

Trauma jako czynnik ryzyka dla zaburzeń Ja cielesnego

Olga Sakson-Obada*

*Instytut Psychologii
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu*

TRAUMA AS A RISK FACTOR FOR THE DISORDERS OF THE BODILY EGO

Abstract. The article presents the results of study exploring relationship between different types of trauma and body ego, described in terms of function (sensing, interpretation, and regulation of emotions and bodily needs). Functions of body ego were explored in terms of personal belief (e.g. declarative body ego – Body Ego Questionnaire) and concrete way of reaction (e.g. processual body ego – pain and tactile thresholds, sensing stimulus coming from one's body). Research showed that such types of interpersonal trauma as emotional, physical or sexual abuse and emotional neglect (measured with Trauma Experiences Questionnaire) were associated with the most disordered declarative body ego. Moreover some types of interpersonal trauma correlated with lowered tactile and pain thresholds and perceiving many sensations coming from the body.

W ostatnich latach obserwujemy wzrost zainteresowania problematyką cielesności w kontekście psychologicznego funkcjonowania człowieka. Obok fragmentarycznego ujęcia relacji między ciałem i umysłem, wyrażonego w takich pojęciach, jak schemat własnego ciała, jego percepcyjny wizerunek czy postawa wobec niego, można odnotować powrót do myślenia o cielesności w kategoriach Ja cielesnego spostrzeganego jako istotny podsystem osobowości (Kowalik, 2003; Krueger, 2002; Mirucka, 2003; Sakson-Obada, 2009). I chociaż istnieje powszechna zgoda, że Ja cielesne wiąże się ze sposobem doświadczania czy przeżywania własnego ciała, to – po pierwsze – brakuje spójnej wizji tego pojęcia, która jednocześnie zostałaby poddana weryfikacji empirycznej.

* Adres do korespondencji: Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-589 Poznań; e-mail: osakson@wp.pl

Badania realizowano w ramach projektu badawczego, którym kierowała prof. Anna Suchańska, finansowanego z grantu promotorskiego KBN (nr 1 H01F 025 28).

nej, po drugie zaś – istnieje ciągle wiele kontrowersji wokół pojęcia Ja cielesnego. Zasadniczy problem polega na braku jednoznacznego zdefiniowania samego pojęcia Ja cielesnego, a także na określeniu, jakie aspekty cielesności są kluczowe dla funkcjonowania psychologicznego człowieka oraz jakie czynniki warunkują rozwój tego aspektu osobowości.

Konfrontacja z wyżej przedstawionymi trudnościami zachęciła autorkę tego artykułu do zaproponowania definicji Ja cielesnego oraz empirycznej weryfikacji hipotezy zakładającej, że przyczyną nieprawidłowości w Ja cielesnym jest przeżycie traumy¹. Zaznaczyć trzeba, że chociaż zmiany w Ja cielesnym są wyraźnie artykułowane jako jedna z konsekwencji urazu (Cole, Putnam, 1992; van der Kolk, Fisler, 1994; van der Kolk, 2003), to autorzy rzadko dokonują systematycznego opisu tych nieprawidłowości oraz przedstawiają głównie fragmentaryczne doniesienia natury klinicznej. Wskazują one na takie problemy ofiar traumy, jak zmieniona wrażliwość na bodźce płynące z otoczenia (Herman, 2003; Nijenhuis, Vanderlinden, Spinhoven, 1998; Scaer, 2001), zaburzenia w obrębie identyfikowania własnych stanów emocjonalnych i fizycznych (Miller, Litz, 2004; Cicchetti, Beeghly, 1990) czy zaburzone poczucie tożsamości cielesnej (Herman, 2003; Sakson-Obada, 2007; Terr, 1991; van der Kolk, Fisler, 1994). Nieliczne badania eksplorujące omawiany tutaj problem dotyczą dysocjacji od ciała (Putnam, 1994; Nijenhuis i in., 1998; Wycisk, 2004). Opisywana sytuacja była podstawą do przyjęcia hipotezy zakładającej daleko szerszy, niż dotąd badano, zasięg zmian w Ja cielesnym na skutek przeżycia traumy.

POJĘCIE JA CIELESNEGO – PRÓBA DEFINICJI

Przyjęłam, że Ja cielesne jest elementem struktury Ja, organizującym doświadczenia cielesne w postaci reprezentacji, których jakość wyznacza sposób przeżywania siebie, czyli fizyczne poczucie własnej tożsamości (zob. także Sakson-Obada, w druku). W zaproponowanym ujęciu Ja cielesne jest rozumiane jako autonomiczna instancja osobowości, tożsama z pojęciem wykonawczego aspektu Ja (czyli *ego*), definiowanego w ramach teorii psychodynamicznych (por. Laplanche, Pontalis, 1996, s. 100). Ja cielesne stanowi zatem podsystem Ja, gdyż – w odróżnieniu od Ja psychicznego – odpowiada za opracowanie na planie mentalnym pobudzeń cielesnych.

Obszarem podlegającym opracowaniu przez Ja cielesne jest sfera wrażeń cielesnych. Ich organizacja jest możliwa dzięki funkcjom Ja cielesnego, nabywanym i rozwijanym w trakcie rozwoju (por. Sakson-Obada, 2009). Należy do nich zaliczyć: (1) doznawanie bodźców płynących z ciała i z otoczenia; (2) ich interpretację w kategoriach stanów emocjonalnych i fizycznych (np. głodu, podniecenia seksualnego, zmęczenia) oraz (3) regulację emocji i stanów fizycz-

¹ Trauma, inaczej uraz, jest w tej pracy rozumiana jako jednorazowe lub wielokrotne doświadczenie sytuacji wzbudzającej przerażenie i/lub bezradność, które wiąże się z ryzykiem powstania przemijających lub utrzymujących się zaburzeń.

nych, którą rozumiem jako znajomość przyczyn oraz sposobów radzenia sobie zarówno z emocjami, jak i ze stanami fizycznymi. Innymi słowy, silne Ja cielesne sprawia, że osoba potrafi odczuć zmiany zachodzące w jej ciele (funkcja doznawania), nadać im znaczenie (funkcja interpretacji), a także określić, co jest ich przyczyną i jakie są sposoby radzenia sobie z nimi (funkcja regulacji).

Zdolność do operowania wyszczególnionymi powyżej funkcjami sprawia, że poczucie tożsamości cielesnej może znaleźć swoje oparcie w zróżnicowanych i wewnętrznie zintegrowanych reprezentacjach wrażeń płynących z organizmu i otoczenia. U zdrowej dorosłej osoby takie aspekty poczucia tożsamości cielesnej, jak poczucie własnego istnienia, poczucie posiadania granic własnego ciała, poczucie spójności z własnym ciałem oraz jego ciągłości w czasie i przestrzeni nie są uświadamiane (werbalizowane) w kategoriach pewnych aspektów siebie². Według wielu autorów prawidłowa relacja między ciałem i umysłem zakłada bowiem „stan cichej współpracy”, w którym funkcjonowanie ciała nie zaprzęta zbyt wiele naszej uwagi (Erikson, 1956; Torras de Bea, 1987).

Odwołując się do pojęcia wykonawczego aspektu Ja (*ego*) w rozumieniu Freuda założyłam, że nie ma bezpośredniego dostępu do zasad rządzących funkcjami Ja cielesnego. Dostępny badaniu jest jedynie efekt działania tych funkcji, które można ujmować bądź w kategoriach przekonań jednostki, bądź też możliwych do zaobserwowania sposobów reagowania. Te dwa aspekty nazywałam roboczo: deklaratywnym i procesualnym Ja cielesnym.

ZABURZENIA JA CIELESNEGO JAKO KONSEKWENCJA URAZU

W dalszej części artykułu omówię przejawy nieprawidłowości w obrębie wyróżnionych funkcji Ja cielesnego, odwołując się do doniesień klinicznych i teoretycznych, a także do wyników prowadzonych badań dotyczących konsekwencji traumy.

Doznawanie bodźców płynących z otoczenia i własnego ciała

Podstawową funkcją Ja cielesnego, która może ulec zaburzeniu, jest doznawanie bodźców płynących zarówno z otoczenia, jak i z wnętrza ciała. W omawianej sytuacji siła doznania (np. dotyku, zapachu czy zmian w pracy wewnętrznych narządów) jest nieadekwatna do siły pobudzenia receptorów. Możemy zatem mówić o dwojakiego rodzaju nieadekwatności: nadmiernej oraz obniżonej wrażliwości na bodźce. Obniżona wrażliwość na bodźce to np. sytuacja, w której osoba nie odczuwa bólu, mimo że mocno się uderzyła, nie jest w stanie odczuć pracy serca, chociaż jego praca uległa znacznemu przyspieszeniu. Z kolei nadmierna wrażliwość na bodźce oznacza sytuację odwrotną do opisa-

² Wymienione aspekty poczucia tożsamości zostały opisane przez M. Sokolik (1993) w odniesieniu do Ja psychicznego.

nej powyżej. Delikatny dotyk jest odczuwany jako bolesny, a niewielkie zmiany w pracy wewnętrznych narządów są spostrzegane jako intensywne.

W literaturze podejmującej problem funkcjonowania ofiar urazu, zwłaszcza o chronicznym charakterze, znajdujemy liczne doniesienia natury klinicznej dotyczące zaburzonego **doznawania bodźców płynących z otoczenia**. Choć większość autorów koncentruje się na zmniejszonej wrażliwości na bodźce bólowe i dotykowe (Herman, 2003; van der Kolk i in., 1985; van der Kolk, Saporta, 1993; Terr, 1991) towarzyszące stanom dysocjacji od ciała, niektórzy wskazują także na przeżywanie przez ofiary urazu stanów nadmiernej wrażliwości na bodźce płynące z otoczenia (Nijenhuis i in., 1998). Warto także podkreślić, że badacze traumy nie dokonują rozróżnienia na podwyższenie i obniżenie wrażliwości na doznania (tzw. podwyższony i obniżony próg doznań). Ciekawe wydaje się zatem sprawdzenie, czy u ofiar traumy epizody zaburzeń w obrębie doznawania mają „jednokierunkowy charakter”, obejmujący albo podwyższenie, albo obniżenie progów zmysłowych, czy też można mówić o ich współwystępowaniu.

Choć badacze skutków urazu nie podejmują problemu doznawania **bodźców płynących z wnętrza ciała**, to wydaje się, że założenia autorów zajmujących się zjawiskiem interocepcji (Schmidt, Lerew, Trakowski, 1997; Cameron, 2001; Mussgay, Klinkenberg, Rüddel, 1999) uzasadniają postawienie interesującego problemu badawczego dotyczącego zmian w tym obszarze u ofiar urazu. Autorzy ci stoją na stanowisku, że obniżona zdolność do interocepcji jest związana z obronnym pomijaniem bodźców, jeśli ich częstość i/lub natężenie jest źródłem nieznośnego napięcia. Można zatem oczekiwać, że uraz o chronicznym charakterze (np. przemoc emocjonalna) może prowadzić do zmniejszonej wrażliwości na sygnały płynące z ciała.

Warto jednak wspomnieć, że istnieją dane wskazujące na związek podwyższonej świadomości doznań, których źródłem jest własne ciało, z ilością negatywnych zdarzeń, mających miejsce w ciągu całego życia jednostki z doświadczanym stresem (Baradell, Klein, 1993). Powstaje zatem pytanie, czy zwiększona wrażliwość na doznania płynące z wnętrza ciała może także być efektem doświadczenia traumy?

Podsumowując powyższe rozważania można uznać za prawdopodobne, że u pewnej grupy osób doświadczenie urazu może powodować zwiększoną wrażliwość na sygnały płynące z ciała, podczas gdy u innych może prowadzić do ich obronnego pomijania.

Interpretacja własnych doznań w kategoriach emocji, stanów fizycznych i zmienionego poczucia tożsamości cielesnej

Kolejną dysfunkcją Ja cielesnego, którą można rozpoznać u ofiar urazu, jest problem z rozpoznawaniem własnych emocji, stanów fizycznych oraz nazywanie zmian zachodzących w ciele w kategoriach rozbitego poczucia tożsamości.

Niezdolność do nazwania własnych emocji jest w literaturze przedmiotu ujmowana przede wszystkim jako przemijająca trudność w werbalizacji uczuć towarzyszących wspomnieniom sytuacji traumatycznej (van der Kolk, 1996; van der Kolk, McFarlane, 1996; Terr, 1991). Założenia przedstawione w teorii Krystała (1978) prowadzą jednak do wniosku, iż ta dysfunkcja nie ogranicza się tylko do wspomnianej sytuacji, ale obejmuje swym zasięgiem szersze spektrum funkcjonowania ofiar urazu. Prawidłowy rozwój zakłada według Krystała (1978) stopniową desomatyzację, różnicowanie oraz symbolizację afektu. Osoby, które doświadczyły chronicznej traumy w dzieciństwie, nie mogą osiągnąć dojrzałego stadium rozwoju afektu i pozostają na etapie przedpojęciowym (Krystal, 1979). Według Krystała także doświadczenie urazu o ogromnej sile w dorosłym życiu prowokuje regres i utratę zdolności do desomatyzacji, różnicowania i werbalizacji afektu.

Ten „psychologiczny paraliż” (Krystal, 1979, s. 101) prowadzi do zablokowania odczuwania i symbolizacji nie tylko własnych emocji, ale także innych stanów własnego ciała. Badania Cicchetti oraz Beeghly (1990) potwierdziły hipotezę mówiącą o tym, że uraz o chronicznym charakterze może zmienić nie tylko funkcjonowanie emocjonalne, ale także identyfikowanie tak podstawowych stanów cielesnych, jak głód czy zmęczenie. Okazało się bowiem, że maltretowane dzieci, w porównaniu z grupą kontrolną, poświęcały mniej czasu i używały mniej słów do opisu swoich podstawowych potrzeb cielesnych.

Kolejną nieprawidłowością Ja cielesnego ofiar urazu związaną z funkcją interpretacji doznań jest nazywanie wrażeń płynących z ciała w kategoriach **rozbitego poczucia tożsamości cielesnej**. W klinicznych opisach znajdujemy przykłady, w których ofiary urazu (zwłaszcza o charakterze chronicznym) werbalizują tak dojmujące stany, jak uczucie rozpływania granic własnego ciała, poczucie wewnętrznej pustki czy obcości wobec doznań płynących z własnego ciała (Herman, 2003; Sakson-Obada, 2007; Terr, 1991; van der Kolk, Fisler, 1994).

Regulacja emocji i potrzeb cielesnych

Ostatnia nieprawidłowość Ja cielesnego dotyczy regulacji emocji i stanów fizycznych. Może ona obejmować nieznajomość lub błędne przypisywanie przyczyn własnym emocjom lub potrzebom fizycznym z jednej strony oraz brak lub nieadaptacyjne strategie regulacji emocji oraz potrzeb cielesnych z drugiej. Co prawda klinicyści oraz teoretycy zajmujący się konsekwencjami traumy nie odnoszą się do nieprawidłowej regulacji potrzeb cielesnych, jednak opisowi niezdolności do radzenia sobie z emocjami oraz ich nieprzewidywalnemu pojawieniu się w świadomości poświęcają dużo miejsca (Herman, 2003; Terr, 1991; Paivio, Laurent, 2001). Zarówno doświadczenie incydentalnego, jak i chronicznego urazu może mieć swoje konsekwencje w doznawaniu skrajnych, wszechogarniających emocji, do których można zaliczyć takie np. stany afektywne: wściekłość, wstyd, przerażenie, poczucie ogromnego smutku połączonego z niepokojem, nazywanego dysforią (Herman, 2003, s. 118; Terr, 1991; van der Kolk, 1996; Paivio, Laurent, 2001). Zdarza się, że ofiary urazu nie potrafią

określić, jakie zdarzenia wywołują pojawienie się intensywnych emocji (Perry, 1997, 1999; Streeck-Fischer, van der Kolk, 2000), co prowadzi do spostrzegania świata jako miejsca potencjalnego zagrożenia (van der Kolk, 1996, s. 13). Z kolei niezdolność do radzenia sobie z własnymi emocjami może się przejawiać w postaci wybuchów agresji skierowanej albo na innych, albo też na własną osobę (Herman, 1995; van der Kolk, Fislser, 1994) czy łagodzenia siły negatywnych emocji za pomocą alkoholu lub środków uspokajających (Briere, 1988 – za: Herman, 2003).

Podążając za cytowanymi wcześniej założeniami Krystała oraz wynikami innych badań (Cicchetti, Beeghly, 1990) można także oczekiwać, że trudności w rozpoznaniu własnych stanów fizycznych implikują u ofiar wczesnej, chronicznej traumy problemy w regulowaniu potrzeb fizycznych (zgodnie z założeniem, że brak uświadomienia własnego stanu uniemożliwia sprawowanie świadomej kontroli nad nimi – por. Reykowski, 1974).

Argumentacja przedstawiona powyżej pozwala oczekiwać, że przeżycie urazu jest istotnym czynnikiem wpływającym na takie aspekty doświadczenia własnej cielesności, jak doznawanie bodźców płynących z otoczenia i z wnętrza organizmu, a także rozumienie i regulacja emocji oraz potrzeb cielesnych.

Opierając się na przedstawionych wcześniej badaniach, doniesieniach klinicznych i założeniach teoretycznych oczekiwano, że ze wzrostem natężenia urazu wzrasta liczba zakłóceń we wszystkich funkcjach deklaratywnego Ja cielesnego. Ponadto przypuszczano, że im większe natężenie urazu, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia następujących nieprawidłowości w procesualnym Ja cielesnym: podwyższone lub obniżone progi bólu i dotyku, a także ponadprzeciętnie duża lub mała liczba rejestrowanych doznań płynących z ciała (oba aspekty odnoszą się do funkcji Ja cielesnego, jaką jest doznawanie).

METODA

Osoby badane i przebieg badań

Badana grupa została wyodrębniona na podstawie badań przesiewowych, prowadzonych od maja 2005 do września 2006 roku na trzech poznańskich uczelniach. Celem tych badań było wyłonienie, na podstawie wyników uzyskanych w kwestionariuszu Ja cielesnego (por. opis narzędzia zamieszczony poniżej), grupy osób do badań właściwych. Ze względu na główny cel badań (weryfikacja modelu Ja cielesnego) procedurę badania przesiewowego zaplanowano w ten sposób, aby z 200-osobowej grupy osób deklarujących udział w dalszych spotkaniach indywidualnych wyłonić po 50 osób z najniższymi i najwyższymi wynikami we wspomnianym kwestionariuszu. Aby uzyskać zgodę na udział w dalszych badaniach od 200 osób, konieczne było przebadanie 938 osób (393 mężczyzn i 545 kobiet). W badaniach ostatecznych wzięło udział 105 osób (28 mężczyzn i 77 kobiet) w wieku od 19 do 30 lat (średnia 21,8 roku, $SD = 2,61$).

Badania właściwe miały charakter indywidualnych spotkań z przeszkolonym eksperymentatorem, podczas których osoby badane wypełniały kwestionariusze oraz brały udział w procedurach służących realizacji celów związanych z wykonaniem głównego projektu. Poniżej zostały opisane metody, które służyły weryfikacji hipotez przedstawionych w niniejszym artykule.

Zastosowane metody

Kwestionariusz Ja cielesnego, skonstruowany przez autorkę artykułu, służy do badania deklaratywnego Ja cielesnego. Zawiera 67 twierdzeń, które odnoszą się do funkcji pełnionych przez Ja cielesne (doznawanie, interpretacja doznań; regulacja emocji i stanów fizycznych). Narzędzie to składa się z siedmiu skal. Do kategorii „doznawanie” należą skale: (1) podwyższone progi doznań (α Cronbacha = 0,74; przykładowa pozycja: „Zdarza się, że całe moje ciało lub jego część jest niewrażliwa na ból”); (2) obniżone progi doznań (α Cronbacha = 0,75; m.in. „Zdarza się, że nawet delikatny dotyk odczuwam jako ból”). Do kategorii „interpretacja” doznań należą następujące skale: (3) interpretacja emocji (α Cronbacha = 0,82; np. „Przeżywam uczucia, których w ogóle nie potrafię rozpoznać”); (4) interpretacja stanów fizycznych (α Cronbacha = 0,60; m.in. „Potrafię nie przespać kilku nocy z rzędu i nie czuć żadnego zmęczenia”); (5) interpretacja doznań w kategoriach poczucia tożsamości fizycznej (α Cronbacha = 0,84; m.in. „Czasem miewam wątpliwości dotyczące granic mojego ciała”). Do kategorii „regulacja” należą skale: (6) regulacja emocji (α Cronbacha = 0,78; m.in. „Gdy jestem radosna czy szczęśliwa, wiem, jak mogę utrzymać ten przyjemny stan”) oraz (7) regulacja stanów fizycznych (α Cronbacha = 0,74; m.in. „Gdy jestem podniecona seksualnie, dokładnie wiem, co wzbudziło we mnie ten stan”). Rzetelność dla całego kwestionariusza – określona za pomocą α Cronbacha – wynosi 0,95; a rozkład wyników w populacji studentów biorących udział w badaniu przesiewowym ($N = 938$) okazał się normalny (Z Kolmogorowa-Smirnowa = 0,975; p (dwustr.) = 0,298; $M = 2,36$; $SD = 0,55$).

Kwestionariusz doświadczeń traumatycznych, służący do oceny obecności doświadczeń traumatycznych oraz ich okoliczności, został opracowany na potrzeby badań, których część przedstawia niniejszy artykuł. Kwestionariusz składa się z 22 twierdzeń opisujących obciążające emocjonalne zdarzenie, które było związane z doświadczeniem jednego z sześciu rodzajów urazu. Narzędzie składa się z pięciu skal: (1) przemoc fizyczna (α Cronbacha = 0,71; przykładowe twierdzenie: „Bito mnie, a ja nie wiedziałam, za co”); (2) nadużycie seksualne (α Cronbacha = 0,61; np. „Zmuszano mnie do seksu wbrew mojej woli”); (3) zaniedbanie emocjonalne (α Cronbacha = 0,78; np. „Czułam, że nie przejęliby się, gdybym umarła”); (4) przemoc emocjonalna (α Cronbacha = 0,73; „Gdy chciałam się przytulić, odpychali mnie lub kazali odejść”); (5) zaniedbanie fizyczne (α Cronbacha = 0,37; np. „Nie dbano o to, czy mam co jeść”)³,

³ Niska rzetelność skali sugeruje, że doświadczenia należące do kategorii „zaniedbanie fizyczne” nie muszą współwystępować. Chociaż przeżycia te nie noszą cech syndromu, postanowiono uwzględnić wyniki pochodzące z badania tą skalą.

a także (6) bycie świadkiem traumy. Do opisywanej metody włączono dodatkowo pytania o przeżycie: (7) rozwodu lub separacji rodziców, (8) rozłąki z ukochaną osobą, (9) śmierci ukochanej osoby. Oprócz prostego zsumowania odpowiedzi na poszczególne pytania dotyczące obecności wyróżnionych zdarzeń, przyznawano także dodatkowe punkty w razie wystąpienia specyficznych okoliczności, które – na podstawie analizy literatury – uznano za zwiększające prawdopodobieństwo powstania zaburzeń. Były to: wiek (dotyczy wszystkich zmiennych); częstość zdarzenia, osoba sprawcy oraz ich liczba (zmienne 1-6), nasilenie bezradności i przerażenia (zmienne 7-9). Ponadto wyróżniono dodatkową zmienną, nazwaną „siłą urazu”, której miarą jest suma doświadczeń traumatycznych z uwzględnieniem dodatkowych punktów za towarzyszące im okoliczności.

Procedura hiperwentylacji i dotyku interpersonalnego. Badanie to służyło określeniu liczby rejestrowanych doznań płynących z ciała. Do wywołania pobudzenia zastosowano dwie niezależne procedury: hiperwentylację i dotyk interpersonalny. Badanie rozpoczynano od przedstawienia badanemu dwóch instrukcji:

Instrukcja dla hiperwentylacji: *Zadanie będzie polegało na wykonywaniu sześciu głębokich wdechów i wydechów. Proszę oddychać w następującym tempie* (badający demonstrował tempo oddychania – jeden cykl zajmował 3 s).

Instrukcja dla dotyku: *Teraz połóż dłoń na pani/pana ramieniu i pobeździemy w ten sposób przez chwilę* (eksperymentator kładł dłoń na przedramieniu badanego i trzymał ją przez 8 s).

Po zakończeniu hiperwentylacji oraz dotyku interpersonalnego badający prosił o skoncentrowanie się „na tym, co dzieje się w pana/pani ciele”, oraz o podanie zauważonych zmian. Odpowiedzi zapisywano na arkuszu przygotowanym na potrzeby badania.

Urządzenie typu Temp Test do badania progów bólu. Aparat ten został skonstruowany na potrzeby prezentowanych badań przez firmę EIEWIN, na wzór opisywanych w literaturze psychologicznej urządzeń służących do badania wrażliwości na ból powstały w wyniku nagrzewania części ciała (por. Orbach i in., 1997). Urządzenie to składa się z elementu grzewczego, części sterującej, która kontroluje pracę aparatu i komunikuje się z komputerem, oraz manipulatora (klawisz na klawiaturze komputera) służącego badanemu do sygnalizacji. Po przyłożeniu przez osobą badaną spodniej części prawej ręki do elementu grzewczego podawano następującą instrukcję: *Za chwilę temperatura ustabilizuje się na poziomie 30 stopni. Po 10 sekundach poinformuję panią/pana, iż urządzenie rozpoczęło pracę, wtedy poczuje pani/pan powolny wzrost temperatury. W momencie, gdy poczuje pani/pan parzący ból, proszę nacisnąć ENTER na klawiaturze i zdjąć rękę z płytki.* Wyłączenie pracy aparatu następowało w chwili naciśnięcia klawisza na klawiaturze komputera. Do obliczeń brano średnią z trzech pomiarów (por. Orbach, Mikulincer, King, 1997).

Estezjometr Semmes i Weinsteina służy do oszacowania wrażliwości na dotyk rozumiany jako nacisk. Składa się z dwudziestu nylonowych włókien, wtopionych pod kątem prostym w plastikowe ręczki. Dla każdego włókna jest określona minimalna siła nacisku potrzebna do jego ugięcia (od 0,0045 g do 448 g). Uwzględniając dane na temat związku opieki otrzymywanej ze strony rodziców z wrażliwością na dotyk palców prawej dłoni (Kozłowska, 1998), podjęto decyzję o badaniu tego samego obszaru skóry. Określenie progu dotyku polegało na odnalezieniu najcieńszego włókna, którego nacisk badany mógł odczuć.

WYNIKI BADAŃ

Uzyskane w badaniach wyniki zostały poddane analizie statystycznej (z zastosowaniem pakietu SPSS 12.0). W pierwszej kolejności zaprezentowane będą dane dotyczące związków między poszczególnymi aspektami deklaratywnego Ja cielesnego oraz traumy, następnie zaś omówiono zależności między urazem i programami bólu i dotyku oraz doświadczaniem bodźców płynących z wnętrza ciała.

Deklaratywne Ja cielesne a uraz

Związki urazu z deklaratywnymi aspektami Ja cielesnego ustalono na podstawie analizy korelacji (zob. tab. 1).

Tabela 1.
Macierz korelacji aspektów składających się na deklaratywne Ja cielesne i wyróżnionych typów traumy

	PPD	OPD	EMO	STA	TOŻ	REM	RSF
Przemoc emocjonalna	0,438(**)	0,371(**)	0,461(**)	0,326(**)	0,516(**)	0,448(**)	0,471(**)
Przemoc fizyczna	0,117	0,202(*)	0,249(**)	0,254(**)	0,273(**)	0,221(*)	0,318(**)
Wykorzystanie seksualne	0,316(**)	0,328(**)	0,322(**)	0,203(*)	0,336(**)	0,282(**)	0,297(**)
Zaniedbanie fizyczne	0,261(**)	0,105	0,097	0,032	0,153	0,022	0,075
Zaniedbanie emocjonalne	0,389(**)	0,324(**)	0,447(**)	0,370(**)	0,480(**)	0,491(**)	0,443(**)
Świadek traumy	0,149	0,086	0,037	0,043	0,210(*)	0,170(*)	0,099
Rozwód	0,106	-0,007	0,156	0,143	0,165(*)	0,178(*)	0,129
Rozłąka	0,037	0,067	0,085	0,140	0,167(*)	0,170(*)	0,151
Śmierć	0,163(*)	0,13	0,140	0,058	0,196(*)	0,206(*)	0,169(*)
Siła urazu	0,413(**)	0,337(**)	0,411(**)	0,317(**)	0,499(**)	0,411(**)	0,435(**)

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie); * korelacja istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie). Oznaczenia: PPD – podwyższony próg doznań; OPD – obniżony próg doznań; EMO – interpretacja doznań w kategoriach emocji; STA – interpretacja doznań w kategoriach stanów fizycznych; TOŻ – interpretacja doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej; REM – regulacja emocji; RSF – regulacja stanów fizycznych.

Na wstępie warto zaznaczyć, iż całkowita siła urazu korelowała dodatnio ze wszystkimi aspektami deklaratywnego Ja cielesnego. Oznacza to, że im większa liczba oraz obciążający charakter doświadczeń traumatycznych, tym bardziej dysfunkcjonalne jest deklaratywne Ja cielesne. Poszczególne typy doświadczeń traumatycznych w różny sposób korelowały z poszczególnymi aspektami Ja cielesnego. Można zatem stwierdzić, że:

- przemoc emocjonalna, podobnie jak zaniedbanie emocjonalne oraz seksualne wykorzystanie, była związana ze wszystkimi badanymi aspektami deklaratywnego Ja cielesnego, czyli zarówno z podwyższonym, jak i obniżonym progiem doznań, trudnościami w rozpoznawaniu własnych emocji oraz stanów cielesnych, interpretacją własnych doznań w kategoriach rozbitego poczucia tożsamości cielesnej, a także z problemami w regulacji własnych emocji oraz stanów fizycznych;

- przemoc fizyczna najsilniej korelowała z problemami w interpretacji własnych doznań w kategoriach stanów cielesnych i fizycznych, ich nazywaniem w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości fizycznej oraz z niezdolnością do regulacji własnych stanów fizycznych; stwierdzono także współwystępowanie tego typu urazu z obniżonym progiem doznań oraz trudnościami w nazywaniu własnych emocji;

- zaniedbanie fizyczne współwystępowało jedynie z podwyższonym progiem doznań;

- bycie świadkiem traumy, przeżycie rozwodu rodziców, a także rozłąki z bliską osobą wiązało się z przeżywaniem stanów zaburzonego poczucia tożsamości cielesnej oraz z nieprawidłową regulacją emocji;

- śmierć bliskiej osoby – jako jedyne doświadczenie urazu o charakterze incydentalnym – korelowała z wieloma aspektami deklaratywnego Ja cielesnego; zaobserwowano bowiem związki traumy tego typu z nadmierną wrażliwością na bodźce płynące z otoczenia, z zaburzonym poczuciem tożsamości fizycznej oraz problemami z regulacją emocji i stanów fizycznych.

Próg bólu i dotyku a uraz

W celu zweryfikowania hipotezy dotyczącej związku traumy z podwyższonym oraz obniżonym progiem dotyku i bólu zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji. Wykorzystanie tej metody, w której porównano trzy grupy kobiet⁴ (podzielone ze względu na wysokość progu bólu i dotyku), nie wykazało żadnych istotnych różnic między tymi grupami, jeśli chodzi o natężenie poszczególnych doświadczeń traumatycznych, a także całkowitą siłę urazu. W celu odpowiedzi na pytanie, czy istnieje jakiś rodzaj zależności między progami bólu oraz dotyku i urazem, zastosowano metodę korelacyjną. Tę analizę przeprowadzono osobno w grupie mężczyzn i kobiet, a jej wyniki przedstawia tabela 2.

⁴ Zrezygnowano z przeprowadzenia tej analizy w grupie mężczyzn, gdyż nie była ona tak liczna, aby jej podział na trzy grupy (obniżone, średnie, podwyższone progi) był uzasadniony.

Tabela 2.
Analiza korelacji progu bólu oraz dotyku z wyróżnionymi typami traumy
(osobno dla mężczyzn i kobiet)

	Próg bólu		Próg dotyku	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Przemoc emocjonalna	0,050	-0,106	-0,276	0,070
Przemoc fizyczna	-0,334(*)	-0,078	-0,206	0,447(**)
Wykorzystanie seksualne	-0,171	0,074	-0,045	0,136
Zaniedbanie fizyczne	0,065	-0,099	0,111	-0,035
Zaniedbanie emocjonalne	-0,036	-0,205(*)	-0,339(*)	0,033
Świadek traumy	0,113	-0,224(*)	-0,299	0,131
Rozwód	0,113	-0,045	-0,308	-0,007
Rozłąka	0,020	-0,052	-0,381(*)	-0,091
Śmierć	0,129	0,093	-0,023	0,073
Siła urazu	0,004	-0,190(*)	-0,278	0,149

** korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (jednostronnie); * korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie)

Jak wynika z powyższych danych, w grupie kobiet obserwujemy związek progu bólu z dwoma typami traumy oraz z całkowitą siłą urazu. Korelacje te mają znak ujemny, co oznacza, że w grupie kobiet zaniedbanie emocjonalne oraz bycie świadkiem traumy, a także całkowita siła wiążą się z nadmierną wrażliwością na ból. Jeśli zaś chodzi o zmienną „próg dotyku”, to w grupie kobiet możemy zaobserwować dodatnią korelację między tą zmienną i przemocą fizyczną. Wynik ten świadczy o tym, iż podwyższony próg dotyku w grupie kobiet jest spowodowany doświadczeniem cierpienia fizycznego ze strony innych osób.

Jeśli zaś chodzi o grupę mężczyzn, to próg bólu korelował ujemnie tylko z jednym typem traumy – z doświadczeniem przemocy fizycznej. Zmienna „próg dotyku” współwystępowała z dwoma typami urazu i za każdym razem była to korelacja o znaku ujemnym. Wynik ten oznacza, iż w grupie mężczyzn obniżony próg dotyku wiąże się z zaniedbaniem emocjonalnym oraz z przeżyciem rozłąki z ukochaną osobą. Uzyskane wyniki jedynie częściowo potwier-

dzają oczekiwania autorki. Zakładano bowiem, iż nie tylko nadmierna wrażliwość na ból, lecz także jego stępione odczuwanie będzie związane z urazem. Analogicznych rezultatów oczekiwano przy okazji badania związków progu dotyku z traumą. Otrzymane wyniki co prawda wskazują, iż zmiany w progach dotyku na skutek urazu mogą odnosić się bądź to do obniżonej, bądź do podwyższonej wrażliwości na ten typ bodźców, jednak kierunek tych zmian zależy od płci.

Doznawanie bodźców płynących z ciała a uraz

Kolejne pytanie badawcze dotyczyło tego, czy liczba rejestrowanych zmian w ciele wiąże się z doświadczeniami traumatycznymi. Oczekiwano, że zarówno brak, jak i rejestrowanie dużej liczby zmian w ciele wiąże się z urazem. W celu zweryfikowania tej hipotezy porównano natężenie poszczególnych doświadczeń traumatycznych w grupach podzielonych ze względu na liczbę rejestrowanych doznań w sytuacji dotyku i hiperwentylacji. Zastosowanie jednoczynnikowej analizy wariancji pozwoliło stwierdzić, że nie istnieją istotne statystycznie różnice w zakresie poszczególnych typów urazu oraz w całkowitej sile traumy między grupami osób, które podzielono ze względu na liczbę doznań relacjonowanych w sytuacji dotyku. Wynik ten sugerowałby, że nie ma związku między liczbą rejestrowanych doznań w sytuacji dotyku a traumą, jednak – jak zobaczymy dalej – analiza korelacji kwestionuje taki wniosek (zob. tab. 3).

Wyniki analizy wariancji dla grup osób różniących się liczbą doznań podawanych w sytuacji hiperwentylacji pozwoliły stwierdzić istotne różnice w zakresie dwóch typów urazu: wykorzystania seksualnego i śmierci ukochanej osoby, między osobami podzielonymi ze względu na liczbę doznań relacjonowanych w sytuacji hiperwentylacji. Jeśli chodzi o wykorzystanie seksualne, stwierdzono różnicę między osobami relacjonującymi jedno lub dwa doznania a tymi, które podają ich maksymalną liczbę (czyli cztery, $F(4, 100) = 2,58$; $p = 0,42$). Z kolei w przypadku śmierci ukochanej osoby zaobserwowano różnicę między osobami twierdzącymi, że nie odczuwają żadnych zmian w ciele, a tymi, które deklarują ich najwięcej ($F(4, 100) = 3,40$; $p = 0,12$). Uzyskane wyniki wskazują, że tylko dwa typy urazu są związane z liczbą doznań rejestrowanych w sytuacji hiperwentylacji. Ponadto na ich podstawie można stwierdzić, że natężenie dwóch rodzajów traumy jest większe jedynie w grupie relacjonującej maksymalną liczbę doznań w procedurze hiperwentylacji w porównaniu z osobami, które nie przyznają się do żadnych albo tylko do dwóch zmian w ciele.

Postanowiono także sprawdzić, czy zastosowanie analizy korelacji – która w przypadku poszukiwania związków analizowanej zmiennej z aspektami deklaratywnego Ja cielesnego dała ciekawe rezultaty – pozwoli uzyskać nowe informacje na temat związku liczby rejestrowanych doznań z urazem. Jej wyniki zostały przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3.
Analiza korelacji wyróżnionych typów traumy z ilością doznań rejestrowanych w hiperwentylacji i w sytuacji dotyku interpersonalnego

	Liczba doznań w hiperwentylacji	Liczba doznań w sytuacji dotyku
Przemoc emocjonalna	0,148	0,202(*)
Przemoc fizyczna	0,076	0,140
Wykorzystanie seksualne	0,225(*)	0,218(*)
Zaniedbanie fizyczne	0,084	0,207(*)
Zaniedbanie emocjonalne	0,154	0,237(**)
Świadek traumy	0,077	0,160
Rozwód	0,055	-0,085
Rozłąka	0,055	0,048
Śmierć	0,302(**)	0,030
Siła urazu	0,172(*)	0,225(*)

** korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (jednostronnie); * korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (jednostronnie)

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 3 liczba doznań relacjonowanych w sytuacji hiperwentylacji korelowała dodatnio z całkowitą siłą traumy oraz jedynie z dwoma rodzajami urazu, czyli z wykorzystaniem seksualnym oraz przeżyciem śmierci ukochanej osoby. Z kolei duża liczba zmian w ciele w sytuacji dotyku wiązała się z całkowitą siłą urazu oraz takimi typami traumy, jak przemoc emocjonalna, wykorzystanie seksualne, zaniedbanie fizyczne i emocjonalne. Wyniki prowadzonych analiz nie potwierdzają zatem tej części hipotezy, która zakładała współwystępowanie traumy z brakiem rejestracji zmian w ciele. Warto także zauważyć, że w zależności od typu procedury eksperymentalnej (dotyk lub hiperwentylacja), zależności omawianej zmiennej dotyczą innych typów urazu. Dane te sugerowałyby, że konsekwencje określonego rodzaju traumy w postaci wzmożonej rejestracji doznań płynących z ciała ujawniają się w specyficznych okolicznościach; nie mają zatem charakteru transsytuacyjnego.

PODSUMOWANIE BADAŃ I DYSKUSJA

Najogólniej rzecz ujmując, otrzymane wyniki są potwierdzeniem hipotezy zakładającej związek między nasileniem traumy i zaburzeniami w obrębie deklaratywnego Ja cielesnego. Zaobserwowano także szereg związków między poszczególnymi typami urazu i ich następstwami, co prowadzi do interesujących wniosków, których omówieniu warto poświęcić nieco więcej uwagi. Przede wszystkim należy wskazać, że – zgodnie z oczekiwaniami – doświadczenie chronicznej wczesnej traumy o interpersonalnym charakterze jest związane z największymi zaburzeniami w deklaratywnym Ja cielesnym. Zaburzenia w obrębie wszystkich funkcji Ja cielesnego występowały zarówno z urazem związanym z naruszeniem integralności cielesnej (przemoc fizyczna, wykorzystanie seksualne), jak i z brakiem poszanowania emocji dziecka (zaniedbanie i przemoc emocjonalna). Należy podkreślić szczególne znaczenie związku emocjonalnego między opiekunami i dzieckiem dla sposobu funkcjonowania Ja cielesnego. O ile bowiem w literaturze wiele miejsca zajmuje opisywanie skutków najbardziej drastycznych rodzajów przemocy (fizycznej i seksualnej) na sposób przeżywania własnego ciała, o tyle następstwom cierpienia psychicznego, powodowanego przez opiekunów, dla tej sfery doświadczenia poświęcono znacząco mniej uwagi.

Warto także zwrócić uwagę na związki traumy z doznawaniem bodźców płynących z otoczenia. Okazało się bowiem, iż wspomniane wyżej typy traumy występowały zarówno z doświadczaniem stanów nadmiernej, jak i obniżonej wrażliwości na doznania. Chociaż nie jest do końca jasne, czy występujące w zbliżonym czasie, czy też można tutaj mówić o dłuższej trwających okresach, w których dominuje specyficzna zmiana w doznawaniu, to mechanizm funkcjonowania ofiar traumy (pobudzenie – odrętwienie) pozwala uznać za bardziej prawdopodobną drugą ewentualność. W kontekście tych analiz znaczący wydaje się związek zaniedbania fizycznego jedynie z podwyższonym progiem doznań, co wskazywałoby, że ten rodzaj deprywacji może prowadzić do stępienia odczuwania bodźców z otoczenia. Być może zatem jedynym skutkiem braku dbałości cielesnych o dobrostan fizyczny dziecka jest obronne obniżenie wrażliwości, co można by spostrzegać jako mechanizm adaptacyjny. Nie należy jednak zanadto przywiązywać wagę do tego wyjaśnienia, gdyż zaniedbania fizyczne, zwłaszcza we wczesnym dzieciństwie, były relacjonowane niezmiernie rzadko (cztery osoby), a częstość tego typu sytuacji została oceniona jako wysoka tylko przez trzech badanych. Czy ten rodzaj traumy, wynikający z niezdolności opiekunów do zaspokojenia podstawowych potrzeb biologicznych dziecka, rzeczywiście nie narusza innych funkcji Ja cielesnego? Pytanie to na obecnym etapie musi pozostać otwarte.

Ważną obserwacją jest także współwystępowanie znaczącej liczby nieprawidłowości w Ja cielesnym na skutek przeżycia śmierci ukochanej osoby. Strata opiekuna jawi się tutaj jako istotny czynnik ryzyka ogólnej „słabości” deklaratywnego Ja cielesnego, przejawiającej się nadmierną wrażliwością na

bodźce płynące z otoczenia, zaburzonym poczuciem tożsamości fizycznej oraz problemami z regulacją emocji i stanów fizycznych.

Poniżej przedstawiam wnioski płynące z badań dotyczących związku traumy z wybranymi aspektami procesualnego Ja cielesnego.

Wyniki badań na temat wpływu traumy na progi dotyku i bólu pozwalają postawić ogólny wniosek, że następstwem tego typu doświadczeń jest zwiększona wrażliwość na bodźce płynące z otoczenia. Wyjątek stanowi podwyższony próg dotyku u kobiet, związany z przeżyciem przemocy fizycznej. Uzyskane wyniki potwierdzają zatem jedynie część hipotezy, która zakładała współwystępowanie urazu zarówno z podwyższonymi, jak i obniżonymi progami dotyku i bólu. Ponadto związki traumy z obniżonym progiem bólu są zaskakujące w kontekście danych klinicznych, które opisują analgezję jako skutek tego typu doświadczeń. Warto jednak pamiętać, iż informacje na temat stępienia odczuwania doznań (w tym bólowych) u ofiar urazu były formułowane na podstawie relacji pacjentów o współwystępowaniu tych zmian ze stanami dysocjacji. Zatem nie można wykluczyć, iż w „normalnym” stanie świadomości ofiary traumy są nadwrażliwe na ból (a mężczyźni także na dotyk), co można by spostrzegać jako adaptacyjny mechanizm zapobiegawczy. Z kolei ujawnione różnice między płciami w zakresie liczby i typów urazów związanych z progami dotyku i bólu wyznaczają nowe pole do dalszych badań.

W dalszej kolejności należy odnieść się do wyników, które ujawniły związek liczby rejestrowanych doznań w obu procedurach eksperymentalnych z urazem. Okazało się bowiem, iż skłonność do rejestracji dużej liczby zmian w ciele w procedurze hiperwentylacji wiązała się z przeżyciem rozvodu rodziców oraz śmierci ukochanej osoby, zaś przemoc emocjonalna, seksualna i zaniedbanie fizyczne i emocjonalne oraz całkowita siła traumy współwystępowały z rejestracją dużej liczby zmian w ciele w eksperymentalnej sytuacji dotyku. Wynik ten ponownie potwierdzałby jedynie część hipotezy, w której zakładano, że rejestrowanie zarówno bardzo małej, jak i dużej liczby doznań płynących z ciała jest związane z urazem. Współwystępowanie traumy ze skłonnością do rejestracji wielu zmian wskazuje, że dysregulacja emocjonalna u ofiar traumy skutkuje nadmierną, uogólnioną czujnością na doznania płynące z własnego ciała. Uwagę skupiają wyniki ukazujące, iż nadmiarowa reakcja na dotyk wiąże się z różnymi rodzajami urazu o charakterze interpersonalnym. Sugeruje to, iż kontekst relacyjny ma szczególne znaczenie dla świadomości doznań u osób, które doświadczyły cierpienia ze strony innych. Percypowanie wielu sygnałów płynących z ciała jawi się tutaj jako sygnał „ostrzegawczy” dla ofiar traumy; jako informacja, która pomaga wzmóc czujność w sytuacji, gdy bliskość fizyczna jest kojarzona z zachwianym poczuciem bezpieczeństwa. Nie można także wykluczyć, iż rejestracja wielu sygnałów płynących z organizmu wynika nie tyle z nadmiernej wrażliwości (czujności) na procesy w nim zachodzące, ile z faktu, że dotyk interpersonalny spowodował na tyle silne zmiany w doznawaniu, iż musiały one zostać spostrzeżone przez jednostkę (por. pamiętać stanu w koncepcji Perrego, 1999). Choć pierwszy z omawianych mechanizmów odnosi się do procesów kierowania uwagi, drugi zaś wskazuje na

znaczenie siły rzeczywistych doznań, to wydaje się, że mogą one działać jednocześnie i wzajemnie się wzmacniać. Na zakończenie należy także odnieść się do wyniku wskazującego na brak związku między przeżyciem urazu i brakiem rejestrowania zmian w ciele. Nie można wykluczyć, że w badanej grupie nie znalazły się osoby, których uraz był na tyle silny, iż zniósł zdolność do rejestrowania sygnałów płynących z ciała. Nie można także wykluczyć, że brak oczekiwanych zależności wynika ze specyfiki zastosowanej procedury badawczej.

Podsumowując uzyskane wyniki badań można stwierdzić, że wczesne doświadczenia relacyjne wyznaczają nie tylko sposób przeżywania swojego ciała, lecz także konkretny sposób reagowania. Ofiary traumy konfrontują się bowiem z zaburzonym odczuwaniem, rozumieniem oraz wpływaniem na własne doświadczenie cielesne. Obok wspomnianych zmian, zapisanych w deklaratywnym Ja cielesnym, okazało się także, iż uraz pozostawia swój ślad w nadmiarowym sposobie reagowania zarówno na stymulację *stricte* sensoryczną (ból i dotyk), jak i na zmiany zachodzące w ciele, wywołane – co jest bardzo znaczące – bliskością fizyczną drugiej osoby.

BIBLIOGRAFIA

- Baradell, J., Klein, K. (1993). Relationship of life stress and body consciousness to hypervigilant decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 267-273.
- Cameron, O. (2001). Interoception: The inside story – a model for psychosomatic processes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 697-710.
- Cicchetti, D., Beeghly, M. (1990). *The Self in transition. Infancy to childhood*. Chicago: University of Chicago Press.
- Cole, P., Putnam, F. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 2, 174-184.
- Erikson, E. (1956). The problem of ego identity. *American Journal of Psychoanalytic Association*, 4, 56-118.
- Herman, J. L. (1995). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. [W:] G. Everly, J. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (s. 87-100). New York: Plenum Press.
- Herman, J. (2003). *Uraz i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kowalik, S. (2003). Ja cielesne – próba nowego spojrzenia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1, 5-29.
- Kozłowska, A. (1998). *Wpływ czynników biologicznych i psychicznych na czucie dotyku u dzieci* (mps pracy doktorskiej).
- Krueger, D. (2002). *Integrating body self and psychological self*. New York–London: Brunner-Routledge.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affect. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 81-116.

- Krystal, H. (1979). Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 17-31.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Miller, M., Litz, B. (2004). Emotional – processing in posttraumatic stress disorder II: Startle reflex modulation during picture processing. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 451-463.
- Mirucka, B. (2003). Ja cielesne fundamentem tożsamości. *Polskie Forum Psychologiczne*, 8, 30-40.
- Mussgay, L., Klinkenberg, N., Rüddel, H. (1999). Heart beat perception in patients with depressive, somatoform, and personality disorders. *Journal of Psychophysiology*, 13, 27-36.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730.
- Nijenhuis, E. R., Vanderlinden, J., Spinhoven, P. (1998). Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 243-260.
- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 646-652.
- Paivio, S., Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: Reprocessing memories of childhood abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 213-226.
- Perry, B. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factor in the “cycle of violence”. [W:] J. Osofsky (red.), *Children, youth, and violence: The search of solution* (s. 124-148). New York: Guilford.
- Perry, B. (1999). The memories of states: How the brain stores and retrieves traumatic experience. [W:] J. M. Goodwin, R. Attias (red.), *Splintered reflections. Images of the body in trauma* (s. 9-39). New York: Basic Books.
- Putnam, F. W. (1994). Dissociation and disturbances of self. [W:] D. Cicchetti, Dante, S. Toth (red.), *Disorders and dysfunctions of the self* (s. 34-45). Rochester: University of Rochester Press.
- Reykowski, J. (1974). *Eksperymentalna psychologia emocji*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Sakson-Obada, O. (2007). Autodestrukcja jako obrona przed rzeczywistością niemożliwą do wypowiedzenia [W:] A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia* (s. 119-127). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Sakson-Obada, O. (2008). Rozwój Ja cielesnego w kontekście wczesnej relacji z opiekunem. *Roczniki Psychologiczne*, 11, 2, 27-44.
- Sakson-Obada, O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i traumie*. Warszawa: Difin.
- Scaer, R. C. (2001). *The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease*. New York: Haworth Press.

- Schmidt, N., Lerew, D., Trakowski, J. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to body perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 214-220.
- Sokolik, M. (1993). *Psychoanaliza i Ja. Kliniczna problematyka poczucia tożsamości*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza.
- Streeck-Fischer, A., van der Kolk, B. (2000). Down will Come Baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 903-918.
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Torras de Bea, E. (1987). Body schema and identity. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 68, 175-84.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma. [W:] A. B. van der Kolk, A. McFarlane (red.), *Traumatic stress* (s. 182-213). New York: The Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 12, 293-317.
- Van der Kolk, A. B., Fisler, R. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145-169.
- Van der Kolk, B. A., Greenberg, M., Boyd, H., Krystal, J. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biological Psychiatry*, 20, 314-325.
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. (1996). The black hole of trauma. [W:] A. B. van der Kolk, A. McFarlane (red.), *Traumatic stress* (s. 3-23). New York: The Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A., Saporta, J. (1993). *Biological response to psychic trauma. International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York-London: Plenum Press.
- Wycisk, J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.