

## Objawy dysocjacji czucia bólu i dotyku, derealizacji i depersonalizacji u kobiet a wydarzenia urazowe z okresu dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości

### Pain and tactile dissociation, derealization and depersonalization symptoms in women and recalled traumatic events in childhood, adolescence and early adulthood

Bogna Smiatek-Mazgaj<sup>1</sup>, Jerzy A. Sobański<sup>1</sup>, Krzysztof Rutkowski<sup>1</sup>, Katarzyna Klasa<sup>2</sup>, Edyta Dembińska<sup>1</sup>, Łukasz Müldner-Nieckowski<sup>1</sup>, Katarzyna Cyranka<sup>1</sup>, Michał Mielimąka<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychoterapii UJ CM

<sup>2</sup>Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

#### Summary

**Introduction.** The symptoms of dissociation, depersonalization and derealization are often associated with exposure of patients to mental and physical injuries, usually occurring in childhood. Most of these observations were carried out in populations of patients with various disorders (posttraumatic, conversion-dissociation, personality disorders – especially borderline), who reported their exposure to adverse life circumstances through questionnaire interviews.

**Aim.** Assessment of the risk associated with various traumatic events in childhood and adolescence concerning the symptoms of pain and tactile dissociation, depersonalization and derealization.

**Material and method.** The coexistence of the earlier life circumstances and the currently existing symptoms was examined on the basis of KO “0” Symptom Checklist and Life Inventory, completed prior to treatment in a day hospital for neurotic disorders.

**Results.** In the group of 2582 women, patients of a day hospital for neurotic and personality disorders, the symptoms of pain and tactile dissociation, depersonalization and derealization were present in 24-36 % of patients, while the maximum severity of these symptoms reported approximately 4-8 % of patients. The studied patients reported the exposure during childhood and adolescence (before 18yo) to numerous traumatic events of varying severity and frequency, including hostility of one parent (approximately 5% of respondents), the sexual initiation before 13yo (1%), worse than peers material conditions (23%), harassment of the

family of origin (2%), reluctance of their peers (9%). Conducted regression analysis showed illustrated by the coefficients OR (odds ratios) a statistically significant relationship between the majority of the analyzed symptoms and many of the listed events, such as being regarded as worse than siblings, mother's anger in the situation of the patient's disease in childhood, lack of support, indifference of parent, poverty and worseness of the family of origin, inferior position in the classroom and the school grades, total sexual unawareness, incest or its attempt.

**Conclusions.** The symptoms of dissociation, depersonalization and derealization occurred in significantly more patients reporting burdening life events – difficult situations in childhood and adolescence. Therefore, in clinical practice in patients presenting such symptoms, regardless of diagnosis (e. g. a specific neurotic disorder), we can expect revealing information about such events.

**Słowa kluczowe:** wydarzenia urazowe, dysocjacja, depersonalizacja, derealizacja, zaburzenia nerwicowe, czynniki ryzyka

**Key words:** traumatic events, dissociation, depersonalization, derealization, neurotic disorders, risk factors

## Wstęp

Według klasyfikacji ICD-10 zespół depersonalizacji-derealizacji należy do kategorii „innych” zaburzeń nerwicowych. Polega on na przeżywaniu własnej aktywności psychicznej, ciała lub otoczenia jako nierealnych, obcych, zautomatyzowanych, czemu może towarzyszyć chłód emocjonalny, uczucie dziwności i oddzielenia od własnych myśli, ciała lub świata realnego. Pacjenci zdają sobie sprawę z nieprawdziwości tych wrażeń, a ich świadomość i możliwości emocjonalnej ekspresji pozostają nienaruszone [1]. Z kolei autorzy klasyfikacji DSM-IV-TR umieszczają syndrom depersonalizacji-derealizacji w kategorii zaburzeń dysocjacyjnych, jako przejaw strukturalnej dysocjacji osobowości, ze względu na ten sam mechanizm leżący u ich podłoża (oddzielenie obserwującej i doświadczającej części osobowości). Na wyodrębnienie depersonalizacji z zaburzeń dysocjacyjnych wskazuje ponadto jej silniejsze skorelowanie z lękiem i obniżeniem nastroju niż z dysocjacją [2, 3]. W literaturze brakuje jednej obowiązującej definicji zaburzeń o charakterze dysocjacyjnym, a określenia takie jak „zaburzenia dysocjacyjne” lub „dysocjacja” stosowane są zamiennie. Trudności dostarcza również określenie grup symptomów zaburzeń dysocjacyjnych – ich opisy znajdujące się w klasyfikacjach ICD-10 oraz DSM-IV-TR w dużym stopniu się pokrywają, choć autorzy ICD-10 do dysocjacji zaliczają zaburzenia ruchu i uczucia, które autorzy DSM-IV-TR przyporządkowują do zaburzeń konwersyjnych, podgrupy zaburzeń somatoformicznych [4]. Podstawowe zmiany dokonane wraz z wprowadzeniem klasyfikacji DSM-5 polegają na podziale grupy objawów dysocjacyjnych na „pozytywne”: doznania fragmentacji tożsamości, depersonalizacji i derealizacji oraz „negatywne” – związane z brakiem dostępu lub kontroli (pamięci, ruchu itp.) [5–8].

Objawy depersonalizacji i derealizacji mogą pojawiać się w różnych zaburzeniach, w tym również jako element składowy zaburzeń nerwicowych [9, 10]. Tego rodzaju epizody zdarzają się przejściowo u ok. 70% osób zdrowych (bez względu na płeć), z kolei w populacji badanych cierpiących na różne zaburzenia psychiczne można zaobserwować je dwukrotnie częściej u kobiet, częściej przed 40. r.ż. [11]. Deperso-

nalizację uważa się za trzeci najczęstszy objaw u pacjentów psychiatrycznych, zaraz po obniżeniu nastroju i lęku [12].

Jedną z koncepcji dysocjacji jest model BASK Bennetta G. Brauna, opisujący ją jako przerwanie ciągłości na przynajmniej jednym z czterech poziomów kontinuum, jakie stanowią: zachowanie, afekt/emocje, czucie (percepcja) oraz wiedza (ich spójność wskazuje na zdrowie psychiczne). Według tego autora depersonalizacja i derealizacja odnoszą się do poziomu czucia [13]. Drugie podejście wskazuje na istnienie oddzielnych typów dysocjacji, co potwierdzają badania Putnama i wsp. [14] przeprowadzone w grupach pacjentów psychiatrycznych, neurologicznych oraz osób zdrowych.

W etiologii zaburzeń depersonalizacyjnych-derealizacyjnych powszechnie wymienia się liczne czynniki: neurologiczne, endokrynologiczne oraz psychologiczne. W wypadku tych ostatnich najczęściej podkreślane są rozmaite zakłócenia prawidłowego przebiegu okresu dzieciństwa, takie jak naruszenie granic pacjenta oraz związana z tym wyparta trauma i zdysocjowane emocje, niespójność postaw opiekunów, zaburzone poczucie bezpieczeństwa, zaburzona samoocena i orientacja na przyszłość, brak ochrony ze strony opiekunów oraz narażenie na przytłaczające wydarzenia [9, 15–17]. Badania nad zjawiskami depersonalizacji-derealizacji są jednak nieliczne, a autorzy istniejącego piśmiennictwa skupiają się głównie na łączeniu ich z różnymi traumami występującymi w okresie dzieciństwa oraz na skutkach występowania tego rodzaju objawów, m.in. w postaci zwiększonego obciążenia instytucji opieki zdrowotnej [18], podobnie jak jest to w wypadku zaburzeń dysocjacyjnych [19]. Zdaniem licznych badaczy i klinicystów, trauma i dysocjacja są ze sobą powiązane, ponieważ pierwsze z tych zjawisk polega na braku spójności pomiędzy światem wewnętrznym a zewnętrzną rzeczywistością, co powoduje utratę psychicznej równowagi w postaci dysocjacji [20, 21]. Obserwacje pacjentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi [22] i porazowymi [23] oraz badanych z osobowością typu borderline [24] wskazują, że im cięższa była trauma doświadczana we wczesnym okresie rozwojowym, tym większe jest ryzyko zaburzeń dysocjacyjnych w życiu dorosłym. Wraz z somatyzacją i zaburzeniami regulacji emocji stanowią one prawdopodobnie pewien sposób adaptacji do traumatycznych doświadczeń. Ponadto emocjonalne odrzucenie przez opiekunów, a szczególnie pomniejszanie przez nich trudnych doświadczeń dziecka, zwiększa prawdopodobieństwo zaburzeń dysocjacyjnych w wieku dorosłym bardziej niż sama przemoc seksualna, emocjonalna czy zaniedbanie fizyczne.

Szczególnie kobiety, które były ofiarami nadużycia seksualnego, mogą przeżywać liczne trudności w adekwatnym podejściu do własnej cielesności, zwłaszcza w wymiarach zaabsorbowania wyglądem i troski o wagę [25]. Może to częściowo wyjaśniać ryzyko rozwinięcia się u kobiet zaburzeń dysocjacyjnych lub depersonalizacji-derealizacji. [26]. Jeśli nadużycie miało miejsce w okresie dojrzewania – jednym z krytycznych dla rozwoju obrazu ciała – zaburza ono zdolność osoby do osiągnięcia stabilnego wizerunku siebie i własnego organizmu. Jego ofiary mogą w niewłaściwy sposób postrzegać poszczególne części lub całość swojego ciała (np. jako zbyt grube, zdeformowane, obce), być przewlekłe niezadowolone z wyglądu oraz wstydzić się różnych aspektów cielesności. Nadużycie seksualne wpływa również na relacje osoby ze światem zewnętrznym – ofiary często mają trudności z wyrażaniem potrzeb i opinii

(w związku z poczuciem winy oraz nieważności), a także cierpią na rozmaite zaburzenia seksualne [16, 27, 28], po części tożsame z zaburzeniami dysocjacyjnymi [29].

Reprezentacja relacji przywiązania, w tym również doświadczenie urazu emocjonalnego, które mogło ją ukształtować w niewłaściwy sposób, wpływa na różne aspekty przeżywania własnej cielesności. Im silniejsze było wydarzenie urazowe, tym jego ofiara doświadcza poważniejszych zaburzeń w przeżywaniu swojego ciała oraz ma do niego bardziej negatywny stosunek. Istnieje również tzw. efekt skumulowanej traumy, który wskazuje na to, że im większa była ilość różnorodnych traumatycznych wydarzeń doświadczanych przed 18 r.ż., tym więcej objawów występuje obecnie u danej osoby [30–34]. Wydarzenia mające najsilniejszy wpływ urazowy to gwałt i przemoc fizyczna, a także groźenie bronią, próba gwałtu oraz kontakty seksualne (nie tylko o charakterze gwałtu) w dzieciństwie [32]. Również odrzucenie emocjonalne i wczesny wiek doznania urazu (ale tylko w połączeniu z zagrożeniem integralności fizycznej ciała przez drugą osobę) zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń dysocjacyjnych [35].

Na podgrupę zaburzeń dysocjacyjnych dotyczących czucia bólu i dotyku oraz poczucie depersonalizacji-derealizacji największy wpływ mają: przemoc emocjonalna i zaniedbanie emocjonalne, wykorzystanie seksualne oraz zaniedbanie fizyczne. Warto zauważyć, że istnieją również czynniki będące mediatorami zależności pomiędzy przemocą seksualną a nasileniem poziomu psychopatologii. Należą do nich – zgodnie z koncepcją Finkelhora i Browne [36] – traumatyczna seksualizacja (wyuczenie się nieprawidłowych zachowań seksualnych na skutek nadużycia seksualnego w dzieciństwie), zdrada sprawcy, bezsilność ofiary oraz stygmatyzacja [36] i poczucie winy wiążące się prawdopodobnie z ryzykiem przekształcania skłonności do dysocjacji w stany dysocjacyjne [37].

Narażenie na sytuację urazową w dzieciństwie lub adolescencji może prowadzić także do wystąpienia chorób psychosomatycznych, którym towarzyszą epizody depersonalizacji-derealizacji bądź inne zaburzenia z zakresu dysocjacji. Mechanizm wyjaśniający tego typu zaburzenia odwołuje się do potrzeby utrzymania u ofiary nadużycia iluzji, iż miała ona dobrego opiekuna. Tym samym jej ciało jest niejako „składane w ofierze”, ponieważ jednostka, zaprzeczając swoim prawdziwym odczuciom, zaczyna nieświadomie manifestować je poprzez organizm. Ostatecznym rezultatem tego procesu jest zamiana bólu psychicznego na cierpienie ciała [38, 39]. Inne, bardziej współczesne podejście podchodzi do zaburzeń dysocjacyjnych jak do systemu psychobiologicznej ochrony organizmu (wspólnego dla zwierząt i ludzi), który jest aktywowany w momencie powtarzającego się zagrożenia ciała w sytuacji interpersonalnej [35] i generalnie jest związany z radzeniem sobie ze stresem u osób wolnych od zaburzeń [40].

## Cel

Niniejsze badanie stanowi próbę oceny ryzyka występowania wybranych objawów z zakresu dysocjacji, depersonalizacji i derealizacji u pacjentek narażonych na potencjalnie urazowe wydarzenia w dzieciństwie, adolescencji i wczesnej dorosłości.

## Material i metody

Współwystępowanie sprawozdawanych przez pacjentki (badane przed kwalifikacją do psychoterapii) obciążających okoliczności życiowych z okresu dzieciństwa i adolescencji oraz aktualnie obecnych objawów oceniano za pomocą danych z kwestionariuszy objawowych KO„O” oraz Ankiety Życiorysowej, rutynowo wypełnianych przed leczeniem psychoterapią na dziennym oddziale leczenia nerwic w latach 1980–2002. Uzyskano dane dotyczące pacjentek z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości (kategorie F4, F5, F6 wg klasyfikacji ICD-10). Rozpoznanie te przyporządkowano części pacjentek (hospitalizowanych przed wprowadzeniem klasyfikacji ICD-10) na podstawie analizy równoważności opisanych zespołów objawów, a także, w niektórych wypadkach, na podstawie archiwalnych historii choroby, co umożliwiło użycie jedynie diagnoz mniej szczegółowych (np. kod F42) lub nawet ich połączonych grup (np. F40 i F41). Kwalifikacja do leczenia obejmowała w każdym przypadku przynajmniej dwa badania psychiatryczne, wywiad i badanie psychologiczne oraz baterię kwestionariuszy, co umożliwiło wyłączenie innych zaburzeń (m.in. zab. afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zab. egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych), wykluczających podejmowanie psychoterapii na oddziale dziennym [41]. Większość badanych miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości i wtórnie występujące zaburzenie nerwicowe (tab. 1) [42].

Wydarzenia i okoliczności życiowe pacjentki opisywały za pośrednictwem szczegółowego retrospektywnego kwestionariusza Ankiety Życiorysowej, złożonego ze 138 pytań (z wariantami odpowiedzi do wyboru), dotyczącego m.in. opisu rodziny, warunków życia w okresie dzieciństwa i młodości (przed 18 r.ż.), przebiegu nauki i relacji z rówieśnikami, rozwoju seksualnego, wydarzeń urazowych, okresu dojrzałości, w tym funkcjonowania zawodowego, warunków materialnych, obecnego związku [43]. Drugie zastosowane narzędzie – kwestionariusz objawowy KO„O” – pozwala na zebranie informacji o obecności i nasileniu 135 objawów w ciągu ubiegłych 7 dni. Jest to oryginalne polskie narzędzie utworzone na podstawie podejścia kryterialnego [44], przy użyciu języka potocznego, umożliwiające pacjentom zgłaszanie najpowszechniejszych dolegliwości [45], które cechuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi [46, 47].

Spśród zmiennych ujętych w kwestionariuszu objawowym KO„O” wybrano 4 objawy: poczucie nierealności przedmiotów (zm. 8), okresowa utrata czucia bólu lub dotyku (zm. 23), odczucie, że świat jest nierzeczywisty (zm. 48), wrażenie nierealności, obcości własnego ciała (zm. 68), natomiast z Ankiety Życiorysowej cztery grupy okoliczności biograficznych (subiektywnie zapamiętanych) mających miejsce w dzieciństwie, adolescencji i wczesnej dorosłości: 1) relacje z rodzicami, w tym utraty i rozłąki, oraz obojętność lub wrogość, brak wsparcia ze strony rodzica, poczucie gorszości od rodzeństwa, 2) trudności rodziny pochodzenia, w tym bieda, poczucie gorszości i prześladowania, 3) zakłócenia w relacjach z rówieśnikami i funkcjonowania w szkole, w tym poczucie mniejszej sprawności, atrakcyjności, trudności w nauce, 4) urazowe wydarzenia i niekorzystne okoliczności dotyczące

seksualności, jej rozwoju i edukacji seksualnej, sposobu przechodzenia rozwojowych „kamieni milowych”.

Dane uzyskane w wyniku rutynowych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentek, przy czym wszystkie dane przechowywano i opracowywano anonimowo.

Metodą regresji logistycznej przeprowadzono oszacowania współczynników ryzyka (OR) dla współwystępowania wartości dwóch zmiennych nominalnych (okoliczności życiowej oraz objawu, zakodowanych w postaci 0-1). Użyto licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

### Charakterystyka grupy badanej

Tabela 1. Globalne nasilenie objawów oraz rodzaj zaburzeń (wg klasyfikacji ICD-10) stwierdzonych w grupie 2 582 kobiet

Ogólna Wartość Kwestionariusza (OWK)	Średnia ± odch. standardowe (mediana)	394 ± 152 (387)
Rozpoznanie (główne)	F44/45 Zab. dysocjacyjne lub somatyzacyjne	29%
	F60 Zab. osobowości	23%
	F40/F41 Zab. lękowe	17%
	F48 Neurastenia	7%
	F34 Dystymia	7%
	F50 Zab. odżywiania się	5%
	F42 Zab. obsesyjno-kompulsyjne	2%
	F43 Reakcja na stres i zab. adaptacyjne	1%
	Inne oraz brak danych	9%

Tabela 2. Cechy socjodemograficzne grupy badanej

Wiek w latach	Średnia ± odch. standardowe (mediana)	33 ± 9 (33)
Wykształcenie	Brak/podstawowe	9%
	Średnie (w tym studenci)	57%
	Wyższe	34%
Zatrudnienie	Pracuje	59%
	Nie pracuje	41%
	w tym renta	10%
	Studenci	23%

### Wyniki

W grupie 2 582 kobiet leczonych na oddziale dziennym (średni wiek 33 lata) stwierdzono znaczne (sięgające 24%–36% badanych) rozpowszechnienie objawów dysocjacyjnych wpływających na czucie bólu i dotyku oraz doznania z zakresu depersonalizacji i derealizacji. Ponadto u kilku procent badanych objawy te miały skrajne

(maksymalne) nasilenie (tab. 3). Dolegliwościom tym towarzyszyło zgłaszanie przez pacjentki w ustrukturovaniach wywiadach życiorysowych rozmaitych wydarzeń urazowych (m.in. przypadków kazirodztwa lub jego próby, poczucia braku uświadomienia seksualnego).

Tabela 3. Występowanie i nasilenie analizowanych objawów w grupie badanej

	Występowanie	Maksymalne nasilenie
Poczucie nierealności przedmiotów	26%	4%
Okresowa utrata czucia bólu lub dotyku	27%	6%
Odczucie, że świat jest nierzeczywisty	36%	8%
Wrażenie nierealności, obcości własnego ciała	24%	5%

Najczęstszym analizowanym symptomem (tab. 3) w badanej grupie kobiet, zarówno pod względem występowania, jak i maksymalnego nasilenia, było odczucie, że świat jest nierzeczywisty. Z kolei najrzadszymi – pod względem występowania – depersonalizacja (odczucie nierealności ciała), zaś pod względem maksymalnego nasilenia – poczucie nierealności przedmiotów.

Tabela 4. Powiązanie zakłóceń relacji z rodzicami (ich wspomnień z dzieciństwa i okresu dojrzewania) z objawami

	Odsetek w grupie badanej	Analizowane objawy			
		8. poczucie nierealności przedmiotów	23. okresowa utrata czucia bólu lub dotyku	48. odczucie, że świat jest nierzeczywisty	68. wrażenie nierealności, obcości własnego ciała
Rozłąka z matką przed ukończeniem pięciu lat	5%	1,15 (0,76–1,74)	0,65 (0,41–1,04)	1,30 (0,89–1,90)	0,86 (0,54–1,35)
Rozłąka z matką między 6 a 10 r.ż.	4%	1,02 (0,68–1,52)	0,79 (0,47–1,31)	1,57* (1,02–2,41)	0,99 (0,60–1,61)
Rozłąka z ojcem przed ukończeniem pięciu lat	9%	0,81 (0,58–1,12)	0,71 (0,51–1,00)	1,13 (0,85–1,50)	0,92 (0,66–1,28)
Rozłąka z ojcem między 6 a 10 r.ż.	7%	0,92 (0,63–1,34)	0,99 (0,61–1,61)	1,23 (0,88–1,70)	1,48* (1,04–2,09)
Śmierć matki przed ukończeniem pięciu lat	1%	0,78 (0,29–2,12)	1,16 (0,48–2,84)	0,76 (0,31–1,85)	0,14 (0,04–1,04)
Śmierć matki między 6 a 10 r.ż.	1%	0,65 (0,19–2,29)	2,08 (0,77–5,60)	1,04 (0,38–1,84)	1,04 (0,34–3,16)
Śmierć ojca przed ukończeniem pięciu lat	3%	1,02 (0,58–1,80)	1,31 (0,77–2,22)	0,97 (0,58–1,62)	0,57 (0,29–1,12)
Śmierć ojca między 6 a 10 r.ż.	2%	0,97 (0,51–1,86)	1,25 (0,67–2,32)	1,29 (0,72–2,31)	1,62 (0,88–2,98)
Obojętność matki	10%	1,56** (1,18–2,04)	1,24 (0,94–1,63)	1,51** (1,17–1,96)	1,39* (1,05–1,84)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wrogość matki	5%	1,34 (0,92–1,96)	1,16 (0,80–1,71)	1,62* (1,14–2,31)	1,59 (1,10–2,32)
Obojętność ojca	15%	1,27* (1,01–1,61)	1,13 (0,89–1,43)	1,32* (1,06–1,65)	1,22 (0,95–1,56)
Wrogość ojca	6%	1,65* (1,16–2,33)	0,96 (0,66–1,39)	1,53* (1,09–2,14)	1,71** (1,20–2,43)
Matka nie wspierała w kłopotach	17%	1,48* (1,19–1,85)	1,07 (0,85–1,34)	1,30* (1,05–1,60)	1,09 (0,86–1,38)
Matka atakowała w kłopotach	25%	1,15 (0,94–1,41)	1,14 (0,94–1,39)	1,49*** (1,49–1,78)	1,52*** (1,24–1,85)
Ojciec nie wspierał w kłopotach	32%	0,98 (0,82–1,17)	0,98 (0,78–1,22)	1,15 (0,97–1,36)	0,85 (0,70–1,04)
Ojciec atakował w kłopotach	18%	1,39* (1,12–1,73)	1,12 (0,90–1,40)	1,17 (0,95–1,44)	1,49*** (1,19–1,85)
Matka, gdy czegoś żądała, była niezdecydowana	8%	2,07*** (1,53–2,80)	0,97 (0,71–1,33)	1,39* (1,03–1,86)	1,67** (1,22–2,28)
Ojciec, gdy czegoś żądał, był niezdecydowany	8%	1,35 (1,00–1,83)	1,49* (1,10–2,00)	1,16 (0,87–1,55)	1,53* (1,13–2,08)
Uważana za gorszą od rodzeństwa	18%	1,53*** (1,24–1,91)	1,58*** (1,27–1,95)	1,64*** (1,34–2,01)	1,45** (1,16–1,81)
W czasie chorób matka zachowywała się tak samo	22%	1,27* (1,03–1,56)	1,14 (0,93–1,40)	1,00 (0,94–1,06)	0,94 (0,75–1,17)
W czasie chorób matka była zdenerwowana, okazywała złość	6%	1,47* (1,04–2,07)	1,69** (1,21–2,37)	1,50* (1,08–2,08)	1,89*** (1,34–2,65)
W czasie chorób ojciec zachowywał się tak samo	44%	1,01 (0,81–1,24)	0,98 (0,82–1,16)	---	1,01 (0,87–1,17)
W czasie chorób ojciec był zdenerwowany, okazywał złość	6%	2,23*** (1,58–3,16)	1,32 (0,92–1,90)	1,74** (1,23–2,44)	0,84 (0,70–1,01)

W tabeli zamieszczono ilorazy szans (współczynniki OR) obliczone dla 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną ich oszacowania oznaczono: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$ , \*\*\*  $p < 0,0005$

Wspomnienie bycia uważaną za gorszą od rodzeństwa wiązało się z istotnie częstszym współwystępowaniem wszystkich czterech analizowanych objawów, podobnie zdenerwowanie lub złość matki w sytuacji choroby pacjentek (tab. 4). Obciążające sytuacje, takie jak doznawane ze strony jednego z rodziców: wrogość, obojętność, brak wsparcia w sytuacji kłopotów w dzieciństwie, w większości wiązały się istotnie ze współwystępowaniem wszystkich trzech analizowanych objawów depersonalizacji lub derealizacji. Istotnym wyjątkiem wydaje się brak takiego powiązania dla obojętności oraz braku wsparcia ze strony ojca. Stwierdzono również istotne powiązanie z analizowanymi objawami niezdecydowania rodziców w kontekście stawiania



córkom wymagań („żądania czegoś”). Okresowa utrata czucia bólu lub dotyku była objawem związanym z najmniejszą ilością obciążających okoliczności z zakresu relacji z rodzicami.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy wczesną rozłąką z rodzicem lub jego śmiercią a występowaniem badanych objawów, z wyjątkiem rozłąki w okresie 6–10 r.ż., istotnie wiążącej się u pacjentek z odmiennymi objawami – rozłąką z matką z odczuciem, że świat jest nierzeczywisty (derealizacją), natomiast rozłąką z ojcem – z poczuciem obcości własnego ciała.

Tabela 5. Powiązanie wspomnień trudności rodziny pochodzenia, jej prześladowania lub naznaczenia w dzieciństwie i okresie dojrzewania pacjentek z objawami

	Odsetek w grupie badanej	Analizowane objawy			
		8. poczucie nierealności przedmiotów	23. okresowa utrata czucia bólu lub dotyku	48. odczucie, że świat jest nierzeczywisty	68. wrażenie nierealności, obcości własnego ciała
Rodzina uważana za gorszą	7%	1,32 (0,95–1,83)	1,49* (1,08–2,04)	1,65** (1,22–2,23)	1,38 (0,99–1,92)
Rodzina prześladowana przez otoczenie	2%	1,66 (0,92–2,99)	1,86* (1,04–3,31)	1,31 (0,74–2,31)	1,38 (0,75–2,55)
Warunki materialne gorsze niż rówieśników	23%	1,64*** (1,35–2,00)	1,75*** (1,44–2,13)	1,40*** (1,16–1,69)	1,22 (0,99–1,51)
Wykształcenie matki nie ukończone podstawowe	8%	1,31 (0,97–1,78)	1,69*** (1,26–2,26)	1,28 (0,96–1,70)	1,13 (0,82–1,55)
Wykształcenie matki podstawowe	27%	1,07 (0,88–1,30)	1,37** (1,13–1,65)	0,99 (0,72–1,37)	0,81 (0,66–1,00)
Wykształcenie ojca nie ukończone podstawowe	4%	1,06 (0,70–1,63)	1,55* (1,04–2,31)	0,84 (0,56–1,26)	0,96 (0,61–1,51)
Wykształcenie ojca podstawowe	19%	1,06 (0,85–1,33)	1,55*** (1,26–1,92)	1,09 (0,89–1,34)	0,81 (0,64–1,03)
Używanie alkoholu przez ojca b. często, co najmniej raz w tygodniu	16%	1,31* (1,04–1,66)	0,91 (0,72–1,16)	1,19 (0,96–1,47)	1,41** (1,12–1,78)

W tabeli zamieszczono ilorazy szans (współczynniki OR) obliczone dla 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną ich oszacowania oznaczono: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$ , \*\*\*  $p < 0,0005$

Niska pozycja lub trudna sytuacja rodziny (tab. 5) związane z jej „gorszością”, prześladowaniem przez otoczenie, skrajnie niskim wykształceniem rodziców oraz biedą wiązały się z istotnie częstszym występowaniem objawu dysocjacji czucia bólu lub dotyku. Z występowaniem objawu poczucia obcości ciała (depersonalizacji) wiązało się jedynie bardzo częste używanie alkoholu przez ojca pacjentki. Stosunkowo niewiele analizowanych wydarzeń istotnie częściej współwystępowało z objawami derealizacji – dotyczącymi przedmiotów oraz świata.

**Tabela 6. Powiązanie wspomnień trudności w relacjach z rówieśnikami z dzieciństwa i okresu dojrzewania oraz w nauce z objawami**

	Odsetek w grupie badanej	Analizowane objawy			
		8. poczucie nierealności przedmiotów	23. okresowa utrata czucia bólu lub dotyku	48. odczucie, że świat jest nierzeczywisty	68. wrażenie nierealności, obcości własnego ciała
Jednokrotne powtarzanie klasy	12%	1,08 (0,83–1,42)	1,11 (0,85–1,44)	1,16 (0,91–1,49)	1,03 (0,79–1,34)
Powtarzanie klasy dwa razy	1%	1,49 (0,73–3,00)	1,58 (0,79–3,16)	5,12*** (2,39–10,97)	2,09* (1,06–4,14)
Powtarzanie klasy więcej niż dwa razy	0,4%	2,84 (0,82–9,86)	0,29 (0,04–2,33)	4,06* (1,05–15,77)	3,12 (0,90–10,82)
Często sprzeciwiała się nauczycielom	6%	1,68** (1,21–2,33)	1,03 (0,72–1,47)	1,23 (0,89–1,70)	1,51* (1,08–2,13)
Bardzo często sprzeciwiała się nauczycielom	2%	1,63 (0,88–3,04)	---	2,11* (1,16–3,84)	1,31 (0,68–2,52)
Należała do fizycznie najmniej sprawnych w klasie	18%	1,06 (0,85–1,33)	1,03 (0,83–1,28)	---	1,09 (0,87–1,38)
Należała do najmniej ładnych w klasie	15%	1,23 (0,97–1,57)	0,85 (0,66–1,09)	1,51* (1,21–1,88)	1,16 (0,90–1,48)
Należała do najmniej pilnych w klasie	9%	1,56* (1,17–2,07)	1,19 (0,89–1,60)	1,53** (1,17–2,01)	1,42* (1,06–1,90)
Nauka szła średnio	44%	1,29** (1,08–1,54)	1,34* (1,13–1,60)	1,04 (0,88–1,22)	1,06 (0,88–1,27)
Nauka szła słabo	7%	1,30 (0,95–1,79)	1,01 (0,73–1,40)	1,68** (1,25–2,25)	1,33 (0,96–1,84)
W szkole inni rządzili pacjentką	15%	1,38* (1,09–1,74)	1,04 (0,82–1,32)	1,77*** (1,43–2,21)	1,33* (1,05–1,69)
W szkole odczuwała, że inni raczej są obojętni	23%	1,09 (0,88–1,34)	0,97 (0,78–1,20)	1,23* (1,02–1,49)	0,91 (0,73–1,13)
W szkole odczuwała, że inni raczej jej nie lubią	9%	1,44* (1,08–1,92)	0,84 (0,62–1,15)	1,84*** (1,40–2,40)	1,85*** (1,39–2,46)
O wyborze szkoły lub zawodu zadecydowali rodzice lub inne osoby	16%	1,44** (1,15–1,82)	1,66*** (1,32–2,08)	1,26* (1,01–1,56)	1,27 (1,00–1,61)

W tabeli zamieszczono ilorazy szans (współczynniki OR) obliczone dla 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną ich oszacowania oznaczono: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$ , \*\*\*  $p < 0,0005$

Powtarzanie klasy, jednakże dopiero dwukrotne (i więcej), wiązało się u badanych kobiet z istotnie wyższym prawdopodobieństwem (współczynniki ilorazów szans  $OR > 2$  i wyższe) zgłaszania objawów derealizacji (w odniesieniu do świata) oraz depersonalizacji (odnośnie ciała), co przedstawia tabela 6. Podobne, choć słabsze powiązania zaobserwowano dla konfliktów z nauczycielami. Trudności okresu szkolnego wiązały się najczęściej z objawem derealizacji w odniesieniu do świata.

Tabela 7. Powiązanie wspomnień urazowych wydarzeń i okoliczności życiowych z zakresem seksualności z dzieciństwa i okresu dojrzewania pacjentek z objawami

	Odsetek w grupie badanej	Analizowane objawy			
		8. poczucie nierealności przedmiotów	23. okresowa utrata czucia bólu lub dotyku	48. odczucie, że świat jest nierzeczywisty	68. wrażenie nierealności, obcości własnego ciała
Raczej nie uświadomiona przed 18 r.ż.	26%	1,34** (1,10–1,63)	0,96 (0,88–1,30)	1,20 (1,00–1,43)	1,14 (0,93–1,40)
Zupełnie nie uświadomiona przed 18 r.ż.	21%	1,27* (1,03–1,56)	1,32* (1,07–1,62)	1,25* (1,03–1,52)	1,03 (0,82–1,28)
Nie zdarzało się uprawianie masturbacji ani zabaw seks.	69%	0,90 (0,74–1,08)	1,19 (0,99–1,44)	0,82 (0,69–0,98)	0,74** (0,61–0,89)
W dzieciństwie karano za masturbację lub zabawy seksualne	5%	1,29 (0,88–1,89)	1,26 (0,86–1,83)	1,29 (0,91–1,85)	1,43 (0,98–2,09)
Pacjentki nie interesowały osoby przeciwnej płci	1%	0,90 (0,38–2,12)	2,18* (1,04–4,56)	1,87 (0,90–3,89)	2,21* (1,05–4,67)
Pierwszy stosunek seksualny przed lub około 13 r.ż.	1%	0,64 (0,24–1,70)	1,12 (0,49–2,57)	0,73 (0,32–1,67)	1,56 (0,70–3,49)
Pierwszy stosunek seksualny w wieku 14–16 lat	6%	0,99 (0,66–1,48)	1,31 (0,92–1,87)	1,49* (1,06–2,08)	1,35 (0,94–1,95)
Pierwszy stosunek seksualny był raczej niechciany	17%	1,42** (1,13–1,77)	1,25 (1,00–1,56)	1,31* (1,07–1,62)	1,18 (0,94–1,49)
Pierwszy stosunek seksualny miał charakter gwałtu	4%	1,20 (0,79–1,83)	1,60* (1,07–2,38)	1,46 (0,99–2,16)	0,98 (0,66–1,46)
Doszło do stosunków seksualnych lub ich próby z kimś z bliskiej rodziny (siostra, brat, ojciec)	4%	1,53* (1,01–2,29)	1,14 (0,75–1,74)	1,81** (1,23–2,67)	1,68* (1,12–2,53)

W tabeli zamieszczono ilorazy szans (współczynniki OR) obliczone dla 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną ich oszacowania oznaczono: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$

Niedostatek edukacji seksualnej (subiektywnie oceniany przez pacjentkę), szczególnie znacznego stopnia – „zupełnie nieświadomiona przed 18 r.ż.”, wiązała się z istotnym ryzykiem występowania objawów dysocjacyjnych i derealizacyjnych, lecz nie depersonalizacyjnych (dotyczących ciała), co przedstawia tabela 7. Deklaracja pacjentki o niezainteresowaniu osobami płci przeciwnej istotnie i silnie ( $OR > 2$ ) wiązała się z prawdopodobieństwem występowania obu symptomów związanych z ciałem: dysocjacji czucia bólu lub dotyku oraz poczucia obcości ciała. Nie stwierdzono powiązań z żadnym z objawów dla rozpoczęcia współżycia seksualnego przed 13 r.ż., wykazano natomiast patogeniczny wpływ wymuszenia pierwszego stosunku oraz kazirodztwa lub jego próby.

## Dyskusja

Zaburzenia dysocjacyjne stanowią problem nie tylko dla psychiatrów czy neurologów, ale również dla innych gałęzi medycyny, np. ginekologii-położnictwa [48]. Powodują one trudności w postawieniu rozpoznania i zakłócenia we współpracy lekarz-pacjent. Z drugiej strony, pomimo ich rozpowszechnienia, zawsze niezbędne jest przeprowadzenie starannego różnicowania z podobnie przebiegającymi stanami somatycznymi, a szczególnie neurologicznymi [49]. O wpływie powyższych zaburzeń lub tylko poszczególnych objawów depersonalizacji i derealizacji na leczenie zgłaszających je pacjentów piśmiennictwo właściwie milczy.

W wynikach niniejszego badania ujawniono istotne statystycznie związki pomiędzy omawianymi objawami a następującymi wydarzeniami urazowymi: rozłąka z rodzicem w okresie 6–10 r.ż., trudna sytuacja rodziny pochodzenia (niska pozycja, „gorszość”, bieda, prześladowanie), trudności szkolne (wielokrotne powtarzanie klasy, konflikty z nauczycielem), skrajny niedostatek edukacji seksualnej oraz wymuszenie (lub jego próba) współżycia bądź kazirodztwo (lub jego próba). Wspiera to hipotezy mówiące o wpływie urazowych okoliczności życia na funkcjonowanie pacjentek z zaburzeniami nerwicowymi (p. także [15, 16, 28]).

Rozpatrując poszczególne powiązania, można zastanowić się, dlaczego właśnie takie, a nie inne wydarzenia wiążą się z objawami depersonalizacji, derealizacji oraz dysocjacji uczucia bólu i dotyku. Rozłąka z rodzicem mająca miejsce w wieku 6–10 lat (czyli tuż po okresie edypalnym) może być odbierana przez dziecko jako kara za fantazje edypalne. Jeśli zaś problematyka edypalna nie została właściwie rozwiązana, poczucie winy wiąże się z nieuprawnionym kulturowo zwycięstwem, które znacznie utrudnia identyfikację z rodzicem tej samej płci, niezbędną w celu prawidłowego kształtowania tożsamości. Rozłąka z matką (lub jej niewydolność opiekuńcza) związana jest z poczuciem nierzeczywistości świata, ponieważ w tym wieku była ona dla dziecka bezpieczną bazą, dzięki której mogło ono poznawać otoczenie. Bez jej opieki i pomocy świat może wydawać się bardzo groźny i aby się przed nim obronić, dziecko może uciekać w fantazjowanie, dzięki któremu to, co dzieje się dookoła, przestaje być odbierane jako rzeczywiste. Ciekawy wydaje się związek rozłąki z ojcem i poczucia obcości własnego ciała. W tym wieku, kiedy to dziecko przechodzi stopniowo spod opieki matczynej pod ojcowską, kontakt fizyczny z ojcem jest bardzo ważny – w relacji z matką małe dziecko jest jak gdyby „przedłużeniem” jej ciała, a dzięki ojcu może ono doświadczyć istniejących granic.

Powiązanie trudnej sytuacji rodzinnej z objawami dysocjacji uczucia bólu i dotyku można rozpatrywać jako próbę obrony przed urazowymi okolicznościami życiowymi. Doświadczenie biedy, „gorszości” i prześladowań mogło aktywować mechanizm obronny polegający na odcięciu się od jakichkolwiek przykrych doznań. Może być też tak, że osoby wychowujące się w trudnych warunkach charakteryzują się wyższym progiem pobudliwości, przez co „nie dochodzą” do nich słabe bodźce związane z bólem lub dotykiem.

Na podstawie doświadczenia klinicznego wydaje się, że objaw depersonalizacji u kobiet, których ojcowie nadużywali alkoholu, może wynikać z lęku przed popędoś-

cią, szczególnie seksualną, ale również często agresywną, na skutek którego pacjentki odcinają się od własnego ciała, aby uniknąć konfrontacji z własną sferą popędową „podobną do ojcowskiej”. Z drugiej strony może to także być skutek identyfikacji z bierną i uległą matką.

Trudności w nauce wiązały się z większym prawdopodobieństwem objawów derealizacji i depersonalizacji, przy czym nie jest możliwe określenie, czy mamy tu do czynienia z przyczynami, czy skutkami, albo z jednym i drugim kierunkiem powiązań. Być może kobiety doświadczające trudności szkolnych mają też problemy z socjalizacją, a więc ogólnym rozumieniem reguł rządzących rzeczywistością społeczną i dlatego otaczający je świat przeżywają jako obcy. Wskutek nieumiejętnego uczestniczenia w relacjach doznają one licznych przykrych niepowodzeń, co zwiększa ryzyko obu typów objawów „pourazowych”.

Interesujący jest związek pomiędzy niedostatkiem edukacji seksualnej a objawami dysocjacyjnymi i derealizacyjnymi. Ponieważ pacjentki subiektywnie oceniały swoje przygotowanie do relacji seksualnych, mogło być tak, że to właśnie tego typu objawy sprawiły, iż były one „głuche” na takie informacje płynące od otoczenia (podobnie jak na informacje w procesie klasycznej edukacji).

Zgodnie z rozległą literaturą (więcej np. [15]) stwierdzono istotnie większe nasilenie objawów u kobiet, które były ofiarami gwałtu lub kazirodztwa (albo ich próby). W tym wypadku dysocjacja, depersonalizacja i derealizacja mogą być reakcją na traumę i próbą obrony siebie poprzez odcięcie się od świata i własnej cielesności. Ciekawy jest fakt, że rozpoczęcie współżycia przed 13 r.ż. nie wiązało się z tymi objawami, a przynajmniej nie pokazują tego wyniki oparte jednak na grupie o niewielkiej liczebności. Może to świadczyć o tym, iż ważne są okoliczności, w jakich miało ono miejsce, i nawet w wypadku tak wczesnego rozpoczęcia życia seksualnego, jeżeli tylko było ono chciane i akceptowane, to nie wpływa negatywnie na dalsze funkcjonowanie (przynajmniej w zakresie analizowanych objawów).

Niniejsze badanie ma oczywiście liczne ograniczenia: grupa pacjentek, które zostały zakwalifikowane do intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym, nie jest reprezentatywna nawet dla populacji cierpiących na zaburzenia nerwicowe, zachowania i osobowości (m.in. skierowaniu do innych placówek podlegają osoby niedysponujące czasem z powodu aktywności zawodowej lub rodzinnej, skrajnego nasilenia zaburzeń lub towarzyszącego poważnego stanu somatycznego). Wieloletni i retrospektywny charakter analiz powoduje nieuniknione ograniczenia w uogólnieniu wniosków na populację aktualnie leczoną, chociażby z powodu zmian kulturowych, jakie zaszły od tamtego czasu (m.in. większej dostępności i popularności leczenia psychoterapią, zlikwidowania skierowań do psychiatrów itd.). Analizy na podstawie współczynników OR nie pozwalają jednoznacznie wnioskować o kierunku przyczynowo-skutkowym zależności, a oparcie danych na samoopisie pacjentek, ich samowiedzy, przekonaniach, subiektywnych wspomnieniach i.in. czyni badanie mniej wiarygodnym. Dlatego też uzyskanie, pomimo tych wszystkich ograniczeń, wyników spójnych z wiedzą kliniczną, wydaje się autorom uzasadniać ich przeprowadzenie, także jako punkt wyjścia do dalszych analiz – wielozmiennowych, prospektywnych i wykorzystujących inne narzędzia kwestionariuszowe.

## Wnioski

1. Obecność w dzieciństwie, adolescencji i młodym wieku dorosłym niekorzystnych urazowych okoliczności życiowych o typie przemocy psychicznej, zaniedbywania, niewystarczającego wsparcia ze strony rodziców, braków edukacji seksualnej, prób lub epizodów kazirodztwa i in. wiązała się z istotnie częstszym występowaniem objawów dysocjacji uczucia bólu lub dotyku, depersonalizacji i derealizacji. Powyższe powiązania nie ograniczały się jedynie do najpoważniejszych urazów ani do obszaru seksualności.
2. Zidentyfikowanie takich grup niekorzystnych wydarzeń życiowych czy wręcz okoliczności urazowych (czynników ryzyka) pozwala na zwiększenie uważności wobec pacjentek podających je w wywiadzie i budowę hipotez dotyczących etiopatogenezy.
3. Wyniki uzyskane w grupie badanych kobiet, pacjentek z różnymi zaburzeniami nerwicowymi, zachowania i osobowości, pozwalają jedynie przypuszczać, że opisane czynniki ryzyka mogą występować także w innych populacjach klinicznych oraz wśród mężczyzn.
4. W codziennej praktyce klinicznej u pacjentek zgłaszających objawy konwersyjne/dysocjacyjne oraz depersonalizacyjne/derealizacyjne, niezależnie od pierwszoplanowego rozpoznania (np. szczegółowego zaburzenia nerwicowego), można się spodziewać ujawnienia informacji dotyczących obecności urazowych wydarzeń w ciągu życia.

**Podziękowania:** Konsultacje statystyczne dr Maciej Sobański. Badanie było częściowo realizowane w ramach grantów: K/ZDS/000422 oraz 501/NKL/270/L (dr J.A. Sobański), K/DSC/000018 (dr L. Müldner-Nieckowski) oraz K/ZDS/002318 (dr hab. K. Rutkowski, prof. UJ).

**Konflikt interesów:** Nie było.

## Piśmiennictwo

1. Puzyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2007.
2. Lambert MV, Senior C, Fewtrell WD, Phillips ML, David AS. *Primary and secondary depersonalization disorder: a psychometric study*. J. Affect. Disord. 2001; 63: 249–256.
3. Baker D, Hunter E, Lawrence E, Medford N, Patel M, Senior C. i wsp. *Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases*. Br. J. Psychiatry 2003; 182: 428–433.
4. Van der Hart O, Nijenhuis ERS. *Dissociative disorders*. W: Blaney PH, Millon T. red. *Oxford textbook of psychopathology (second ed.)*. New York, Oxford: Oxford University Press; 2008. s. 452–481.
5. MacPhee E. *Dissociative disorders in medical settings*. Curr. Psychiatry Rep. 2013; 15(10): 398.
6. Spiegel D, Lewis-Fernandez R, Lanius R, Vermetten E, Simeon D, Friedman M. *Dissociative disorders in DSM-5*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2013; 9: 299–326.

7. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernandez R, Sar V, Simeon D, Vermetten E. i wsp. *Dissociative disorders in DSM-5*. *Depress. Anxiety* 2011; 28(9): 824–852.
8. Fricke-Neef C, Spitzer C. *Conversion disorders*. *Nervenarzt* 2013; 84(3): 395–404.
9. Brown RJ. *Dissociation and conversion in psychogenic illness*. W: Hallet M, Cloninger CR, Fahn S. red. *Psychogenic movement disorders: psychobiology and treatment of a functional disorder*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 131–143.
10. Sierra M, Medford N, Wyatt G, David AS. *Depersonalization disorder and anxiety: A special relationship?* *Psychiatry Res.* 2012; 197(1–2): 123–127.
11. Kaplan HI, Sadock BJ. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioural sciences, clinical psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998.
12. Cattell JP, Cattell JS. *Depersonalization: Psychological and social perspectives*. W: Arieti S. red. *American handbook of psychiatry*. New York: Basic Books; 1974. s. 766–799.
13. Braun BG. *The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation*. *Dissociation* 1988; 1(1): 4–19.
14. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, Anderson G, Clark P, Torem M. i wsp. *Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1996; 184: 673–679.
15. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych – objawy związane i niezwiązane z seksualnością*. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(3): 411–431.
16. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł, Cyranka K. *Zapamiętane postawy rodziców pacjenta a obraz zaburzeń nerwicowych. Objawy związane i niezwiązane z seksualnością*. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(5): 827–851.
17. Mueller-Pfeiffer C, Moergeli H, Schumacher S, Martin-Soelch C, Wirtz G, Fuhrhans C. i wsp. *Characteristics of child maltreatment and their relation to dissociation, posttraumatic stress symptoms, and depression in adult psychiatric patients*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2013; 201(6): 471–477.
18. Tschan R, Wiltink J, Adler J, Beutel ME, Michal M. *Depersonalization experiences are strongly associated with dizziness and vertigo symptoms leading to increased health care consumption in the German general population*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2013; 201(7): 629–635.
19. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M. i wsp. *Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys*. *Biol. Psychiatry* 2013; 73(4): 302–312.
20. Sar V, Ozturk E. *What is trauma and dissociation?* *J. Trauma Pract.* 2006; 4: 7–20.
21. Dorahy MJ, Corry M, Shannon M, Webb K, McDermott B, Ryan M. i wsp. *Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation*. *J. Affect. Disord.* 2013; 147(1–3): 72–79.
22. Gast U, Rodewald F, Nickel V, Emrich HM. *Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001; 189(4): 249–257.
23. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. *Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma*. *Am. J. Psychiatry* 1996; 153: 83–93.
24. Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. *Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma*. *J. Clin. Psychiatry* 2006; 67(10): 1583–1590.

25. Wiederman MW. *Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner*. J. Sex Res. 2000; 37(1): 60–68.
26. Holmes WC, Slap GB. *Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management*. JAMA 1998; 280(21): 1855–1862
27. Fallon P, Ackard DM. *Sexual abuse and body image*. W: Cash TF, Pruzinsky T. red. *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice*. New York, London: The Guilford Press; 2002.
28. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Traumatic childhood sexual events and secondary sexual health complaints in neurotic disorders*. Arch. Psychiatry Psychother. 2013; 15(3): 19–32.
29. Farina B, Mazzotti E, Pasquini P, Mantione MG. *Somatoform and psychoform dissociation among women with orgasmic and sexual pain disorders*. J. Trauma Dissociation 2011; 12(5): 526–534.
30. Chu JA, Frey LM, Ganzel BL, Matthews JA. *Memories of childhood abuse: dissociation, amnesia, and corroboration*. Am. J. Psychiatry 1999; 156(5): 749–755.
31. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. *Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma*. J. Trauma. Stress. 1998; 11(4): 711–730.
32. Briere J, Kaltman S, Green BL. *Accumulated childhood trauma and symptom complexity*. J. Trauma. Stress 2008; 21(2): 223–226.
33. Sobański JA, Klasa K, Cyranka K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K. i wsp. *Wpływ kumulacji urazów seksualnych na życie seksualne i związek pacjenta*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(4): 739–758.
34. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. i wsp. *Seksualne wydarzenia urazowe a życie seksualne i związek pacjenta*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 573–597.
35. Nijenhuis ERS, van der Hart O, Kruger K, Steele K. *Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence – like reactions*. Austr. N. Z. J. Psychiatry 2004; 38: 678–686.
36. Kiemblowski P. *Długotrwałe skutki przemocy seksualnej u dorosłych, którzy doznali przemocy w dzieciństwie i w okresie adolescencji*. Przegl. Seksuol. 2005; 3: 5–16.
37. Rugens A, Terhune DB. *Guilt by dissociation: Guilt primes augment the relationship between dissociative tendencies and state dissociation*. Psychiatry Res. 2013; 206(1): 114–116.
38. Freud S. *O psychicznym mechanizmie zjawisk histerycznych*. W: Freud S. Red. *Dzieła*. T. VII. Warszawa: Wydawnictwo KR; 2001. s 5-16.
39. Schier K. *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2010.
40. Bob P, Selesova P, Raboch J, Kukla L. *'Pseudoneurological' symptoms, dissociation and stress-related psychopathology in healthy young adults*. BMC Psychiatry 2013; 13: 149.
41. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 20–34.
42. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. *Objawy i problemy związane z seksualnością pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 21–34.
43. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E, Martyniak J, Miczyńska A. i wsp. *Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu*. Psychoterapia 1981; 37: 3–10.



44. Zawadzki B. *Kwestionariusze osobowości. Strategie i procedura konstruowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
45. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K i in. *Kwestionariusze objawowe „S” i „0” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoter. 1981; 37: 11–27.
46. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28(6): 667–676.
47. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34(6): 931–943.
48. Załuska M, Żurko R, Kuroń M, Jakiel G, Dudel A. *Fuga dysocjacyjna u pacjentki oddziału położniczego – studium przypadku*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(4): 599–609.
49. Pawełczyk T, Pawełczyk A, Rabe-Jabłońska J. *Zanim rozpoznasz u pacjenta zaburzenie konwersyjne, dokładnie zbadaj jego stan somatyczny i neurologiczny. Opis przypadku*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(3): 483–492.

Adres: Jerzy A. Sobański,  
Katedra Psychoterapii UJ CM  
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 17.07.2014

Zrecenzowano: 8.09.2014

Otrzymano po poprawie: 19.10.2014

Przyjęto do druku: 2.02.2015