznym, przedstawiciele psychologii funkcjonalnej określili swoją koncepcję pojmowania i wyjaśniania tego zjawiska mianem teorii neodysocjacji. Mówiąc o dysocjacji w kontekście badań nad hipnozą warto podkreślić, że mamy tu do czynienia z procesem wywołanym w sposób kontrolowany i za przyzwoleniem podmiotu, który go doświadcza.

Ernest R. Hilgard (1998, por. też Spiegel, 1990), wybitny znawca dziedziny hipnozy, zwraca uwagę na charakterystyczne dla sytuacji hipnozy zmiany w zakresie kontroli funkcji motorycznych, a także na niepamięć pohipnotyczną oraz zjawisko „ukrytego obserwatora”⁶. Dla przykładu, w niepamięci pohipnotycznej osoba jest w stanie odtworzyć doznania związane z sugestią hipnotyczną dopiero w odpowiedzi na umówiony (w czasie hipnozy) sygnał. Oznacza to, że u jednostki tej

⁵ Warto podkreślić, że obecnie odchodzi się od używanego do niedawna określenia osobowości wielorakiej (Multiply Personality Disorder) w stosunku do osób cierpiących z powodu dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości w celu podkreślenia, że ujawniane przez chorego stany czy aspekty Ja są różnymi przejawami tej samej osoby.

zachodzą równolegle pewne procesy psychiczne, których części nie jest ona świadoma, mimo że postępuje zgodnie z ich treścią.

Według Hilgarda (*op. cit.*) za taki stan rzeczy odpowiedzialne są ograniczenia nałożone na wykonawcze Ego (w tym wypadku ograniczeniem jest sugestia hipnotyczna). W koncepcji tego autora wykonawcze Ego stanowi centralną strukturę kontrolną wobec poszczególnych, podległych mu struktur poznawczych, połączonych ze sobą na zasadzie sprzężenia zwrotnego. W odpowiedzi na sugestię hipnotyczną świadomość jednostki ma dostęp tylko do jednej treści psychicznej – niczym reflektor oświetlający tylko jeden obiekt, podczas gdy inne – mimo że obecne i aktywne (!) – giną w mroku.

Myśl tę rozwija w swojej koncepcji David Spiegel (*op. cit.*), zakładając istnienie kilku równoległych wejść umożliwiających poszczególnym częściom systemu przetwarzania informacji dostęp do świadomości. Podsystemy te pozornie mogą funkcjonować niezależnie – i sytuację taką określa się mianem dysocjacji. Może ona przybrać formę fizycznego poczucia dysocjacji, w której – dla przykładu – poddana hipnozie osoba doświadcza jednej ręki jako nie do końca będącej częścią jej ciała, w przeciwieństwie do doświadczenia ręki drugiej. Zmienione doznania (np. lekkość, mrowienie, odrętwienie) sprawiają, że ręka wydaje się pozostawać w innej relacji do reszty ciała niż druga ręka, tak jakby dwa oddzielne systemy interpretowania doznań cielesnych działały symultanicznie.

Jak pisze Spiegel, „dysocjacja jako model obrony implikuje istnienie dwóch lub więcej niekompatybilnych treści umysłowych (*mental contents*), które są ustrukturyowane w taki sposób, by wykluczyć się wzajemnie ze świadomości” (*op. cit.*, s. 127). Niemniej, jak podkreśla autor, zdysocjowane podsystemy – mimo iż nie są doświadczone jako całość – kontaktują się między sobą, co odbywa się zgodnie z określonymi, niedostępnymi świadomości, regułami. A zatem teoria neodysocjacji zakłada nie tyle brak połączenia między poszczególnymi podsystemami, co raczej rozłączność ich dostępu do świadomości. W danej chwili jednostka uświadamia sobie określoną treść (doznanie, wspomnienie, emocję),

nie rejestrując innych, funkcjonujących równolegle. Na fakt przepływu informacji między tymi podsystemami wskazuje wiele obserwacji klinicznych dotyczących zaburzeń dysocjacyjnych. I tak, w przypadku dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości podkreśla się, iż nierzadko aktualnie uświadamiany aspekt osobowości pozostaje w ścisłym związku z innymi, potencjalnymi aspektami danej osoby, co uwidacznia się np. w tworzeniu sojuszy między nimi.

Warto dodać, że rozważania te – pozornie dalekie od przedstawionych w poprzednim paragrafie – znajdują zastosowanie także w odniesieniu do zaburzeń psychicznych. Autor jednej z przytoczonych tu skrótowo teorii twierdzi nawet, że kliniczne ekstrema dysocjacji (jak fuga czy amnezja) stanowią rodzaj spontanicznego wystąpienia doświadczeń hipnotycznych (Spiegel, *op. cit.*). Zwraca on także uwagę na możliwość i znaczną skuteczność wykorzystania hipnozy w leczeniu tego rodzaju patologii. Formalna indukcja hipnotyczna, nastawiona na reorientację w czasie, może pomóc chorej osobie odnaleźć kontakt z oddzielnym stanem zwyczajnej tożsamości i pamięci.

DYSOCJACJA JAKO SPOSÓB RADZENIA SOBIE Z SYTUACJAMI TRUDNYMI. IMPLIKACJE DLA ZJAWISKA AUTODESTRUKTYWNOŚCI

Trzecie z prezentowanych ujęć dotyczy sposobu myślenia o dysocjacji jako o mechanizmie obronnym służącym radzeniu sobie z traumatycznymi przeżyciami. Podejście to nie jest całkowicie odrębne od zaprezentowanego wcześniej, jednak – w odróżnieniu od niego – akcentuje funkcję omawianego procesu i określa ją w kategoriach obrony Ja.

Wg tego stanowiska dysocjacja na ogół pojawia się w odpowiedzi na silnie stresogenny bodziec i pełni wówczas funkcję adaptacyjną. Oznacza to, że jednostka nieświadomie uruchamia mechanizm pozwalający jej na swoiste odcięcie się od zwykłego sposobu przeżywania, dzięki czemu minimalizuje ból, lęk i napięcie związane z określoną sytuacją. Osoby, które doświadczyły tego stanu twierdzą, że czuły się tak, jakby „stały obok siebie”, „spoglądały na siebie z oddalenia”, „były obserwatorami własnych działań” (są to zatem głównie doznania o charakterze depersonalizacji).

Roy Baumeister (por. 1991), który rozwinął koncepcję ucieczki od Ja, wspomina o dysocjacji w kontekście dekonstrukcji tożsamości, kiedy to rozległe Ja podmiotu kurczy się do wąskiego wycinka, nie kojarzącego się z przeżywanymi przez osobę trudnościami. Tego rodzaju „zabiegu” jednostka dokonuje obronnie w obliczu niepowodzenia lub stresu wywołanego zbyt wysokimi osobistymi standardami⁷. Z kolei stosowane w odpowiedzi na stres zawężenie poznawcze pozwala jednostce pozabawić sytuację trudną przykrego, negatywnego znaczenia. Skrajne konsekwencje tych i innych sposobów ucieczki

⁶ Polega ono na tym, że osoby o dużej podatności hipnotycznej, mimo iż w czasie seansu hipnotycznego zachowują się i odczuwają zgodnie z podaną sugestią, to równocześnie są zdolne do rejestrowania wrażeń sprzecznych z nią. Taki efekt uzyskiwano w trakcie przeprowadzania eksperymentu, podczas którego osoby poddane hipnozie, zgodnie z sugestią znieczulenia hipnotycznego, na poziomie jawnym (świadomie) nie rejestrowały bólu wywołanego zanurzeniem ręki w lodowatej wodzie. Jednocześnie jednak – przez automatyczne naciskanie klawisza – dawały wyraz temu, że ból ów odczuwają; pomiary wskazywały, że był on równie silny jak ten, którego doświadczały w stanie czuwania, bez sugestii hipnotycznej (Hilgard, 1998). Zjawisko to występuje u ok. 1/3 poddawanych hipnozie osób o dużej podatności hipnotycznej (Spiegel, 1990).

od Ja umożliwiają nie tylko przeżycie najbardziej dramatycznych sytuacji, lecz także podejmowanie zachowań, które w innych warunkach jednostka uznałaby za niedopuszczalne (Wojnarowski, 2001).

Można zatem sądzić, że dysocjacja – poprzez chwilową utratę kontaktu ze sferą własnych emocji i doznań – niejednokrotnie bywa strategią czasowo umożliwiającą przetrwanie. Strategia ta okazuje się wyjątkowo przydatna w chwilach zagrożenia, wobec którego jednostka jest całkowicie bezradna. Przykładem takiej sytuacji jest kataklizm, klęska żywiołowa lub wojna. Jako ilustracja mogą tu posłużyć, wykonane tuż po ataku na WTC, zdjęcia biznesmenów podążających z laptopami w rękę do budynku, który dopiero co runął. To właśnie obronny mechanizm dysocjacji i towarzyszące mu zawężenie poznawcze były odpowiedzialne za zachowanie tych ludzi, tak niezwykle w obliczu zagrożenia życia, któremu niespodziewanie musieli stawić czoło.

Innym, często spotykanym przykładem skrajnej sytuacji wymagającej tak silnej obrony Ja, jest doświadczenie przemocy fizycznej lub wykorzystania seksualnego przez dziecko. Wiele źródeł wskazuje na związek tego rodzaju przeżyć ze skłonnością do reagowania dysocjacją w późniejszym wieku (Orbach, 1995, 1995a). Najprawdopodobniej to właśnie dzieciństwo jest okresem, w którym – przy zaistnieniu wyjątkowo niekorzystnych warunków – kształtuje się tendencja do uruchamiania dysocjacji w odpowiedzi na stres. W sytuacji traumy, tego rodzaju reakcja może być dla ofiary przemocy fizycznej i/lub seksualnej jedynym sposobem uchronienia się przed doznawaniem krańcowych uczuć przerażenia, rozpacz i bólu.

W tym miejscu warto dodać, że w procesie powstawania jednostkowej skłonności do reagowania dysocjacją w sytuacjach trudnych niemałą rolę odgrywa jakość więzi dziecka z opiekunem (Cassidy, Shaver, 1999). Dla większości dzieci nowe sytuacje zwykle są źródłem niepewności lub lęku, jednak przy wystarczająco silnej i wspierającej więzi, nie prowadzą one do dezorganizacji zachowania. Tymczasem w przypadku, gdy zachowanie rodziców charakteryzuje nieprzewidywalność i brak wewnętrznej zgodności, dziecko ma trudności z wykształceniem spójnego obrazu siebie i świata, co pociąga za sobą łatwość ulegania dezintegracji psychicznej.

Skłonność do reagowania dysocjacją w odpowiedzi na uraz może ulec generalizacji na sytuacje trudne o znacznie niższym poziomie zagrożenia i, tym samym, stracić swą adaptacyjną funkcję. Dysocjacja staje się wówczas automatyczną odpowiedzią na lęk (rzeczywisty lub przewidywany) nawet w sytuacjach, które nie niosą zagrożenia. Nawet po długim czasie od wyda-

żenia traumatycznego, utrwalony wzorec obronnej dysocjacji może powrócić.

W tym kontekście zaburzenia dysocjacyjne i – przede wszystkim – zaburzenia związane ze stresem pourazowym, jawią się jako możliwa konsekwencja opisanych wyżej przeżyć, zwłaszcza dziecięcych doświadczeń gwałtu i przemocy. Częste i nieadekwatne stosowanie dysocjacji może stać się również elementem wielu innych, nie wymienionych tu zaburzeń, między innymi bywa odpowiedzialne za podejmowanie przez jednostkę różnorodnych zachowań autodestrukcyjnych.

Wśród wielu koncepcji upatrujących w dysocjacji element intrapsychniczno-mechanizmu prowadzącego do podejmowania zachowań autodestrukcyjnych (por. Schneidman, 1996, Baumeister, *op. cit.*) najbardziej interesujące i godne przytoczenia wydaje się podejście Izraela Orbacha (*op. cit.*). Autor ten na przykładzie prób samobójczych pokazuje, jak pierwotnie adaptacyjny mechanizm, w wyniku nawykowego stosowania, staje się elementem trwale ograniczającym (samo)świadomość podmiotu, przez co wpisuje się w patologiczną strukturę zaburzenia.

W ujęciu Orbacha dysocjacja jest stanem umysłu charakteryzującym się przerwami w strumieniu świadomości, co bywa określane jako: zawężenie spostrzegania i doświadczenia rzeczywistości (zarówno zewnętrznej, jak i wewnętrznej), poczucie odłączenia czy odsunięcia się od siebie samego, odrętwienie, depersonalizacja i derealizacja, brak czułości na ból oraz zniekształcone spostrzeganie własnego ciała (Orbach, 1995a). Tak rozumiana dysocjacja przejawia się na trzech poziomach funkcjonowania człowieka:

- poznawczym, np. zawężony sposób percepcji siebie i otoczenia, w skrajnych przypadkach polegający na tzw. „spozrzeganiu tunelowym”;
- emocjonalnym, np. poczucie zubożenia i wyobcowania;
- fizjologicznym, np. brak wrażliwości na ból (Orbach, 1995).

Dezadaptacyjność nadmiernej generalizacji omawianej strategii zaradczej polega nie tylko na tym, że jest ona uruchamiana zbyt często i nieadekwatnie. Jej negatywne konsekwencje związane są także z subiektywnymi odczuciami jednostki opisywanymi często jako poczucie pustki, odrealnienia czy zamrożenia, które w relacjach wielu badanych ujmowane są w kategoriach stanów bliskich śmierci. Na patogeniczny charakter tych stanów zwraca uwagę Orbach w badaniach nad genezą zachowań samobójczych u młodzieży (*op. cit.*). Wspominają o niej także inni autorzy, koncentrujący swoje zainteresowania wokół nieco innych zachowań autodestrukcyjnych – samo-okaleczeń (np. Favazza 1996, Walsh, Rosen, 1988).

Z relacji wielu osób okaleczających się i podejmujących zachowania samobójcze wynika, że akt wyrządzenia sobie fizycznej krzywdy często poprzedzany

⁷ Baumeister wspomina także o rozwojowej motywacji do podjęcia ucieczki od Ja, z jaką mamy do czynienia w świadomym akcie porzucenia Ja np. poprzez koncentrację uwagi na oddychaniu w czasie medytacji (Wojnarowski, 2001).

jest właśnie stanem dysocjacji. Jest on do tego stopnia nieprzyjemny, że jednostka, powodowana pragnieniem przywrócenia zwykłej wyrazistości doznań, dokonuje samookaleczenia. Ulgę, jaką odczuwa ona podczas zadawania sobie ran, ilustrują następujące wypowiedzi pacjentek: „Kiedy ciepła, czerwona krew spływa po mojej skórze, czuję się dobrze, znowu jestem w swoim ciele, czuję, że jestem żywa” (Eckhardt, 1998, s. 99) „Odczułam tak wielką ulgę raniąc się i widząc płynącą, czerwoną krew” (Favazza, *op. cit.*, s.275).

Widać zatem, że mechanizm, który pierwotnie miał służyć przystosowaniu, lub wręcz przetrwaniu w trudnych warunkach, w efekcie automatyzacji i nawykowego stosowania staje się katalizatorem zachowań autodestruktywnych. Z jednej strony bowiem chroni on jednostkę przed dojmującą świadomością traumatycznych doznań i dzięki temu pozwala zachować zdrowie psychiczne, z drugiej jednak – używany nadmiernie – prowadzić może do znacznego ograniczenia samoświadomości, przez co przyczynia się do podejmowania zachowań, które – mimo niewątpliwych cech samoniszczących – paradoksalnie, przywracają jednostkę życiu.

PODSUMOWANIE

Przytoczyliśmy powyżej trzy najczęściej spotykane w literaturze konteksty i sposoby określania terminu „dysocjacja”. Czyniąc to, dokonaliśmy jednak pewnej selekcji definicji i wyjaśnień związanych z tym pojęciem. Skoncentrowaliśmy się na tych definicjach, które ujmują dysocjację jako proces psychiczny lub mechanizm obronny, gdyż taki sposób myślenia o tym zjawisku jest w naszym mniemaniu najbardziej dynamiczny i w największym stopniu odzwierciedla wewnętrzne funkcjonowanie człowieka.

Zaproponowane przez nas obszary rozważań oczywiście nie wykluczają się. Można je potraktować jako różne sposoby oglądu tego samego zjawiska, przyjmujące za punkt wyjścia nieco inne kryteria i obserwacje. Bardzo atrakcyjna wydaje się teza, że we wszystkich prezentowanych podejściach w gruncie rzeczy chodzi o ten sam fenomen, którego cechą charakterystyczną jest rozłączność dostępu do (zaistnienia w) świadomości określonych treści/emocji/doznań, co subiektywnie może – lecz nie musi – być odczuwane jako stan specyficzny, odmienny od zwykłego i najczęściej przykry. Zgodnie z takim ujęciem przedmiot, natężenie, funkcja czy intencjonalność tego rozdzielenia i – co za tym idzie – jego konsekwencje dla zdrowia psychicznego jednostki mogą w każdym przypadku być inne (Suchańska, Krysińska, 2002). A zatem dysocjację należałoby uznać za proces, który cechuje zwyczajne funkcjonowanie poznawcze zdrowych ludzi, choć może także przyczynić się do rozwoju określonych form patologii, a dzieje się tak wówczas, gdy stanie się on nadużywany, obronnym sposobem radzenia sobie ze stresem i sytuacjami

trudnymi. Jednocześnie pojęcie dysocjacji odnosiłoby się także do intencjonalnie podejmowanych przez jednostkę wysiłków na rzecz osiągnięcia specyficznego stanu świadomości, co bywa motywowane potrzebą rozwoju osobistego.

Wydaje się jednak, że ten niezwykle szeroki sposób myślenia o omawianym zjawisku, którego niewątpliwą zaletą jest uchwycenie wspólnych cech pozornie różnych procesów psychicznych, czyni z dysocjacji pojęcie niewystarczająco precyzyjne, stwarzając niebezpieczeństwo określania tym mianem ogromnej liczby zjawisk psychicznych. Dlatego nie ulega wątpliwości, że pojęcie to każdorazowo wymaga jasnego zdefiniowania oraz dokładnego określenia kontekstu, w jakim występuje. W naszym przekonaniu tylko takie postępowanie badaczy i autorów może zmniejszyć panującą obecnie sytuację zamieszania wokół tego terminu i przyczynić się do jego większej użyteczności.

LITERATURA

- Baumeister, R.F. (1991). The Self against Itself: Escape or Defeat? W: Rebecca C. Curtis (red.), *The relational self. Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology* (s. 238–256). New York: The Guilford Press.
- Bernstein, E., Putnam, F. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 1, 16–25.
- Cassidy, J., Shaver, P.R. (1999). *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*. New York – London: The Guilford Press.
- Eckhardt, A. (1998). *Autoagresja*. Warszawa: Wydawnictwo WAB.
- Favazza, A. (1996). *Bodies under Siege*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press.
- Gale Encyclopedia of Psychology* (2000). 2nd ed. Gale Group.
- Grzegółowska-Klarkowska, H. (1986). *Mechanizmy obronne osobowości*. Warszawa: PWN.
- Hilgard, E. (1998). Neodysocjacyjna interpretacja hipnozy. W: J. Siuta (red.), *Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą* (s. 66–90). Warszawa: PWN.
- Horowitz M.J. i in. (1990). A Classification Theory of Defense. W: J. L. Singer (red.), *Repression and Dissociation* (s. 28–51). Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Jacobs, J., Bovasso, G. (1992). Toward the Clarification of the construct of depersonalization and its association with affective and cognitive disfunctions. *Journal of Personality Assessment*, 59, 2, 352–365.
- Krysińska, K., Suchańska, A. (w druku). *Wybrane koncepcje samobójstwa*.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of Attachment as a Model for Understanding Dissociative Psychopathology. W: J. Salomon, C. George (red.), *Attachment Disorganization* (s. 291–317). New York, London: The Guilford Press.
- Nicolai, N.J. (2001). *The Dissociative Spectrum*. <http://members.rott.chello.nl/emweringh/disso2.html>
- Orbach, I. i in. (1995a). Dissociative Tendencies in Suicidal, Depressed, and Normal Adolescent. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 4, 393–408.

- Orbach, I. (1995). Attitudes toward the Body in Suicidal, Depressed and Normal Adolescents. *Suicidal and Life – Threatening Behavior*, 25, 2, 211–221.
- Sanders, S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: a Scale Measuring Dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 95–102.
- Schneidman, E.S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Sidran Traumatic Stress Foundation (1994). *What Is Dissociative Identity Disorder?* <http://www.sidran.org/didbr.html>.
- Singer, L.J., Sincoff, J.B. (1990). Beyond Repression and the Defenses. W: J. L. Singer (red.), *Repression and Dissociation* (s. 475–498). Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Spiegel, D. (1990). Hypnosis, Dissociation, and Trauma: Hidden and Overt Observers. W: J. L. Singer (red.) *Repression and Dissociation* (s. 121–142). Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Suchańska, A., Krysińska, K. (2002). *Samobójstwo – perspektywa psychologiczna*. Konin: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa.
- Walsh, B.W., Rosen, P.M. (1988). *Self – Mutilation. Theory, Research, and Treatment*. New York, London: The Guilford Press.
- Wojnarowski, M. (2001). *Problem self o zawyżonych standardach u osób sięgających po alkohol*. Nie opublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. A. Suchańskiej w Instytucie Psychologii UAM.