

Zaburzenia związane z traumą – perspektywa teoretyczna

Igor J. Pietkiewicz*, Radosław Tomalski

Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, Uniwersytet SWPS, WZ Katowice

TRAUMA – RELATED DISORDERS: A THEORETICAL PERSPECTIVE

The aim of this paper is to discuss the notion of trauma and dissociation. Current difficulties with recognizing and diagnosing dissociative disorders result from the complexity of theories about dissociation. We elaborate on the problem of post traumatic conditions in relation to the concept of trauma-related disorders spectrum and outline the fundamental principles of the structural dissociation of the personality theory. This theory provides a useful framework to understand the psychodynamic characteristic of trauma survivors. It is also useful in the diagnostic process and treatment of dissociative patients.

Key words: trauma, adverse childhood experiences, psychic wound, structural dissociation

TRAUMA – URAZOWE DOŚWIADCZENIE CZY JEGO EFEKT?

Pierwotne znaczenia słowa „trauma”, pochodzącego z greki, odnosiło się do rany, a więc do skutku przykrego wydarzenia. Oprócz takiego znaczenia (subiektywne doświadczenie osoby z urazem psychicznym), można też spotkać się z użyciem słowa „trauma” w sensie samego zdarzenia, które uznaje się jako obiektywnie traumatyzujące. Nie jest więc jasne, czy „posiadanie traumy” oznacza udział w określonym wydarzeniu czy specyficzny sposób reakcji – przeżycia lub psychicznego przetwarzania owego wydarzenia. Zamieszanie w tej kwestii wprowadzają również klasyfikacje psychiatryczne ICD-10 i DSM-5, które wymieniają określone typy zdarzeń, jako jeden z elementów rozpoznawania zaburzeń posttraumatycznych:

ICD-10: Zaburzenia stresowe pourazowe F43.1, kryterium A:

- A. Pacjent był narażony na stresujące wydarzenie lub sytuację (oddziałujące krótko- albo długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować przenikliwie odczuwane cierpienie u niemal każdego (Puzyński i Wciórka, 1998, s. 96).

DSM-5: Zaburzenia stresowe pourazowe 309.81, kryterium A:

- A. Narażenie na śmierć lub groźbę śmierci, poważny uraz lub przemoc seksualną w jeden (lub większą liczbę) spośród wymienionych sposobów:

1. Bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia (przeżyć).
2. Bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń.
3. Uzyskanie informacji, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia (przeżyć). W przypadku narażenia na śmierć lub występowania groźby śmierci dotyczących członka rodziny lub przyjaciela wydarzenie (wydarzenia) to musi wynikać z aktu przemocy lub być przypadkowe.
4. Powtarzane lub bardzo duże narażenie na nieprzyjemne szczegóły danego wydarzenia (wydarzeń) traumatycznego (np. pierwsze osoby zbierające ludzkie szczątki; policjanci stale narażeni na obserwowanie krzywdzenia dzieci).

Uwaga: kryterium A4 nie dotyczy narażenia za pośrednictwem mediów elektronicznych, telewizji ani obrazów, chyba że jest to narażenie związane z wykonywaną pracą (Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference, 2013, s. 139-40).

Aby lepiej zrozumieć powstawanie określonych zaburzeń związanych z traumą, pomocne będzie przedstawienie kilku jej typów, opisywanych w literaturze. Jedną z klasyfikacji, wprowadzoną w 1991 roku przez Lenore Terr, wyróżnia traumę typu I i typu II. Typ I odnosi się do pojedynczego wydarzenia o charakterze urazowym (np. wypadek komunikacyjny, gwałt lub napaść), które może spowodować powstanie wspomnianego już zaburzenia stresowego pourazowego (van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006). Natomiast trauma typu II opisuje

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Igor J. Pietkiewicz, Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy w Katowicach, ul. Techników 9, 40-326 Katowice.
ipietkiewicz@swps.edu.pl

Publikacja została przygotowana w ramach projektu finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki, numer grantu: 2016/22/E/HS6/00306.

powtarzające się doświadczenia traumatyzujące, np. bycie przetrzymywanym w charakterze zakładnika albo wielokrotne obserwowanie lub doświadczanie przemocy, nadużyć seksualnych. Występowanie traumy typu II w okresie dzieciństwa wiąże się zwykle z nadużyciem przez osoby znaczące zaufania i władzy. Doświadczenia tego typu często prowadzą do trwałych zmian w strukturze osobowości (Terr, 1991).

W niektórych publikacjach i codziennym dyskursie terapeutów można znaleźć przykłady używania słowa 'trauma' pisanego z wielkiej lub małej litery, w zależności od jej typu. Trauma przez duże „T” wiąże się z bezpośrednim zagrożeniem życia lub integralności cielesnej, natomiast pisana przez małe „t” odnosi się do przykrych doświadczeń, zwykle związanych z osobami bliskimi, utrudniających budowanie poczucia bezpieczeństwa i niezagrażającej relacji. Chociaż z perspektywy osoby dorosłej wydarzenia te mogą wydawać się mało znaczące, to często mają one ogromny wpływ na samopoczucie dziecka, budowanie obrazu self i wzorców relacji ze światem (Howell, 2013; Shapiro, 2001). Przykładem tego może być kontakt z opiekunem niestabilnym psychicznie, doświadczanie parentyfikacji, umniejszania, wyzwisk, gróźb słownych, niesprawiedliwego karania itp. Zjawiska te określane są też przez niektórych jako „trauma relacyjna” (Howell, 2013). Urazowe doświadczenia w okresie rozwojowym bywają określane jako pozytywne (dodatnie) – kiedy zdarzają się niekorzystne rzeczy, które nie powinny mieć miejsca (np. molestowanie lub nadużycie seksualne, przemoc szkolna) oraz negatywne (ujemne) – kiedy brakuje określonych doświadczeń, jakich należałoby się spodziewać w pomyślnym rozwoju. Przykładem tego mogą być utraty ważnych osób, niezaspokajanie podstawowych potrzeb fizycznych lub psychicznych, np. zaniedbanie emocjonalne – bycie pozostawionym samemu, niewystarczające okazywanie uczuć (van der Hart i Boon, 2018).

W psychotraumatologii podkreśla się jednak fakt, że ludzie reagują i radzą sobie z potencjalnie traumatyzującymi doświadczeniami bardzo indywidualnie. Zależy to od wielu czynników, takich jak: wiek, w którym wydarzenie miało miejsce, struktura psychiczna, odporność (*resilience*), historia wcześniejszych urazów, poziom uzyskanego wsparcia itp. (Nijenhuis, 2015). Z tych wszystkich powodów oraz ze względu na subiektywny sposób przeżywania różnych doświadczeń, trudno jest obiektywnie stwierdzić, czy dane zdarzenie jest lub nie jest traumatyczne dla danej jednostki. Sytuacja, która u jednej osoby nie spowoduje poważnych konsekwencji, a pozostanie jedynie niemiłym wspomnieniem, u innych może wywołać PTSD lub inne zaburzenie związane z traumą. Podobnie, nieznaczące dla wielu osób wydarzenia mogą u innych uruchomić urazowe wspomnienia lub doprowadzić do dekompensacji (Nijenhuis, 2015; van der Hart i in., 2006). Może to ilustrować sytuacja, kiedy udział w zbiorowych praktykach religijnych, w czasie których kapłan błogosławi wiernych przez dotyk wywoła silny niepokój i objawy dysocjacyjne u osoby nadużywanej sek-

sualnie w dzieciństwie (Pietkiewicz i Lecoq-Bamboche, 2017). Zatem z klinicznego punktu widzenia, opisywanie traumy przez tworzenie katalogu wydarzeń potencjalnie traumatyzujących ma ograniczoną wartość.

Pozostaje więc nadal dylemat, jak rozpoznać, czy mamy do czynienia z traumą w sensie klinicznym. Ellert Nijenhuis (2015) podkreśla, że jest to uraz, który wiąże się z ponownym odtwarzaniem (ang. *re-enactment*). Oznacza to, że pewne aspekty danej sytuacji lub związane z nią przeżycia powracają – albo w formie intruzywnych myśli, emocji lub wspomnień, pojawiających się w czasie dnia jako reakcja na bodźce kojarzące się z urazowym doświadczeniem, lub w czasie koszmarów nocnych (objawy te są opisane w kryterium B zaburzenia stresowego pourazowego), albo też w zachowaniu jednostki i jej interakcjach z innymi ludźmi, w postaci wzorca relacji, odtwarzającego na przykład dynamikę prześladowca – ofiara.

ICD-10: Zaburzenia stresowe pourazowe F43.1, kryterium B:

- B. Występuje uporczywe przypominanie sobie lub „odżywanie” stresora w postaci zakłócających „przebłysków” (ang. *flashbacks*), żywych wspomnień lub powracających snów albo w postaci gorszego samopoczucia w sytuacji zetknięcia się z okolicznościami przypominającymi stresor lub związanymi z nim (Pużyński i Wciórka, 1998, s. 97).

DSM-5: Zaburzenia stresowe pourazowe 309.81, kryterium B:

Obecność jednego (lub większej liczby) spośród następujących natrętnych objawów, związanych z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami), występujących po raz pierwszy po doświadczeniu traumatycznego przeżycia (przeżyć):

1. Nawracające i natrętne, dręczące wspomnienia traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
2. Nawracające, dręczące sny, których treść jest związana z traumatycznym wydarzeniem (wydarzeniami).
3. Reakcje dysocjacyjne (np. flashback), które powodują, że dana osoba odczuwa lub zachowuje się, jakby ponownie doświadczała traumatycznego przeżycia (przeżyć) (nasilenie opisanych reakcji przyjmuje formę kontinuum, z całkowitą utratą poczucia rzeczywistości jako skrajną postacią). Uwaga: u dzieci może wystąpić ponowne odgrywanie urazu w formie zabawy.
4. Nasilone i przedłużające się cierpienie psychiczne występujące w przypadku narażenia na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).
5. Zaznaczona reakcja fizjologiczna występująca w odpowiedzi na wewnętrzne lub zewnętrzne sygnały, symbolizujące lub przypominające pewne aspekty traumatycznego wydarzenia (wydarzeń).

(*Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*, 2013, s. 140).

Psychoanalityczka Elisabeth Howell (2013) definiuje natomiast traumę jako coś, co powoduje dysocjację. Definicja ta podkreśla związek traury z dysocjacją jako głównym mechanizmem psychopatologicznym we wszystkich zaburzeniach wynikających z urazu psychicznego. Choć w dalszej części artykułu dokładniej zostanie omówione to, czym jest dysocjacja, to na ten moment warto podkreślić jej dwa aspekty. Po pierwsze, dysocjacja wiąże się z fragmentacją self, co oznacza, że wspomnienia, wrażenia sensoryczne lub emocje związane z urazem zostają oddzielone od pozostałej części psychiki. Na poziomie neuronalnym oznacza to zerwanie połączeń synaptycznych tam, gdzie one już istniały. Od tego momentu zostaje podzielona, a jej części funkcjonują do pewnego stopnia niezależnie od siebie. Z czasem, oddzielone od siebie części mogą nabierać złożoności i autonomii, co można opisać za pomocą metafory kuli śnieżnej, która toczy się z góry i się powiększa. Moment powstania fragmentacji self jest istotnym wydarzeniem z punktu widzenia życia psychicznego i dzieli życie w jego subiektywnym przeżywaniu na „przed” i „po”. Wiele osób w taki właśnie sposób relacjonuje swoje doświadczenie traury – jako istotny punkt dzielący ich życie na „przed” i „po”.

SPEKTRUM ZABURZEŃ ZWIĄZANYCH Z TRAUMĄ

Klasyfikacje psychiatryczne ICD-10 i DSM-5 w założeniu są ateoretyczne i generalnie nie porządkują zaburzeń psychicznych według ich przyczyn. Z tego powodu nie ma wyodrębnionej kategorii zaburzeń związanych z traumą. Choć w ICD-10 istnieje kategoria zaburzeń związanych ze stresem, obejmująca między innymi ostrą reakcję na stres (F43.0) i zaburzenie stresowe pourazowe (F43.1), to trauma odgrywa też istotną rolę w powstawaniu wielu innych zaburzeń, np. złożonych zaburzeń dysocjacyjnych, zaburzeń konwersyjnych, zaburzeń osobowości i zaburzeń psychotycznych (Simeon i Abugel, 2006; van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006). Niektórzy klinicyści postulowali wprowadzenie spektrum zaburzeń związanych z traumą, do których zaliczać się będą proste i złożone PTSD, zaburzenia dysocjacyjne uczucia i ruchu oraz bardziej złożone zaburzenia dysocjacyjne (van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006).

Proste i złożone PTSD. W przypadku PTSD, modelowego zaburzenia związanego z traumą, obecne są trzy grupy objawów: 1) elementy ponownego doświadczania, 2) unikanie bodźców, które kojarzą się z doświadczeniem urazowym oraz 3) nadmierne pobudzenie psychofizjologiczne, przejawiające się drażliwością lub wybuchami gniewu, nadmierną czujnością, wzmożoną reakcją na zaskoczenie itp. Tych trzech aspektów, wskazujących na istnienie „rany psychicznej”, można się generalnie spodziewać w innych zaburzeniach posttraumatycznych. Obecne klasyfikacje psychiatryczne nie zakładają istnienia bardziej złożonych wariantów PTSD, związanych z traumą typ II i powstałych w okresie rozwojowym, zwykle w bliskiej relacji z opiekunem. Literatura naukowa

opisuje jednak jednostkę tego rodzaju, określaną najczęściej jako złożony zespół stresu pourazowego (complex PTSD, cPTSD). W obrazie klinicznym tego zaburzenia występują wymienione wcześniej objawy PTSD, a także: 1) trudności z regulacją afektu, 2) utrwalone, negatywne przekonania na swój temat wraz z uczuciami wstydu, winy lub porażki, a także 3) trwałe trudności w utrzymywaniu bliskich relacji. Obecny projekt ICD-11 przewiduje stosowanie tej kategorii diagnostycznej (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018).

Złożone zaburzenia dysocjacyjne. Kolejną, ważną grupę zaburzeń posttraumatycznych tworzą złożone zaburzenia dysocjacyjne. Należy do nich dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (*Dissociative Identity Disorder*, DID), określane dawniej osobowością mnogą (*Multiple Personality Disorder*, MPD) i jego łagodniejsza postać, klasyfikowana w DSM-5, jako „inne określone zaburzenia dysocjacyjne” (*Other specified dissociative disorder*, OSDD). ICD-10 nie wyróżnia tej drugiej jednostki, ale jest ona uwzględniona w projekcie kolejnej edycji tej klasyfikacji jako Częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (ang. *Partial dissociative identity disorder*, *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018). W złożonych zaburzeniach dysocjacyjnych spotyka się jednocześnie zespół objawów charakterystycznych dla complex PTSD, ale towarzyszy im także szerokie spektrum innych objawów psychopatologicznych, zarówno dysocjacyjnych, jak i niedysocjacyjnych. W przypadku DID znaczącym, a zarazem często ukrywanym przez pacjentów objawem jest amnezja wydarzeń bieżących.

Osobowość podwójna (mnoga) F44.81 – kryteria diagnostyczne w ICD-10:

- A. U osoby występują dwie lub więcej osobowości, z których w danej chwili ujawnia się tylko jedna.
- B. Każda z osobowości ma swe własne wspomnienia, preferencje oraz wzorce zachowania i w jakimś sensie (nawrotowo) przejmuje kontrolę nad zachowaniem danej osoby.
- C. Występuje niezdolność do przypomnienia sobie własnych danych osobowych, zbyt rozległa, by traktować ją jako zwykłe zapomnienie.
- D. Objawy nie są spowodowane ani organicznymi zaburzeniami psychicznymi (F00-F09) (np. padaczką), ani zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19) (np. zatruciem lub odstawieniem) (Puzyński i Wciórka, 1998, s. 100).

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości 300.14 – kryteria diagnostyczne w DSM-5:

- A. Zaburzenie tożsamości charakteryzujące się występowaniem co najmniej dwóch odrębnych stanów osobowości, które w niektórych kulturach może być postrzegane jako doświadczenie opętania. Opisywane zakłócenie tożsamości obejmuje wyraźne nieciągłości w zakresie poczucia bycia sobą i poczucia kontroli nad sobą, wraz z powiązanimi

zmianami dotyczącymi sposobu wyrażania emocji, zachowania, świadomości, pamięci, postrzegania, zdolności poznawczych oraz/lub funkcji ruchowych i czuciowych. Opisane objawy mogą być zgłaszane przez daną osobę lub dostrzegane przez inne osoby.

- B. Powtarzające się i niezwiązane ze zwykłym procesem zapominania luki pamięciowe, dotyczące czynności codziennych, ważnych informacji osobistych i/lub wydarzeń traumatycznych.
- C. Objawy wywołują znaczące kliniczne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferach społecznej, zawodowej i innych.
- D. Zakłócenie nie jest zwykłą częścią powszechnie akceptowanej praktyki religijnej lub związanej z daną kulturą. Uwaga: u dzieci objawów nie można lepiej wyjaśnić niż przez występowanie wyobrazonych współtowarzyszy zabaw lub innych fantazji.
- E. Zakłócenie nie jest wywołane ani fizjologicznym działaniem substancji (np. *blackout* lub chaotyczne zachowanie podczas zatrucia alkoholem), ani innym stanem ogólnomedycznym (np. złożonymi, częściowymi napadami padaczkowymi) (Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference, 2013, s. 151).

Rozróżnienie pomiędzy prostymi a złożonymi zaburzeniami posttraumatycznymi ma istotne znaczenie z klinicznego punktu widzenia. O ile istnieją skuteczne, krótkoterminowe metody leczenia tej pierwszej grupy zaburzeń, na przykład PTSD za pomocą terapii ekspozycyjnej, CBT lub EMDR, o tyle złożone zaburzenia dysocjacyjne wymagają długoterminowego podejścia o charakterze terapii fazowej (Herman, 2004). Oznacza to, że w początkowym okresie – fazie stabilizacji – leczenie skupia się na redukcji objawów PTSD, kontroli zachowań autoagresywnych, poprawie umiejętności dbania o siebie oraz rozumienia wewnętrznej dynamiki i komunikacji pomiędzy dysocjacyjnymi częściami osobowości (Howell, 2011; Steele, Boon i van der Hart, 2016; van der Hart i in., 2006, 2015). Bezpośrednie zajmowanie się doświadczeniami urazowymi na tym etapie jest przeciwwskazane, gdyż może prowadzić do nasilenia objawów lub nawet dekompensacji. Aktualnie wśród klinicystów toczą się jednak spory, jak długo powinna trwać faza stabilizacji (van der Hart i in., 2015; Priebe i in., 2012). Wielu pacjentów ze złożonymi zaburzeniami dysocjacyjnymi może potrzebować długich miesięcy lub lat, aby osiągnąć gotowość do przepracowywania traumatycznych wspomnień i przeżyć (faza druga), a następnie dokonywać integracji doświadczeń w trzeciej fazie (Steele et al., 2016). Badacze i terapeuci, specjalizujący się w tym obszarze klinicznym, zwracają uwagę na fakt, że u osób ze złożonymi zaburzeniami dysocjacyjnymi ma się do czynienia z uszkodzonym systemem przywiązania i dlatego samo nawiązanie bezpiecznej relacji terapeutycznej i przeżycie w niej korektywnych doświadczeń emocjonalnych jest głównym motorem zmiany (Howell, 2011, 2013).

Pomiędzy prostym PTSD i najbardziej złożonymi formami DID można znaleźć przykłady innych jednostek

nozologicznych, ściśle związanych z doświadczeniami urazowymi, np. zaburzenia konwersyjne, zaburzenia osobowości borderline, zespół depersonalizacji-derealizacji lub opisywane w historii – psychozy historyczne (dysocjacyjne) (van der Hart i in., 2006). Koncepcja spektrum zaburzeń związanych z traumą obejmuje zatem szeroki zakres zaburzeń, w których można zidentyfikować niektóre lub wszystkie objawy PTSD i w których mogą występować przejawy podziału self związane z mechanizmem dysocjacji, czyli rana psychiczna po doświadczeniu urazowym.

POJĘCIE DYSOCJACJI

Jak już wspomniano wcześniej, aby móc zakwalifikować dane zdarzenie jako traumatyczne, musi ono spowodować dysocjację (Howell, 2013). Termin „dysocjacja” jest jednym z bardziej niejasnych pojęć stosowanych w psychologii, psychiatrii i psychoterapii. Wielu autorów nadaje mu różne znaczenia i używa w sposób niekonsekwentny. Chociaż definicje zaproponowane w ICD-10 lub DSM-5 stanowią próbę wprowadzenia pewnego porządku, to wydają się zbyt ogólnikowe i mało przydatne klinicznie. Na przykład ICD-10 definiuje dysocjację jako: „Częściową lub całkowitą utratę prawidłowej integracji między wspomnieniami przeszłości, poczuciem własnej tożsamości, bezpośrednimi wrażeniami i kontrolą dowolnych ruchów ciała” (World Health Organization, 2000, s. 132). Z tego względu, w dalszej części artykułu dokonano przeglądu głównych stanowisk odnoszących się do koncepcji dysocjacji.

Cardeña (1994) zauważa, że w dyskursie naukowym można znaleźć trzy główne sposoby stosowania pojęcia dysocjacji, jako: 1) oddzielonych od siebie systemów psychicznych, 2) zmian świadomości oraz 3) mechanizmu obronnego. W pierwszym znaczeniu dysocjacja zakłada istnienie częściowo niezależnych systemów psychicznych, które są niedostępne świadomości lub nie są (wystarczająco) zintegrowane ze świadomą pamięcią, tożsamością lub wolą. W kategorii tej mieszczą się zarówno zjawiska charakterystyczne dla złożonych zaburzeń dysocjacyjnych, jak i inne zjawiska, których mogą doświadczać osoby zdrowe. Przykładem tej kategorii może być tzw. trans lub hipnoza drogowa (ang. *highway trance/hypnosis*) – swoisty stan świadomości w trakcie jazdy autem, kiedy osoba w sposób automatyczny wykonuje nawykowe czynności, bez zaangażowania świadomej uwagi. Innym przykładem jest też widoczna rozbieżność pomiędzy werbalną treścią a zachowaniem danej osoby (np. kiedy ktoś opowiada bez emocji o tragicznej scenie, której był świadkiem) albo nie rozumie reakcji swojego ciała (np. zauważa lzy ciekące po policzkach, ale nie potrafi tego połączyć z odczuwaniem przykrości, smutku lub wzruszenia).

Drugie zastosowanie pojęcia dysocjacji odnosi się do zmian świadomości typowych dla depersonalizacji i derealizacji, kiedy człowiek ma poczucie obcości lub oddzielenia od siebie albo od otoczenia. W przypadku deper-

sonalizacji brakuje adekwatnego odczuwania własnych emocji (brak ich przeżywania, poczucie funkcjonowania jak robot lub automat) albo własnego ciała (brak lub osłabienie wrażeń dotykowych, odczucia głodu, pragnienia, bólu itp.). Natomiast stan derealizacji dotyczy niektórych aspektów odbioru otoczenia, które wydaje się zmienione, obce, nieznajome albo jest przeżywane jako nierzeczywiste, nieistniejące naprawdę (Simeon i Abuel, 2006).

Trzecie zastosowanie pojęcia dysocjacji odnosi się do jej funkcji jako mechanizmu obronnego. To stanowi jednak źródło pewnego zamieszania, ponieważ pojęcie mechanizmu obronnego w wyraźny sposób odnosi się do teoretycznych ram psychoanalizy, a termin dysocjacja wywodzi się z innego kontekstu teoretycznego – psychiatrii dynamicznej zaproponowanej przez Pierre'a Janeta (1901, 1907). We współczesnej psychoanalizie można zaobserwować przechodzenie z paradygmatu opierającego się na mechanizmie wyparcia do paradygmatu bazującego na mechanizmie dysocjacji, na przykład w teorii Melanie Klein (1956), Donalda Winnicotta (1971), Philipa Bromberga (2013) lub Otto Kerberga (1985). Zagadnienie to zasługuje jednak na obszerniejsze omówienie, wykraczające poza zakres niniejszego artykułu.

Przedstawione definicje akcentują ukryte, a jednocześnie niezwykle istotne założenia teoretyczne stosowane przez różnych badaczy i klinicystów w odniesieniu do dysocjacji. Część z nich postrzega dysocjację jako liczne zjawiska, znajdujące się na kontinuum od normy do patologii, a różnica między biegunami ma jedynie charakter ilościowy. Do zjawisk dysocjacyjnych, w takim rozumieniu, zalicza się również stany absorpcji, depersonalizacji i derealizacji. Te właśnie komponenty, wraz z innymi objawami (np. amnezją, słyszeniem głosów, intruzjami wspomnień), mierzy się za pomocą popularnych narzędzi, takich jak Skala doświadczeń dysocjacyjnych (Bernstein i Putnam, 1986). Chociaż nadmierne włączanie różnych zjawisk psychicznych do tej kategorii pojęciowej skutkuje pewnym jej rozmyciem i utratą jej pierwotnego znaczenia, to jest nadal powszechnie praktykowane w krajach anglosaskich (szczególnie na kontynencie amerykańskim i w Australii). W Europie natomiast dominują poglądy oparte na teorii strukturalnej dysocjacji osobowości (Nijenhuis, 2015; van der Hart i in., 2006; van Der Hart, Nijenhuis, Steele i Brown, 2004), będącej kontynuacją myśli Pierre'a Janeta. W myśl tej teorii dysocjacja rozumiana jest jako trwała zmiana struktury osobowości (dysocjacja strukturalna) i w tym sensie jest przejawem psychopatologii, w odróżnieniu od zmian świadomości, występujących zarówno u osób zdrowych, jak i zmagających się z różnymi zaburzeniami.

TEORIA STRUKTURALNEJ DYSOCJACJI OSOBOWOŚCI

Aby zrozumieć specyficzne przeżycia i objawy u osób z doświadczeniem traumy oraz umiejętnie dopasować do obrazu klinicznego interwencje terapeutyczne, nie-

oceniona wydaje się teoria strukturalnej dysocjacji osobowości (TSDO). Jej autorzy, Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis i Kathy Steele (2006), zintegrowali koncepcje Pierre'a Janeta (1901, 1907) z późniejszymi badaniami nad traumą oraz współczesną wiedzą psychobiologiczną. TSDO opisuje dysocjację strukturalną jako trwały podział osobowości wskutek sytuacji urazowej, czego efektem jest brak integracji między psychobiologicznymi systemami tworzącymi osobowość. Istotnym elementem tej teorii jest opis wewnętrznej dynamiki pomiędzy tymi systemami (określanymi jako części dysocjacyjne). Dynamikę tę charakteryzuje w dużej mierze skłonność do unikania kontaktu pomiędzy tymi częściami, co prowadzi do podtrzymywania dysocjacji strukturalnej.

Wskutek strukturalnej dysocjacji pewne obszary doświadczeń pozostają więc oddzielone od pozostałych elementów życia wewnętrznego. W szczególności dotyczy to doświadczeń urazowych. Według Pierre'a Janeta (1901) wspomnienia dotyczące traumy trudno właściwie określać wspomnieniami *sensu stricto*, gdyż są nieciągle (nie tworzą spójnej i chronologicznej narracji) i obejmują fragmenty doświadczeń psychomotorycznych oraz emocjonalnych (nie tylko werbalne). Można powiedzieć, że pewne zdysocjowane części osobowości utknęły w czasie, kiedy urazowe doświadczenie miało miejsce i właściwie wciąż przeżywają je tak, jakby działo się ono nadal w teraźniejszości. Z tego punktu widzenia można powiedzieć, że doświadczenie urazowe zatrzymało się w wiecznym „teraz” i nie jest możliwe nadanie mu charakteru historycznego, np. przez umiejscowienie w autobiograficznej narracji danej osoby.

TSDO wydaje się także czerpać z założeń Franka Putnama (1997) związanych z koncepcją oddzielnych (specyficznych/wyróżniających się) stanów behawioralnych (ang. discrete behavioral states). Według niego, każdy człowiek działa na podstawie zestawu wzorców myślenia, odczuwania lub reagowania, które dodatkowo mają swoją charakterystykę: określony rytm oddechu, ruchy kończyn, poziom aktywności, wokalizację, ekspresję mimiczną i ruchy gałek ocznych. Według Putnama, niemowlęta – w reakcji na bodźce – przełączają się (ang. *switching*) pomiędzy różnymi stanami, np. z rozbawienia w płacz. Pozytywne doświadczenia w relacji z opiekunem pozwalają na płynną modulację zachowania, adekwatnie do kontekstu. Na przykład, kiedy dziecko płacze, to rodzic rozprasza jego uwagę lub koi wyrażane przez nie napięcie, umożliwiając przejście w inny stan (np. uspokojenie lub sen). To z kolei wpływa na poczucie ciągłości self, tzn. „ja kiedy płaczę” i „ja kiedy jestem uspokojony” to ta sama osoba. Poglądy na temat oddzielnych stanów behawioralnych implikują pewną złożoność psychiki ludzkiej – nie jest ona skonstruowana jako monolit, lecz stanowi połączenie mniej lub bardziej zintegrowanych ze sobą fragmentów. Ludzie mogą doświadczać pewnej zmienności stanów psychicznych w zależności od kontekstu, pobudzenia fizjologicznego i innych czynników. W różnych momentach lub relacjach interpersonalnych dochodzą u nich do głosu odmienne aspekty psychiki.

W procesie rozwojowym, opisywane przez Putnama (1997), stany behawioralne są podłożem do rozwinięcia się „stanów ego” (Watkins i Watkins, 1997).

Podobnie jak stany behawioralne Putnama, „stany ego” są ze sobą w pewnym stopniu połączone i istnieje jakiś ślad pamięciowy innych stanów, do których można się odwołać, np: czułem się przyjemnie podekscytowany robieniem zakupów, dopóki nie zezłościł mnie obraźliwy komentarz jakiegoś klienta na temat mojego wyglądu; odwzajemniłem się ciętą ripostą, ale później wystraszyła mnie jego agresywna reakcja na nią. Jak widać w podanym przykładzie, zachowane zostaje poczucie ciągłości tożsamości (to ja byłem w jednej sytuacji podekscytowany, a w innej zezłoszczony lub wystraszony) i żaden z tych stanów nie nabiera autonomii, jakby stawał się niezależnym, przeżywanym egodystonicznie bytem. Idee odnoszące się do „stanów ego” mają zastosowanie kliniczne, np. w terapii pacjentów z organizacją osobowości borderline. Podobne koncepcje można odnaleźć w terapii schematów (Young, Klosko i Weishaar, 2015), w której używa się pojęcia trybu (ang. *Schema mode*).

Niekiedy „stany ego” nabierają większej autonomii i złożoności oraz rozwijają poczucie „Ja” i osobistej historii. TSDO nazywa je wtedy częściami dysocjacyjnymi. Jak już wspomniano wcześniej powstawanie części dysocjacyjnych wiąże się z przeżyciem urazu i niemożnością zintegrowania związanych z nim wspomnień, emocji lub doświadczeń sensorycznych. Oznacza to, że u jednej osoby może funkcjonować jednocześnie kilka alternatywnych „Ja” i brakuje łączności między nimi. Według TSDO „stany ego” są szerszą kategorią, która obejmuje zarówno normalne struktury psychiczne, jak i patologiczne części dysocjacyjne (o ile wszystkie części dysocjacyjne są „stanami ego”, o tyle nie wszystkie „stany ego” są częściami dysocjacyjnymi).

Zainspirowani obserwacjami brytyjskiego lekarza i psychologa Charlesa Myersa (1915, 2012), dotyczącymi syndromu posttraumatycznego (tzw. *shell shock*) u weteranów I wojny światowej, twórcy TSDO wyodrębnili dwa główne rodzaje części dysocjacyjnych: pozornie normalną (ang. *apparently normal part of the personality*, ANP) i emocjonalną (ang. *emotional part of the personality*, EP). ANP unika urazowych wspomnień i próbuje wykonywać normalne funkcje w codziennym życiu, takie jak: praca zawodowa, sprawowanie opieki nad dziećmi, dbanie o własne potrzeby fizjologiczne, społeczne itp. Ponieważ treści przywołujące urazowe wspomnienia utrudniają normalne funkcjonowanie, więc unikanie staje się jedną z ważniejszych aktywności; unikanie: osób, miejsc, sytuacji lub określonych emocji oraz stanów fizjologicznych, np. pobudzenia, określonych wrażeń itd. W związku z tym ANP doświadcza głównie negatywnych objawów dysocjacyjnych: uczucia zubożenia, braku emocji, całkowitej lub częściowej amnezji sytuacji urazowych. Nawet rozbudowane strategie unikania często nie spełniają efektywnie swojej funkcji, gdyż dochodzi do intruzji w postaci przeblysków wspomnień, flashbacków lub słyszenia głosów innych zdysocjowanych części. Z kolei EP

są zafiksowane na traumatycznych przeżyciach i związanych z nimi obronach oraz odgrywaniu doświadczeń urazowych na nowo. Dysocjacja strukturalna zwykle polega na tym, że chociaż interakcja między różnymi częściami jest ograniczona, to w różnych momentach przejmują one kontrolę nad świadomością i zachowaniem (van der Hart i in., 2006; van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2005). Poniższy przykład ilustruje intruzję zdysocjowanej części osobowości u dorosłej pacjentki ze złożonymi zaburzeniami dysocjacyjnymi:

Czasami, kiedy jestem wśród ludzi, ona przejmuje kontrolę. Ona jest bardzo nieufna w stosunku do innych i wszystkiego bardzo się boi, nawet kiedy nie ma realnego zagrożenia. Kiedy robiłam ostatnio zakupy w hipermarkecie, ona się czegoś bardzo wystraszyła i zaczęła uciekać. Zostawiła koszyk, kurtkę i torebkę, biegła daleko przed siebie, a ja nie mogłam jej zatrzymać. Dopiero jak się schowała gdzieś na parkingu, to próbowałam ją uspokoić. Ale ona ma zaledwie kilka lat i nie rozumie, nie słucha mnie.

Rozwój tych części generuje zwykle jeszcze więcej trudnych do pogodzenia konfliktów intrapsychicznych, poczucia wewnętrznego chaosu oraz więcej objawów i trudności w funkcjonowaniu.

Teoria dysocjacji strukturalnej opisuje też trzy prototypowe poziomy podziału (dysocjacji) osobowości: pierwszorzędowy, drugorzędowy i trzeciorzędowy (van der Hart i in., 2006). Najprostszy model (pierwszorzędowy) opisuje strukturę charakterystyczną dla prostego PTSD, gdzie obecne są pojedyncza ANP i pojedyncza EP. Bardziej złożona (drugorzędowa) struktura dysocjacyjna odnosi się do sytuacji, kiedy obecne są pojedyncza ANP i kilka EP. Przykłady tego można znaleźć w Complex PTSD lub Innym określonym zaburzeniu dysocjacyjnym (OSDD w DSM-5/DDNOS w DSM-IV), określanym wcześniej jako DDNOS w DSM-4 (Spiegel i in., 2011). Najbardziej złożona (trzeciorzędowa) struktura dysocjacyjna jest charakterystyczna dla dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości, w którym występuje wiele ANP i wiele EP. Dysocjacyjne części w DID mają poczucie wyraźnie wyodrębnionego „ja” (emancypacja) i są przeżywane przez pacjenta jako obce – „to nie ja” (van der Hart i in., 2006; van der Hart i in., 2005).

Według TSDO mechanizm powstawania wszystkich zaburzeń posttraumatycznych jest podobny. Jak już wspomniano wcześniej opiera się na fragmentacji struktur psychicznych, które związane są z określonymi psychobiologicznymi systemami motywacyjnymi. Jest to spójne z teorią Jaaka Pankseppa (2004), który opisuje siedem podstawowych systemów emocjonalnych (ang. *basic emotional systems*): poszukiwanie (ang. *seeking*), zabawa (ang. *play*), opieka nad innymi (ang. *care*), pożądanie (ang. *lust*), lęk separacyjny związany z systemem przywiązania (ang. *separation distress/panic*), wściekłość (ang. *rage*) i strach (ang. *fear*). Systemy te działają w sposób nieciągły – są aktywowane i dezaktywowane za pomocą wewnętrznych lub zewnętrznych bodźców.

Na przykład człowiek nie przeżywa przywiązania cały czas, ale tylko w momentach aktywacji tego systemu. Systemy mogą też wzajemnie na siebie wpływać, wygaszając swoją aktywność. Na przykład system związany z realizacją potrzeb seksualnych (pożądanie) powoduje wygaszenie aktywności systemu przywiązania – można to zaobserwować w procesie psychoterapii, kiedy pacjent seksualizuje relację, jako rodzaj obrony przed pierwotnymi pragnieniami zależnościowymi. Warto też zauważyć, że przedstawione systemy są wrodzone, co oznacza, że u ludzi istnieje wstępna organizacja czynności według tych systemów. Na przykład separacja od obiektu przywiązania wywołuje lęk separacyjny i płacz, który ma na celu przywołać opiekuna (ang. *attachment cry*), a jeśli strategia ta okaże się nieskuteczna, rozwija się reakcja smutku i rezygnacji (Panksepp, 2004). Z punktu widzenia TSDO przedstawione systemy można podzielić na dwie kategorie, tj.: systemy związane z funkcjonowaniem w codziennym życiu oraz systemy związane z reakcją na atak lub sytuację zagrożenia (Nijenhuis, 2015). Pierwsza grupa odnosi się do aktywności ANP i obejmuje: poszukiwanie, zabawę, opiekę nad innymi, pożądanie i lęk separacyjny, natomiast druga grupa charakteryzuje EP.

Jeśli chodzi o systemy obrony zwierzęcej, czyli wrodzony system regulujący reakcje na zagrożenie, to obejmuje on reakcje typu walka/ucieczka i zamrożenie, mediowane przez układ współczulny, a także reakcje całkowitego poddania się (ang. *total submission*) lub udawanej śmierci (ang. *feigning death*), które wynikają z funkcjonalnej przewagi układu przywspółczulnego (jego istotną częścią jest nerw błędny). Systemy obrony zwierzęcej stanowią podstawę reakcji poszczególnych EP (Nijenhuis, 2015). Reakcja typu walka/ucieczka wiąże się z przygotowaniem organizmu do sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia. Fizjologicznie objawia się to przez przyspieszenie akcji serca, podwyższone ciśnienie krwi, wzmożone napięcie mięśniowe, zahamowanie perystaltyki itp. Towarzyszą temu objawy psychiczne, takie jak: wzmożona czujność, wzmożona reakcja na bodźce, tendencja do uruchamiania agresji (drażliwość). W przypadku reakcji zamrożenia, występują takie same elementy jak w gotowości do działania, ale przy zachowaniu bezruchu. Wymienione wskaźniki aktywacji układu współczulnego można z łatwością powiązać z objawami PTSD. Można się więc spodziewać, że w częściach dysocjacyjnych, które „utknęły w czasie” (EP), mogą się reaktywować podobne objawy lub będą one występować w różnych konstelacjach przez większość czasu, jako somatyczne elementy doświadczenia urazowego. Na przykład kobieta nadużywana seksualnie w okresie dzieciństwa, jako dorosła osoba wieczorami lub w ciemności może zmagać się z tachykardią, która jest wyrazem pobudzenia układu współczulnego w reakcji na bodźce (wieczorna pora, ciemność), aktywizując dysocjacyjną część zafiksowaną na urazowym doświadczeniu. Nadmierne pobudzenie (ang. *hyperarousal*) może być więc stałą lub łatwo uruchamianą cechą zaburzeń posttraumatycznych. Podobnie może się dzieć w przypadku nadmiernej aktywacji układu przywspółczulnego,

a więc zbyt niskiego poziomu pobudzenia (ang. *hypoarousal*), powodującego uczucie ‘odpływania’, wyłączenia się, bezruchu, omdleń, wychodzenia z ciała itp. Stephen Porges (2011) postuluje hipotetyczny związek tych reakcji z aktywnością podprzeponowej części nerwu błędnego (nerw czaszkowy X – *nervus vagus*), który należy do układu przywspółczulnego. W sensie funkcjonalnym jest to pozostałością układu nerwowego gadów i wiąże się z regulowaniem funkcji autonomicznych w typowy dla nich sposób. O ile spowodowane tym nadmierne spowolnienie akcji serca nie czyni szkód u zmiennocieplnych gadów, o tyle u ssaków może być jednak groźne dla życia.

PODSUMOWANIE

W niniejszym artykule omówiono podstawowe koncepcje dotyczące zjawiska traumy i dysocjacji oraz zwrócono uwagę na złożoność zaburzeń posttraumatycznych. Przedstawiona, w bardzo uproszczonym zarysie, teoria strukturalnej dysocjacji osobowości, pozwala na lepsze zrozumienie psychodynamiki charakterystycznej dla ofiar traumy. Ma ona również ogromne znaczenie w procesie diagnostycznym i psychoterapii pacjentów z tej grupy.

LITERATURA

- Bernstein, E.M., Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 12, 727-735.
- Bromberg, P.M. (2013). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Mahwah, NJ, USA: Routledge.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. W: S.J. Lynn, J.W. Rhue (red.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (s. 15-31). New York, NY, US: Guilford Press.
- Herman, J.L. (2004). *Przemoc: uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP.
- Howell, E.F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*. New York, NY, USA: Routledge.
- Howell, E.F. (2013). *The dissociative mind*. New York, NY, USA: Routledge.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (2018). Pobrano 24.08.2018 roku z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>
- Janet, P. (1901). *The mental states of hystericals: A study of mental stigmata and mental accidents*. New York, USA: Putnam.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. New York, NY: Macmillan.
- Kernberg, O.F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Maryland, USA: Rowman & Littlefield.
- Klein, M., Heimann, P., Isaacs, S., Riviere, J. (1956). *Developments in psychoanalysis*. London, UK: Karnac Books Ltd.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference. (2013). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Myers, C.S. (1915). A contribution to the study of shell shock. *Lancet*, 185, 4772, 316-320.

- Myers, C.S. (2012). *Shell shock in France, 1914-1918: Based on a war diary*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E. (2015). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control*. Bristol, CT: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Panksepp, J. (2004). *Textbook of biological psychiatry*. Hoboken, New Jersey, USA: John Wiley & Sons.
- Pietkiewicz, I.J., Lecoq-Bamboche, M. (2017). Exorcism leads to reenactment of trauma in a Mauritian woman. *Journal of child sexual abuse, 26, 8*, 970-992. doi:10.1080/10538712.2017.1372837
- Porges, S.W. (2011). *The polyvagal theory: Neuropsychological foundations of emotions, attachment, communication, & self-regulation*. New York, NY, USA: W. W. Norton & Company.
- Priebe, K., Steil, R., Kleindienst, N., Dyer, A. S., Krüger, A., Bohus, M. (2012). Psychological treatment of posttraumatic stress disorder after sexual abuse: an overview. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 62*, 5-17. doi: 10.1055/s-0031-1295482
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Third edition. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Simeon, D., Abugel, J. (2006). *Feeling unreal. Depersonalization disorder and the loss of the self*. New York, NY: Oxford University Press.
- Spiegel, D., Loewenstein, R.J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Dell, P.F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety, 28, 12*, 17-45. doi:10.1002/da.20923
- Steele, K., Boon, S., van der Hart, O. (2016). *Treating trauma-related dissociation. A practical, integrative approach*. New York, NY, USA: W. W. Norton & Company.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of psychiatry, 148, 1*, 10-20.
- van Der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K., Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 11-12, 906-914. doi:10.1080/j.1440-1614.2004.01480.x
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R., Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18, 5*, 413-423. doi:10.1002/jts.20049
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W.W. Norton & Co.
- van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzales, A., Mosquera, D., Solomon, R. (2015). Dysocjacja osobowości a terapia EMDR w zaburzeniach wynikających ze złożonej traumy: możliwości zastosowania w fazie stabilizacji. *Journal of EMDR Practice and Research, 9*, E79-E93. doi: 10.1891/1933-3196.9.2.E79
- van der Hart, O., Boon, S. (2018). *How to understand, diagnose and treat complex trauma-generated dissociation: An integrative and practical introduction*. Debrecen: European Society for Trauma & Dissociation.
- Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1997). *Ego states: Theory and therapy*. New York, NY, USA: W.W. Norton.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. New York, NY: Routledge.
- World Health Organization. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2015). *Terapia schematów: przewodnik praktyka*. Gdańsk: GWP.