

Pourazowe zaburzenia dysocjacyjne



Prawa autorskie do poniższej broszury, która tłumaczona jest tutaj jedynie do użytku wewnętrznego, posiada The Sidran Foundation. Jej kopie są dostępne w Sidran (www.sidran.org), za niewielką opłatą, w pakietach po 50 egzemplarzy.

(tłum. Robert TUŁO Waśkiewicz)

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (Dissociative Identity Disorder, DID) - znane wcześniej jako zaburzenie osobowości wielorakiej (Multiple Personality Disorder, MPD) - które jeszcze niedawno zaliczane było do rzadko spotykanych i tajemniczych ciekawostek psychiatrycznych, obecnie jest rozumiane jako często spotykany skutek ciężkiej traumy we wczesnym dzieciństwie, a zwłaszcza ekstremalnych i powtarzalnych nadużyć seksualnych, fizycznych i/lub emocjonalnych.

DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, American Psychiatric Association, 1994), przemianowuje zaburzenie osobowości wielorakiej (MPD) na dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (DID), co odzwierciedla przemianę w profesjonalnym rozumieniu tej jednostki chorobowej, płynącą z rozległych badań empirycznych.

Ściśle związany z zaburzeniami dysocjacyjnymi jest zespół stresu pourazowego (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD), który jest powszechnie uznawany za główną chorobę psychiczną, na jaką cierpi 8% ogółu ludności USA. W istocie, od 80 do 100 procent osób ze zdiagnozowanymi zaburzeniami dysocjacyjnymi ma również wtórną diagnozę PTSD. Osobisty i społeczny koszt potraumatycznych zaburzeń jest

niezwykle wysoki. Ostatnio przeprowadzone badania mówią, że ryzyko prób samobójczych u osób z zaburzeniami pourazowymi jest jeszcze wyższe niż u osób z ciężką depresją. W dodatku mamy wiele dowodów na to, że ludzie z potraumatycznymi zaburzeniami dużo częściej wpadają w alkoholizm, cierpią na chroniczne choroby medyczne oraz są sprawcami nadużyć na kolejnych pokoleniach.

CZYM JEST DYSOCJACJA?

Dysocjacja jest procesem psychicznym prowadzącym do zerwania połączeń między myślami, wspomnieniami, uczuciami, działaniami i/lub poczuciem tożsamości jednostki. W czasie kiedy dana osoba dysocjuje, pewne informacje nie są przez nią kojarzone z innymi informacjami, jak to ma miejsce zazwyczaj. Na przykład, człowiek może podczas przeżycia traumatycznego odłączyć pamięć miejsca i okoliczności doznawanego urazu od swej normalnej pamięci, która charakteryzuje się ciągłością. Pozwala mu to na okresową ucieczkę psychiczną przed doznawanym lękiem i bólem danego, oraz - w pewnych przypadkach - tworzy lukę pamięciową wokół traumatycznego doświadczenia. Ponieważ proces ten może wywoływać zmiany w pamięci, ludzie, którzy często dysocjują, często stwierdzają, że naruszone zostaje ich tożsamość oraz poczucie historii osobistej.

Większość klinicystów jest przekonana, że dysocjacja układa się wzdłuż krzywej ostrości objawów. Kontinuum to obejmuje szerokie pasmo doświadczeń i/lub symptomów. Na jednym krańcu mamy, występujące u prawie wszystkich ludzi, łagodne sposoby odłączania się - takie jak marzenie na jawie, hipnoza autostradowa, czy zatopienie się w książce lub filmie, prowadzące niezmiennie do „utraty kontaktu” z świadomą percepcją bezpośredniego otoczenia. Na drugim krańcu lokuje się kompleksowa, chroniczna dysocjacja, taka jak w przypadkach DID, co może prowadzić do poważnego osłabienia lub całkowitego zaniku zdolności funkcjonowania. Niektóre osoby z zaburzeniami dysocjacyjnymi są w stanie wykonywać bardzo odpowiedzialne prace, przyczyniając się do społecznego postępu w różnych zawodach, w sztuce i służbach publicznych, sprawiając wrażenie normalnego funkcjonowania na współpracownikach, sąsiadach i innych ludziach, z jakimi wchodzi w codzienne kontakty,.

Różne zaburzenia dysocjacyjne, łącznie z DID, mają znaczne obszary wspólne, gdzie symptomy i doświadczenia jednostek nakładają się na siebie. Dla przejrzystości broszura ta traktuje zaburzenia dysocjacyjne jako termin zbiorowy. Jednostki, które pragną zrozumieć siebie, znaleźć właściwą diagnozę oraz poznać odpowiedzi na pytania o specyficzne okoliczności, powinny szukać pomocy u wybranych specjalistów zdrowia psychicznego.

JAK ROZWIJA SIĘ DYSOCJACYJNE ZABURZENIE TOŻSAMOŚCI?

W obliczu przygniatających sytuacji urazowych, przed którymi nie ma fizycznej ucieczki, dziecko często „oddala się” w swojej głowie od doznawanej traumy, aby móc ją przetrwać. Zazwyczaj używa ono tej zdolności duszy jako najskuteczniejszej obrony przed fizycznym i emocjonalnym bólem lub lękiem przed uczestniczeniem w nim. Wskutek tego procesu dysocjacyjnego myśli, uczucia, wspomnienia i postrzeganie urazowych doświadczeń ulegają u dziecka psychologicznemu odłączeniu, pozwalając mu funkcjonować tak, jakby nie nastąpiła trauma.

O zaburzeniach dysocjacyjnych często mówi się jako o wysoce twórczej technice adaptacyjnej, gdyż pozwala ona jednostkom przetrwać w „beznadziejnych” okolicznościach, zachowując pewną przestrzeń na zdrowe funkcjonowanie. Z czasem jednak, u dziecka, które jest fizycznie i seksualnie napastowane, wzorzec obronnego rozszczepiania się ulega wzmocnieniu i uwarunkowaniu. Ponieważ taka ucieczka przez dysocjowanie jest szczególnie skuteczna, obeznane z nią dzieci zaczynają ją stosować za każdym razem, gdy poczują zagrożenie lub strach - nawet gdy lękotwórcza sytuacja nie jest specjalnie groźna czy nadużywająca.

Nawet gdy traumatyzujące okoliczności są bardzo odległą przeszłością, często ów pozostały po nich wzorzec wciąż się utrzymuje i włącza. Chroniczne obronne dysocjowanie może prowadzić do poważnych dysfunkcji w pracy, relacjach i codziennych czynnościach.

Powtarzające się dysocjowanie może doprowadzić do powstania w obrębie jednostki szeregu realnych, odrębnych istnień lub stanów mentalnych o samodzielnych tożsamościach. Istnienia te mogą stać się wewnętrznymi „stanami

osobowościowymi” należącymi do systemu dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. Zmiany jednych z nich na drugie nazywamy często „przełączaniem się.”

SYMPTOMY ZABURZENIA DYSOCJACYJNEGO

Osoby z zaburzeniami dysocjacyjnymi mogą doświadczać każdego z następujących objawów: depresji, gwałtownych zmian nastroju, tendencji samobójczych, zaburzeń snu (bezsenności, koszmarów nocnych, lunatyzmu), fobii i ataków paniki (retrospekcji, automatycznych reakcji na pewne bodźce lub tzw. wyzwalaczy), narkomanii, alkoholizmu, różnych kompulsywnych zachowań i rytuałów, epizodów psychotycznych (łącznie ze wizualnymi i słuchowymi halucynacjami), uzależnień seksualnych i pokarmowych. Obok tego osoby z DID mogą cierpieć na silne bóle głowy, amnezję, utratę poczucia czasu i doświadczenia wychodzenia z ciała. Wiele z nich ma skłonność do oskarżania się, autosabotażu a nawet przemocy (skierowanej do wewnątrz lub na zewnątrz).

KTO ZAPADA NA ZABURZENIA DYSOCJACYJNE?

Przeważająca większość (98 - 99 procent) osób, które rozwijają zaburzenia dysocjacyjne, ma udokumentowaną historię powtarzających się, przytłaczających i często zagrażających życiu urazów z jakiegoś wrażliwego stadium rozwojowego dzieciństwa (czyli zwykle sprzed dziewiątego roku życia). Może też nieraz przejawiać wrodzoną predyspozycję biologiczną do odłączania się. W naszej kulturze, najczęstszym czynnikiem wywołującym zaburzenia dysocjacyjne są zaznane w dzieciństwie drastyczne, skrajnie nadużycia - fizyczne, emocjonalne i seksualne - jednak także osoby, które padły w dzieciństwie ofiarą innych urazów (takich jak naturalne kataklizmy, katastrofy, inwazyjne zabiegi medyczne, wojny, porwania lub tortury), reagują na nie zaburzeniami dysocjacyjnymi.

Współczesne badania wykazują, że DID może dotyczyć ponad 1 procenta ludności i od 5 do 20 procent pacjentów w zakładach psychiatrycznych, którzy otrzymali inną diagnozę. Częstotliwość występowania DID jest jeszcze wyższa wśród ofiar nadużyć seksualnych i osób uzależnionych chemicznie (z których większość zaznała molestowania w dzieciństwie). Statystyki umieszczają więc dysocjacyjne zaburzenie

tożsamości wśród czterech największych obecnie problemów psychicznych, razem ze schizofrenią, depresją i stanami lękowymi.

Większość współczesnej literatury mówi, że zaburzenia dysocjacyjne są rozpoznawane przede wszystkim u kobiet. Najnowsze badania jednak wskazują, że wśród mężczyzn mogą one być równie częste, choć rzadziej diagnozowane. Mężczyźni z DID są więc z dużo większym prawdopodobieństwem leczeni z innych chorób psychicznych, z uzależnień chemicznych, bądź mogą trafiać do więzień.

DLACZEGO ZABURZENIA DYSOCJACYJNE SĄ TAK CZĘSTO BŁĘDNIE DIAGNOZOWANE

Ofiary zaburzeń dysocjacyjnych często latami żyją z niewłaściwą diagnozą i w konsekwencji grzęzną w systemie psychiatrycznym jako pacjenci chroniczni. Mogą też tułać się od jednego psychoterapeuty do kolejnego, zmieniać bez końca leki, leczyć objawy zamiast przyczyn, co owocuje znikomym lub żadnym postępem. Badania dowodzą, że osoby z DID spędzają w życiu średnio siedem lat w zakładach psychiatrycznych zanim dostaną właściwe rozpoznanie. Dzieje się tak często dlatego, że lista symptomów zmuszających je do szukania pomocy jest bardzo podobna do symptomów innych psychiatrycznych jednostek chorobowych. W rezultacie, wiele osób z rozpoznanym DID ma w historii leczenia również wtórne diagnozy depresji, stanów paniki i zaburzeń lękowych.

CZY LUDZIE RZECZYWIŚCIE CIERPIĄ NA „OSOBOWOŚCI WIELORAKIE”?

Odpowiedź brzmi: i tak, i nie. Środowisko psychiatryczne dlatego zdecydowało się zmienić nazwę tego zaburzenia z MPD na DID, gdyż pojęcie „osobowości wielorakiej” jest nieco mylące. Osoba z diagnozą dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości czuje się tak, jakby miała w sobie kilka istotności lub stanów osobowościowych, a każdy o swoistym, odrębnym sposobie wchodzenia w relacje, postrzegania i myślenia, o własnym systemie wartości i o niezależnej pamięci siebie i swojego życia. Jeśli dwie lub więcej z tych istotności przejmują kontrolę nad zachowaniem jednostki w danym momencie, można postawić diagnozę DID. Istności te były wcześniej nazywane „osobowościami,” co nie do końca odpowiada powszechnej definicji tego słowa, jako całościowego aspektu struktury

psychologicznej. Inne określenia tych istności, często stosowane przez zarówno przez terapeutów, jak i ofiary, to: „osobowości alternatywne,” „alter,” „części,” „stany ego,” oraz „identyfikacje.” Ważne jest, aby nie tracić z oczu faktu, że chociaż te alternatywne stany nieraz diametralnie się różnią, ciągle są manifestacjami tej samej pojedynczej osoby.

CZY ZABURZENIA DYSOCJACYJNE MOŻNA WYLECZYĆ?

Tak. Poddają się one w wysokim stopniu indywidualnej psychoterapii lub „terapii słownej,” jak również całemu pasmu odmian leczenia, łącznie z chemią, hipnoterapią i działaniami wspierającymi, jak terapia sztuką czy terapia ruchem. Chociaż zaliczane do porównywalnie ciężkich zaburzeń psychiatrycznych, zaburzenia dysocjacyjne mają wśród nich najlepsze rokowania jeśli chodzi o wyleczenie, pod warunkiem podjęcia i ukończenia właściwej terapii. Chodzi o terapię długoterminową, intensywną i niezmiennie bolesną, jak zawsze w przypadku przypominania sobie i odzyskiwania wczesnych, odszczepionych doświadczeń traumatycznych. Osoby z DID mogą być skutecznie leczone w tych warunkach przez psychoterapeutów z różnych szkół i orientacji i pracujących w różnych środowiskach terapeutycznych.

GDZIE MOŻNA OTRZYMAĆ WIĘCEJ INFORMACJI?

W Sidran Institute. Poprzez Sidran pomagamy ludziom rozumieć, radzić sobie i leczyć się z uwarunkowań dysocjacyjnych i stresu pourazowego. Jesteśmy jedną z kilku wiodących w kraju organizacji non-profit, zapewniających edukację, publikacje i materiały w zakresie stresu pourazowego.