

Bożena Gulla

## RYZYSKO FAŁSZYWYCH WSPOMNIEŃ W TRAKCIE PSYCHOTERAPII I INNYCH ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOLOGICZNYCH

### THE RISK OF FALSE MEMORIES SYNDROME DURING PSYCHOTHERAPY AND OTHER PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS

Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego

**psychotherapy**  
**False Memory Syndrome**

*Autorka porusza kwestię istotną z punktu widzenia praktykujących terapeutów. „Falszywe wspomnienia” są nie tylko problemem warsztatu psychoterapeutycznego, ale także mogą stać się istotnym problemem społecznym albo problemem społecznego wizerunku psychoterapii. Lektura artykułu uświadamia nam, jak duże ryzyko etyczne i prawne niesie za sobą styk świata subiektywnych przeżyć i rzeczywistości.*

#### Summary

**Objectives:** Based on a case study, the article discusses the issue of false memories that appear during psychotherapy and other psychological interventions. The term „recovered” or „false memories” (FMS, False Memory Syndrome) is used to describe a particular phenomenon – the emergence of memories during psychotherapy that were previously unavailable to the person experiencing them. They are usually drastic in nature, such as memories of sexual abuse that the person experiencing the memory was subject to as a child, mistreatment or satanic practices involving children. False Memory Syndrome has repeatedly been the cause of court cases. The phenomenon is connected with various spontaneous modifications of memory. The author aims to show the possible psychological mechanisms that cause False Memory Syndrome, discusses how to prevent this phenomenon and how the psychotherapist should react if the Syndrome appears during psychotherapy.

**Methods:** Case study method

**Results:** The cases indicate that even when the therapist does not concentrate explicitly on the patient’s early childhood experiences, it is possible for false memories to emerge.

**Conclusions:** It seems necessary to analyze the significance of an emerging, traumatic memory in the context of a patient’s psychological problems and the current stage of psychotherapy.

#### Wprowadzenie

Niniejszy artykuł ma charakter kazuistyczny. Przedstawione przypadki stanowiąc będą ilustrację wzbudzania fałszywych wspomnień w toku psychoterapii i innych oddziaływań

psychologicznych, służącą dyskusji o postępowaniu zapobiegającym wystąpieniu zjawiska oraz sugerującą właściwą interwencję w razie jego pojawienia się. Dwa pierwsze przedstawione przypadki nie zostały w żaden sposób zweryfikowane w odniesieniu do sytuacji życiowej osób relacjonujących wspomnienia, w trzecim doszło do weryfikacji wskazującej na ich fałszywy charakter.

### Epidemiczny charakter fałszywych wspomnień

Pojęcie „odzyskanych” lub „fałszywych wspomnień” (*FMS, False Memory Syndrome*) dotyczy specyficznego zjawiska — pojawiania się w trakcie psychoterapii wspomnień z okresu dzieciństwa, wcześniej niedostępnych dla przeżywającej je osoby, a pojawiających się dopiero w wieku dorosłym pod wpływem specyficznych bodźców [1]. Najczęściej mają one drastyczny charakter — dotyczą molestowania seksualnego, którego ofiarą rzekomo padła — jako dziecko — wspominająca osoba, maltretowania lub praktyk satanistycznych. W wypadku molestowania seksualnego sprawcą we wspomnieniach jest niejednokrotnie członek rodziny. Wspomnienia te są żywe, pełne szczegółów, przekonujące, w doświadczeniu przeżywającej osoby nie różnią się jakościowo od innych jej wspomnień. Tego rodzaju wspomnienia zwykle pojawiają się w trakcie psychoterapii tzw. głębinowej [2], drażniącej wątki wczesnodziecięce. Syndrom „fałszywych wspomnień” był wielokrotnie przyczyną wnoszenia oskarżeń przeciwko podejrzanym o złe traktowanie dzieci członkom rodzin [3, 4, 5]. Próbą udowodnienia historycznej prawdy wspomnień zajmowały się sądy. Ponieważ jednak nie zawsze znajdowano „twarde dowody”, wykluczające możliwość dokonania zarzucanego przestępstwa, wiele spraw pozostało nierozstrzygniętych. W USA powstały organizacje mające na celu obronę przed syndromem fałszywych wspomnień (*False Memory Syndrome Foundation*)<sup>1</sup>, jako że zjawisko zaczęło się rozpowszechniać wręcz epidemicznie, w związku z licznymi medialnymi doniesieniami utrzymanymi w tonie sensacji. W Polsce nie nabrało ono lawinowego charakteru, jednak zdarzają się tego rodzaju wspomnienia u osób uczestniczących w procesie psychoterapii. Jasno należy podkreślić, że wspomnienia autobiograficzne, również te wcześniej niedostępne, a pojawiające się w trakcie psychoterapii i innych oddziaływań psychologicznych, zawsze mają wymiar subiektywny. Są prawdą osoby je przeżywającej, mają dla niej istotne osobiste znaczenie i ten ich wymiar jest najważniejszy dla pracy terapeutycznej. Nie muszą one być fotograficznym odzwierciedleniem rzeczywistych zdarzeń. Jednak — gdy nabierają wymiaru prawnego, wówczas to, czy są oparte na faktach, czy też je istotnie zniekształcają, staje się elementem kluczowym dla ewentualnego oskarżenia. Dlatego warto analizować zjawisko w różnych jego odsłonach, próbując zrozumieć mechanizmy i funkcje wzbudzanych wspomnień.

### Mechanizmy psychologiczne fałszywych wspomnień

Syndrom fałszywych wspomnień nasuwa wątpliwości w warstwie merytorycznej, a co za tym idzie, lingwistycznej. Wyniki badań nie są jednoznaczne. Pojawiają się dwie wersje nazwy — a zarazem dwa podejścia do omawianego zjawiska [6]. Należy założyć,

<sup>1</sup> <http://www.fmsfonline.org>, <http://www.bfms.org.uk/>, data dostępu 3.08.2015 r.

że możliwe są obie koncepcje, a także koncepcja mieszana — współlistnienia działania mechanizmów obronnych i dodatkowych zniekształceń materiału pamięciowego.

O **odzyskanych** wspomnieniach mówią ci specjaliści, którzy ich wyłonienie się w trakcie psychoterapii przypisują ustąpieniu mechanizmów represyjnych oraz dysocjacyjnych, powodujących wyparcie i odizolowanie bolesnych, traumatycznych doświadczeń. Przedstawicielką takiego podejścia jest Renee Frederickson [6]. Jej ujęcie zakłada, że do wykorzystania w dzieciństwie doszło, lecz skutek lęku dziecko uruchomiło masywne mechanizmy obronne, dlatego w wieku dorosłym nie pamięta tych zdarzeń. Jeśli sprawcą jest osoba bliska dziecku, znajduje się ono w konflikcie emocjonalnym i konflikcie lojalności, co tym bardziej sprzyja wypieraniu doświadczeń i dysocjacyjnemu rozszczepieniu. Zgodnie z tym podejściem, psychoterapia prowadzi do wglądu, a bezpieczna atmosfera terapeutyczna umożliwia powrót do dziecięcych doświadczeń, odzyskanie wspomnień i przepracowanie traumy.

O **fałszywych** wspomnieniach mówią natomiast ci badacze, którzy zakładają, że wykorzystanie dziecka nie miało miejsca, a pojawienie się wspomnienia w trakcie psychoterapii jest skutkiem złożonych mechanizmów psychologicznych, których istnienia można dowieść eksperymentalnie. To stanowisko reprezentuje Elizabeth Loftus [7]. Zarówno ona, jak i inni badacze udowodnili, że udaje się wzbudzić (zaimplantować) fałszywe wspomnienia autobiograficzne szczególnie wówczas, gdy poddanej eksperymentowi osobie przedstawi się świadectwo bliskich jej osób [7] lub wizualizacje i fotografie z okresu dzieciństwa [8, 9]. Liczne eksperymenty wskazały na możliwość zamierzonego indukowania fałszywych wspomnień [10, 11, por. 12, 13]. Ich pojawienie się łatwiej uzyskać eksperymentalnie w odniesieniu do zdarzeń silnie nasyconych emocjami, zwłaszcza negatywnymi, niż neutralnych [14, 15]. Jeśli zostanie przyjęta koncepcja „fałszywych”, a nie „odzyskanych” wspomnień, należy się skupić na generatywnym, procesualnym charakterze pamięci.

Fenomen fałszywych wspomnień wiąże się z różnorodnymi, samoistnymi modyfikacjami materiału pamięciowego. Syntetycznie wyjaśniając mechanizmy psychologiczne zjawiska, należy odwołać się do kilku teorii. Trzeba jednak przyznać, że nadal brakuje jednoznacznej koncepcji wyjaśniającej FMS oraz kryteriów różnicujących je w stosunku do wspomnień rzeczywistych zdarzeń i chociaż niektórzy badacze wskazują na pewne różnice, jak rejestracja wspomnienia z pozycji obserwatora, mniejsza ilość szczegółów, zwłaszcza sensorycznych, gorsza lokalizacja czasowo-przestrzenna, mniejsza ilość słów w opisie zdarzenia, to jednak największe nadzieje łączy się z neuronauką, neuroobrazowaniem i badaniem elektrofizjologicznej aktywności mózgu [16, 17].

- Wprowadzenie **elementów sugestii** sprzyja **efektowi dezinformacji**, prowadząc do włączenia fałszywych przesłanek zawartych w pytaniach, wbudowania ich w relację o zdarzeniu i traktowania jako jego integralnego elementu. Również podanie błędnych informacji po zdarzeniu może prowadzić do zniekształcenia wspomnień. Im dłuższy czas upłynął od zdarzenia i im bardziej wiarygodne jest źródło dezinformacji, tym bardziej prawdopodobny jest uzyskany efekt. Przed uleganiem dezinformującym komunikatom może chronić rozgrzanie poznawcze [18], ostrzeżenie [19], a także wzmocniona autoafirmacja [20].

- Efekt dezinformacji najlepiej wyjaśnia **błąd kontroli źródła** [21]. Polega on na tym, że osoba przypominająca sobie zdarzenie, myli dane pochodzące z różnych źródeł — z rzeczywistego przeżycia, opowieści o zdarzeniu, fantazji, wyobrażeń, snów, informacji medialnych i wielu innych. Nie jest świadoma tego, że relacjonowany przez nią opis zdarzenia niekoniecznie pochodzi z obserwacji i uczestnictwa w zdarzeniu, jest przekonana, że trafnie opisuje przeszłą sytuację.
- **Teoria rozmytego śladu** [22] zakłada, że zdarzenia są zapamiętywane niejako „dwutorowo” — jednocześnie zapamiętywana jest „istota rzeczy”, samo pojęcie (ścieżka *gist trace*) i wersja dosłowna, pełna szczegółów (*verbatim trace*). Wraz z upływem czasu szczegóły zacierają się w pamięci, a przy odpamiętywaniu zdarzenia z przeszłości „istota rzeczy” uzupełniana jest o szczegóły pochodzące z niedawnych, podobnych tematycznie, doświadczeń. Tego procesu osoba odtwarzająca wspomnienie również nie jest świadoma.
- Kolejna mówi o **błędzie połączenia** — „błędnym łączeniu skrawków” prawdziwych wspomnień i zdarzeń w nieprawdziwą całość [16]. Każdy element wspomnienia dotyczy zdarzeń, które faktycznie miały miejsce, jednak błędnie połączone tworzą konstelacje, nieodpowiadające rzeczywistości. W ten sposób powstała całość może mieć zupełnie inny wydźwięk i znaczenie niż poszczególne jej fragmenty. Osoba przywołująca wspomnienie jest przekonana, że pojawiająca się konfiguracja jest dokładnym odzwierciedleniem zdarzenia z przeszłości.
- **Korzystanie z wiedzy ogólnej, informacji skryptowych i schematowych** może spowodować zakotwiczenie wspomnienia w zbudowanym na bazie indywidualnego doświadczenia życiowego schemacie poznawczym lub skrypcie sytuacji [23, s. 245]. Przeświadczenie, iż wszelkie problemy dorosłych ludzi pochodzą z wczesnego dzieciństwa (powstałe wskutek uproszczonego rozumienia koncepcji psychologicznych), skutkować może poszukiwaniem takich doświadczeń we własnej przeszłości i traktowaniem ich jako oczywistego źródła własnych problemów. Medialne, sensacyjne przekazy dotyczące krzywdzenia dzieci, mogą budować u odbiorców schematy poznawcze dotyczące zagrożeń czyhających na dziecko w rodzinie i odnoszenie tego do własnego dzieciństwa. Podobnie możliwy jest wpływ **procesów atrybucyjnych** — fałszywe wspomnienie może być efektem przypisywania złej woli i winy danej osobie, co wynika z uogólnionej postawy względem niej, a nie z wyszukiwania w pamięci [1, s. 200].
- **Generatywny charakter pamięci** sprzyja uzupełnianiu luk w zapamiętanym materiale i powoduje tendencję do „domykania postaci” (*Gestalt*). W wypadku choroby somatycznej czy problemów psychologicznych naturalne jest zadawanie sobie pytania o przyczyny zachorowania i źródło trudności. Znalezienie wyjaśnienia, nawet niekoniecznie prawdziwego, czyni cierpienie łatwiejszym do zniesienia, pozwala również zamknąć przeszłość, pogodzić się z sytuacją i rozpocząć nowy rozdział życia.
- Wszystkie opisane powyżej mechanizmy mają charakter **nieświadomy** i nie są intencjonalnym zniekształcaniem w celu manipulowania odbiorcą czy uzyskania jakichkolwiek korzyści.

Poniżej zostaną zaprezentowane trzy kazusy, związane z różnym charakterem pracy psychologa — psychoterapią (Przypadek 1), pracą o charakterze wsparcia i pomocy psychologicznej (Przypadek 2) i pracą w grupie treningowej (Przypadek 3). Tylko w ostatnim z nich wspominająca kobieta podjęła próbę weryfikacji, pozostałe nie były w żaden sposób sprawdzone, dlatego o tym, czy były „odzyskane” czy „fałszywe”, nie można się wypowiedzieć, widać jednak wyraźnie ich wagę i znaczenie dla osoby je przeżywającej.

## Kazuistyka<sup>2</sup>

### Przypadek 1

*Do Poradni Zdrowia Psychicznego zgłosił się dwudziestopięcioletek, skarżąc się na poczucie nieadekwatności, niedopasowania, obniżony nastrój, trudności w związkach oraz brak osiągnięć i porzucanie rozpoczętych działań. Wcześniej podejmował kilkakrotnie psychoterapię o charakterze ambulatoryjnym, którą przerywał, bo, jak twierdził, nie widział poprawy. Odbył pełny cykl leczenia w placówce psychoterapeutycznej (terapia grupowa łączona z sesjami indywidualnymi). Ponieważ po zakończeniu leczenia nadal odczuwał pewne trudności, postanowił kontynuować leczenie ambulatoryjnie, kilkakrotnie zmieniając terapeutę. Obecnie, jako swój najważniejszy problem, wskazywał własne funkcjonowanie w relacjach z kobietami — starał się spełniać, a nawet wyprzedzać ich oczekiwania, niczego nie żądając w zamian. Określał siebie jako „dawcę”. Czuł jednak, że chciałby otrzymywać troskę, czułość, przejawy serdeczności i opiekę ze strony kolejnych dziewczyn. Niezaspokojenie ukrywanych potrzeb prowadziło do zrywania relacji bez wyjaśnienia przyczyn. Niepowodzenia w związkach, brak sukcesów w edukacji, trudności ze znalezieniem pracy były głównymi werbalizowanymi problemami w kolejnej relacji terapeutycznej.*

*Klient próbował sobie na różne sposoby wyjaśniać przyczyny nieustannego poczucia niezadowolenia i nieszczęśliwości. Liczne kontakty z psychologami oraz znajomość literatury psychologicznej (głównie dzieł Karen Horney) doprowadziły do intelektualnej interpretacji trudności i stworzenia własnej koncepcji genezy swoich psychologicznych problemów. Intelktualizacja przejawiała się w próbach podejmowania dyskusji z kolejnym terapeutą (kobietą), cytowania literatury, racjonalizowania przeżyć. Znacząco natomiast utrudniała koncentrację na przeżyciach w relacji terapeutycznej i na doświadczeniach. Terapeutka zmierzała do skupienia uwagi w trakcie psychoterapii na „tu i teraz” i nie podejmowała intelektualnych dyskusji, starając się ostrożnie — jako że były to początki podjętej terapii — wskazywać na ucieczkowy i obronny charakter racjonalizowania problemów. W tej sytuacji na kolejne spotkanie klient zgłosił się z nowym, „sensacyjnym” wspomnieniem. Pomiędzy sesjami przypominał sobie mianowicie kilka wydarzeń, które — według niego — mogły stanowić źródło jego trudności psychologicznych.*

*Gdy był małym dzieckiem, mieszkał w domu wielopokoleniowym — gdy ojciec wychodził do pracy, opiekę nad nim sprawowały same kobiety — matka, babcia, ciocia i jej nastoletnia córka. Wspomnienia klienta dotyczyły czynności toaletowych — treningu używania nocnika, kąpeli w dziecięcej wanience. Jak stwierdził, przypominał sobie, że*

<sup>2</sup> Dane umożliwiające identyfikację osób zostały usunięte lub zmienione.

w tych sytuacjach uczestniczyły wszystkie kobiety będące w domu, głównie po to, aby oglądać i dotykać jego narządów płciowych, wyśmiewać się z ich niepozornej, dziecięcej wielkości, komentować szanse na męską potencję w przyszłości. Po kąpeli, a przed zaśnięciem, kobiety, szczególnie matka, wymyślały takie zabawy, które umożliwiały drażnienie jego genitaliów. Te sytuacje, jego zdaniem, stały się podstawą jego zaburzonej relacji z matką i z kobietami w ogóle, braku zaufania do ludzi, braku podstawowego poczucia bezpieczeństwa. Wspomnienia, które przytoczył, nie pojawiły się wcześniej, jak twierdził były dla niego niedostępne. Klient zaś w trakcie sesji był głęboko przekonany o ich prawdziwości. W sposób jednoznaczny wskazywał na winę matki i innych kobiet z rodziny, które — jego zdaniem — swymi niewłaściwymi postawami i zachowaniami doprowadziły do jego trudności psychicznych, za które są odpowiedzialne. Wobec kobiet w rodzinie ujawniał silnie ambiwalentny, chwilami wręcz wrogi, stosunek.

### Komentarz

Analizując powyższy przypadek trzeba wziąć pod uwagę dwa jego aspekty. Pierwszy z nich dotyczy przeniesienia uczuć agresywnych i seksualnych z okresu edypalnego na aktualną relację z matką i innymi kobietami w rodzinie, a zarazem wskazuje na potrzebę zyskania ich akceptacji i spełnienia oczekiwań. Te ambiwalentne uczucia z kolei rzutują na relacje klienta z kobietami. Wyjaśnienie obecnych niepowodzeń w związkach znajduje — w jego odczuciu — przyczynę w przypisywanych matce i innym kobietom w rodzinie przeszłym impulsom seksualnym i agresywnym (mechanizm projekcji własnych uczuć), będącym przyczyną opisywanych we wspomnieniu zachowaniach kobiet.

Drugi ważny aspekt dotyczy przebiegu relacji terapeutycznej. Trudności klienta w koncentracji na doznawaniu „tu i teraz” i przeżywaniu uczuć podczas terapii prowadzące do intelektualizacji i jedynie poznawczego opracowywania własnych problemów, nie znalazły odzewu u terapeutki, która owej intelektualnej dyskusji nie podjęła. Stąd być może potrzeba zwrócenia /przyciągnięcia uwagi terapeutki, zaistnienia, upewnienia się co do znajdowania się w centrum jej uwagi, co mogło — w połączeniu z odczytaniem w literaturze psychologicznej — wygenerować dramatyczne wspomnienia. Klient — w relacjach z kobietami „dawca” — mógł również próbować usatysfakcjonować psychologa kobietę dziecinną traumą, w jego przekonaniu oczekiwaną i spodziewaną w terapii. Terapeutka mogła także wyzwolić przeniesieniowe, ambiwalentne uczucia pacjenta, podobne do przeżywanych w relacji z matką, w której erotyczne wątki były związane z konfliktem edypalnym. Stąd pojawienie się opowieści o „złych” kobietach i matkach, będące pośrednim przypisywaniem także terapeutce — „złych” skłonności. Terapeutka, pracująca w orientacji psychodynamicznej, w dalszej pracy skupiła się na dynamice procesów przeniesieniowych, które zostały zasygnalizowane przez wzbudzone wspomnienie, zmierzając do uzyskania przez klienta wglądu w złożone uczucia pochodzące z wczesnego dzieciństwa i ich przepracowania.

### Przypadek 2

65-letnia kobieta z rozpoznaniem organicznych zaburzeń afektywnych, utrzymywała z psychologiem kontakt o charakterze podtrzymującym. Spotkania były również poświęcone ćwiczeniom pamięciowym i aktywizacji funkcji poznawczych pacjentki. W rozmowach

*klientka z tendencjami do ruminacji, nieustannie porównywała swoją sytuację z sytuacjami życiowymi znanych jej osób w podobnym wieku, będąc przekonana, że jej stan zdrowia, warunki mieszkaniowe i finansowe są znacząco gorsze. Z dużą labilnością emocjonalną zadawała pytania, dlaczego to właśnie jej tak się źle układa, a innym dobrze. Na kolejne spotkanie przyszła z informacją, że poprzedniego wieczoru obejrzała w telewizji film o dziewczynkach molestowanych przez ojców i wówczas przypomniała sobie, że w jej dzieciństwie zapewne też doszło do molestowania. Opowiedziała, że dotyczyło to sytuacji, gdy jako kilkuletnia dziewczynka leżała już w łóżku w swoim pokoju przy zgaszonym świetle, a wtedy uchyliły się drzwi i przez szparę — oświetloną lampą z drugiego pokoju — zobaczyła zaglądnącego ojca, z twarzą wykrzywioną złością. Dodała, że ojciec „na pewno chciał ją molestować, ale nie mógł, bo w drugim pokoju była mama i dlatego był zły”. Nie dopuszczała innych interpretacji tej sytuacji. Zapowiedziała, że na pewno jeszcze przypomni sobie więcej takich zdarzeń z dzieciństwa oraz więcej szczegółów. Uznała, że te wspomnienia wyjaśniają jej poczucie krzywdy, nieudane życie, depresję i inne trudności. Opierała się na telewizyjnych informacjach o tym, że molestowane dziewczynki w wieku dorosłym były nieszczęśliwymi kobietami.*

#### Komentarz

Dla wyjaśnienia zjawiska konieczne jest uwzględnienie — podkreślane często w pracach dotyczących FMS — wpływu sensacyjnych doniesień medialnych na rozpowszechnianie się fałszywych wspomnień. W przypadku tej klientki to program telewizyjny zainicjował proces przypominania podobnych do przedstawianych w nim doświadczeń. Jej trudności poznawcze mogły spowodować wybiórczy, selektywny sposób odbioru materiału telewizyjnego. Kolejny wątek to towarzyszące klientce stale, w formie ruminacji, pytanie o przyczyny jej nieustannego poczucia nieszczęśliwości i niepowodzeń życiowych oraz potrzeba, by uzyskać satysfakcjonujące, całościowe ich wyjaśnienie. Taką właśnie funkcję spełnić mogła wspomniana dziecięca trauma. Interesujący jest także proces formowania się wspomnień — klientka nie przytoczyła wspomnień dotyczących wykorzystania seksualnego, jednak zapowiedziała, „że sobie przypomni”, tak silne było jej przekonanie, że do wykorzystania musiało dojść. Nadała też zgodną z przeświadczeniem interpretację elementom, które we wspomnieniu się pojawiły. Trzeba dodać, że u klientki z zaburzeniami afektywnymi na podłożu organicznym leczenie (farmakoterapia, wsparcie psychologiczne, ćwiczenia pamięci) nie mogło przynieść pełnej poprawy stanu psychicznego.

#### Przypadek 3

*Następny przypadek fałszywych wspomnień został zweryfikowany w stosunku do rzeczywistych warunków. W trakcie muzykoterapii, w której uczestniczyła około 50-letnia kobieta, została podana instrukcja stopniowego cofania się w czasie, aż do pierwszych, najwcześniejszych wspomnień. Radosny charakter towarzyszącej muzyki implikował przyjemny charakter reminiscencji. W przeżywaniu opisywanej osoby pojawiło się wspomnienie z domu rodzinnego. Ona sama była małym dzieckiem, leżącym w łóżeczku dziecięcym i radośnie gaworzącym. Na dziecko spoglądała co chwila przez otwarte drzwi matka prasująca bieliznę w kuchni. We wspomnieniu pojawił się wracający z pracy ojciec,*

*który wszedł, ucałował matkę, umył ręce w zlewie kuchennym, a następnie z uśmiechem podszedł i pochylił się nad dzieckiem. Całość miała wręcz sielankowy, radosny charakter; równocześnie bardzo realistyczny i wiarygodny. Osoba przeżywająca te wspomnienia postanowiła zapytać o nie rodziców. Okazało się, że układ mieszkania, który pojawił się we wspomnieniu, odzwierciedlał dokładnie plan mieszkania babci w odległym mieście, do której po raz pierwszy rodzina wybrała się z córką dopiero, gdy była ona w wieku szkolnym, zupełnie zaś nie odpowiadał planowi mieszkania, w którym mieszkali, gdy była młodsza. Z kolei łóżeczko dzieciinne, we wspomnieniu zbudowane z białych drewnianych prętów, w rzeczywistości w dzieciństwie osoby przeżywającej wspomnienie było zrobione z białej siatki. Natomiast łóżeczko z drewnianych prętów w naturalnym kolorze należało do dziecka kobiety przeżywającej to wspomnienie. Tak więc co najmniej dwa elementy wspomnienia po poddaniu ich weryfikacji okazały się fałszywe, chociaż złożone z prawdziwych elementów, tworzących jednak — jak w kalejdoskopie — nieprawdziwą całość.*

#### Komentarz

Kazus odnosi się do wcześniej zasygnalizowanej większej łatwości wzbudzania wspomnień nasyconych negatywnymi emocjami [14, 15]. Tu jednak widać ogromne znaczenie instrukcji, która przywołała pogodne, radosne wspomnienie. Weryfikacja wspomnienia przez osobę doświadczającą wskazuje na obecność co najmniej trzech mechanizmów psychologicznych. Pierwszy z nich dotyczy sugestywnego wpływu instrukcji i nastroju wzbudzanego przez radosną muzykę. Drugi to „błędne łączenie skrawków” wspomnień — twarzy młodych rodziców, znanych ze zdjęć rodzinnych, z planem mieszkania poznanego kilka lat później, połączenie elementów składających się na konstrukcję dziecięcego łóżeczka (kolor, tworzywo). Trzeci to teoria rozmytego śladu. Osoba wspominająca nie mogła pamiętać planu mieszkania z okresu, gdy miała rok — półtora, ani wyglądu łóżeczka z tego okresu, gdyż najwcześniejsze wspomnienia zwykle dotyczą wieku starszego (minimum 2–3 lata). Stąd uzupełnienie „istoty rzeczy” (niemowlę w łóżeczku w pokoju) szczegółami bliższymi w czasie (znany plan mieszkania babci, kolor i konstrukcja łóżeczka jej dziecka). Można dopatrywać się także wpływu znanych przeżywającej schematów poznawczych (ojciec pracuje, matka wykonuje prace domowe i zerka na dziecko) oraz opowieści rodzinnych (matka opowiadała o modzie na „szpitalny” wystrój pokoju dziecka — stąd biały kolor łóżeczka i mycie rąk ojca przed podejściem do łóżeczka córki).

#### **Mechanizmy związane z procesem psychoterapii**

Przytoczone kazusy wskazują, że nawet wówczas, gdy psychoterapeuta nie koncentruje się wyraźnie na wczesnodziecięcych doświadczeniach klienta, możliwe jest pojawienie się fałszywych wspomnień. Stąd konieczność ogromnej ostrożności i przygotowania terapeuty na ewentualność ich wzbudzenia. Nie jest on śledczym, który mógłby — i powinien — weryfikować wspomnienia dotyczące wykorzystania dorosłej osoby w dzieciństwie. To zupełnie inna sytuacja niż ta, gdy w trakcie terapii podejrzewa on aktualne złe traktowanie dziecka, bo wówczas musi reagować, aby je chronić. Natomiast w przypadku fałszywych wspomnień nie ma bieżącego zagrożenia, a dochodzenie



dotyczące obiektywnej prawdy wydarzeń sprzed kilkunastu czy nawet kilkudziesięciu lat nie jest zadaniem terapeuty.

Wydaje się natomiast konieczne przeanalizowanie znaczenia pojawiającego się, traumatycznego wspomnienia, w kontekście problematyki psychologicznej klienta i aktualnego etapu jego psychoterapii. FMS może bowiem pełnić liczne funkcje, jak wzbudzenie zainteresowania i koncentracji uwagi terapeuty na kliencie, spełnienie wyobrażonych przez klienta oczekiwań terapeuty dotyczących dziecięcych przyczyn zaburzenia, uzyskanie przez klienta wyjaśnienia własnych problemów i ich domknięcia.

Na postawie przedstawionego materiału trudno rozstrzygnąć, czy wzbudzone wspomnienia są po masowym wyparciu odzyskane dzięki psychoterapii czy też są efektem zniekształceń procesów pamięciowych. Wydaje się, że możliwe są obie wersje, a także równoczesne działanie mechanizmów obronnych i nieświadomych procesów zniekształceń pamięciowych. Łatwiej oba procesy rozdzielić w warunkach laboratoryjnych (eksperymenty Loftus) niż klinicznych. Wzbudzone wspomnienia są zawsze ważne dla przeżywającej je osoby, są jej subiektywną prawdą, wyrażają jej bolesne emocje i mogą stanowić próbę przystosowania, gdyż pomagają wyjaśnić jej trudności psychologiczne i obwinień innych ich wystąpieniem. W pracy psychoterapeutycznej należy zatem skupić się na ich znaczeniu, a nie na ich prawdzie historycznej, gdyż nie tylko konsekwencje sądowe, ale także utrwalenie przekonań o doznanej krzywdzie może szkodzić rozwojowi i równowadze psychicznej klienta.

### Implikacje i wnioski

Świadomość ryzyka pojawienia się traumatycznych wspomnień o niewiadomej prawdziwości historycznej, mogących być podstawą procesów sądowych, winna towarzyszyć psychoterapii i innym oddziaływaniom psychologicznym. Aby uniknąć ich pojawienia się, warto przewidywać skutki oddziaływań o charakterze sugestywnym i stosować je bardzo ostrożnie. Szczególnie w wypadku hipnozy można mniemać, że szczególna relacja i silna koncentracja na osobie hipnotyzera może sprzyjać pojawieniu się — w wypadku cofania się w przeszłość — trudnych do weryfikacji wspomnień, które mogą mieć znaczący udział w konstruowaniu autonarracji i budowaniu własnej tożsamości klienta. Zapobieganie może jednak nie być skuteczne, stąd do psychoterapeuty należy decyzja, jak zareagować na pojawiające się wspomnienia. Mogą one być cennym materiałem w procesie psychoterapii, mogą wskazywać na wiele potrzeb i nieświadomych mechanizmów psychologicznych, mogą jednak, gdy są drastyczne i na ich podstawie zostaną podjęte kroki prawne, niszczyć rodziny i nie sprzyjać poprawie stanu psychicznego osoby je przeżywającej. Ponieważ temat jest trudny i kontrowersyjny, wydaje się, że warto o nim dyskutować oraz dzielić się kazuistyką. Należy również upowszechniać i wykorzystywać wiedzę o mechanizmach chroniących przed uleganiem wpływowi dezinformacji. Na świecie istnieją instrukcje dla psychologów, które mogą zmniejszyć ryzyko skutków pojawienia się fałszywych wspomnień [24], warto je zatem upowszechnić w języku polskim. Instrukcje wskazują, iż zawsze trzeba traktować klienta z szacunkiem, a to, o czym mówi, z powagą, jednak nie wyciągać pochopnych wniosków na temat prawdy historycznej owych wspomnień i w żadnym wypadku nie narzucać klientowi własnej interpretacji przeszłych wydarzeń.

Co więcej, obowiązkiem psychologa jest dokładne rozważenie wraz z klientem kroków — i ich konsekwencji — jakie wskutek pojawiających się wspomnień chciałby podjąć.

Odrębnym zagadnieniem jest opiniowanie psychologiczno-sądowe w przypadkach wspomnień o wykorzystaniu w dzieciństwie, które były wcześniej niedostępne, pojawiły się w toku psychoterapii i doprowadziły do sprawy sądowej. Odpowiedź na pytanie organów procesowych wymaga doskonałej znajomości mechanizmów pamięciowych powstawania fałszywych wspomnień oraz mechanizmów związanych z procesem psychoterapii, w której FMS mogą pełnić swoiste funkcje. Zarówno psychologowie, jak i prawnicy muszą być świadomi ich epidemicznego charakteru, a w wyjaśnianiu konkretnych przypadków konieczna jest interdyscyplinarna współpraca.

### Piśmiennictwo

1. Memon A. Odzyskane wspomnienia — problemy psychologiczne i kwestie prawne. W: Memon A, Vrij A, Bull R. Prawo i psychologia Gdańsk: GWP; 2003, s. 180–208.
2. Kratochvil S. Psychoterapia. Kierunki — metody — badania. Warszawa: PZWL; 1991.
3. Gujska B. Molestowanie pamięci. Warszawa: Fronda; 2006.
4. Loftus EF. The myth of repressed memory and the reality of sciences. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 1996; 3(4): 356–362.
5. Loftus EF. The reality of repressed memories. *Am. Psychol.* 1993; 48 (5): 518–537.
6. Farrants J. The ‘false memory’ debate: A critical review of the research on recovered memories of child sexual abuse. *Couns. Psychol. Quarterly* 1998; 11, 3: 229–238.
7. Loftus EF, Pickrell JE. The formation of false memories. *Psychiat. Ann.* 1995; 25, 12: 720–725.
8. Wade KA, Garry M, Read JD, Lindsay DS. A picture is worth a thousand lies: Using false photographs to create false childhood memories. *Psychon. B. Rev.* 2002; 9, 3: 597–603.
9. Lindsay DS, Hagen L, Read JD, Wade KA, Garry M. True photographs and false memories. *Psychol. Sci.* 2004; 15, 3: 149–154.
10. Laney C, Loftus EF. Traumatic memories are not necessarily accurate memories. *Can. J. Psychiat.* 2005; 50, 13: 823–828.
11. Laney C, Loftus EF. Recent advances in false memory syndrome. *S. Afr. J. Psychol.* 2013; 43(2): 137–146.
12. Niedźwieńska A. Poznawcze mechanizmy zniekształceń w pamięci zdarzeń. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2004.
13. Gulla B, Tucholska K. „Odzyskane” wspomnienia — kwestie psychologiczne, etyczne i prawne. W: Gulla B, Wysocka-Pleczyk M, red. Dziecko jako ofiara przemocy. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2009, s. 199–216.
14. Otgaar H, Candel I, Merckelbach H. Children’s false memories: easier to elicit for a negative than for a neutral event. *Acta Psychol.* 2008, 128, 2: 350–354.
15. Howe ML, Candel I, Otgaar H, Malone C, Wimmer MC. Valence and the development of immediate and long-term false memory illusions. *Memory*, 2010; 18 (1): 58–75.
16. Bernstein DM, Loftus EF. How to tell if a particular memory is true or false? *Perspect. Psychol. Sci.* 2009; 4, 4: 370–374.
17. Sederberg PB, Schulze-Bonhage A, Madsen JR, Bromfield EB, Litt B, Brandt A, Kahana MJ. Gamma oscillations distinguish true from false memories. *Psychol. Sci.* 2007; 18,11: 927–932.

18. Szpitalak M, Polczyk R. Efekt rozgrzania poznawczego a podatność na dezinformację. *Psychol. Społ.* 2011; 6, 3 (18): 218–225.
19. Szpitalak M, Polczyk R. Czy ostrzeżenie jest skuteczną metodą redukowania efektu dezinformacji? W: Szpitalak M, Kasperek K. *Psychologia sądowa. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wyd. UJ, 2014, s. 194–203.
20. Szpitalak M, Dukąła K, Polczyk R. Rola wzmocnionej autoafirmacji i wzmocnionego niepowodzenia w redukowaniu efektu dezinformacji. *Rocz. Psychol.* 2013; XVI, 2: 235–248.
21. Johnson MK, Hashtroudi S, Lindsay DS. Source monitoring. *Psychol. Bull.* 1993; 114, 1: 3–28.
22. Brainerd CJ, Reyna VF. Fuzzy–trace theory and cognitive triage in memory development. *Develop. Psychol.* 1991; 27, 3: 351–369.
23. Bull R. Uzyskiwanie informacji od dziecka występującego w roli świadka. W: Memon A, Vrij A, Bull R. *Prawo i psychologia*. Gdańsk: GWP, 2003, s. 231–255.
24. Guidelines for psychologists working with clients in contexts in which issues related to recovered memories may arise, [http://www.bfms.org.uk/Text\\_Assets/BPS%20Guidelines.pdf](http://www.bfms.org.uk/Text_Assets/BPS%20Guidelines.pdf), data dostępu 7. 08. 2015 r.

Adres: bozena.gulla@uj.edu.pl