

Konferencja naukowa

Wiele twarzy dysocjacji: Meandry diagnozowania i terapii dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości



20 września 2025
Kraków

Informator Konferencyjny

Wiele twarzy dysocjacji: Meandry diagnozowania i terapii dysocyjacyjnego zaburzenia tożsamości

Aktywność badaczy i klinicystów związanych z European Society for Trauma and Dissociation (ESTD) w Polsce rozpoczęła się w 2015 roku. Wtedy po raz pierwszy zorganizowano szkolenia ESTD dotyczące diagnozowania i terapii złożonych zaburzeń dysocjacyjnych, w tym dysocyjacyjnego zaburzenia tożsamości (DID), znanego wcześniej jako „osobowość mnoga”. Od tego czasu kilkaset profesjonalistów ukończyło kursy w tej dziedzinie. Zainteresowanie tematem rośnie, m.in. dzięki „Programowi certyfikacyjnemu w diagnozowaniu zaburzeń związanych z traumą” pod patronatem ESTD. Ponadto, na Facebooku rozwijała się grupa dla profesjonalistów o nazwie „Trauma i dysocjacja”, która obecnie liczy 4000 członków. Wszystkie te inicjatywy przyczyniły się do wzrostu świadomości i umiejętności w zakresie diagnozowania oraz terapii zaburzeń dysocjacyjnych w Polsce.

Planowane wydarzenie jest efektem tych doświadczeń w polskim środowisku psychoterapeutów. Będzie to pierwsza konferencja w naszym kraju poświęcona w całości złożonym zaburzeniom dysocjacyjnym, mająca na celu zaprezentowanie klinicznych przypadków DID i częściowego DID. Uczestnicy będą mieli okazję zobaczyć niezwykle zróżnicowanie obrazów klinicznych oraz zrozumieć ogromną złożoność postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, jakiego wymagają osoby z tym zaburzeniem.

Konferencja jest adresowana do psychoterapeutów, psychiatrów, psychologów, psychotraumatologów oraz innych pracowników opieki zdrowotnej. Odbędzie się wyłącznie stacjonarnie i nie będzie nagrywana.

Komitet naukowy:

Dr hab. Igor Pietkiewicz, prof. UIK

Dr n. med Radosław Tomalski

Miejsce konferencji:

Uniwersytet Ignatianum w Krakowie, ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków

Aula w budynku głównym na II piętrze (s. 208)

Organizator: E-psyche.eu s.c.

Partner: Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, Uniwersytet Ignatianum w Krakowie

Patronat merytoryczny: European Society for Trauma and Dissociation (ESTD)

Program konferencji

10.00 OTWARCIE KONFERENCJI

10.15 *W pigułce o złożonych zaburzeniach dysocjacyjnych*
Radosław Tomalski

11.00 *Współwystępowanie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości
i zaburzeń osobowości – opis przypadku*
Małgorzata Szewczyk

11:45 PRZERWA KAWOWA

12:15 *Między chaosem a fragmentacją – opis przypadku pacjenta
transpłciowego ze złożonym zaburzeniem dysocjacyjnym
i współwystępującymi zaburzeniami osobowości*
Katarzyna Karbowska, Radosław Tomalski

13:00 *Odkrywanie tego, co ukryte*
Magdalena Kilan-Banach

13:45 LUNCH

14:45 *Trudności w diagnozowaniu częściowego DID i wyzwania
w psychoterapii*
Marta Weber, Katarzyna Świerzko

15:40 *Czy widzę to, co widzę? Dlaczego trudno uwierzyć
w występowanie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości u dzieci?*
Ewelina Janiak-Wojdyńska

16:15 PRZERWA KAWOWA

16:45 *Wzloty i upadki w psychoterapii pacjentki z głęboką
fragmentacją tożsamości*
Igor Pietkiewicz

17:30 *Przez granice świadomości, terapia pacjentki z DID jako wspólne
mapowanie wewnętrznych światów*
Joanna Barszczewska

18:15 PODSUMOWANIE I ZAMKNIĘCIE

10.15 - 11.00

W pigułce o złożonych zaburzeniach dysocjacyjnych

Złożone zaburzenia dysocjacyjne to pojęcie obejmujące rozpoznanie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (Dissociative Identity Disorder, DID) i częściowego DID. Zaburzenia te są niedostatecznie diagnozowane w opiece psychiatrycznej, mimo występowania w populacji generalnej częściej niż schizofrenia. Omówione zostaną powody ich niewystarczającej diagnozowalności, a także zmiany, jakie mogą wprowadzić w swoim warsztacie pracy klinicyści, aby poprawić wykrywalność tych zaburzeń i zwiększyć swoje kompetencje diagnostyczne w tym zakresie. Adekwatne diagnozowanie złożonych zaburzeń dysocjacyjnych ma przełożenie na efekty leczenia, zarówno psychoterapeutycznego, jak i farmakoterapeutycznego. Zostaną przedstawione też podstawowe wskazówki dotyczące zasad psychoterapii oraz farmakoterapii złożonych zaburzeń dysocjacyjnych.

Radosław Tomalski



Specjalista psychiatra, psychoterapeuta i superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz konsultant EMDR Europe. Prezes Polskiego Towarzystwa na rzecz Psychologicznego i Społecznego Podejścia do Psychoz. Jest mentorem i przedstawicielem ESTD na Polskę. Od wielu lat związany z oddziałem dziennym psychiatrycznym CZP Feniks w Sosnowcu, gdzie kieruje atestowanym przez SNP PTP programem stażu do certyfikatu psychoterapeuty. Jest kierownikiem specjalistycznego kursu - Szkoła Psychoterapii Psychoz. Prowadzi praktykę prywatną w Katowicach.

11.00 - 11.45

Współwystępowanie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości i zaburzeń osobowości – opis przypadku

Wprowadzenie: Prezentacja przypadku 45-letniej pacjentki ilustruje długą historię nieskutecznego leczenia, wynikającą z braku właściwej diagnozy i rozpoznania na wczesnym etapie leczenia zaburzeń dysocjacyjnych. Zaprezentowane będą również trudności w terapii związane z interferencją obu tych zaburzeń.

Opis przypadku: Pacjentka została skierowana do terapii przez lekarza psychiatrę w celu pogłębionej diagnostyki pod kątem zaburzeń dysocjacyjnych. W wywiadzie pacjentka zgłaszała liczne doświadczenia urazowe, z których część miała charakter traum relacyjnych, a wiele dotyczyło sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Te doświadczenia rozciągały się na okres od wczesnego dzieciństwa aż po dorosłość.

Pacjentka korzystała z leczenia psychiatrycznego od 17 lat, otrzymując diagnozy zaburzeń depresyjno-lękowych, PTSD oraz zaburzeń osobowości. Uczestniczyła w kilku terapiach indywidualnych i grupowych oraz korzystała z farmakoterapii, ale oddziaływania te nie przyniosły poprawy objawowej. Przed zgłoszeniem się na pogłębioną diagnostykę, przez kilka miesięcy zgłaszała nasilające się objawy dysocjacyjne i konwersyjne podczas wizyt u psychiatry.

Wyniki badania TADS-I: U pacjentki przeprowadzono testy przesiewowe oraz wywiad diagnostyczny TADS-I, w którym zgłaszała objawy PTSD, trudności w regulacji afektu, negatywny obraz siebie oraz problemy w relacjach interpersonalnych. Obecne były również zarówno pozytywne, jak i negatywne objawy dysocjacji somatoformicznej oraz psychoformicznej oraz symptomy wskazujące na podział self. W trakcie badania ocena amnezji bieżących wydarzeń u pacjentki stanowiła dużą trudność ze względu na jej bardzo ograniczone funkcjonowanie. Pacjentka ujawniła obecność trzech części dysocjacyjnych. Na podstawie wywiadu, postawiono jej rozpoznanie częściowego DID (6B65) zgodnie z klasyfikacją ICD-11.

11.00 - 11.45

Współwystępowanie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości i zaburzeń osobowości – opis przypadku

W trakcie późniejszej psychoterapii wyraźnie uwidoczniły się problemy osobowościowe pacjentki, związane z trudnościami w przeżywaniu zależności, co ostatecznie doprowadziło do przerwania przez nią leczenia.

Wnioski

1. Liczne doświadczenia traumatyczne w historii życia pacjenta, nie przynoszące poprawy próby farmakoterapii oraz procesy psychoterapii powinny być sygnałem do skorzystania z testów przesiewowych, które umożliwiłyby wstępne wykrywanie objawów dysocjacyjnych.
2. Postawienie diagnozy zaburzeń dysocjacyjnych nie jest łatwym zadaniem, ale ma kluczowe znaczenie dla dalszego leczenia. Psychoterapia powinna być dopasowana do rodzaju zaburzenia.



Małgorzata Szewczyk

Certyfikowana psychoterapeutka Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, specjalistka terapii uzależnień oraz akredytowany practitioner EMDR. Doświadczenie zawodowe zdobywała pracując z dorosłymi pacjentami Ośrodka Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrze, jak również współtworzyła Oddział Dzienny dla młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych. Obecnie prowadzi praktykę prywatną w Gliwicach i zajmuje się dorosłymi pacjentami z doświadczeniem traumy złożonej.

12.15 - 13.00

Między chaosem a fragmentacją - opis przypadku pacjenta transpłciowego ze złożonym zaburzeniem dysocjacyjnym i współwystępującymi zaburzeniami osobowości

Wprowadzenie: Przedstawiony przypadek ma na celu zilustrowanie złożoności i problematyki procesów diagnostycznego oraz terapeutycznego (które łącznie trwały około 1,5 roku (z dwumiesięczną przerwą) u pacjenta transpłciowego K/M. Pacjent zgłosił się z powodu objawów stresu pourazowego, które zostały reaktywowane w trakcie poprzedniego procesu terapeutycznego. Proces diagnostyczny obejmował wykonanie i omówienie testów przesiewowych (DES-R, DSS, SDQ-20, TEC). W trakcie wywiadu pacjent ujawnił jedynie niektóre ze swoich trudności związanych z dysregulacją emocjonalną (w tym objawami PTSD), budowaniem relacji interpersonalnych oraz innymi problemami emocjonalnymi. Nie podawał natomiast objawów wskazujących na zaburzenia dysocjacyjne. W trakcie procesu terapeutycznego stopniowo pojawiały się dodatkowe informacje, które pozwoliły na rozpoznanie u pacjenta złożonych zaburzeń dysocjacyjnych.

Opis przypadku: Pacjent K/M uczestniczył w psychoterapii indywidualnej przez około 1,5 roku. W wywiadzie zgłaszał liczne doświadczenia urazowe o zróżnicowanym i rozległym obrazie. W trakcie procesu terapeutycznego uaktywniły się objawy związane z doświadczeniami urazowymi, a ponadto pacjent rozpoczął również proces tranzycji.

Na początku terapii widoczne były trudności, przede wszystkim związane z motywacją do procesu leczenia, rozumieniem terapii oraz oczekiwaniami co do jej efektów. Początkowo wydawało się, że trudności te wynikały z osobowości pacjenta, w tym z ukrywania "słabości" i "wrażliwości". Z czasem jednak okazało się, że problem nie dotyczy jedynie konfliktu w zakresie motywacji i oczekiwań wobec terapii – niechęć do procesu psychoterapii była związana z "częścią" pacjenta. W miarę trwania terapii ujawniały się kolejne "części" pacjenta oraz konflikty między nimi.

12.15 - 13.00

Między chaosem a fragmentacją - opis przypadku pacjenta transpłciowego ze złożonym zaburzeniem dysocjacyjnym i współwystępującymi zaburzeniami osobowości

Dodatkowymi czynnikami wpływającymi na przebieg terapii były ryzykowne zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych, bieżące doświadczenia traumatyczne oraz zachowania stanowiące atak na setting i relację terapeutyczną, wynikające z problemów osobowościowych pacjenta.

Wnioski: Proces diagnostyczny w psychoterapii nie kończy się wraz z rozpoczęciem terapii. W przypadku pacjentów z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości opór do pracy terapeutycznej (czyli trudności w nawiązywaniu relacji z terapeutą) może przybierać bardziej zróżnicowaną formę. Zrozumienie złożonej dynamiki wewnętrznej, konfliktów między częściami dysocjacyjnymi, a jednocześnie utrzymanie neutralnej pozycji terapeutycznej może być trudne i stanowić wyzwanie dla terapeuty, zmniejszając zdolność do kontenerowania emocji oraz impulsów pacjenta, jak również podejmowania przemyślanych decyzji klinicznych.

Radosław Tomalski (s.4)
Katarzyna Karbowska



Specjalistka psychologii klinicznej, certyfikowana psychoterapeutka SNP i STR PTP oraz superwizorka aplikantka. Doświadczenie zdobywała, pracując w placówkach ochrony zdrowia, instytucjach pomocy społecznej, szkołach oraz prowadząc zajęcia na uczelni. Rozwija się w zakresie diagnozy i leczenia zaburzeń związanych z traumą, uwzględniając EMDR. W ramach prywatnej praktyki zajmuje się diagnozą psychologiczną, psychoterapią młodzieży i dorosłych oraz superwizją. Do jej zawodowych zainteresowań należą psychoanaliza, neuropsychologia oraz zaburzenia neurorozwojowe u dorosłych.

13.00 - 13.45

Odkrywanie tego, co ukryte

Wystąpienie jest opisem historii kontaktu z pacjentką, toczącego się na przestrzeni kilku lat od momentu poznania jej na oddziale psychiatrycznym w sytuacji "bez pamięci", do bieżącego stanu - wstępnej diagnozy zaburzeń dysocjacyjnych i próby pracy terapeutycznej. Chaos, poczucie zagubienia i wrażenie, że nie mogę wierzyć w to co widzę i myślę, towarzyszyły mi w moim procesie uczenia się na temat zaburzeń dysocjacyjnych oraz podczas rozpoznawania specyficznych objawów i refleksji nad diagnozą różnicową u tej pacjentki. Z tego powodu, chciałabym przybliżyć takie podwójne zmagania - z jednej strony trud związany ze zmierzaniem do postawienia rozpoznania, poprzez porządkowanie złożonego obrazu objawów wynikających z dysocjacyjnych adaptacji i kryjówek, na którym swoje piętno odciskało unikanie wewnętrznych doświadczeń przez pacjentkę - obraz zamazywał się, a ścieżki diagnostyczne płątały. Kobieta często "znikała" z relacji, powracała w kontekście dramatycznych wydarzeń, kolejnych hospitalizacji i prób leczenia farmakologicznego. Dodatkowo objawy były maskowane przez uzależnienie i zaburzenia odżywiania. Z drugiej strony - mój wewnętrzny lęk i wątpliwości przed uznaniem przypuszczeń za prawdziwe oraz niezwykle pocucie, że ktoś "wariuje" w gabinecie. Odkrywanie diagnozy u tej pacjentki zajęło mi 8 lat, a - co ciekawe - gdy moja pewność wzrastała, pewne objawy i zachowania pacjentki znikały, cichły i pozostawały w ukryciu, dodatkowo wzmocnione przez jej zaprzeczającą postawę pacjentki. Wspólnie jednak dotarliśmy do ustaleń, które pomogły zrozumieć jej problemy z użyciem nowej perspektywy.

Magdalena Kilan-Banach

Psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka SNP PTP, terapeutka EMDR. Obecnie współtworzy Ośrodek Psychoserwis - gabinety specjalistyczne w Brzegu. Pracuje indywidualnie z dorosłymi i młodzieżą oraz prowadzi grupy terapeutyczne. Koncentruje się na diagnozie i leczeniu objawów związanych z wczesną traumą relacyjną, uwzględniając perspektywę neuropsychoanalizy oraz aspekty pracy z ciałem.



14.45 - 15.30

Trudności w diagnozowaniu częściowego DID i wyzwania w psychoterapii

Opis pracy z pacjentką ma na celu zilustrowanie trudności w procesie diagnozy, wynikających z różnorodności objawów, długotrwałego i złożonego procesu leczenia, a przede wszystkim specyficznej dynamiki procesu. Proces diagnozy w tym przypadku przypominał odnajdywanie brakujących elementów układanki, której pojawiały się stopniowo, a na brakujący fragment trzeba czasami było czekać kilka lat. Moja trudność jako terapeuty polegała także na tym, że podjęłam pracę z pacjentką po dwudziestoletnim okresie jej leczenia, a stopniowo ujawniające się treści, wcześniej objęte niepamięcią, pozwoliły lepiej zrozumieć obraz kliniczny. Z postawieniem adekwatnej diagnozy wiązała się konieczność zmiany sposobu leczenia, co miało ogromne znaczenie zarówno dla mnie jako terapeuty, jak i dla pacjentki, zwłaszcza w kontekście jej wieloletnich doświadczeń terapeutycznych. Pacjentka rozpoczęła leczenie psychiatryczne i psychoterapeutyczne po osiągnięciu pełnoletniości, początkowo zgłaszając problemy związane z zaburzeniami odżywiania. Z czasem do obszaru leczenia włączono szereg innych objawów i diagnoz. Przez większość okresu terapii nie były jednak znane kluczowe fakty z historii życia pacjentki, dotyczące rozległej traumy rozwojowej, doświadczanej przemocy i sytuacji zagrożenia, gdyż były one objęte amnezją. Przedstawiane przez pacjentkę informacje biograficzne oraz dynamika procesów intrapsychicznych i interpersonalnych ujawniających się w trakcie terapii indywidualnej nie pasowały do wcześniej stawianych diagnoz. Sygnalizowane przez nią objawy o charakterze dysocjacyjnym skłoniły ostatecznie do przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki przy użyciu adekwatnych narzędzi diagnostycznych. W wyniku podjętych działań pacjentka ujawniła objawy, których dotąd nie zgłaszała i które nie były wcześniej brane pod uwagę. Postawienie nowej diagnozy wiązało się z modyfikacją planu leczenia oraz wdrożeniem psychoedukacji.

14.45 - 15.30

Trudności w diagnozowaniu częściowego DID i wyzwania w psychoterapii

Celem tego wystąpienia jest podzielenie się doświadczeniami związanymi z trudnościami w procesie diagnozy i psychoterapii pacjentki, u której ostatecznie rozpoznano dysocjacyjne zaburzenie tożsamości. Dopiero właściwa ocena obrazu klinicznego umożliwiła dostosowanie leczenia do rzeczywistych potrzeb pacjentki, co okazało się kluczowym elementem w procesie jej zdrowienia.

Katarzyna Świerzko

Lekarka psychiatra, absolwentka wydziału lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Ukończyła specjalizację z psychiatrii w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. W 2021 roku ukończyła całonocne szkolenie psychoterapeutyczne w Śląskiej Szkole Psychoterapii. Pracuje w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania „Dąbrówka” oraz w gabinecie prywatnym w Rybniku.

Marta Weber

Psycholożka, absolwentka Śląskiej Szkoły Psychoterapii, w trakcie procesu uzyskiwania certyfikatu psychoterapeuty. Pracuje w Ośrodku Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania „Dąbrówka” w Gliwicach, gdzie specjalizuje się w pracy z dorosłymi pacjentami z zaburzeniami osobowości oraz konsekwencjami traumy złożonej.

15.30 - 16.15

Czy widzę to, co widzę? Dlaczego trudno uwierzyć w występowanie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości u dzieci?

Omawiany przypadek ilustruje trudności diagnostyczne i terapeutyczne, jakie niesie ze sobą praca z dzieckiem w wieku przedszkolnym po traumie złożonej. Proces psychoterapii, który przedstawię, daje nadzieję, że możliwe jest skuteczne diagnozowanie i leczenie dzieci z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości.

W 2018 roku do mojego gabinetu zgłosili się rodzice trzyletniej dziewczynki. Powodem poszukiwania przez nich pomocy były uporczywe objawy, które budziły u nich niepokój i poczucie bezradności, a także słowa dziewczynki sugerujące, że doświadczyła przemocy seksualnej i fizycznej. Po pierwszym roku leczenia, w trakcie którego wyciszyły się objawy zespołu stresu pourazowego, gdy wydawało się, że terapia zmierza ku końcowi, zaczęłam dostrzegać u pacjentki objawy mogące świadczyć o występowaniu dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. Mniej więcej w tym samym czasie jej rodzice zaczęli dzielić się spostrzeżeniami, które w znacznym stopniu pokrywały się z moimi obserwacjami. Sytuacja ta skłoniła mnie do niezwłocznego udania się na superwizję do specjalisty w dziedzinie dysocjacyjnych zaburzeń tożsamości, o którym wiedziałam dzięki wcześniejszemu zainteresowaniu problematyką traumy. Tak rozpoczęła się siedmioletnia psychoterapia dziewczynki, której efektem jest osiągnięcie wysokiego poziomu integracji części dysocjacyjnych oraz ustąpienie objawów zespołu stresu pourazowego. W wyniku leczenia pacjentka pamięta doświadczenia urazowe, które przyczyniły się do wystąpienia zaburzenia i jest w stanie rozmawiać o nich oraz o osobach, które ją skrzywdziły, bez oznak nadmiernego pobudzenia i bez nawrotu intruzywnych wspomnień. Nie występują u niej także objawy unikania. Wspomniane doświadczenia traktuje jako element swojej przeszłości i buduje na ich temat narrację, m.in. poprzez zadawanie pytań dotyczących historii swojego życia rodzicom i terapeutce. Dziewczynka ma świadomość niestandardowości swoich wczesnodziecięcych doświadczeń, co wciąż w pewnym stopniu wpływa na jej poczucie własnej wartości oraz relacje z rówieśnikami. Zagadnienia te stanowią obecny cel leczenia. Osiągnięcie opisanych rezultatów leczenia nie byłoby możliwe bez ogromnego zaangażowania rodziców pacjentki w ten proces.

15.30 - 16.15

Czy widzę to, co widzę? Dlaczego trudno uwierzyć w występowanie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości u dzieci?

Opisywany przeze mnie proces psychoterapii uświadamia, że leczenie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości nie polega jedynie na usunięciu objawów zaburzenia i przepracowaniu ich przyczyny. W proces ten wpisana jest także praca z lękiem przed zmianą oraz z poczuciem równoczesnej ulgi i straty wynikającymi z postępującej integracji części dysocjacyjnych. W toku psychoterapii stosunek dziewczynki do „głosów” ewoluował – od braku świadomości tego, czym są, przez próby zaprzeczenia ich istnieniu, odrzucenie i wrogość wobec nich, po lęk przed ich całkowitą utratą i stopniowe przełamywanie obaw przed tym, co nowe – integracją. Zrozumienie tego procesu, jego złożoności i wahań jest moim zdaniem jednym z kluczowych elementów w leczeniu dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. W przypadku leczenia dzieci i młodzieży z powyższą diagnozą niezwykle istotną kwestią jest zaangażowanie opiekunów w ten długi i wymagający proces – dużo bardziej niż ma to miejsce w przypadku innych trudności.



Ewelina Janiak-Wojdyńska

Psycholożka, psychoterapeutka, terapeutka EMDR. Ukończyła całonocny kurs psychoterapii akredytowany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne oraz szkolenia EMDR w zakresie terapii dorosłych i dzieci. Doświadczenie zawodowe zdobywała na dziennych i stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych oraz w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych. Od 2017 roku prowadzi prywatny gabinet psychoterapii, w którym przyjmuje osoby dorosłe, dzieci i młodzież. Swoją pracę terapeutyczną poddaje stałej superwizji u superwizorów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Konsultantów EMDR.

16.45 - 17.30

Wzloty i upadki w psychoterapii pacjentki z głęboką fragmentacją tożsamości

Wystąpienie poświęcone będzie wyzwaniom związanym z psychoterapią pacjentki z zaburzeniem dysocjacyjnym tożsamości (DID), u której w wyniku ciężkiej traumy rozwojowej – wieloletnich zaniedbań i przemocy od najwcześniejszych lat życia – wykształciła się głęboko pofragmentowana struktura wewnętrzna. Punktem wyjścia będzie omówienie założeń terapii fazowej w pracy z osobami z DID, ze szczególnym uwzględnieniem trudności typowych dla pierwszej fazy, obejmującej stabilizację i budowanie poczucia bezpieczeństwa. Ilustracją tego procesu będzie opis terapeutyczny pacjentki, która początkowo ujawniła jedynie kilka części dysocjacyjnych, jednak w trakcie terapii stopniowo odsłaniała się znacznie większa złożoność jej systemu wewnętrznego. Zostaną przedstawione wybrane wyzwania kliniczne, takie jak: częste sytuacje kryzysowe, wysokie ryzyko zachowań suicydalnych oraz dekompensacje w odpowiedzi na bieżące stresory życiowe. Celem wystąpienia jest refleksja nad tym, jak koncepcja fazowej psychoterapii realizuje się w sposób nieliniowy i wymaga od terapeuty ciągłego dostosowywania się do zmieniających się warunków wewnętrznych i zewnętrznych pacjentów. Wzloty i upadki bywają wyczerpujące, wymagają tolerancji dla własnej bezradności oraz niepewności, a także uczą terapeutę cierpliwości i pokory wobec pracy z tą wymagającą grupą pacjentów.

Igor Pietkiewicz



Psychoterapeuta i superwizor psychoterapii, kierownik Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją na Uniwersytecie Ignatianum w Krakowie. Ukończył dwa kompleksowe kursy psychoterapii – jeden w podejściu integratywnym, a drugi psychodynamicznym. Prowadzi praktykę terapeutyczną od 1998 roku. Od wielu lat pełni funkcję mentora, jest członkiem zarządu oraz byłym prezesem ESTD. Posiada certyfikat psychoterapeuty i superwizora Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz jest konsultantem EMDR Europe. Prowadzi praktykę prywatną w Katowicach, specjalizując się w pracy z dorosłymi pacjentami, którzy doświadczyli traumy złożonej.

Przez granice świadomości, terapia pacjentki z DID jako wspólne mapowanie wewnętrznych światów

Opisany przypadek pracy z pacjentką A., u której zdiagnozowano dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (DID), został wybrany ze względu na specyficzne trudności diagnostyczne oraz wyzwania terapeutyczne, które wynikały m.in. z fobii doświadczenia wewnętrznego. Podczas procesu diagnostycznego silny lęk przed wewnętrznymi reakcjami, unikanie uświadomienia wczesnodziecięcych traum oraz ich wpływu na życie pacjentki uniemożliwiły pełną weryfikację stopnia złożoności dysocjacji osobowości. Początkowy obraz objawów sugerował drugorzędową dysocjację strukturalną, charakterystyczną dla pacjentów ze złożonym zespołem stresu pourazowego (cPTSD) – trudności w regulacji afektu, utrwalone negatywne przekonania na własny temat, odraza i wstręt, dominujące uczucie wstydu oraz poczucie winy, a także trudności w relacjach interpersonalnych. Dopiero w miarę rozwijania relacji terapeutycznej pacjentka zaczęła ujawniać obecność części dysocjacyjnych o różnym stopniu autonomii. Złożoność objawów pozwoliła na postawienie diagnozy DID.

Opis: Pacjentka zgłosiła się na terapię z silnymi objawami depersonalizacji – odczuwaniem braku kontaktu z emocjami i odcięciem od ciała. Jako główny problem wskazała trudności w funkcjonowaniu w społeczeństwie, problemy relacyjne, silny lęk oraz poczucie wstydu. Historia życiowa ujawniła chroniczne zaniedbanie emocjonalne, przemoc oraz molestowanie. Nieadekwatność zachowania i specyficzne reakcje na niektóre bodźce wskazywały na głębszą fragmentację jej psychiki. Z czasem, u pacjentki można było zidentyfikować odrębne części osobowości. Diagnoza DID została postawiona po pogłębionej ocenie objawów i obserwacji procesów dysocjacyjnych. Początkowo proces terapeutyczny koncentrował się na identyfikacji czynników podtrzymujących dysocjację osobowości. W budowaniu relacji terapeutycznej kluczową rolę odgrywał silny lęk przed odrzuceniem przez terapeutkę, lęk przed bliskością oraz obawa przed ujawnianiem myśli i fantazji. Praca polegała głównie na rozpoznawaniu konfliktów wewnętrznych, określaniu własnych granic oraz ujawnianiu ambiwalentnych potrzeb. Dopiero tak zarysowana mapa umożliwiła eksplorację źródeł reaktywacji części emocjonalnych, a także dostosowanie strategii regulacji emocjonalnej, tolerancji pozytywnego afektu i pracy nad zasobami.

15.30 - 16.15

Przez granice świadomości, terapia pacjentki z DID jako wspólne mapowanie wewnętrznych światów

Dyskusja: Prezentowany przypadek ilustruje znaczenie dynamicznej diagnozy, rolę relacji terapeutycznej opartej na współpracy oraz konieczność uwzględnienia konfliktów wewnętrznych przy tworzeniu konceptualizacji i planu terapeutycznego. Ze względu na siłę doświadczanych fobii, kluczowe było angażowanie pacjentki oraz jej części dysocjacyjnych w podejmowanie decyzji dotyczących stosowanych technik, np. ograniczenie użycia bilateralnej stymulacji. Zastosowanie teorii dysocjacji strukturalnej oraz progresywnego podejścia EMDR umożliwiło bezpieczne prowadzenie pacjentki przez proces terapeutyczny. Kluczowe okazało się uprawomocnienie doświadczeń, rozwijanie mentalizacji, rozumienie granic i konfliktów wewnątrzpsychicznych oraz budowanie zaufania w relacji terapeutycznej. Przypadek ten podkreśla znaczenie dostosowania metod pracy do indywidualnych potrzeb pacjentów z DID oraz konieczność elastyczności, zaciekawienia i uważności w procesie terapeutycznym.



Joanna Barszczewska

Magister psychologii i filozofii, akredytowana terapeutka oraz konsultantka EMDR Europe. Kształciła się w zakresie terapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii schematów. Prowadzi prywatną praktykę psychologiczną i terapeutyczną, specjalizując się w pracy z pacjentami, którzy doświadczyli traumy złożonej. Jest aktywną członkinią EMDR Europe Practice Committee, Polskiego Towarzystwa Terapii EMDR oraz European Society for Trauma and Dissociation.