

Rozpoznawanie i różnicowanie zaburzeń dysocjacyjnych – wyzwania w praktyce klinicznej

Radosław Tomalski, Igor J. Pietkiewicz*

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

RECOGNISING AND DIFFERENTIATING BETWEEN DISSOCIATIVE DISORDERS: CHALLENGES IN THE CLINICAL PRACTICE

The aim of this paper is to describe various forms of psychoform and somatoform dissociation, illustrating them with typical positive and negative symptoms. Different obstacles in identifying these symptoms during clinical assessment are also mentioned, including: insufficient training for psychiatrists, psychologists and psychotherapists about dissociation and trauma-related disorders, or patients' phobic reactions and reluctance to discuss issues associated with traumatic experiences. Unclear diagnostic criteria and ambiguities related to psychiatric manuals are also discussed. Popular instruments utilised in the clinical assessment of dissociative symptoms, such as screening tools and structured interview protocols are also presented.

Key words: trauma, psychoform dissociation, somatoform dissociation, dissociative disorders

W literaturze istnieje udokumentowany związek pomiędzy objawami dysocjacyjnymi a doświadczeniem traumy, natomiast wewnętrzną dynamikę, która doprowadza do powstania tych objawów wyjaśnia teoria strukturalnej dysocjacji osobowości (Howell, 2013; van Der Hart i in., 2004). Celem tego artykułu jest szczegółowe omówienie tych typów oraz trudności w ich rozpoznawaniu. Ze względu na charakter tych objawów, można je podzielić na pozytywne i negatywne oraz psychoformiczne i somatoformiczne (Nijenhuis, 2015; van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006). Przedstawione też zostaną wyniki badań epidemiologicznych, dotyczących częstości występowania zaburzeń dysocjacyjnych, oraz zalecenia związane z przeprowadzaniem diagnostyki.

PSYCHOFORMICZNE I SOMATOFORMICZNE OBJAWY DYSOCJACYJNE

W psychotraumatologii wyróżnia się dwie główne kategorie objawów dysocjacyjnych: psychoformiczne i somatoformiczne (van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2005). Dysocjacja psychoformiczna wiąże się z procesami umysłowymi (np. myśleniem, pamięcią, percepcją rzeczywistości). Kategoria ta opisuje więc objawy, takie jak: intruzje myśli lub wspomnień, amnezja oraz niektóre formy depersonalizacji i derealizacji. Przez długi czas rozumienie dysocjacji we współczesnej psychologii ograniczało się głównie do tych zjawisk, czyli aspektów psychicznych (Nijenhuis, 2015). Biorąc jednak pod uwagę

fakt, że doświadczenie traumy angażuje również ciało i zmysły, kategorię objawów dysocjacyjnych poszerzono o komponentę somatyczną, w dużej mierze dzięki pracom naukowym holenderskiego badacza i klinicysty Ellerta Nijenhuisa (2000, 2015).

Pojęcie dysocjacji somatoformicznej obejmuje wiele objawów historii opisywanych przez Pierre'a Janet'a na początku XX wieku (1901, 1907). Nijenhuis (2015) wyjaśnia, że dotyczą one sensomotorycznych aspektów doświadczenia posttraumatycznego. Objawy dysocjacyjne somatoformiczne odpowiadają symptomom określonym jako 'konwersyjne' i niektórym somatyzacyjnym (Nijenhuis, 2000). Objawy te można często wyjaśnić, odwołując się do biologicznie uwarunkowanych mechanizmów reakcji na sytuację zagrożenia, w regulację których zaangażowany jest autonomiczny układ nerwowy. Wielu autorów wskazuje na związek pomiędzy dysocjacją somatoformiczną a doświadczeniem wykorzystania seksualnego lub udziałem w sytuacji zagrożenia życia (Nijenhuis, 2015). Z obserwacji klinicznych wynika, że ten rodzaj dysocjacji jest, w gruncie rzeczy, przejawem patologii, ponieważ nie występuje u osób zdrowych. Dlatego, dysocjacja somatoformiczna stanowi czuły wskaźnik zaburzeń dysocjacyjnych.

Zarówno w dysocjacji psychoformicznej, jak i somatoformicznej mogą występować objawy negatywne i pozytywne (patrz Tabela 1). Objawy negatywne wskazują na częściowy zanik lub brak funkcji albo umiejętności, które normalnie powinny być dostępne. Natomiast objawy

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Igor Pietkiewicz, Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, Uniwersytet SWPS, 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

Tabela 1
Przykłady objawów dysocjacyjnych

	Negatywne	Pozytywne
Objawy psychoformiczne	<ul style="list-style-type: none"> • amnezja • niektóre formy depersonalizacji i derealizacji • przejściowa utrata wiedzy lub umiejętności 	<ul style="list-style-type: none"> • głosy komentujące, dyskutujące, rozkazujące • odciąganie myśli lub inne wrażenia oddziaływania na myśli • wrażenie oddziaływania na uczucia, dążenia i wolę
Objawy somatoformiczne	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia ruchu: niedowłady i porażenia • zaburzenia czucia: wzroku, słuchu, smaku, powonienia, dotyku, bólu, temperatury i czucia głębokiego (propriocepcyjnego) 	<ul style="list-style-type: none"> • ruchy mimowolne • intruzje w postaci smaku, zapachu • wrażenie oddziaływania cielesnego • ból

pozytywne charakteryzuje pewien nadmiar lub istnienie zjawisk, które zwykle nie występują u osób zdrowych, niedotkniętych zaburzeniami związanymi z traumą.

NEGATYWNE OBJAWY PSYCHOFORMICZNE

Do negatywnych objawów psychoformicznych można zaliczyć: amnezję, określone formy depersonalizacji i derealizacji oraz utratę pewnej wiedzy lub umiejętności.

AMNEZJA

Utrata pamięci, charakterystyczna dla złożonych zaburzeń dysocjacyjnych (Pietkiewicz i Tomalski, 2018), dotyczy przede wszystkim wydarzeń bieżących – pacjenci nie pamiętają wcześniejszego dnia lub jego fragmentów albo okresu kilku (a nawet kilkunastu) dni. W tym czasie dokonywali zwykle różnych działań pod wpływem zdysocjowanych części. Oprócz takiej formy amnezji w literaturze opisane są też przykłady utraty pamięci dotyczącej przeszłych, traumatyzujących wydarzeń. Klasyk teorii dysocjacyjnych, Pierre Janet (1901), wyróżniał kilka typów amnezji: zlokalizowaną (*localized amnesia*), wybiórczą (*selective amnesia*), uogólnioną (*generalized amnesia*), uporządkowaną (*systematized amnesia*) i ciągłą (*continuous amnesia*). Zlokalizowana amnezja określa sytuację, w której pacjent nie pamięta wydarzeń mających miejsce w określonym przedziale czasowym (zwykle kilka godzin po stresującym wydarzeniu). Przykładem może być zgwałcona kobieta, która nie pamięta, jak udało jej się wydostać z miejsca, gdzie została skrzywdzona i jak dostała się do domu, chociaż pamięta samą sytuację nadużycia (van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006). Wybiórcza amnezja dotyczy pamiętania niektórych elementów wydarzenia, ale usunięcia z pamięci pewnych, szczególnie trudnych elementów, określanych jako patogenne jądro (*pathogenic kernel*). Można to zobrazować kolejnym przykładem, w którym ofiara pamięta swój udział w rytualnym, zbiorowym gwałcie w grupie satanistycznej, ale dopiero w terapii przypomina sobie scenę, kiedy zabito zwierzę i jej samej zagrożono śmiercią, jeśli powiadomi kogokolwiek o tym, co się stało. Uporządkowana amnezja dotyczy określonych kategorii informacji (np. relacji z konkretną osobą, wydarzeń szkolnych), a pojęcie amne-

zji uogólnionej zakłada pokrycie niepamięcią całego życia osoby, informacji osobistych itp. Ostatni z wymienionych typów – amnezja ciągła – charakteryzuje utratę możliwości przypomnienia sobie rzeczy, które miały miejsce od wydarzenia urazowego, aż do chwili obecnej. Uważa się jednak, że dwa ostatnie typy amnezji są dość rzadko spotykane (van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006). Zwraca się ponadto uwagę, że pacjenci dysocjacyjni mogą prezentować tzw. amnezję dla amnezji, co oznacza, że nie są świadomi tego, ile momentów z ich codziennego życia i czynności wykonywanych wskutek intruzji innych części dysocjacyjnych jest pokrytych niepamięcią (Janet, 1901; van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006).

Paul Dell (2006) opisuje 10 przejawów amnezji u osób z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości (DID) i zalicza do nich:

1. „Gubienie” czasu, czyli niepamięć fragmentu lub całości dnia.
2. Fugi dysocjacyjne, czyli podróżowanie mające znamiona celowości, ale okryte niepamięcią.
3. Uzyskiwanie informacji od innych dotyczących własnych działań, których się nie pamięta.
4. Przejściowa utrata dobrze znanych umiejętności i faktów.
5. Znajdowanie nowych przedmiotów wśród swoich rzeczy.
6. Amnezja wydarzeń z dzieciństwa.
7. Amnezja własnej tożsamości.
8. Obce osoby deklarujące znajomość z daną osobą.
9. Brakujące przedmioty.
10. Znajdowanie dowodów własnej, niedawnej aktywności (np. zrobione zakupy, pozmywane naczynia).

W praktyce klinicznej warto mieć na uwadze, że amnezja bieżących wydarzeń może też występować u pacjentów z zaburzeniami osobowości. Objawy te jednak u tych osób mają inny charakter. W zaburzeniach dysocjacyjnych amnezja zwykle dotyczy dłuższych odcinków czasu i złożonych czynności, takich jak: robienie zakupów, zajmowanie się dzieckiem, sprząatanie w domu, wykonywanie czynności zawodowych lub angażowanie się w kontakty społeczne. Czynności te mogą być przeżywane jako neutralne lub nawet przyjemne. Amnezja związana z tymi sytuacjami może być przejawem aktywności części dyso-

cyjnych, które przejmują kontrolę nad zachowaniem danej osoby. Zdarza się natomiast usłyszeć od innych pacjentów, na przykład z organizacją osobowości borderline, że nie mogą sobie przypomnieć sytuacji wywołującej w nich zwykle nieprzyjemne lub konfliktowe uczucia (np. lęk przed karą, wstyd, poczucie winy), czynności wykonywanych pod wpływem impulsu albo też pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Mogą to ilustrować poniższe dwa przykłady, charakterystyczne dla amnezji w kontekście zaburzeń osobowości:

Anna: Spotkałam na spacerze kolegę mojego męża. Nie ukrywam, że ten facet jest bardzo przystojny, ale nie mogłabym dokonać zdrady. Czułam się niezręcznie, kiedy w rozmowie coraz bardziej przybliżał się do mnie i dotykał mojej dłoni. Miałam wrażenie, że robi mi się gorąco i zemdleję. Nawet nie wiem, co się później działo. Zupełnie nie pamiętam, co robiłam i jak wróciłam do domu.

Beata: Kiedy moja matka zaczęła się znów czepiać mojego wyglądu i wychodzenia wieczorami, weszła we mnie taka wściekłość, że myślałam, że zrobię sobie albo jej krzywdę. Nie pamiętam, co się później wydarzyło. Byłam na imprezie, a po powrocie spotkałam matkę obrażoną na mnie. Usłyszałam od niej, że powiedziałam jej takie straszne rzeczy, ale ja tego na prawdę nie pamiętam.

W przypadku Anny przeżywanie lęku przed zrobieniem czegoś, co postrzega za niewłaściwe lub zagrażające jej związkowi albo poczucie winy i wstyd za zrobienie czegoś zakazanego może wywoływać silne napięcie psychiczne i pragnienie, aby wymazać z pamięci coś, co się wydarzyło. Podobnie Beata może obawiać się skutków własnej złości na matkę i tłumaczyć przeżywaną konfliktowo sytuację jako coś, nad czym nie ma kontroli i czego nie pamięta.

DEPERSONALIZACJA I DEREALIZACJA

Do negatywnych objawów psychoformicznych należą też pewne formy depersonalizacji – pacjenci ci zgłaszają, że nie odczuwają emocji, mają poczucie obcości własnych myśli i wrażenie funkcjonowania jak robot lub automat. Może temu towarzyszyć derealizacja – czują się oddzieleni od znanego sobie otoczenia i sprawia ono wrażenie obcego, bez życia albo przypominającego kartonową makietę, plan filmowy lub sen. Objawy te są charakterystyczne dla złożonych zaburzeń dysocjacyjnych, ale mogą też występować w innych zaburzeniach: prostym i złożonym PTSD, zespole depersonalizacji – derealizacji, zaburzeniach osobowości, zaburzeniach lękowych, psychozach. W każdym z tych przypadków depersonalizacja i derealizacja będą mieć jednak inną charakterystykę i będą występować wraz z konstelacją innych objawów.

UTRATA ZDOLNOŚCI

Innym, negatywnym objawem psychoformicznym, wynikającym z aktywności pewnych części dysocjacyjnych, które przejmują kontrolę nad zachowaniem, ale nie mają określonych umiejętności lub wiedzy, jest utrata tychże

umiejętności. Przykładem tego może być nagła nieumiejętność obsługi komputera lub drukarki, sprzętu AGD, utrata zdolności językowych, jazdy na rowerze, szycia na maszynie itp. Deficyt tych zdolności trwa tak długo, dopóki kontroli nad zachowaniem nie przejmie część, która potrafi wykonywać te czynności. W literaturze wymienia się też jeszcze inne zdolności psychiczne, które mogą być utracone w podobnym mechanizmie, jak ten opisany powyżej, np. utrata funkcji krytycznego myślenia, potrzeb, pragnień lub fantazji (van der Hart, Nijenhuis i Steele., 2006). Na przykład chociaż pewne części dysocjacyjne mogą myśleć logicznie i racjonalnie, to inne mają z tym problem lub kierują się tzw. logiką transową. Podobnie wiele ofiar traum doświadcza konfliktów w obszarze zależności – o ile ich dziecięce części dysocjacyjne wyrażają potrzebę więzi i uwagi, o tyle pozostałe części mogą utrzymywać się w przekonaniu, że nikogo nie potrzebują i nie chcą być od nikogo zależne.

POZYTYWNE OBJAWY PSYCHOFORMICZNE

Pozytywne objawy psychoformiczne wiążą się z występowaniem różnego rodzaju intruzji myśli, emocji i wrażeń zmysłowych. Klinicyści interpretują je zwykle jako tzw. objawy schneiderowskie, stanowiące podstawę współczesnych kryteriów schizofrenii (Bilikiewicz, Pużyński, Rybakowski i Wciórka, 2002). Mimo to badania dowodzą, że objawy schneiderowskie są bardziej specyficzne dla rozpoznania DID (Ross, 2014). Do tej grupy objawów należą przede wszystkim: głosy komentujące, dyskutujące oraz rozkazujące, wrażenia wkładania obcych myśli do głowy lub ich odciągania i inne przeżycia oddziaływania na nie. W sytuacji, kiedy postawienie rozpoznania schizofrenii możliwe jest na podstawie jednego tylko objawu (z grupy wymienionych w punktach a-d w kryteriach ICD-10 dla schizofrenii F20 (Pużyński i Wciórka, 1998) ogromnego znaczenia nabiera umiejętność określenia, czy np. doświadczenie głosów omamowych lub „urojenia wpływu” wynika faktycznie ze schizofrenii czy też z DID

Halucynacje (lub częściej pseudohalucynacje) słuchowe u osób z zaburzeniem dysocjacyjnym zwykle występują przed 18. rokiem życia. Głosem jest zwykle więcej niż dwa i najczęściej są to głosy zarówno dorosłych, jak i dzieci (Dorahy i in., 2009). Ponadto charakterystyczna jest ich złożoność i zdolność do komunikowania się z innymi częściami albo terapeutą, w przeciwieństwie do głosów u pacjentów ze schizofrenią, które są zwykle schematyczne, powtarzające się i słabo wchodzące w interakcję (van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006). Odbieranie głosów w głowie lub z zewnątrz nie jest cechą różnicującą między schizofrenią a zaburzeniami dysocjacyjnymi. Należy brać pod uwagę to, że słyszenie głosu w zaburzeniach dysocjacyjnych może wynikać nie tylko z aktywności części dysocjacyjnych, ale również z doświadczenia flashbacków (Dell, 2006).

Objawy schneiderowskie zwykle są przeżywane egodystonicznie i bardziej jako pochodzące z wewnątrz, aniżeli z zewnątrz. Do pozytywnych objawów psychoformicznych można też zaliczyć intruzje traumatycznych

wspomnień, obrazów i towarzyszących im emocji, tak jak w przypadku flashbacków. Wszystkie z wymienionych objawów można łatwo wyjaśnić za pomocą dysocjacji strukturalnej (Nijenhuis, 2015; van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006). Inne objawy schneiderowskie, np. wrażenie oddziaływania cielesnego (poczucie, że ciało jest kontrolowane przez obcą siłę lub osobę) mogą być zaliczone do pozytywnych objawów somatoformicznych, omawianych dalej.

NEGATYWNE OBJAWY SOMATOFORMICZNE

Negatywne objawy somatoformiczne prezentują się jak objawy neurologiczne i dotyczą częściowej lub całkowitej utraty zdolności ruchu lub czucia.

ZABURZENIA RUCHU

Objawy ruchowe mogą dotyczyć dowolnej części lub całego ciała. Pacjent zgłasza na przykład nagle uczucie osłabienia lub zmniejszenia siły mięśniowej, paraliż lub niemożność prawidłowego poruszania kończyną lub kończynami. Objawy te mogą więc utrudniać normalny chód lub utrzymanie pozycji stojącej. Oprócz nich mogą też pojawić się trudności związane z aparatem mowy: chrypka lub częściowa utrata mowy (dysfonia) charakteryzująca się pewną dynamiką (pojawia się i znika), całkowita utrata mowy poza szeptem (afonia) lub niemożność wypowiedzania się w ogóle (mutyzm).

ZABURZENIA CZUCIA

Kategoria ta dotyczy wszelkiego rodzaju zaburzeń czucia: temperatury (zimna lub gorąca), dotyku, bólu i propriocepcji (czucia głębokiego). Ponadto do kategorii tej należą też zaburzenia widzenia: utrata widzenia lub zamazany obraz, widzenie tunelowe lub jak przez mgłę, a także zaburzenia słuchu: utrata słuchu bez przyczyny somatycznej lub słyszenie bliskich dźwięków jakby pochodziły z oddali i odwrotnie, utrata smaku lub powonienia. Do grupy tej można zaliczyć również utratę normalnych odczuć fizjologicznych: głodu, zmęczenia, pobudzenia seksualnego.

PATOLOGICZNA DEPERSONALIZACJA

Do negatywnych objawów somatoformicznych zaliczają się też niektóre formy depersonalizacji, świadczące o istnieniu strukturalnej dysocjacji osobowości. Typowym tego przykładem jest utrata czucia od pasa w dół, wrażenie że jest tylko głowa lub doświadczenie wyjścia z ciała (*out-of-body experience*, OBE). Ostatni z wymienionych fenomenów należy do kategorii somatognozji polegającej na wzrokowym złudzeniu zwielokrotnienia ciała i poczuciu, że centrum świadomości jest poza ciałem, w ciele autoskopowym (Blanke i Mohr, 2005). Według obserwacji autorów niniejszego artykułu doświadczenia tego typu są dość częste u osób wykorzystywanych seksualnie i cierpiących na złożone zaburzenia dysocjacyjne.

Osoby takie opowiadają na przykład o tym, jak w trakcie urazowych doświadczeń (a także później w wieku dorosłym, kiedy dochodziło do kontaktów intymnych) odczuwały duży niepokój, a następnie opuszczały swoje ciało i obserwowały całe wydarzenie z boku lub spod sufitu, tak jakby patrzyły na zupełnie obce osoby. Miały wtedy wrażenie, że widzą samych siebie w obecnej postaci lub wyglądających jak w przeszłości. Czasem identyfikują się z postacią, którą widzą, a czasem mają wrażenie, że oglądają obcą osobę. Podobnie, czasem ich centrum świadomości znajduje się w ciele autoskopowym, które przypatruje się wydarzeniu, czasem istnieje jednocześnie w realnym ciele i autoskopowym lub przeskakuje z jednego na drugie.

POZYTYWNE OBJAWY SOMATOFORMICZNE

Pozytywne objawy somatoformiczne obejmują różnego rodzaju wrażenia zmysłowe, które można wiązać z wydarzeniem urazowym w przeszłości, na przykład wykorzystaniem seksualnym. Wrażenia te mogą dotyczyć wszystkich zmysłów: dotyku – osoba czuje na przykład, jakby ktoś ją szturchał, krępował, zaciskał ręce na jej szyi albo dotykał jej okolic intymnych; smaku – zgłasza spontanicznie pojawiające się w ustach wrażenie smaku na przykład spermy lub krwi; powonienia – ma wrażenie, jakby odczuwała smród potu, alkoholu lub dymu papierosowego, słuchu – słyszy krzyki lub sygnał karetki, których inni nie słyszą, oraz wzroku – widzi sceny traumatyzujących wydarzeń tak, jakby się one działy w obecnej chwili. Wszystkie z wymienionych przykładów można rozumieć jako rodzaj flashbacku.

Ponadto do pozytywnych objawów somatoformicznych należą też objawy bólowe bez uchwytnej przyczyny medycznej, które mogą być odczuwane w całym ciele lub jego części, a także ruchy mimowolne (np. tiki), które nie mają udokumentowanej przyczyny neurologicznej. Ruchy mimowolne mogą być wyrazem aktywności części dysocjacyjnych, co łatwo (i błędnie) może zostać przyporządkowane urojeniom wpływu i oddziaływania w schizofrenii, jako jednemu z objawów schneiderowskich. Ponadto do objawów somatoformicznych pozytywnych zaliczają się też psychogenne napady niepadaczkowe (*Psychogenic Non-Epileptic Seizures*, PNES), dawniej nazywane napadami pseudopadaczkowymi, a w ICD-10 nazywane drgawkami dysocjacyjnymi, F44.5 (Pużyński i Wciórka, 1998).

KLASYFIKACJA ZABURZEŃ DYSOCJACYJNYCH

Znajomość objawów dysocjacyjnych nie wystarcza, aby rozpoznawać zaburzenia dysocjacyjne, szczególnie te bardziej złożone (Pietkiewicz i Tomalski, 2018). Nie ułatwiają tego celu również klasyfikacje psychiatryczne (ICD-10 oraz DSM-5). Każda z nich w nieco inny sposób porządkuje tę grupę zaburzeń, choć rozbieżności te zmniejszą się po wprowadzeniu uaktualnionej wersji klasyfikacji WHO, czyli ICD-11 (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018). Aktualnie rozdział po-

święcony zaburzeniom dysocjacyjnym w ICD-10 (Pużyński i Wciórka, 1998) obejmuje kilka jednostek:

- F44.0 Amnezja dysocjacyjna
- F44.1 Fuga dysocjacyjna
- F44.2 Ostupienie dysocjacyjne
- F44.3 Trans i opętanie
- F44.4 Dysocjacyjne zaburzenia ruchu
- F44.5 Drgawki dysocjacyjne
- F44.6 Dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego
- F44.7 Mieszane zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
- F44.8 Inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)
- F44.9 Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), nieokreślone

Zaburzenia takie jak amnezja dysocjacyjna (objawowo ograniczająca się do utraty pamięci) lub fuga dysocjacyjna, polegająca na objętych niepamięcią podróży poza swoje miejsce zamieszkania, są spotykane dość rzadko. Z praktyki klinicznej wynika, że u wielu osób z rozpoznaniem fugi, których poddano kompleksowej diagnostyce, rozpoznano później dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (S. Boon, Superwizja pacjentki z fugą dysocjacyjną, 16.07.2018). Dlatego konieczne jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu klinicznego, umożliwiającego analizę obrazu klinicznego – rozpoznanie całego zespołu różnych objawów dysocjacyjnych lub wykluczenie ich. Podobne wątpliwości mogą dotyczyć takich zaburzeń jak ostupienie dysocjacyjne lub trans i opętanie, których kryteria diagnostyczne są słabo zdefiniowane. Planowane jest wykreślenie tego pierwszego z klasyfikacji ICD-11 (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018).

Kolejne kategorie w rozdziale zaburzeń dysocjacyjnych odnoszą się do wspomnianych wcześniej ruchowych i czuciowych objawów somatoformicznych. ICD-10 używa w tym przypadku podwójnej terminologii „dysocjacyjne” i „konwersyjne”, co ma odniesienie do różnych porządków teoretycznych opisujących specyfikę tych zaburzeń: teorii Pierre’a Janet’a (Janet, 1901, 1907) i teorii Zygmunta Freuda (Laplanche i Pontalis, 1996). Warto zwrócić uwagę, że DSM-5 wymienia te zaburzenia w osobnym rozdziale (300.11 Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane), wyjmując je z kontekstu zaburzeń dysocjacyjnych. Kategorii tej dano tam nazwę: „Zaburzenia konwersyjne (Zaburzenia z czynnościowymi objawami typu neurologicznego)” (Kryteria diagnostyczne z DSM-5. *Desk reference*, 2013). W ICD-11 planowane jest pozostawienie ich w rozdziale zaburzeń dysocjacyjnych, ale otrzymają nazwę: zaburzenia z dysocjacyjnymi objawami neurologicznymi (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018, stan na 15.08.2018). Co ciekawe, dzięki nowej kategorii diagnostycznej możliwe też będzie rozpoznanie zaburzeń dysocjacyjnych u pacjentów mających tylko izolowany objaw halucynacji słuchowych –6B60.1 *Dissociative neurological symptom disorder, with auditory disturbance*.

Kategoria F44.8 w ICD-10 skrywa najbardziej złożoną postać zaburzeń dysocjacyjnych, opisywaną w amerykańskiej klasyfikacji jako dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (*dissociative identity disorder*, DID). Zaburzenie to występowało dawniej pod nazwą „osobowość mnoga” (*multiple personality disorder*), która utrzymała się w ICD-10, ale zostanie zmieniona w ICD-11. Klasyfikacja amerykańska wymienia DID jako pierwsze w rozdziale zaburzeń dysocjacyjnych (Kryteria diagnostyczne z DSM-5. *Desk reference*, 2013). ICD-11 umożliwi też postawienie osobnego rozpoznania dla pacjentów, którzy nie spełniają wszystkich kryteriów DID, w szczególności kryterium amnezji, dzięki wprowadzeniu jednostki o roboczej nazwie „częściowe dysocjacyjne zaburzenie tożsamości” (6B65 *Partial dissociative identity disorder*) (*ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*, 2018). Będzie ono odpowiadać kategorii „inne określone zaburzenia dysocjacyjne” (*other specified dissociative disorder*, OSDD) w DSM-5 (Kryteria diagnostyczne z DSM-5. *Desk reference*, 2013).

Zespół depersonalizacji-derealizacji (F48.1) jest obecnie ulokowany poza rozdziałem zaburzeń dysocjacyjnych w ICD-10, co nota bene odzwierciedla wczesne poglądy Janeta, odróżniające zmiany świadomości od „prawdziwej” dysocjacji. Zmieni to się jednak w ICD-11, w którym przewidziane jest włączenie tej jednostki do grupy zaburzeń dysocjacyjnych, podobnie jak to zrobiono w DSM-5.

EPIDEMIOLOGIA ZŁOŻONYCH ZABURZEŃ DYSOCJACYJNYCH

Zaburzenia z grupy dysocjacyjnych w praktyce klinicznej są uważane za zaburzenia względnie rzadkie. Badania epidemiologiczne nie potwierdzają jednak tego założenia – wręcz przeciwnie, wskazują na ich relatywnie częste występowanie. Wyniki tych badań zależą oczywiście od zastosowanej metodologii i analizowanej próby. Z przeglądu literatury, dokonanego przez Sara (2011), wynika, że częstość zaburzeń dysocjacyjnych w populacji ogólnej wynosi od 1.7% do 18.3%, a częstość występowania DID szacuje się na .4-3.1%. Wśród pacjentów psychiatrycznych w leczeniu ambulatoryjnym oceniano częstość zaburzeń dysocjacyjnych na poziomie 12-29%, a częstość DID na 2.0-2.6%. Wśród pacjentów psychiatrycznych hospitalizowanych stacjonarnie częstość zaburzeń dysocjacyjnych waha się między 4.3% a 40.8% (w przypadku DID jest to .4-7.5%), chociaż wyniki uzyskane w trzech badaniach z użyciem bardziej rygorystycznego, ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego SCID-D dla DSM-IV mieściły się w przedziale 4.3-12% dla zaburzeń dysocjacyjnych i .4-2.0% dla DID. Należy uwzględnić, że badania prowadzone na podstawie diagnozy wg DSM nie uwzględniały zaburzeń konwersyjnych, które niewątpliwie zwiększyłyby wskaźniki częstości występowania zaburzeń dysocjacyjnych. Ponadto cytowane badania odnoszą się do diagnozy DID bazującej na DSM-IV, która była bardziej restrykcyjna niż stosowana obecnie DSM-5.

Mimo rozbieżności przytoczonych powyżej wyników badań, wynikających prawdopodobnie z trudności metodologicznych, należy niewątpliwie przyznać, że zaburzenia dysocjacyjne są dość powszechne. Odnosi się to również do DID, którego opis w ICD-10 rozpoczyna się od słów: „F44.81 Osobowość mnoga. Zaburzenie obserwowane rzadko” (Pużyński i Wciórka, 1998, s. 138), tym samym wprowadzając klinicystów w błąd. Wbrew popularnym poglądom, badania epidemiologiczne wskazują też na to, że złożone zaburzenia dysocjacyjne takie jak DID występują równie często na kontynencie amerykańskim, w Azji lub w Europie. Czynniki kulturowe nie odgrywają zatem istotnego wpływu na ich rozpowszechnienie.

RÓŻNICOWANIE ZABURZEŃ DYSOCJACYJNYCH

Postawienie adekwatnej diagnozy zaburzeń dysocjacyjnych jest niełatwym zadaniem, ale ma za to kluczowe znaczenie dla dalszego leczenia. Efektem błędnej diagnozy w najlepszym wypadku jest mała skuteczność leczenia, trwającego czasem wiele lat, w najgorszym zaś może prowadzić do retraumatyzacji, dekompensacji, prób samobójczych lub przerwania terapii. Może się tak zdarzyć w przypadku podjęcia przedwczesnej próby pracy nad traumatycznymi wspomnieniami w psychoterapii pacjenta ze złożonymi zaburzeniami dysocjacyjnymi (Steele, Boon i van der Hart, 2016). Dlatego rozpoznanie zaburzenia dysocjacyjnego ma szczególne znaczenie w przypadku stosowania technik aktywizujących wspomnienia urazowe, jak na przykład stymulacja bilateralna w EMDR (Shapiro, 2017).

Rozpoznawanie zaburzeń dysocjacyjnych nastęrcza istotnych trudności z kilku powodów. Po pierwsze, kategorie diagnostyczne, jakimi dysponujemy są dalekie od doskonałości – kryteria są nieprecyzyjne, skonstruowane w mało przydatny sposób. Po drugie, w procesie szkolenia psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów nie uwzględnia się (w wystarczającym zakresie) specjalistycznej wiedzy na temat zaburzeń dysocjacyjnych i nie przygotowuje się do ich rozpoznawania. Rzadko spontanicznie pyta się pacjentów o objawy somatoformiczne, amnezję lub intruzje, nawet jeśli są podstawy, aby przypuszczać, że w dzieciństwie przeszli oni poważne doświadczenia urazowe. W standardowym badaniu psychiatrycznym rzadko bierze się pod uwagę objawy dysocjacyjne, z wyjątkiem halucynacji słuchowych, które z reguły traktuje się raczej jako przejaw psychozy. W Polsce do niedawna brakowało też sprawdzonych narzędzi przesiewowych i ustrukturyzowanych wywiadów klinicznych, umożliwiających zebranie informacji o objawach i postawienia rozpoznania w sposób pewny. Ponadto istnieje wiele czynników po stronie pacjenta, związanych z prezentacją zaburzeń dysocjacyjnych, szczególnie tych złożonych. Pacjenci w tej grupie prezentują mieszankę wielu różnych objawów, z których część ma charakter pourazowy (objawy PTSD), a część przynależy do innych grup objawów: lękowych, depresyjnych, zaburzeń jedzenia, uzależnień, objawów pod postacią somatyczną itd.

Klinicyści zwykle w pierwszej kolejności zwracają uwagę na objawy sobie znane i stawiają rozpoznanie przede wszystkim na ich podstawie. Z tego względu pacjenci ze złożonymi zaburzeniami dysocjacyjnymi otrzymują często w procesie leczenia wiele różnych diagnoz: zaburzeń afektywnych depresyjnych i dwubiegunowych, zaburzeń osobowości lub zaburzeń psychotycznych. Przykładowo w jednym z badań wykazano, że aż 26.5% (a w innym badaniu 40.8%) pacjentów z DID otrzymało wcześniej diagnozę schizofrenii (Ross, 2014).

Pomyłki diagnostyczne wynikają między innymi z faktu, że pacjenci rzadko zgłaszają objawy dysocjacyjne nie zapytani o nie. Specyfiką samego zaburzenia jest to, że pacjenci są nastawieni fobicznie do urazowych wspomnień i objawów z nimi związanych, gdyż wszystko co prowadzi do uświadomienia sobie, że doświadczenia te dotyczą ich samych, a nie jakiejś innej osoby (*personalization*) stwarza zagrożenie dla psychiki. Często postrzegają też swoje objawy jako dziwne i wstydzą się o nich mówić lub boją się, że będą postrzegani jako chorzy psychicznie. W przeciwieństwie do wielu osób w epizodzie psychozy, prezentują większy krytycyzm wobec swoich objawów. Nie należy się więc spodziewać, że pacjenci z zaburzeniami dysocjacyjnymi będą spontanicznie zgłaszać objawy typu amnezja, słyszenie głosów w swojej głowie, poczucie wychodzenia z ciała lub zmiany tożsamości itp. Tylko zapytanie wprost o tego typu doświadczenia umożliwi uzyskanie informacji niezbędnych do postawienia trafnej diagnozy. W przeciwnym razie, objawy te mogą być przez długi czas ukrywane lub uznawane przez pacjenta za nieistotne.

UŻYCIĘ TESTÓW PRZESIEWOWYCH

Trudności z rozpoznawaniem zaburzeń dysocjacyjnych mogą też być związane z kwestiami metodologicznymi i używanymi narzędziami przesiewowymi potrzebnymi do oceny nasilenia objawów z tej grupy. Najpopularniejszym narzędziem na świecie stała się skala doświadczeń dysocjacyjnych (*Dissociative Experiences Scale*, DES, Bernstein i Putnam, 1986), przełożona na język polski m.in. przez Pietkiewicza, Tomalskiego i Życińską (2016a). Jej wadą pozostaje jednak przyjęcie koncepcji kontinuum dysocjacji od normy do patologii, wskutek czego narzędzie to zawiera pytania o objawy zarówno o patologicznej naturze, na przykład amnezję, intruzje urazowych wspomnień, halucynacje lub pseudohalucynacje, jak i normalne doświadczenia występujące u osób zdrowych, takie jak stany absorpcji charakteryzujące się zawężeniem pola świadomości i zwiększeniem poziomu uwagi. W tradycji europejskiej i powstałej na tym gruncie teorii strukturalnej dysocjacji osobowości ten drugi rodzaj zjawisk określa się terminem zmian świadomości, które nie są tożsame z dysocjacją *per se* (van der Hart, Nijenhuis i Steele, 2006; van Der Hart i in., 2004). Aby wyróżnić objawy o zdecydowanie patologicznej naturze, stworzono również DES Taxon (DES-T, Waller, Putnam i Carlson, 1996) przez wyodrębnienie z DES ośmiu ite-

mów, które okazały się najlepszym predyktorem zaburzeń dysocjacyjnych: #3 „Niektórym ludziom zdarza się znaleźć w jakimś miejscu, choć nie pamiętają, skąd się tam wzięli”; #5 „Niektórym ludziom zdarza się znajdować wśród swoich rzeczy nowe przedmioty, ale nie pamiętają ich kupowania”; #7 „Niektórym ludziom towarzyszy czasem wrażenie, jakby stali obok siebie lub obserwowali samych siebie i właściwie widzą siebie tak, jakby patrzyli na inną osobę”; #8 „Niektórzy ludzie dowiadują się, że czasem nie rozpoznają swoich znajomych lub członków rodziny”; #12 „Niektórym ludziom zdarza się mieć poczucie, że inne osoby, przedmioty i otaczający ich świat nie są prawdziwe”; #13 „Niektórzy ludzie mają poczucie, jakby ich ciało nie należało do nich”; #22 „Niektórzy ludzie stwierdzają, że w jednej sytuacji zachowują się tak różnie w porównaniu do innej sytuacji, że mają wrażenie, jakby byli dwiema różnymi osobami”, #27 „Niektórzy ludzie stwierdzają czasem, że słyszą głosy w swojej głowie, które mówią im, by coś zrobili lub komentują ich zachowanie”. DES Taxon, zawierający nową skalę odpowiedzi, jest też dostępny w języku polskim (Pietkiewicz, Tomalski i Życińska, 2016b).

W klasycznej wersji DES uczestników badania prosi się o dokonanie oceny, w jakim stopniu każda z 28 przedstawionych sytuacji odnosi się do ich osobistego doświadczenia, zaznaczając odpowiedź na skali od 0 do 100% (Bernstein i Putnam, 1986). Ze względu na niejasność tego określenia, autorki narzędzia w ostatnich latach postulowały zmianę skali odpowiedzi na nową, w której uczestnicy proszeni są, aby bardziej precyzyjnie oszacować częstotliwość pewnych doświadczeń na 6-stopniowej skali od „nigdy” = 0 do „przynajmniej raz w tygodniu” = 5. Nowe narzędzie ze zmienioną skalą odpowiedzi miało stanowić podstawę poprawionej wersji DES (*Dissociative Experiences Scale Revised*, DESR, Dalenberg i Carlson, 2010). Niestety prace nad tym przedsięwzięciem zostały wstrzymane i autorkom DES-R nie udało się opublikować żadnego artykułu prezentującego wyniki przeprowadzanej oceny psychometrycznej. Podobne zadanie podjęto w Polsce, gdzie dokonano tłumaczenia oryginalnych itemów skali DES i zaproponowano nową, tym razem 8-stopniową, skalę odpowiedzi: „Nigdy” = 0, „zdarzyło się tak raz lub dwa razy” = 1, „nie częściej, niż raz w roku” = 2, „raz na kilka miesięcy” = 3, „przynajmniej raz w miesiącu” = 4, „średnio raz w tygodniu” = 5, „częściej niż raz w tygodniu” = 6, „raz dziennie lub częściej” = 7. Zarówno polska wersja tego narzędzia (DESR PL, Pietkiewicz, Tomalski, Życińska, 2016a), jak i skrócona (DES-T PL, Pietkiewicz, Tomalski i Życińska, 2016b) wykazują dobre właściwości psychometryczne (Pietkiewicz, Hełka, Tomalski, 2018a). Wynik ogólny w oryginalnym DES oblicza się przez dodanie do siebie wartości poszczególnych itemów i podzielenie tej sumy przez liczbę stwierdzeń, czyli 28. W przypadku DESR PL wynik ogólny stanowi po prostu suma wartości wszystkich odpowiedzi. Chociaż najczęściej przyjmowany punkt odcięcia w DES dla zaburzeń dysocjacyjnych to powyżej 24 (w DESR PL powyżej 71 punktów, a w DES-T PL po-

wyżej 16), to należy pamiętać, że niektórzy pacjenci z poważnymi zaburzeniami mogą osiągać względnie niskie wyniki, podobnie jak pacjenci bez zaburzeń dysocjacyjnych mogą mieć wyniki bardzo wysokie. Ma to związek ze skłonnością do dysymulacji u jednych, szczególną interpretacją pytań oraz agrawowaniem swoich trudności u innych. Dlatego w trakcie konsultacji klinicznej należy omówić uzyskane wyniki z pacjentami, poprosić o podanie konkretnych przykładów sytuacji opisywanych w teście i oceniać ich odpowiedzi jakościowo.

Doświadczenia opisywane w DES/DESR PL dotyczą głównie aspektów psychoformicznych. Pominięto zatem dysocjację somatoformiczną, chociaż jest ona częstym elementem zaburzeń dysocjacyjnych (Nijenhuis, 2000, 2015; Nijenhuis i in., 1999). Do oceny nasilenia tej grupy objawów wykorzystuje się inny znany na świecie instrument, stworzony przez holenderskich klinicystów, a mianowicie Kwestionariusz Dysocjacji Somatoformicznej (*Somatoform Dissociation Questionnaire*, SDQ-20, Nijenhuis i in., 1996). Narzędzie to wykazuje bardzo dobre właściwości psychometryczne i jest dostępne również w języku polskim. Test zawiera 20 pytań i 5-stopniową skalę odpowiedzi, umożliwiającą uzyskanie wyniku w przedziale 20-100 punktów, przez dodanie wartości poszczególnych itemów. Punkt odcięcia umożliwiający osiągnięcie maksymalnej czułości i swoistości narzędzia dla zaburzeń dysocjacyjnych (konwersyjnych) wynosi 29.5 (Pietkiewicz, Hełka, Tomalski, 2018b).

Należy jeszcze raz podkreślić, że opisane narzędzia nie służą do postawienia diagnozy zaburzeń dysocjacyjnych, lecz pozwalają ocenić stopień nasilenia dysocjacji psychoformicznej lub somatoformicznej oraz prawdopodobieństwo występowania zaburzeń z tej kategorii. Umożliwiają łatwe wychwycenie objawów, o których pacjenci nie mówią spontanicznie w trakcie rozmowy diagnostycznej. Zgłoszenie takich objawów w badaniu przesiewowym pozwala na ich omówienie i przyjrzenie się z większą uwagą wszelkim przejawom patologicznej dysocjacji, na przykład posługując się pytaniami z DES-T. Podwyższone wyniki wymagają jednak weryfikacji przez osobę wyszkoloną w rozpoznawaniu zaburzeń dysocjacyjnych, aby ustalić czy wskazane jest przeprowadzenie specjalistycznej diagnostyki w tym kierunku.

WYWIADY KLINICZNE

Na świecie używa się kilku ustrukturyzowanych wywiadów klinicznych do diagnozowania zaburzeń dysocjacyjnych. W wielu badaniach epidemiologicznych stosowano protokół *Dissociative Disorders Interview Schedule* (DDIS, Ross i in., 1989). Ocena kliniczna objawów w DDIS opiera się na tym, co bezpośrednio deklaruje pacjent, a więc stwarza to większe prawdopodobieństwo uzyskania wyników fałszywie dodatnich. Innym, powszechnie stosowanym narzędziem jest *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders* (SCID-D, Steinberg, 1994; Steinberg, Cicchetti, Buchanan, Hall, 1993), aktualizowany w 2000 roku. Wywiad ten umożliwia postawienie

rzetelnej diagnozy zaburzeń dysocjacyjnych na podstawie klasyfikacji amerykańskiej. Żadne z tych dwóch narzędzi klinicznych nie jest dostępne w języku polskim.

W Europie, w ostatnich kilku latach trwają prace nad nowym wywiadem diagnostycznym o nazwie Trauma i objawy dysocjacyjne – wywiad kliniczny (*Trauma and Dissociation Symptoms* – Interview, TADS-I, Boon i Matthes, 2017), który został przełożony na język polski przez autorów niniejszego artykułu i jest to na ten moment jedyne narzędzie do diagnozy różnicowej zaburzeń dysocjacyjnych. TADS-I pozwala w usystematyzowany sposób zebrać informacje o objawach dysocjacyjnych i zmianach świadomości w odniesieniu do różnych obszarów funkcjonowania pacjenta oraz trudności potencjalnie związanych z traumą, dotyczących snu, zaburzeń jedzenia, nastroju i regulacji afektu, zachowań autoagresywnych, seksualności, relacji interpersonalnych itd. Wywiad ten umożliwia również rozpoznanie diagnozy fałszywie dodatniej, więc może służyć do weryfikacji postawionego wcześniej rozpoznania zaburzeń dysocjacyjnych. Przeprowadzenie go w całości przez wyszkoloną osobę zajmuje łącznie około 3-4 godzin.

PODSUMOWANIE

Zaburzenia dysocjacyjne są związane z doświadczeniem traumy i trudnościami w zakresie przetwarzania oraz integracji urazowych wspomnień, emocji i wrażeń cielesnych. W psychotraumatologii wyróżnia się dwie kategorie objawów dysocjacyjnych: psychoformiczne i somatoformiczne. Objawy dysocjacji psychoformicznej obejmują procesy psychiczne (dotyczące myśli lub pamięci), a objawy somatoformiczne są związane z sensomotorycznymi aspektami doświadczeń urazowych. Objawy somatoformiczne obejmują zjawiska określane tradycyjnie jako konwersyjne i niektóre somatyzacyjne.

Zarówno dysocjacja psychoformiczna, jak i somatoformiczna mogą przejawiać się w postaci objawów negatywnych (utrata percepcji lub kontroli) oraz pozytywnych (intruzje). Przykładem negatywnych objawów psychoformicznych są amnezja, niektóre formy depersonalizacji i utraty różnego typu zdolności, do objawów pozytywnych z tej grupy należą zaś intruzje myśli i emocji oraz wybrane objawy schneiderowskie. Przykładem negatywnych objawów somatoformicznych są częściowa lub całkowita utrata: wzroku, słuchu, powonienia, smaku lub wrażeń kinestetycznych albo utrata kontroli nad ruchami dowolnymi. Pozytywne objawy somatoformiczne dotyczą aktywacji wrażeń zmysłowych połączonych z traumatycznym wspomnieniem (ból, smak, zapachu) lub ruchów mimowolnych, drgawek itp.

W diagnostyce zaburzeń dysocjacyjnych wykorzystuje się testy przesiewowe, których odpowiedzi należy analizować jakościowo (szczególnie w przypadku podwyższonych wyników), prosząc pacjenta o podanie przykładów ilustrujących opisywane doświadczenia. W przypadku stwierdzenia objawów dysocjacyjnych, wskazane jest przeprowadzenie diagnozy różnicowej za pomocą pogłę-

bionego wywiadu klinicznego. Umożliwia to postawienie właściwego rozpoznania, zmniejszając ryzyko diagnozy fałszywie dodatniej lub fałszywie ujemnej, co jest niezbędnym elementem planowania leczenia i doboru metod terapii.

LITERATURA

- Bernstein, E.M., Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735. doi:10.1097/00005053-198612000-00004
- Bilikiewicz, A., Puzyński, S., Rybakowski, J., Wciórka, J. (2002). *Psychiatria, Tom II. Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Urban i Partner.
- Blanke, O., Mohr, C. (2005). Out-of-body experience, heautoscopy, and autoscopic hallucination of neurological origin: Implications for neurocognitive mechanisms of corporeal awareness and self-consciousness. *Brain Research Reviews*, 50, 184-199. doi: 10.1016/j.brainres-rev.2005.05.008
- Boon, S., Matthes, H. (2017). *Trauma and dissociation symptoms interview (TADS-I), version 1.9*. [niepublikowany protokół klinicznego wywiadu ustrukturyzowanego]. Maarssen; Suzette Boon Prywatna Praktyka Kliniczna.
- Dalenberg, C., Carlson, E. (2010). *New versions of the Dissociative Experiences Scale: The DES-R (revised) and the DES-B (brief)*. Paper presented at the Annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, November, Montreal, Quebec.
- Dell, P. (2006). A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clinics*, 29, 1-26. doi: 10.1016/j.psc.2005.10.013
- Dorahy, M.J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., Middleton, W. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *The Journal of nervous and mental disease*, 197, 892-898. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181c299ea
- Howell, E.F. (2013). *The dissociative mind*. New York, NY, USA: Routledge.
- ICD-11 for Mortality and morbidity statistics*. (2018). Retrieved from <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.
- Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk reference*. (2013). Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Nijenhuis, E. (2000). Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 4, 7-32.
- Nijenhuis, E. (2015). *The trinity of trauma: ignorance, fragility, and control*. Bristol, CT: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nijenhuis, E., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., Vanderlindem, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation

- Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 11, 688-694.
- Nijenhuis, E., van Dyck, R., Spinhoven, P., van der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlindem, J., Moene, F. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 511-520.
- Pietkiewicz, I.J., Helka, A., Tomalski, R. (2018a). Validity and reliability of the Polish online and pen-and-paper versions of the Dissociative Experience Scale Revised (DESR PL). doi: 10.1016/j.ejtd.2019.02.003.
- Pietkiewicz, I.J., Helka, A., Tomalski, R. (2018b). Validity and reliability of the Polish online and pen-and-paper versions of the Somatoform Dissociation Questionnaires (SDQ-20 and PSDQ-5). *European Journal of Trauma & Dissociation*. doi: 10.1016/j.ejtd.2018.05.002. doi:10.1016/j.ejtd.2018.05.002
- Pietkiewicz, I.J., Tomalski, R. (2018). Zaburzenia związane z traumą – perspektywa teoretyczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 24, 2. doi: 10.14691/CPJ.24.2.261.
- Pietkiewicz, I.J., Tomalski, R., Życińska, J. (2016a). Skala doświadczeń dysocjacyjnych – wersja poprawiona (DESR PL). doi: 10.13140/RG.2.2.34274.43207. doi: 10.13140/RG.2.2.34274.43207
- Pietkiewicz, I.J., Tomalski, R., Życińska, J. (2016b). Skala doświadczeń dysocjacyjnych Taxon – wersja poprawiona (DES-T PL). doi: 10.13140/RG.2.2.34431.71841. doi: 10.13140/RG.2.2.34431.71841
- Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Ross, C. (2014). *Schizophrenia: Innovations in diagnosis and treatment*. New York, NY, USA: Routledge.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G.R., Anderson, D., Anderson, G., Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation*, 2, 3, 169-189.
- Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*. doi: 10.1155/2011/404538.
- Shapiro, F. (2017). *Zostawić przeszłość w przeszłości*. Warszawa: PTT EMDR.
- 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.
- Steinberg, M. (1994). *Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Hall, P. (1993). Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D). *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6, 1, 3-15.
- 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., 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
- Waller, N., Putnam, F.W., Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 3, 300-321.

