

Pojęcie „dysocjacji” — zagadnienia podstawowe

Wioletta Jedlecka

The notion of “the dissociation” — fundamental issues

Abstract: In this article I present the notion the dissociation. The dissociation is connected with personality disorders and with the trauma. Experience a strong trauma is nature of dissociative disorders. The dissociation can have different manifestations, e.g. the amnesia, the confusion or the exchange of the personality. Dissociative disorders are not only the domain of the so-called pediatric pathology. Dissociation is also a mechanism activated during invasive medical procedures that the experience can touch every family.

Keywords: dissociation, dissociative disorders, trauma, stress, identity, personality

Dysocjacja to pojęcie wprowadzone przez Pierre’a Janeta ponad 100 lat temu. W późniejszym czasie uległo ono zapomnieniu w wyniku rozwoju psychoanalizy. Po wojnie w Wietnamie zagadnienia traumy, stresu pourazowego oraz zaburzeń dysocjacyjnych stały się znowu aktualne¹.

Dysocjacja jest definiowana jako częściowa lub całkowita utrata prawidłowej integracji pomiędzy wspomnieniami z przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Może być rozpatrywana jako zmienna ilościowa lub jakościowa. W tym drugim wypadku wyróżniane

¹ Radosław Tomalski, „Aleksytymia i dysocjacja”, *Psychoterapia*, 2(145), 2008 (ss. 35-43), ss. 35-36.

są dwie grupy populacji: o znacznym oraz niewielkim nasileniu dysocjacji. Dysocjacja niepatologiczna obejmuje takie zjawiska, jak absorpcja lub marzenia na jawie. Natomiast dysocjacja patologiczna obejmuje amnezję lub dysocjacyjne zmiany osobowości. Występuje typ dysocjacji obejmujący depersonalizację oraz derealizację. Jego istotą jest poczucie odcięcia, oddzielenia od świata zewnętrznego. Podkreślane jest podobieństwo tych objawów do zjawisk dysocjacyjnych występujących przy zespole stresu pourazowego. Odrębnym typem jest dysocjacja obejmująca konwersję oraz amnezję dysocjacyjną. Do tej grupy zaliczana jest również fuga, czyli nagle i niewytłumaczalne opuszczenie miejsca zamieszkania lub pracy, z całkowitą lub częściową niepamięcią przeszłości, zachwianiem poczucia dotychczasowej tożsamości lub nabyciem nowej. Fuga dysocjacyjna jest wyzwalana zdarzeniem traumatycznym powodującym stan stresu przekraczający możliwości radzenia sobie z nim². W ramach zjawiska dysocjacji mieści się także dysocjacyjne zaburzenie osobowości. Charakteryzuje się ono niezdolnością do kontrolowania czynności lub procesów poznawczych, które zwykle takiej kontroli podlegają, przy czym czynności te lub procesy same w sobie zasadniczo przebiegają prawidłowo. Klasyfikacje psychiatryczne nie porządkują wystarczająco grupy zaburzeń dysocjacyjnych. Z powodów metodologicznych zawężono pojęcie dysocjacji do objawów raczej psychicznych niż somatycznych³.

Dysocjacja jest wiązana z pojęciem traumy. Traumatyczne doświadczenia zaburzają prawidłową regulację stanów emocjonalnych. Ciało człowieka może sprawiać wrażenie „zamrożonego” – to stan „oddzielenia” i „uruchomienia”. Ów paraliż wynika ze zjawiska dysocjacji. Potem może nastąpić przejście do nadmiernego „pobudzenia” i nadwrażliwości na bodźce, co jest kolejnym dowodem przeżywanej traumy⁴.

¹ Maria Załuska, „Fuga dysocjacyjna u pacjentki oddziału położniczego – studium przypadku”, *Psychiatria Polska*, Nr 4, XLV, 2011 (ss. 599-609), s. 600.

² Radosław Tomalski, „Trauma i dysocjacja w zaburzeniach jedzenia”, *Psychoterapia*, 2(141), 2007 (ss. 17-27), ss. 20 – 21.

⁴ Alina Radny, „Wpływ traumy na psychikę. Psychoterapia ofiar”, *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2009 – 2011*, Sympozja I, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2011, ss. 111-112.

Podkreślić należy przy tym, że dysocjację uznaje się za jedną z najskuteczniejszych obron przed doświadczeniem traumy. Dysocjacja, czyli odłączenie się od rzeczywistości i/lub rozszczępienie swojej osobowości, jest złożonym procesem mentalnym, w wyniku którego następuje zmiana stanu świadomości zakłócająca normalne zespolenie funkcji tożsamości, pamięci, myślenia, odczuwania i reagowania na doświadczenia. Przykładem najprostszej dysocjacji może być fantazjowanie na wykładzie, który zostanie uznany przez kogoś za nudny⁵.

Po przeżyciu silnego urazu psychicznego czasami następują trwałe i głębokie zaburzenia pamięci, które są właśnie istotą zaburzeń dysocjacyjnych. Dlaczego nazywa się je dysocjacyjnymi? Ponieważ polegają one na współistnieniu lub przemienności kilku procesów psychicznych bez ich wzajemnej świadomości oraz bez oddziaływania między nimi. Następuje oderwanie określonego obszaru pamięci od świadomości⁶, która wespół z motywacją i wolą, elementami przeżycia psychicznego, zaangażowanymi w życie człowieka, w tym w jego postępowanie, wyrażają się w każdorazowym czynie⁷.

Ostry lub chroniczny stres, spowodowany depresją, alkoholizmem czy osobistą tragedią, może zaburzyć transmisję serotonergiczną, wywołując tym samym łańcuch fatalnych w skutkach reakcji biologicznych w obrębie mózgu. Gruczoły podwzgórza, przysadkowe i nadnerczowe, są podstawowymi dostarczycielami substancji chemicznych, które sterują reakcjami organizmu na stres. W normalnych okolicznościach wydzielanie hormonów stresu, takich jak kortyzol i adrenalina, przyspieszy tętno, zredukuje łaknienie i zwiększy napływ krwi do mięśni, czyli uruchomi reakcję adaptacyjną na stres. Jeśli wszakże z jakichś powodów – uraz wczesnodziecięcy, czynniki genetyczne, choroba psychiczna – reakcji tej nie da się po pewnym czasie zahamować, skutki mogą być długotrwałe

⁵ *Czym są traumatyczne wspomnienia?*, www.stronyocalenia.pl/attachments/article/152_sidron_CzymsaTraumaticWspomnienia.pdf. data dostępu: 10 luty 2015.

⁶ Martin E. P. Seligman, Elaine F. Walker, David. L. Rosenhan, *Psychopatologia*, tłum. Joanna Gilewicz, Aleksander Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań 2004, s. 251.

⁷ Patrz szerzej: Tomasz Przesławski, *Psychika. Czyn. Wina*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, s. 95 i n.

i niebezpieczne⁸. Zaburzenia pourazowe zostały sklasyfikowane jako ASD – ostra reakcja na stres (ICD 10, F43.0) rozumiana jako zespół objawów psychopatologicznych będących bezpośrednią reakcją na uraz, który jest gwałtownym, ekstremalnym wydarzeniem o cechach podobnych jak w PTSD (ICD10, F43.1) jest konsekwencją szczególnie przerażającego, zagrażającego życiu wydarzenia, stanowiącego bodziec przekraczający możliwości adaptacyjne, lub długotrwałej ekstremalnej sytuacji z takim samym skutkiem. Kryteria objawowe ASD nie różnią się zasadniczo od PTSD, ale są bogatsze o kilka objawów dysocjacyjnych: poczucie odrętwienia, brak wrażliwości emocjonalnej, zwężenie strumienia świadomości, „oszołomienie” – zredukowana percepcja bodźców, nierealność otoczenia i własnej osoby, bezradność. Często towarzyszą temu impulsywność i ryzykowne zachowania⁹. Niektórzy autorzy proponują, aby zespół objawów będących konsekwencją traumy złożonej (wielokrotnej) został wyróżniony jako odrębna jednostka nozologiczna – złożony syndrom pourazowy lub złożone PTSD. Za wyodrębnieniem takiej diagnozy może przemawiać fakt, że złożony syndrom pourazowy w porównaniu z PTSD charakteryzuje intensyfikacja i zwielokrotnienie objawów oraz trwałe zmiany w sferze emocji, wartości, percepcji własnej osoby i relacji z innymi. W literaturze możemy odnaleźć dane, zgodnie z którymi większość pacjentów leczących się z powodu PTSD to ofiary traum wielokrotnych. Osoby te, poza objawami PTSD, doświadczają niemal powszechnie takich problemów psychologicznych, jak labilność afektywna, impulsywność, zachowania agresywne wobec siebie i innych, objawy dysocjacyjne, utrzymujące się przewlekle poczucie winy lub wstydu, niemożność stworzenia satysfakcjonujących relacji z ludźmi. Wysokim czynnikiem ryzyka dla złożonego PTSD są doświadczenia traum interpersonalnych, zwłaszcza zaś przemocy doznanej w dzieciństwie¹⁰.

⁸ Kay Redfield Jamison, *Noc szybko nadchodzi. Zrozumieć samobójstwo by mu zapobiec*, tłum. Tomasz Bieroń, Poznań 2011, s. 180.

⁹ Jerzy Przybysz, *Psychiatria sądowa. Opiniowanie w postępowaniu cywilnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Wydanie 1, Warszawa 2009, ss. 167 – 168.

¹⁰ Małgorzata Dragan, *Doświadczenie traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008, s. 22.

Zjawiska dysocjacyjne są związane z przeżyciami z dzieciństwa – traumą dziecięcą¹¹. Dysocjacja w tym wypadku polega na wyraźnych zmianach w stanach świadomości, amnezji depersonalizacji i derealizacji, dwóch lub więcej stanach świadomości, niepełnej pamięci niedawnych wydarzeń¹². Wobec tego, deaktywacja emocjonalna stanowi mechanizm radzenia sobie z traumatycznymi przeżyciami, dlatego powstające w jej następstwie zaburzenia można traktować jako zaburzenia dysocjacyjne, a nie zaburzenia osobowości. Mechanizm dysocjacyjny prowadzi do stopniowego oddzielania emocji od sfery poznawczej i behawioralnej. Strategia nieodczuwania jest wzmacniana, gdyż stanowi źródło redukcji stresu¹³. Dysocjacja nie pozwala, by pobudzenie, lęk i ból całkowicie nas przygniotły. Łagodzi ból ciężkiego urazu poprzez wydzielanie endorfiny, naturalnego wewnętrznego opiatu. W traumie dysocjacja zdaje się być preferowanym sposobem na przetrwanie doświadczenia, które w danej chwili przekracza naszą wytrzymałość. Zaprzeczenie jest po prostu łagodniejszą formą dysocjacji. Możemy się oddzielić od wspomnień lub uczuć związanych z konkretnym wydarzeniem lub serią wydarzeń. Możemy zaprzeczać, że wydarzenie miało miejsce, albo możemy działać tak, jak gdyby było ono nieistotne. Gdy dzieje się coś złego w naszym życiu, na przykład umiera ktoś, kogo kochamy, gdy zostaniemy zranieni lub zgwałceni, możemy działać tak, jak gdyby nic się nie stało, ponieważ uczucia, które łączą się z pełnym uznaniem tej sytuacji, są zbyt bolesne. Ponadto dysocjacja może być doświadczana jako odłączenie części ciała. Chroniczny ból często reprezentuje tę część w ciele, która została zdysocjowana¹⁴.

¹¹ Patrz szeroko na temat zaburzeń dysocjacyjnych u dzieci: Leszek Drozdowski, Joanna Helios, Wioletta Jedlecka, Grażyna Lewko, Hanna Dufner, Urszula Bartnikowska, „Dysocjacja – terra incognita? Od adaptacji do patologii. Zaburzenia dysocjacyjne u dzieci po traumach”, *Annals of Diagnostic Paediatric Pathology*, 17 (3-4), 2013 (ss. 103-130).

¹² Jayne E. Schooler, Betsy Keefer Smalley, Timothy J. Callahan, *Zranione dzieci, uzdrawiające domy. Wychowanie dzieci dotkniętych traumą w rodzinach adopcyjnych i zastępczych*, tłum. Anna Kaczmarczyk, Warszawa 2012, s. 66.

¹³ Lech K. Paprzycki (red.), *Środki zabezpieczające*, System Prawa Karnego, T.7, C. H. Beck, Warszawa 2012, s. 168.

¹⁴ Peter A. Levine, *Uleczyć traumę. 12 stopniowy program wychodzenia z traumy*, tłum. Zenon Mazurczak, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2015, ss. 28 – 29.

Wielu ludzi cierpiących z powodu traumy żyje w stanie rezygnacji, nie próbuje znaleźć drogi powrotu do bardziej normalnego życia. Dysocjacja, zaprzeczenie, amnezja odgrywają ważną rolę we wzmacnianiu tego stanu. Nie wynikają one z wyboru dokonanego z własnej woli. Nie wskazują na słabość charakteru, dysfunkcję osobowości ani na zamierzoną nieuczciwość. Te zjawiska dysfunkcji przenikają do poziomu fizjologicznego niezależnie od woli. W czasie traumatyzującego wydarzenia zaprzeczenie pomaga zachować zdolność funkcjonowania i przeżycia. Jednak kiedy staje się ono chroniczne, przeszkadza w życiu. Odwracanie skutków dysocjacji, zaprzeczenia, amnezji wymaga wiele odwagi. Ilość wyzwalanej wtedy energii może być ogromna. Nie należy tego umniejszać ani lekceważyć. Dla osoby, która uległa traumie, to bardzo ważne chwile¹⁵. Ludzie, którzy doznają zaostrzonych objawów dysocjacyjnych, mogą czuć się dziwnie czy nierealnie, może też towarzyszyć im odrętwienie czy obojętność. Mogą, ale nie muszą pamiętać, co dokładnie się wydarzyło pod ich „nieobecność”. Stany dysocjacji różnią się stopniem nasilenia. Mamy jednak jej postać łagodną, jak i skrajną, charakterystyczną dla osobowości wielorakiej zwanej współcześnie dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości¹⁶.

Najsilniejszym predykatorem PTSD jest dysocjacja w trakcie trwania zdarzenia traumatycznego. Czynnikiem ryzyka dla wystąpienia PTSD są cechy temperamentalne jak neurotyczność i introwersja. Różnice indywidualne w zakresie temperamentu powodują, że osoby wysokoreaktywne, a więc wyróżniające się dużą wrażliwością i małą odpornością emocjonalną, reagują znacznie silniej na stresory niż osoby niskoreaktywne. Istnieje także pewna liczba danych świadczących o istotnej roli czynników genetycznych w etiologii PTSD. Jeden ze specjalistów w zakresie PTSD Bessel van der Kolk, postuluje, że PTSD rozwija się wówczas, gdy zamiast powrotu do równowagi po przeżyciu traumy następuje dalsze rozniecanie reakcji stresowej w związku z brakiem zdolności

¹⁵ Peter A. Levine, Ann Frederick, *Obudźcie tygrysa. Leczenie traumy*, przeł. Barbara Jarząbska – Ziewiec, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2012, s. 167.

¹⁶ Paul T. Mason, Randi Kreger, *Borderline. Jak żyć z osobą o skrajnych emocjach*, przeł. Małgorzata Oleszczuk, Wydawnictwo GWP, Sopot 2013, s. 61.

do adekwatnej regulacji stanów pobudzenia. Niezdolność ta wynika przede wszystkim z rozregulowania układów neuroendokrynych biorących udział w reakcji na stres. U ludzi zdrowych jedynie w trakcie silnego stresu dochodzi do uwolnienia hormonów biorących udział w reakcji stresowej, takich jak kortyzol, adrenalina, noradrenalina, wazopresyna, oksytocyna i opioidy endogenne. W PTSD nawet czynniki słabo skojarzone z traumą mogą prowadzić do wystąpienia pełnoobjawowej neuroendokrynej reakcji stresowej. Osoby cierpiące z powodu PTSD wykazują przewlekłe podwyższoną aktywność sympatyczną. W prowadzonych badaniach często jest wykazywane, że u pacjentów z PTSD istnieje wiele oznak zwiększonej aktywności ujemnego sprzężenia zwrotnego w funkcjonowaniu osi podwzgórze – przysadka – nadnercza. Systematycznie stwierdzono u nich obniżony poziom kortyzolu. Okazało się także, że w porównaniu z grupą kontrolną mają oni zwiększoną liczbę receptorów glukokortykoidowych i że zachodzi u nich wzmożona supresja kortyzolu w teście hamowania deksametazonem, jak również wzrost poziomu ACTH po podaniu metyraponu, substancji blokującej syntezę kortyzolu¹⁷.

Van der Kolk opisując wpływ doświadczeń traumatycznych na funkcje mózgowie, podkreślił, że w monitorowaniu przebiegu relacji między światem zewnętrznym i wewnętrznym organizmu biorą udział przede wszystkim takie struktury jak pień mózgu, podwzgórze, układ limbiczny i kora nowa. Monitorowanie relacji obejmuje między innymi procesy percepcji, oceny i kategoryzacji informacji, aktywacji reakcji organizmu i uczenia się. Istnieje możliwość, że w przebiegu traumy u osoby jej doświadczającej wystąpi reakcja dysocjacji. W ocenie van der Kolka dysocjacja wiąże się z niepowodzeniem w podejmowaniu prób ogarnięcia traumy, a jej konsekwencją jest znaczna fragmentaryzacja pamięci traumatycznej, powszechna u osób cierpiących z powodu PTSD. Dzieje się tak, ponieważ ekstremalne pobudzenie emocjonalne wpływa w taki sposób na ośrodkowy układ nerwowy, że nie jest on w stanie dokonać syntezy wrażeń zmysłowych, doświadczanych podczas traumy. W PTSD naturalna zdolność mózgu do integracji doświadczenia załamuje się.

¹⁷ Małgorzata Dragan, *Doświadczenia traumatyczne a uzależnienie od alkoholu...*, op. cit., ss. 62 – 65.

Rozwój badań z zastosowaniem neuroobrazowania pozwala na określenie, które ze struktur mózgu odgrywają kluczową rolę w procesie integracji doświadczenia, a w konsekwencji neurobiologii PTSD. Współczesne badania wykazują, że są to przede wszystkim płaty ciemieniowe, hipokamp, ciało modzelowate, zakręt obręczy oraz powierzchnia grzbietowo – boczna kory przedczołowej. Badania z udziałem pacjentów z PTSD potwierdzają, że większość z tych struktur uczestniczy w mechanizmach zaburzenia. Wyniki badań prowadzonych na dorosłych pacjentach z PTSD potwierdzają dane uzyskiwane w badaniach prowadzonych w ramach traumatologii rozwojowej. U dzieci, które doświadczyły traumy, takiej jak maltretowanie fizyczne, stwierdzono zaburzenia w regulacji głównych układów biorących udział w reakcji na stres. Widoczny jest zwłaszcza wpływ przeżytej traumy na rozwój mózgu. Deregulacja osi podwzgórze – przysadka – nadnercza u dzieci maltretowanych jest postrzegana obecnie jako znaczący czynnik w etiologii takich zaburzeń psychicznych w późniejszym okresie życia jak depresja czy właśnie PTSD¹⁸.

Szczególłą analizę zjawiska dysocjacji w kontekście dzieci dotkniętych traumą przeprowadził Leszek Drozdowski¹⁹. W jego opinii „dysocjacja to wszelkie trwałe zaburzenia czy deficyty w zakresie integracji funkcji somatycznych, motorycznych, percepcji, emocji, pamięci, świadomości i wreszcie tożsamości, jakie następują u dziecka w następstwie reakcji na doświadczenie traumatyczne”. Dla cytowanego autora źródło dysocjacji tkwi w reakcji organizmu na doświadczenie przytłaczające, niemożliwe do przetworzenia i zintegrowania. Drozdowski wskazał typologię zaburzeń i objawów dysocjacyjnych, połączył dysocjację z zaburzeniami somatycznymi (np. AZS – atopowe zapalenie skóry). Co więcej, wskazał następujące rodzaje dysocjacji:

- *dysocjacja łagodna* – np. odplynięcia, zawieszenia, letarg;
- *dysocjacja moderacyjna* – odłączenie się percepcyjne, somatyczne czy emocjonalne w konfrontacji

¹⁸ Ibidem, ss. 64 – 65.

¹⁹ Leszek Drozdowski, „Dysocjacja – terra incognita? Od adaptacji do patologii (zaburzenia dysocjacyjne u dzieci po traumach)”, *Newsletter NSLT*, Nr 9, 2013 (ss. 3-24).

z przytłaczającymi doznaniem, a także zjawiska depersonalizacji i derealizacji;

- *dysocjacja ekstremalna* – poważne zakłócenia pamięci, związana jest z reakcją na stres;
- *dysocjacja strukturalna* – tworzenie się różnych części osobowości, co może doprowadzić do rozwoju DID, czyli zaburzenia dysocjacyjnego tożsamości.

Leszek Drozdowski przeanalizował problem zjawiska dysocjacji u dzieci w kontekście przymusu prawnego. Dziecko dysocjujące wykazuje problemy w zakresie przystosowania do regulaminów, systemu opieki, wychowania i edukacji. Wobec dzieci dysocjujących stosowane są środki przymusu w postaci pobytów w ośrodkach socjoterapii, ośrodkach wychowawczych, poprawczych czy wreszcie w postaci środków karnych. W jego ocenie stosowanie tych środków wobec dzieci/ osób cierpiących na dysocjację wydaje się nieadekwatne ze względu na konieczność zastosowania odpowiednich terapii²⁰.

Doświadczenie dysocjacji może mieć, zdaniem autorów *Psychopatologii*, następujące przejawy:

- *amnezja*, gdy znaczny okres życia ulega zapomnieniu;
- *depersonalizacja*, gdy człowiek czuje się oddzielony od siebie, tak jakby chodził dzięki ruchom innych osób albo patrzył na siebie z zewnątrz;
- *derealizacja*, kiedy nierealny wydaje się świat, a nie własna osoba;
- *pomieszanie osobowości*, kiedy komuś myli się lub nie jest pewny własnej tożsamości;
- *zmiana tożsamości*, gdy dana osoba wykazuje niezwykle umiejętności, o których dotąd nie wiedziała²¹.

Najistotniejszym przejawem amnezji dysocjacyjnej jest jeden bądź więcej epizodów niezdolności przypomnienia sobie ważnych informacji odnoszących się do własnej osoby, zwykle związanych z urazem czy też ze stresem, w tak głębokim stopniu, iż nie można tego wyjaśnić zwyczajnym zapomnieniem. Zaburzenia nie występują tylko w okresie trwania

²⁰ Leszek Drozdowski, „T” Dziecko. Dziecko z doświadczeniami kompleksowej traumy”, w: Leszek Drozdowski, Barbara Weigl (red.), *Rodzinne domy dziecka – opieka, wychowanie, terapia*, wyd. I, Warszawa 2011, s. 104 i nn.

²¹ Martin E. P. Seligman, Elaine F. Walker, David L. Rosenhan, *Psychopatologia*, op. cit., s. 252.

dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości, fugi dysocjacyjnej, zaburzeń stresu pourazowego, ostrych zaburzeń stresowych bądź zaburzeń somatycznych i nie są one rezultatem działania fizjologicznego jakiejś substancji, też choroby neurologicznej lub innych przypadłości somatycznych. Objawy powodują istotne zakłócenia lub upośledzenie w obszarze społecznym, zawodowym albo w innych ważnych obszarach funkcjonowania.

Zaburzenia depersonalizacji z kolei, wiążą się z trwałym bądź powtarzającym się poczuciem odłączenia od własnych procesów psychicznych albo od własnego ciała, jakby było się jedynie zewnętrznym obserwatorem samego siebie. Podczas tego rodzaju zaburzeń nie zmienia się zdolność badania rzeczywistości. Podobnie jak amnezja dysocjacyjna, również zaburzenia depersonalizacji powodują istotne dolegliwości lub zmiany w obszarze społecznym, zawodowym albo na innych płaszczyznach funkcjonowania.

Dysocjacyjne zaburzenia tożsamości wiążą się natomiast z obecnością dwóch lub więcej odrębnych tożsamości bądź stanów osobowości, z których przynajmniej dwie na przemian kontrolują zachowanie człowieka. Zaburzenia te nie są spowodowane bezpośrednim działaniem jakiejś substancji, ani też nie są efektem choroby somatycznej. Niemożności przypomnienia sobie doniosłych informacji o sobie, tak jak w przypadku amnezji, nie da się wytłumaczyć zwyczajnym zapominaniem. Podkreśla się przy tym, że u dzieci objawy nie dotyczą wyobrażania sobie nieistniejących w rzeczywistości kolegów lub innych fantazji w zabawie²².

O zaburzeniach dysocjacyjnych mówi się często jako o wysoce twórczej technice adaptacyjnej, gdyż pozwala ona jednostkom przetrwać w „beznadziejnych” okolicznościach, wydzielając pewną przestrzeń dla zdrowego funkcjonowania. Osoby z zaburzeniami dysocjacyjnymi mogą doświadczyć następujących objawów: depresji, gwałtownych zmian nastroju, tendencji samobójczych, zaburzeń snu i fobii, ataków paniki, narkomanii i alkoholizmu, różnych kompulsywnych zachowań i rytuałów, epizodów psychotycznych, uzależnień seksualnych i pokarmowych²³.

²² Ibidem, ss. 253 – 257.

²³ <http://www.phobiasocialis.fora.pl/fo...yjne-zaburzenie-tozsamosci,3746.html> dostęp: 20 maja 2015.

Ataki histeryczne są również traktowane jako zjawiska dysocjacyjne. Wynikają one ze stresu traumatycznego. Podczas traumatycznego zdarzenia występują u ludzi gwałtowne emocje, które uniemożliwiają integrację tego ekstremalnego doświadczenia ze zwykłą codziennością. Zamiast integracji, następuje dysocjacja traumatycznych treści pamięciowych z sekwencji codziennej rzeczywistości, jak również świadomej kontroli. Będąc niezdolnym do integracji traumatycznych treści pamięciowych, człowiek traci umiejętność asymilacji również innych, nowych doświadczeń. Wygląda to tak, jakby jego osobowość zatrzymała się w jakimś punkcie i była niezdolna do rozwoju i poszerzania się o nowe elementy. Te niewyłączone elementy nie zostaną zintegrowane ze świadomością człowieka dopóty, dopóki dokonuje się w nim stopniowe pogarszanie osobowościowego i społeczno – zawodowego funkcjonowania. Problematyka stresu traumatycznego była i jest nadal podejmowana przez wielu badaczy. Freud podstawowy mechanizm psychopatologii doświadczeń traumatycznych widział w dysocjacji. Z czasem jednak odszedł od tych poglądów i stworzył własną koncepcję zaburzeń nerwicowych. Stwierdził, że u podłoża każdej nerwicy, a zatem i wywołanej traumą, leżą konflikty intrapsychiczne, których źródłem są represjonowane instynkty oraz wczesnodziecięce, nieakceptowane pragnienia seksualne i agresja. Konflikty intrapsychiczne wywołują lęk i uruchamiają mechanizmy obronne, niepozwalające na uświadomienie sobie treści tych pragnień i dążeń. Zaburzenia pamięci traumatycznej, które dostrzeżono u pacjentów histerycznych, nie są wynikiem dysocjacji, lecz właśnie represjonowania tych konfliktów wewnętrznych²⁴.

Przypadki dysocjacji osobowości mogą świadczyć o jedności tożsamości²⁵ i skłaniają do stawiania pytań dotyczących natury jaźni. Czy ma ona charakter przedjęzykowy, czy narracyjny? Jaźń przedjęzykowa ma charakter punktowy i ma swoje źródło w kartezyjskiej wizji transparentnego podmiotu.

²⁴ Bogusław Borys, *Psychotraumatologia – spojrzenie wstecz i aktualne odniesienia*, w: Gabriela Chojnacka – Szawłowska, Beata Pastwa – Wojciechowska (red.), *Kliniczne i sądowo – penitencjarne aspekty funkcjonowania człowieka*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007, ss. 151-152.

²⁵ Por. Andrzej Kapusta, „Tożsamość osobowa w świetle psychopatologii”, *Zagadnienia Naukoznawstwa*, 4(162), 2004 (ss.787-808), s. 787 i nn.

Nowożytny naukowy podejście do problematyki tożsamości polega na oderwaniu jej od społeczno – etycznego kontekstu i próbie jej obiektywnego ujęcia. Owo naukowe ujęcie nakazuje nam spojrzeć na nowo na dotychczasowe doświadczenia siebie jako osoby, dla której wymiar duchowy i cielesny wydają się nierozłączne. Nasze ja stanowi część szerszego pojmowania tożsamości, żeby je określić należy wykroczyć poza pytania o to, co w nas jest całe, a co ulega nieustannej zmianie²⁶. Dysocjacja to sposób radzenia sobie z różnorakimi sytuacjami życiowymi. Podmiot w ujęciu filozoficznym jako całość ma wiele potrzeb i interesów, do których realizacji niezbędna okazuje się strategia dysocjacji. Niektórzy filozofowie zakładają początkowe istnienie przeddysocjacyjnej jednostki, która pod wpływem doświadczeń traumatycznych ulega dysocjacji. Tezie o jedności tożsamości mogą sprzyjać niektóre koncepcje psychologiczne i neurologiczne. Dysocjacja osobowości może być traktowana jako niedomaganie pamięci autobiograficznej.

Dodać należy, że dysocjacja generuje także pewne problemy w systemie prawa. Podstawowy problem polega na tym, iż w systemie brak jest definicji legalnej, która wskazywałaby jak należy rozumieć na gruncie reguł prawnych owo pojęcie. Co więcej, pojęcie „dysocjacji” w pewnym sensie jest zagadnieniem stosunkowo nowym w polskiej nauce, co na płaszczyźnie systemu prawa, zwłaszcza na gruncie prawa karnego, może powodować problemy dotyczące odpowiedzialności i poczucia winy. Analiza orzecznictwa pozwala odtworzyć dynamikę zmian, jakim z upływem czasu podlegały poglądy Sądu Najwyższego na różnorodne kwestie dotyczące opiniowania psychiatryczno – psychologicznego w procesie karnym. Pozwala to uchwycić proces kształtowania się dzisiaj względnie jednolitych poglądów, obszary najpoważniejszych sporów i kontrowersji, czy też kwestie i problemy wymagające nowych regulacji prawnych. Przykładem mogą tu być problemy związane z działaniem w „stanie silnego wzburzenia” czy kwestie pojęcia „inne zakłócenia czynności psychicznych”²⁷.

²⁶ Patrz szerzej: Andrzej Kapusta, „Filozoficzne aspekty zaburzeń tożsamości osobowej”, *Sztuka Leczenia*, Nr 1, tom X, 2004 (ss.67-75), ss. 69-70.

²⁷ Lech K. Paprzycki (red.), *System prawa karnego. Tom 4. Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności karnej*, C. H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2013, s. 570.

Literatura

- Borys Bogusław, *Psychotraumatologia – spojrzenie wstecz i aktualne odniesienia*, w: Gabriela Chojnacka – Szawlowska, Beata Pastwa – Wojciechowska (red.), *Kliniczne i sądowo – penitencjarne aspekty funkcjonowania człowieka*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2007.
- Czym są traumatyczne wspomnienia?, www.stronyocalenia.pl/attachments/article/152_sidron_CzymsaTraumaticWspomnienia.pdf. data dostępu: 10 luty 2015.
- Dragan Małgorzata, *Doświadczenie traumatyczne a uzależnienie od alkoholu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
- Leszek Drozdowski, „Dysocjacja – terra incognita? Od adaptacji do patologii (zaburzenia dysocjacyjne u dzieci po traumach)”, *Newsletter NSLT*, Nr 9, 2013 (ss. 3-24).
- Drozdowski Leszek, Helios Joanna, Jedlecka Wioletta, Lewko Grażyna, Dufner Hanna, Bartnikowska Urszula, „Dysocjacja – terra incognita? Od adaptacji do patologii. Zaburzenia dysocjacyjne u dzieci po traumach”, *Annals of Diagnostic Paediatric Pathology*, 17 (3-4), 2013 (ss. 103-130).
- Drozdowski Leszek, „T Dziecko. Dziecko z doświadczeniami kompleksowej traumy”, w: Leszek Drozdowski, Barbara Weigl (red.), *Rodzinne domy dziecka – opieka, wychowanie, terapia*, wyd. I, Warszawa 2011.
- <http://www.phobiasocialis.fora.pl/fo...yjne-zaburzenie-tozsamosci,3746.html> dostęp: 20 maja 2015. <http://www.phobiasocialis.fora.pl/fo...yjne-zaburzenie-tozsamosci,3746.html> dostęp: 20 maja 2015.
- Jamison Kay Redfield, *Noc szybko nadchodzi. Zrozumieć samobójstwo by mu zapobiec*, tłum. Tomasz Bieroń, Poznań 2011.
- Kapusta Andrzej, „Filozoficzne aspekty zaburzeń tożsamości osobowej”, *Sztuka Leczenia*, Nr 1, tom X, 2004 (ss. 67-75).
- Kapusta Andrzej, „Tożsamość osobowa w świetle psychopatologii”, *Zagadnienia Naukoznawstwa*, 4(162), 2004 (ss. 787-808).
- Levine Peter A., Frederick Ann, *Obudźcie tygrysa. Leczenie traumy*, przeł. Barbara Jarząbska – Ziewiec, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2012.
- Levine Peter A., *Uleczyć traumę. 12 stopniowy program wychodzenia z traumy*, tłum. Zenon Mazurczak, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2015.
- Mason Paul T., Kreger Randi, *Borderline. Jak żyć z osobą o skrajnych emocjach*, przeł. Małgorzata Oleszczuk, Wydawnictwo GWP, Sopot 2013.
- Paprzycki Lech K. (red.), *System prawa karnego. Tom 4. Nauka o przestępstwie. Wyłączenie i ograniczenie odpowiedzialności*

- karnej*, C. H. Beck, Instytut Nauk Prawnych PAN, Warszawa 2013.
- Paprzycki Lech K. (red.), *Środki zabezpieczające*, System Prawa Karnego, T.7, C. H. Beck, Warszawa 2012.
- Przesławski Tomasz, *Psychika. Czyn. Wina*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2008.
- Przybysz Jerzy, *Psychiatria sądowa. Opiniowanie w postępowaniu cywilnym. Podręcznik dla lekarzy i prawników*, Wydanie 1, Warszawa 2009.
- Radny Alina, „Wpływ traumy na psychikę. Psychoterapia ofiary”, *Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu 2009 – 2011*, Sympozja I, Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Szczecin 2011.
- Schooler Jayne E., Smalley Betsy Keefer, Callahan Timothy J., *Zranione dzieci, uzdrawiające domy. Wychowanie dzieci dotkniętych traumą w rodzinach adopcyjnych i zastępczych*, tłum. Anna Kaczmarczyk, Warszawa 2012.
- Seligman Martin E. P., Walker Elaine F., Rosenhan David. L., *Psychopatologia*, tłum. Joanna Gilewicz, Aleksander Wojciechowski, Zysk i S-ka, Poznań 2004.
- Tomalski Radosław, „Aleksytymia i dysocjacja”, *Psychoterapia*, 2(145), 2008 (ss. 35-43).
- Tomalski Radosław, „Trauma i dysocjacja w zaburzeniach jedzenia”, *Psychoterapia*, 2(141), 2007 (ss. 17-27).
- Załużska Maria, „Fuga dysocjacyjna u pacjentki oddziału położniczego – studium przypadku”, *Psychiatria Polska*, Nr 4, XLV, 2011 (ss. 599-609).