

KS. PIOTR MARCHWICKI SDB

OSOBOWOŚĆ WIELORAKA

Kryteria diagnostyczne i modele etiologiczne

WPROWADZENIE

Dramatyczne przykłady fenomenów dysocjacyjnych są tak stare, jak stara jest ludzkość. Należą do nich m.in. stany transu, opętania, ucieczki z miejsca zamieszkania połączone z zapomnieniem swojej tożsamości. Zjawiska te występują we wszystkich społecznościach i kulturach. Zalicza się do nich również dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (*dissociative identity disorder*), jedno z najcięższych znanych zaburzeń psychicznych, określane również jako zaburzenie osobowości wielorakiej (*multiple personality disorder*)¹. Jest to chyba najbardziej zadziwiająca zaburzenie psychiczne. Charakteryzuje je występowanie u jednej osoby dwóch lub więcej różnych osobowości, z których każda jest względnie niezależna od pozostałych i często nieświadoma ich istnienia. Osobowości te żyją swoim własnym życiem, co jakiś czas przejmując kontrolę nad jednostką. O zachowaniu i działaniach jednostki decyduje dominująca w danym momencie osobowość, a pozostałe jakby w ogóle nie istniały². Jest to tak dziwne, że osobom, które nie miały styczności z osobowością wieloraką, trudno jest uwierzyć w możliwość istnienia tej choroby psychicznej. Jak to możliwe, aby jedna osoba miała dwie,

¹ Termin „osobowość wieloraka” (w polskiej literaturze psychologicznej i psychiatrycznej stosowany jest również termin „osobowość mnoga”) został wprowadzony przez Amerykanina Mortona Prince’a (1854–1929), ucznia słynnego francuskiego psychiatry Jeana Charcota (1825–1893). W wydanej w 1906 r. książce *The Dissociation of a Personality* przedstawił on przypadki ludzi z dwiema lub więcej niezależnymi osobowościami, a także szczegółowy opis leczenia panny Beauchamp. Dziewczyna ta miała trzy różne, działające w sposób naprzemienny osobowości: „świętej”, uznającej wulgarność i kłamstwa za grzechy, które należy wynagradzać modlitwą i postem; „kobiety”, która okazywała ambicję i wolę; oraz osobowość opisywaną jako „szatańska”, infantylna i złośliwa. W publikacjach z zakresu psychologii i psychiatrii opublikowano do tej pory około 200 przypadków osobowości wielorakiej.

² W potocznym mniemaniu osobowość wieloraka jest mylona ze schizofrenią, prawdopodobnie dlatego, że nazwa tej ostatniej znaczy dosłownie „rozszczepiony umysł”.

trzy, cztery, a nawet więcej różnych tożsamości lub osobowości? Czy to jest w ogóle możliwe? A jednak zwiększająca się stopniowo liczba publikacji na ten temat świadczy o wzrastających umiejętnościach klinicystów nie tylko do rozpoznawania tego zaburzenia, ale również do jego leczenia.

Pierwsze przypadki dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (DZT) zostały opisane w pierwszej połowie XIX w. Przy wyjaśnianiu etiologii tego zaburzenia odwoływano się początkowo do zjawisk nadprzyrodzonych, takich jak opętanie przez duchy lub reinkarnacja. Wyjaśnienia tego typu zostały jednak zarzucone pod koniec XIX w. na rzecz prób naukowego wytlumaczenia etiologii DZT³.

Dawnej uważano, że DZT zdarza się niezwykle rzadko. Jednak ostatnio odnotowywana liczba przypadków tego zaburzenia wzrosła – przynajmniej w Stanach Zjednoczonych – do tego stopnia, że pojawiły się nawet propozycje nazwania go „chorobą psychiczną lat dziewięćdziesiątych” (XX w.)⁴. Niektóre symptomy charakterystyczne dla osobowości wielorakiej są bardzo niecodzienne. Wydaje się w związku z tym dość prawdopodobne, że osoby nie mające bliższej wiedzy o tym zaburzeniu, a stykające się z cierpiącymi na nie osobami, mogą przypuszczać, iż mają do czynienia np. z przypadkiem opętania (demonicznego). Problem ten może pojawić się m.in. w pracy duszpasterskiej. Duszpasterze, zwłaszcza egzorcyci diecezjalni, mogą spotkać się z osobami cierpiącymi na DZT, przedstawianymi jako opętane lub uważające się za opętane. Znajomość symptomów charakteryzujących osobowość wieloraką oraz modeli wyjaśniających powstawanie tego zaburzenia może przyczynić się w tym kontekście do bardziej skutecznego udzielenia pomocy osobom chorym na DZT przez właściwą identyfikację charakteru ich cierpienia i skierowanie ich do ośrodków zajmujących się terapią zaburzeń psychicznych.

1. KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE DZT

Kryteria diagnostyczne DZT zostaną przedstawione zasadniczo na podstawie DSM-IV, opublikowanego w 1994 r. przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne czwartego wydania *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, który – obok klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zachowania zawartej w ICD-10⁵ – stanowi obecnie najbardziej rozpowszechniony system klasyfikacji nozologicznej (objawowej) zaburzeń psychicznych.

³ Por. F. W. Putnam, *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*, New York 1989, s. 45–46.

⁴ L. A. Pervin, *Psychologia osobowości*, tłum. z ang. M. Orski, Gdańsk 2002, s. 212.

⁵ Zob. World Health Organization (WHO), *ICD-10. International statistical classification of diseases and related health problems*, Genve, 1992; World Health Organization (WHO), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa 2000.

DSM-IV zalicza dysocjacyjne zaburzenie tożsamości do grupy tzw. zaburzeń dysocjacyjnych, która oprócz samego DZT obejmuje również takie zaburzenia, jak: amnezja psychogenna, czyli nagły zanik pamięci na temat własnej osoby; fuga (ucieczka) psychogenna, czyli nagłe zaburzenie tożsamości, związane zwykle z daleką podróżą; depersonalizacja, czyli nawracające poczucie wyobcowania z własnej tożsamości, połączone ze zniekształconym odbiorem rzeczywistości. Zasadniczą cechą wszystkich tych zaburzeń jest brak ciągłości w zintegrowanych zazwyczaj funkcjach świadomości, pamięci, tożsamości lub percepcji otoczenia⁶.

Samo dysocjacyjne zaburzenie tożsamości charakteryzuje się występowaniem dwóch lub więcej odrębnych stanów tożsamości lub osobowości, które w powtarzający się sposób przejmują okresowo kontrolę nad zachowaniem danej osoby. Łączy się z tym niezdolność do przypomnienia sobie przez tę osobę ważnych informacji dotyczących jej życia osobistego, przy czym niezdolność ta jest zbyt duża, aby mogła być wytłumaczona przez zwykłą ludzką tendencję do zapomnienia. Zaburzenie to nie jest bezpośrednim efektem działania substancji chemicznych lub ogólnego stanu medycznego organizmu. Symptomy tego zaburzenia u dziecka nie mogą być przypisywane istnieniu przez nie wymyślonego przyjaciela lub przyjaciółki albo innym zabawom, w których dziecko wykorzystuje swoją wyobraźnię⁷.

U osób cierpiących na DZT można stwierdzić brak integracji różnych aspektów tożsamości, pamięci i świadomości. Każdy ze stanów osobowości może być przeżywany jakby miał swoją odrębną historię życia, odrębny obraz samego siebie i odrębną tożsamość, w tym swoje własne imię. Zazwyczaj istnieje osobowość pierwotna, która nosi imię osoby cierpiącej na DZT i wykazuje takie cechy, jak: bierność, zależność, poczucie winy i tendencje depresyjne. Pozostałe osobowości, tzw. osobowości alternatywne, mają często różne imiona i charakteryzują się cechami, które kontrastują z cechami osobowości pierwotnej, np. są wrogie, kontrolujące, autodestrukcyjne. Poszczególne osobowości mogą wyłaniać się w specyficznych okolicznościach i mogą różnić się, jeśli chodzi o podawany przez nie wiek i płeć, a także stosowanym słownictwem lub zasobem wiedzy ogólnej. Osobowości alternatywne mogą przejmować kontrolę nad zachowaniem jednostki kolejno po sobie lub jedna kosztem drugiej, mogą zaprzeczać, że się wzajemnie znają, mogą nawzajem się krytykować lub pozostawać z ciągłym konflikcie. Czasami jedna lub więcej osobowości silniejszych może przyznawać osobowościom słabszym czas, w którym te mogą przejmować kontrolę nad zachowaniem. Osobowości alternatywne bardziej agresywne lub wrogo nastawione mogą niekiedy

⁶ Por. American Psychiatric Association (APA), *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington 1994, s. 477.

⁷ Por. tamże, s. 484.

przerywać działalność innych tożsamości lub stawiać je w nieprzyjemnych dla nich sytuacjach⁸.

Osoby z osobowością wieloraką wykazują częste luki w pamięci dotyczące zarówno odległych, jak i niedawnych wydarzeń z ich życia. Amnezje te są z reguły asymetryczne. Osobowości bardziej bierne mają wspomnienia raczej uboższe, natomiast te bardziej wrogie, kontrolujące lub ochraniające, mają wspomnienia pełniejsze. Może występować utrata pamięci obejmująca pewne odcinki czasu, jak i całkowita utrata pamięci biograficznej dotycząca jakiegoś długiego okresu dzieciństwa. Osobowości, które w danym momencie nie kontrolują zachowania jednostki mogą znaleźć drogę do jej świadomości poprzez słuchowe lub wizualne halucynacje (np. słyszenie głosu, który udziela instrukcji). Przejście z jednego stanu osobowości do drugiego dokonuje się zwykle w ciągu niewielu sekund, ale w niektórych przypadkach może zachodzić stopniowo. Liczba osobowości alternatywnych oscyluje między dwoma, a więcej niż sto, przy czym w połowie przypadków wynosi ona dziesięć lub poniżej dziesięciu⁹.

Osoby cierpiące na DZT przytaczają często relacje o ciężkich fizycznych i seksualnych nadużyciach, którym poddane były w dzieciństwie. Osoby te mogą wykazywać symptomy charakterystyczne dla zespołu stresu pourazowego (np. koszmary senne, fleszbeki) oraz zachowania samookaleczające, samobójcze i agresywne. W niektórych przypadkach osoby z DZT same są sprawcami fizycznego maltretowania i nadużyć seksualnych popełnianych wobec innych osób. Niektóre osobowości alternatywne osób cierpiących na DZT mogą doświadczać symptomów konwersji (np. pseudonapadów apopleksji) lub mieć niespotykane zdolności do znoszenia bólu¹⁰.

Badania laboratoryjne wskazują ponadto, że osoby z DZT wykazują różnice w funkcjach fizjologicznych w zależności od stanu osobowości, mającego w danym momencie kontrolę nad ich zachowaniem, np. różnice w ostrości wzroku, przewodnictwie elektrycznym skóry, EEG, funkcjach autonomicznych, takich jak tętno i oddychanie, poziomie odporności na ból, uczuleniu na alergenty i in.¹¹.

Jeszcze dwadzieścia lat temu sądzono, że osobowość wieloraka jest zaburzeniem, na które cierpią tylko osoby dorosłe. Obecnie, chociaż zaburzenie to jest najczęściej diagnozowane u osób między 25 a 35 rokiem życia, to na podstawie uzyskanych danych można stwierdzić, że choroba ta ma swoje początki już we wczesnym dzieciństwie. Znane są nawet przypadki dzieci w wieku 3–4 lat, które cierpią na DZT¹².

⁸ Por. tamże.

⁹ Por. tamże, s. 484–485.

¹⁰ Por. tamże, s. 485.

¹¹ Por. D. O. Lewis, C. A. Yeager, *Dissociative identity disorder/multiple personality disorder: A comprehensive testbook*, w: *Child and adolescent psychopathology*, red. M. Lewis, Baltimore, 1996, s. 710.

¹² Por. tamże, s. 703.

U osób dorosłych DZT występuje od 3 do 9 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Kobiety wykazują też tendencję do posiadania większej liczby osobowości alternatywnych niż mężczyźni. Średnia ich liczba u kobiet wynosi 15, natomiast u mężczyzn – 8¹³.

2. MODELE ETIOLOGICZNE

Na podstawie danych klinicznych można stwierdzić, że istnieje związek między powstaniem dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości a sytuacjami ciężkiego urazu psychicznego lub znęcania się fizycznego w okresie dzieciństwa, często o charakterze wykorzystywania seksualnego. Wydaje się więc, że DZT jest zaburzeniem, które – jak wiele innych – ma swoje korzenie w dzieciństwie i manifestuje się w różny sposób na przestrzeni życia jednostki¹⁴.

Wydarzenie traumatyczne przeżyte w dzieciństwie występuje zarówno w retrospektywnych opowiadaniach pacjentów dorosłych, jak i w opowiadaniach dzieci. W większości przypadków jest to kazirodztwo i inne nadużycia o charakterze seksualnym oraz różne przypadki fizycznego znęcania się. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych przez Narodowy Instytut Zdrowia Psychicznego (*National Institute of Mental Health*) na grupie 100 osób cierpiących na DZT wykazały, że wydarzenie traumatyczne w dzieciństwie występuje w 97% przypadków, w tym wykorzystywanie seksualne – ok. 85% (przypadki kazirodztwa – ok. 68%), znęcanie się fizyczne – ok. 75%, znęcanie się fizyczne i wykorzystywanie seksualne łącznie ok. – 70%, ekstremalne zaniedbywanie ze strony opiekunów – ok. 60%, bycie świadkiem czyjejś gwałtownej śmierci – ok. 40%, inne przypadki nadużyć – ok. 20%, ekstremalne ubóstwo – ok. 20%¹⁵. Z danych tych wynika, że wiele osób z DZT przeżyło różne rodzaje wydarzeń traumatycznych.

Najczęstszym rodzajem nadużyć przytaczanych przez osoby cierpiące na osobowość wieloraką jest wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie. W większości przypadków są to przypadki kazirodztwa typu ojciec–córka lub ojczym–pasierbica, chociaż referowane są również przypadki kazirodztwa typu matka–córka, matka–syn i starsze rodzeństwo–młodsze rodzeństwo. Oprócz różnych kombinacji seksu oralnego, genitalnego i analnego, osoby te były również często poddawane seksualnemu i fizycznemu znęcaniu się przy zastosowaniu lewatyw, zimnych prysznic i innych „higienicznych” czynności lub przyrządów. Trzy czwarte osób cierpiących na DZT przytacza różnego rodzaju przypadki maltretowania fizycznego, którym były one poddane w dzieciństwie, od bicia i kopania po różnego rodzaju wymyślne tortury, jak np. przypalanie zapałkami lub żelazkiem

¹³ Por. American Psychiatric Association (APA), dz.cyt., s. 485–486.

¹⁴ Por. G. Peterson, *Treatment of early onset (of dissociative identity disorder)*, w: *Treating dissociative identity disorder*, red. J. L. Spira, San Francisco 1996, s. 135–137.

¹⁵ Por. F. W. Putnam, dz.cyt., s. 47–48.

do prasowania, nacinanie żyłką lub szkłem. Wiele osób z DZT twierdzi, że były one poddawane znęcaniu się w sposób zrytualizowany, przy czym sprawcy często wyjaśniali, że są one w ten sposób „oczyszczane”. W niektórych przypadkach pojawiają się opowiadania o „czarnych mszach” i rytach satanistycznych. Bardzo często w opowiadaniach osób z DZT referowane są przypadki znęcania się poprzez ograniczanie swobody poruszania się lub uwięzienie, np. związywanie, zamknięcie w szafie, w piwnicy, w bagażniku samochodu, wpychanie do pudeł lub toreb, zakopywanie żywcem, np. jedna z osób cierpiąca na osobowość wieloraką podaje, że jako dziecko została zakopana w ziemi, przy czym sprawca pozostawił nad jej twarzą rurę do oddychania, przez którą oddawał na nią moc¹⁶. Generalnie, wydaje się, że w porównaniu z innymi ofiarami przemocy seksualnej i fizycznej, osoby cierpiące na DZT należą do tych, które przeżyły szczególnie sadyistyczne i wymyślne rodzaje znęcania się. Inną często występującą cechą jest potwarzanie się nadużyć¹⁷.

Oprócz nadużyć, mających charakter przemocy fizycznej i seksualnej, osoby z DZT przytaczają również różne formy znęcania się psychicznego, jak np. systematyczne wyśmiewanie, upokarzanie, oczernianie, grożenie wielkimi karami, bycie świadkiem wykorzystywania seksualnego lub fizycznego maltretowania kogoś z rodzeństwa, mimo że samemu nie było się ofiarą bezpośrednich nadużyć, trzymanie w odosobnieniu od rówieśników lub zakazywanie kontaktów z nimi i in.¹⁸

Niektóre osoby cierpiące na osobowość wieloraką przytaczają też sytuacje traumatyczne z dzieciństwa, które nie miały charakteru fizycznego lub psychicznego znęcania się, np. bycie świadkiem gwałtownej śmierci kogoś z krewnych lub przyjaciół. Między innymi przypadki DZT występują u dzieci i młodzieży pochodzących z rejonów objętych wojną, które były świadkami mordów członków własnej rodziny¹⁹.

Zdarzenia traumatyczne w dzieciństwie są punktem wyjścia trzech modeli etiologicznych DZT, przyjmowanych aktualnie przez większość badaczy i klinicystów zainteresowanych tym zaburzeniem. Są to: model psychoanalityczny, model autohipnotyczny i model ewolucyjny²⁰. Ogólnie, tłumaczą one osobowość wieloraką jako wynik ekstremalnej obrony psychologicznej ze strony dziecka w

¹⁶ Inny wymyślony sposób znęcania się nad dzieckiem został przedstawiony w znanym filmie poruszającym tematykę osobowości wielorakiej *Trzy twarze Ewy*. Cierpiąca na DZT bohaterka jako mała dziewczynka była spuszczana w wiadrze głęboko do studni. Sprawca rzucał potem na nią z góry przygotowane uprzednio w tym celu żywe węże (P.M.).

¹⁷ Por. F. W. Putnam, dz.cyt., s. 47–49.

¹⁸ Por. tamże, s. 49–50.

¹⁹ Por. tamże, s. 50.

²⁰ Oprócz trzech wymienionych modeli etiologicznych DZT istnieją jeszcze trzy inne, mające dzisiaj jedynie wartość historyczną: model ról społecznych, model jatrogenny i model neurologiczny. Modele te nie odwołują się bezpośrednio do zdarzenia traumatycznego w dzieciństwie jako do głównego czynnika odpowiedzialnego za powstawanie osobowości wielorakiej (zob. D. O. Lewis, C. A. Yeager, art.cyt., s. 704–705).

obliczu sytuacji dla niego nie do zniesienia, od której nie może ono uciec i przed którą nie może się obronić z racji swojej niedojrzałości fizycznej i psychicznej.

2.1. Model psychoanalityczny

Zgodnie z tym modelem, różne osobowości alternatywne są skomplikowanymi konstruktami umysłowymi, utworzonymi w celu ochrony jednostki przed innymi treściami umysłowymi postrzeganymi przez nią jako niebezpieczne lub nie do zniesienia. Powyższa konceptualizacja nawiązuje do opinii Z. Freuda, zgodnie z którą choroba umysłowa nie jest wywoływana przez zdarzenie traumatyczne jako takie, ale przez mechanizmy obronne, mające za zadanie trzymać z dala od świadomości wspomnienia związane z tym zdarzeniem²¹. W przypadku DZT dominującą rolę pełnią dwa mechanizmy obronne: rozszczepienie i dysocjacja.

Rozszczepienie. Jest to normalny proces psychiczny, szczególnie aktywny w pierwszych miesiącach życia, przez który dziecko oddziela dobre obiekty i dobre Ja, dobre od złych obiektów i od złego Ja. W ten sposób dziecko chroni pozytywne doświadczenia od kontaminacji przez doświadczeniami negatywnymi i jednocześnie łatwiej znosi ciężar swoich negatywnych doświadczeń. W przypadku dzieci, których dzieciństwo obfituje w zdarzenia dla nich traumatyczne, ciężar złych i negatywnych doświadczeń może być tak przytłaczający, że stosują one mechanizm rozszczepienia bardzo często, i to nie tylko w celu oddzielenia doświadczeń pozytywnych od negatywnych, ale również w celu utrzymania dwóch lub więcej niesprowadzalnych do siebie, odmiennych wizji rzeczywistości. Dziecko tworzy wtedy wymyślone osobowości i rzeczywistości, np. „Ja nie jestem tym dzieckiem, które jest maltretowane. To jest inne dziecko, które jest tylko do mnie podobne i nosi takie samo jak ja imię”²².

Dysocjacja. Jest to prymitywny mechanizm obronny, poprzez który określone myśli, wspomnienia lub afekty tracą swój zwykły związek z pozostałymi procesami psychicznymi lub z całą resztą osobowości i funkcjonują w sposób autonomiczny. Dysocjacja jest kierowana przez proces pierwotny, aktywny szczególnie w okresie poprzedzającym rozwój zdolności umysłowych niezbędnych dla procesu wtórnego²³ (wtedy dysocjacja jest coraz bardziej zastępowana przez mechanizm obronny

²¹ Por. S. S. Marmer, *An outline for psychoanalytical treatment (of dissociative identity disorder)*, w: *Treating dissociative...*, s. 190–191.

²² Por. tamże, s. 191–193.

²³ Opisane po raz pierwszy przez Z. Freuda, proces pierwotny i proces wtórny, to dwa zasadniczo różne sposoby funkcjonowania psychicznego. Proces pierwotny jest najwcześniejszą i najprymitywniejszą formą aktywności umysłowej. Charakteryzuje się nieuwzględnianiem związków przyczynowych, współlistnieniem sprzeczności, brakiem wymiaru czasowego oraz brakiem przeciwieństw. Nie odróżnia rzeczywistości od wyobraźni; dąży do natychmiastowego i całkowitego rozładowania napięcia przez tworzenie wyobrażeń (fantazji) obiektu zaspokajającego potrzebę. Proces wtórny rządzi się natomiast zasadą rzeczywistości, odpowiada za dostosowanie do rzeczywi-

wyparcia). Na myśli i uczucia oddalone z pola świadomości przez dysocjację działają mechanizmy obronne charakterystyczne dla procesu pierwotnego, takie jak: przesunięcie, kondensacja i symbolizacja. Związek dysocjacji z procesem pierwotnym wyjaśnia, dlaczego pacjenci cierpiący na DZT nie odczuwają ciężaru sprzeczności związanych z ich osobowościami alternatywnymi, np. bycie mężczyzną lub kobietą, starym lub młodym, w przeszłości lub w czasie terażniejszym itd.²⁴

Zgodnie z modelem psychoanalitycznym, zdarzenie traumatyczne przeżyte w dzieciństwie nie musi być szczególnie ciężkie. Może ono mieć charakter lekki lub umiarkowany, jeśli współwystępuje z dwoma innymi czynnikami: konfliktem psychicznym i/lub brakami afektywnymi. Podstawowym konfliktem psychicznym wskazywanym przez model psychoanalityczny jako czynnik prowadzący do wystąpienia DZT jest nierozwiązany kompleks Edypa. Natomiast braki afektywne odnoszą się przede wszystkim do braku odpowiedniej opieki i empatii ze strony matki²⁵.

2.2. Model autohipnotyczny

Model ten zakłada, że dziecko znajdujące się w sytuacji traumatycznej stosuje autohipnozę, aby psychicznie uciec od cierpienia, którego nie potrafi znieść. Potem, zachowanie to jest generalizowane na wszystkie sytuacje nasycone stresem²⁶.

W modelu tym przyjmowane jest założenie, że hipnoza jest kontrolowaną dysocjacją, natomiast dysocjacja jest formą autohipnozy. Autohipnoza lub dysocjacja są traktowane jako specyficzne mechanizmy służące zwiększeniu szansy przeżycia, w które natura wyposażyła najsłabsze i najbardziej podatne na zranienia istoty ludzkie jako obronę przeciwko wielkiemu cierpieniu. Ten automatyczny, prymitywny i mający funkcję ochronną mechanizm psychiczny jest stosowany przez dziecko jako „ostania rubież obronna”, w wypadku, kiedy rodzaj i stopień cierpienia wydają mu się nie do zniesienia. Mechanizm ten pozwala doświadczyć samego siebie w inny sposób lub w innej sytuacji, przez „przeniesienie” do spokojnego sanktuarium psychicznego. Z czasem jednak, szczególnie wtedy, gdy epizody o charakterze traumatycznym zdarzają się częściej, dysocjacja może stać się normalnym sposobem funkcjonowania dziecka i ten początkowo sprzyjający przystosowaniu mechanizm psychiczny staje się patologiczny. Stosowany przez dziecko w sytuacjach postrzeganych przez nie subiektywnie jako groźne lub przykre interferuje coraz bardziej z pamięcią, poczuciem własnego Ja i z normalną zdolnością funkcjonowania w realnym świecie. Stopnie dysocjacji

stości i logiczne myślenie (por. E. M. Moore, B. D. Fine, *Słownik psychoanalizy*, tłum. z ang. E. Modzelewska, Warszawa 1996, s. 219–220).

²⁴ Por. S. S. Marmor, art.cyt., s. 193–194.

²⁵ Por. tamże, s. 186–190.

²⁶ Por. F. W. Putnam, *Development of dissociative disorders*, w: *Developmental psychopathology*, red. D. Cicchetti, D. J. Cohen, New York 1995, s. 595.

mogą być różne, od krótkich amnezji aż do pojawienia się osobowości alternatywnych, które mogą przejmować kontrolę nad zachowaniem jednostki²⁷.

Model autohipnotyczny jest poparty wynikami badań, które wskazują na większą skłonność do ulegania hipnozie u dzieci niż u młodzieży i osób dorosłych. Na jego korzyść przemawia również i to, że niektóre fenomeny charakterystyczne dla osobowości wielorakiej mogą być wywołane za pośrednictwem hipnozy oraz że hipnoza jest bardzo pomocna zarówno w diagnozie, jak i w terapii omawianego zaburzenia²⁸.

Model ten jest jednak krytykowany z powodu identyfikowania podatności na hipnozę z podatnością do dysocjacji. Istnieją bowiem badania, których wyniki wskazują, że obydwie procesy – chociaż mają punkty wspólne – nie są synonimiczne, np. niektóre osoby o dużej podatności do dysocjacji są również wysoce podatne na hipnozę, ale osoby wysoce podatne na hipnozę nie wykazują często podatności do dysocjacji²⁹.

2.3. Model rozwojowy

Dane dotyczące osób cierpiących na dysocjacyjne zaburzenie tożsamości wskazują, że istnieje pewien okres szczególnej wrażliwości lub podatności, w którym wydarzenia traumatyczne mogą prowadzić do powstania osobowości wielorakiej. Okres ten obejmuje przedział od kilku miesięcy do 9–10 roku życia. Istnienie takiego okresu krytycznego dla rozwoju omawianego zaburzenia ma związek z procesami, które pod wpływem doświadczeń traumatycznych dziecka mogą prowadzić do fragmentacji Ja oraz pamięci charakterystycznych dla DZT³⁰.

Model rozwojowy rozpatruje trzy normalne dla dzieciństwa procesy psychiczne, które pod wpływem wydarzenia traumatycznego mogą stać się podłożem rozwoju osobowości wielorakiej: normalna podatność dzieci do dysocjacji, wyobraźnia i fantazja dziecięca, behawioralne stany świadomości.

Normalna podatność dzieci do dysocjacji. Wydaje się, że dysocjacja jest jednym z procesów psychicznych pełniących funkcje zarówno przystosowawcze, jak i obronne, który można rozpatrywać jako kontinuum od snu na jawie, poprzez lekkie stany transu podczas oglądania filmu aż do takich poważnych fenomenów dysocjacyjnych, jak amnezja czy ucieczki. Proces dysocjacji nabiera charakteru patologicznego wtedy, gdy związane z nim zjawiska przekraczają pewną granicę intensywności i częstotliwości³¹.

²⁷ Por. D. O. Lewis, C. A. Yeager, art.cyt., s. 704–705.

²⁸ Por. tamże, s. 704.

²⁹ Por. F. W. Putnam, *Development...*, s. 595–596.

³⁰ Por. tamże, s. 587; D. O. Lewis, C. A. Yeager, art.cyt., s. 704.

³¹ Por. F. W. Putnam, *Diagnosis...*, s. 9–10.

Dane pochodzące z pracy klinicznej, jak i przeprowadzonych badań wskazują, że dzieci mają większą zdolność niż osoby dorosłe do wchodzenia w stan dysocjacyjny, tj. stan charakteryzujący się znaczącymi zmianami w integrujących funkcjach pamięci odnoszących się do myśli, uczuć i działań, a także znaczącymi zmianami w odczuwaniu samego siebie. Zdolność ta zmniejsza się w trakcie dorastania poprzez dzieciństwo aż do okresu adolescencji. Tak więc normalne funkcje obronne procesu dysocjacji mogą stać się podłożem rozwoju osobowości alternatywnych u tych dzieci, które doświadczają fizycznego znęcania się lub ciężkich urazów psychicznych. Do najważniejszych funkcji obronnych dysocjacji należą:

- oddzielanie doświadczeń traumatycznych od zwykłego biegu świadomości;
- oddalanie sytuacji ekstremalnego niebezpieczeństwa lub cierpienia od siebie samego poprzez przekształcanie zaprzeczenia „to się nie zdarza” w „to się nie zdarza mnie”;
- ochrona przed wielkim bólem fizycznym, która prowadzi do znieczulenia lub nawet całkowitej anestezji³².

Wyobrażenia i fantazja dziecięca. Innym podłożem rozwojowym, które może odgrywać pewną rolę w etiologii DZT jest zdolność dzieci do fantazjowania, szczególnie do projektowania własnej osobowości na przedmioty i sytuacje. Badania wskazują na trzy cechy charakteryzujące fantazję dziecięcą, które mogą mieć znaczenie dla etiologii osobowości wielorakiej:

- podczas gdy granica między rzeczywistością i fantazją jest już dostatecznie określona w wieku trzech lat, jeśli chodzi o przedmioty nieożywione (np. dziecko potrafi w tym wieku rozróżnić między wyobrażeniem umysłowym szczoteczki do zębów i rzeczywistą szczoteczką), to granica ta aż do około szóstego roku życia pozostaje dość płynna, jeśli chodzi o wymaginowane istoty „żyjące”, tak dobre, jak i złe, np. duchy, potwory itd.; osobowości alternatywne mogą więc być rezultatem pomieszanania granicy rzeczywistość-fantazja w wyniku doświadczeń traumatycznych;
- zdolność dzieci do obdarzania życiem i osobowością takich przedmiotów, jak pluszowe zwierzątka, lalki, żołnierzyki itd., szczególnie przy zabawach w pojedynkę;
- wymyślony przyjaciel/przyjaciółka – zjawisko normalne i powszechne wśród dzieci od ok. czwartego roku życia; ostatnie badania wykazują, że 84% dzieci i młodzieży z zaburzeniami dysocjacyjnymi ma lub miało w przeszłości wymyślonego przyjaciela lub przyjaciółkę; wielu pacjentów dorosłych cierpiących na DZT twierdzi, że ich osobowości alternatywne istniały przedtem jako zewnętrzni, wymyśleni przez nich przyjaciele lub przyjaciółki; więcej, nawet same osobowości alternatywne osób z DZT twierdzą, że powstały one na początku jako wymyśleni przyjaciele i nabrały potem własnego życia, kiedy dziecko nie było w stanie znieść maltretowania³³.

³² Por. F. W. Putnam, *Development...*, s. 585–586.

³³ Por. F. W. Putnam, *Diagnosis...*, s. 52–53; tenże, *Development...*, s. 598–600.

Behawioralne stany świadomości³⁴. Wydaje się, że wszystkie istoty ludzkie rodzą się jako potencjalne osobowości wielorakie i tylko w trakcie normalnego rozwoju dochodzi do konsolidacji i integracji ich Ja. Z badań prowadzonych wśród dzieci zaraz po urodzeniu wynika, że ich zachowanie jest zorganizowane w serię oddzielnych stanów behawioralnych. Stany te mogą być nawet rozróżniane jeden od drugiego przy zastosowaniu pewnej liczby obserwowalnych zmiennych, takich jak: czynności motoryczne, ruchy oczu, wyraz twarzy, oddychanie, wokalizacja, kolor skóry i in. Kiedy dzieci rosną, do istniejących stanów behawioralnych dołączają się inne, przez co staje się coraz trudniejsza identyfikacja poszczególnych stanów behawioralnych w dzieciach starszych niż jeden rok. U osób dorosłych oddzielne stany behawioralne ujawniają się wyraźniej przy niektórych zaburzeniach psychiatrycznych, takich jak zaburzenia nastroju, fobie i nerwica lękowa. Można przypuszczać, że jednym z zadań rozwojowych, przed którym stoi każde dziecko, jest konsolidacja Ja i poczucia własnej tożsamości w odniesieniu do stanów behawioralnych oraz nauczenie się modulowania przejść z jednego do drugiego stanu³⁵.

Powstawanie osobowości alternatywnych. Ciężkie i powtarzające się sytuacje traumatyczne w okresie podatnym na rozwój osobowości wielorakiej mogą prowadzić do powstania tego zaburzenia w wyniku połączonego działania trzech wyżej omówionych mechanizmów. Dzieci mogą wykorzystywać swoją zwiększoną podatność do dysocjacji, żeby uciec z sytuacji dla nich nie do zniesienia poprzez wejście w stan dysocjacyjny. Dla dziecka staje się przystosowawcze utrzymanie i wzmocnienie tych stanów w celu odizolowania uczuć i emocji wywołanych przez doświadczenia wielkiego cierpienia. Wykorzystując duże zdolności swojej wyobraźni, dzieci wypełniają stany dysocjacyjne atrybutami psychologicznymi i fizycznymi, z którymi łączą się uczucia i doznania cielesne wywołane przez zdarzenie traumatyczne. Tak więc poszczególne osobowości alternatywne można pojmować jako stany dysocjacyjne, każdy wypełniony własnym Ja, wypracowane przez dziecko z upływem czasu poprzez częste wchodzenie w te stany, żeby uciec w ten sposób z sytuacji traumatycznej. Za każdym razem dany stan dysocjacyjny otrzymuje nowe wspomnienia, uczucia i zachowania, przez co tworzy się „historia życia” danej osobowości alternatywnej. (Jest znamienne, że liczba różnych osobowości alternatywnych koreluje z liczbą różnych rodzajów nadużyć, którym dziecko zostało poddane w dzieciństwie). Przejścia z jednej osobowości alternatywnej do drugiej bardzo przypominają przejścia między behawioralnymi stanami świadomości u niemowląt. Jest to wynikiem braku pełnego rozwoju normalnych mechanizmów integrujących i modulujących behawioralne sta-

³⁴ Ang. *behavioral states of consciousness*.

³⁵ Por. F. W. Putnam, *Diagnosis...*, 1989, s. 51.

ny świadomości, przez co osoby z DZT są zależne od bardziej prymitywnych mechanizmów³⁶.

3. TERAPIA

Terapia dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości jest długa i żmudna. Celem zabiegów terapeutycznych jest integracja poszczególnych osobowości alternatywnych, czyli innymi słowy ich zanik poprzez fuzję z osobowością pierwotną. Stosowane są różne techniki i metody terapeutyczne, wśród których ważną rolę pełni hipnoza. Szczególną rolą terapeuty jest asystowanie i pomoc w przyjęciu przez pacjenta wspomnień przeżytych wydarzeń traumatycznych, wykluczonych potem z jego pamięci i istniejących jedynie w „historiach życia” osobowości alternatywnych³⁷.

Nota o Autorze: ks. dr PIOTR MARCHWICKI SDB – wykładowca psychologii na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu i w WSD Towarzystwa Salezjańskiego w Krakowie. Kierownik Katolickiej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej dla Dzieci i Młodzieży w Salezjańskim Ośrodku Młodzieżowym (SOM) w Poznaniu. Zajmuje się psychologią kliniczną i osobowości oraz psychologią religii.

Słowa kluczowe: psychopatologia, zaburzenia dysocjacyjne, osobowość wieloraka (mnoga).

³⁶ Por. tamże, s. 53–54.

³⁷ Zob. W. H. Smith, *The use of hypnosis in diagnosis and treatment (of dissociative identity disorder)*, w: *Treating dissociative...*