

Przerwanie ciągłości tożsamości u pacjentów wybudzonych z długotrwałej śpiączki

Aleksandra Błachnio

Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Wprowadzenie

Człowiek, choć jak się często podkreśla jest istotą społeczną, to jednak w pełni się realizuje przez odkrywanie i rozwój własnej odrębności i indywidualności (Obuchowski 2000). Możliwe jest to jedynie przy ukształtowanej i stabilnej tożsamości. Jak rozumieć ów fundamentalny dla życia jednostki konstrukt? W zależności od przyjmowanej perspektywy wyróżnia się tożsamość fizyczną, prawną, socjologiczną, teologiczną i psychologiczną człowieka (Grochmal-Bach i Pąchalska 2004). Często kategorie te nie są w swej naturze homogeniczne, bowiem zawierają w sobie dalsze subkategorie. Przykładowo, na gruncie psychologii, uznawaną powszechnie jest dychotomia na tożsamość osobistą i społeczną (Stephan i Stephan 1999). Przy tym nie w pełni precyzyjnie rozróżnia się w treści i zakresie pojęcia, które będąc jakościowo odrębne nachodzą na siebie w płaszczyźnie funkcjonalnej; mowa tu o „tożsamości”, „osobowości” i „świadomości” (Pąchalska 2003). Ze względu na profil niniejszej pracy, tylko ostatnia kategoria – tożsamość psychologiczna – będzie przedmiotem dalszych rozważań.

Każdy z nas, by móc prawidłowo się rozwijać i efektywnie funkcjonować, musi umieć sformułować odpowiedź na dwa fundamentalne pytania: *Kim jestem?* oraz *Kim chcę zostać w przyszłości?* Badania pokazują, że treści, które człowiek uwzględni w swych odpowiedziach, są różne w kolejnych etapach ontogenezy. W wieku około dwóch lat kształtuje się pojęcie *Ja*, na które składają się konkretne cechy związane z wyglądem, czy stanem posiadania (Pąchalska i MacQueen 2002). Wraz z dojrzewaniem w toku

kumulowania jednostkowego doświadczenia, człowiek uczy się refleksyjnej samoobserwacji i uwrażliwia na relatywizm wynikający z kontekstu sytuacyjnego. Pojęcie *Ja* wzbogaca się tym samym o własności psychiczne z płaszczyzn: emocjonalnej, motywacyjnej i aksjologicznej oraz społeczne czyli informacje zdobywane o sobie samym w różnych układach interpersonalnych (por. Aronson i wsp. 1997).

Nabywszy umiejętność „zdefiniowania” samego siebie, człowiek staje przed kolejnym wyzwaniem uczynienia konstruktu *Ja* dynamicznym poprzez umiejscowienie go w czasie (Brown 2005). Służy temu poszukiwanie odpowiedzi na drugie z powyżej przytoczonych pytań. Umiejętność ta jest niezbędna by nadać kierunek i tempo zmian rozwojowych jednostki. Zarazem dowodzi, że tożsamość człowieka ma charakter procesualny, obejmujący trzy interwały czasu psychologicznego: przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. *Ja* przeszłe stanowi rezerwuar jednostkowego doświadczenia, które pozwala wprowadzać zmiany w *Ja* teraźniejszym w celu urzeczywistnienia pożądanego *Ja* przyszłego. Jakiegokolwiek dysfunkcje w doświadczaniu kompletnej perspektywy czasu nie pozostają bez wpływu na poczucie tożsamości człowieka.

Jak podaje Pąchalska (2003), prowadzone badania naukowe i praktyka kliniczna dowiodły, że prawidłowa tożsamość jednostki w obu aspektach: strukturalnym i funkcjonalnym, spełnia każdy z poniższych warunków:

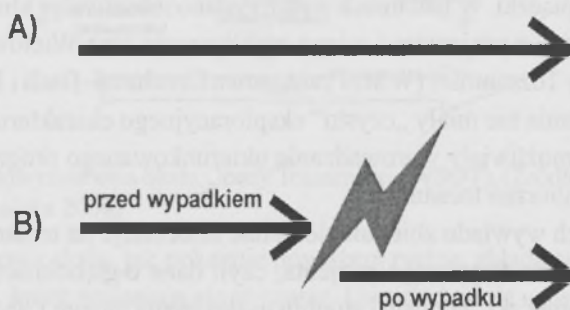
- *jest spójna*, czyli człowiek ma poczucie, że pomimo wewnętrznej złożoności i wielorakości ma stabilne *Ja*,
- *stanowi jedność*, co oznacza, że w ciele jest jedno *Ja*, choć tak różnorodne i zmienne,
- *zachowuje ciągłość*, co oznacza, że od urodzenia aż do śmierci, pomimo przeżywanych „metamorfoz” zachowane jest poczucie kontynuacji *Ja*.

Inaczej sytuacja wygląda u osób po ciężkim urazie mózgu, których udało się wybudzić z długotrwałej śpiączki.

Zaburzenia ciągłości tożsamości

Obserwacje kliniczne dowodzą, iż zaburzenia tożsamości często występują u pacjentów wybudzonych z długotrwałej śpiączki. Są to najczęściej osoby po ciężkich urazach mózgu. Zbierane wywiady potwierdzają tezę, iż

traumatyczne zdarzenie – najczęściej wypadek samochodowy, pobicie – a następnie długotrwały stan obniżonej świadomości (za jaki uważa się śpiączkę) często powodują przerwanie ciągłości tożsamości pacjentów (Pąchalska 2003, Grochmal-Bach i Pąchalska 2004, Talar 2002). U wielu osób badanych dochodzi do podziału ich autobiografii na dwa okresy – przed i po wypadku (zob. ryc. 1). Co warto jest podkreślenia, często –zwłaszcza na początku rehabilitacji – pacjenci nie widzą związku między nimi. Okresy te stanowią, w ich subiektywnej percepcji, odrębne jakości.



Ryc. 1. Rozwój tożsamości psychologicznej w przebiegu życia. A) wyobrażony przebieg przed wypadkiem, B) rozszczęp tożsamości po wypadku

Jak obce wydawać się może ich przeszłe życie, niech przybliży metafora. W historii narodów i państw znane są zdarzenia, które bezpowrotnie odmieniły mentalność społeczeństw, wprowadziły nową treść w cywilizację wywołując kolejny etap w jej transformacji. Sięgając do współczesnej historii, zburzenie World Trade Center 11 września 2001 r. stanowi przykład takiego właśnie przełomowego zdarzenia. Dla wielu ludzi, poranek dnia kolejnego należał już do innej rzeczywistości. Spokój i poczucie bezpieczeństwa zniknęło; wraz z niespodziewaną i tragiczną śmiercią tylu niewinnych osób skończyło się naiwne przekonanie o możliwości beztróskiego życia.

MATERIAL I METODY

Przedmiotem teoretycznych i empirycznych dociekań autorki stał się problem: jak silny rozłam następuje w tożsamości człowieka w efekcie traumatycznych zdarzeń. Badania objęły grupę pacjentów rehabilitowanych po

ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym, a ich celem była próba jakościowej oceny występujących zaburzeń ciągłości tożsamości. Ogółem przebadano czterech mężczyzn i cztery kobiety wybudzone z długotrwałej śpiączki. Wiek badanych wynosił średnio 26,7 lat. Średni czas trwania śpiączki wyniósł 67,5 dni. Rehabilitacja z wykorzystaniem programu *Akademii Życia* opracowanego przez Pąchalską (2003) była prowadzona w Klinice Rehabilitacji Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.

Pacjenci tuż po wybudzeniu poddawani byli wstępnym badaniom, które pozwalały zdiagnozować ich stan i ocenić „koszty” poniesione na skutek urazu i śpiączki. W badaniach wykorzystano: obserwację kliniczną, wywiad kliniczny z pacjentem i z jego najbliższymi oraz Wielowymiarową Skalę Oceny Tożsamości (WSOT) autorstwa Grochmal–Bach i Pąchalskiej (2004). Badania nie miały „czysto” eksploracyjnego charakteru, gdyż jednocześnie umożliwiały wprowadzanie ukierunkowanego programu na re-integrację zaburzeń tożsamości¹.

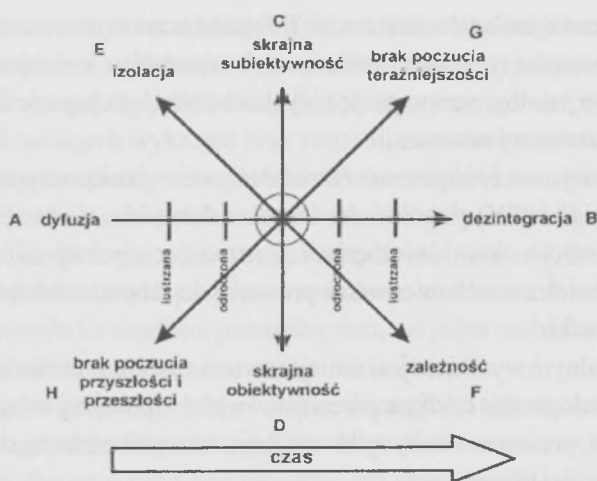
W ramach wywiadu zbierano dokładne informacje na temat:

- 1) stanu psycho-fizycznego pacjenta, czyli dane o głębokości i długości trwania śpiączki, zakresie i stopniu uszkodzenia mózgu i wynikających z niego konsekwencjach dla motoryki, funkcji poznawczych, mowy, sfery emocjonalno-motywacyjnej i samopoczucia badanego.
- 2) wypadku – jego okoliczności i przebiegu – przy czym wiarygodność informacji uzyskanych od pacjenta weryfikowana była następnie w oparciu o wywiady przeprowadzane z członkami rodziny.

Tempo i zakres pozyskiwanych wiadomości były uzależnione od stanu pacjenta, albowiem wraz z postępem rehabilitacji ich stan podlegał zmianie.

Drugim, zasadniczym celem badań było zebranie danych o poczuciu tożsamości pacjenta. Koniecznym stało się uzyskanie od pacjenta odpowiedzi na pytanie: *Kim jestem?* i zweryfikowanie, czy w efekcie traumy nastąpiły zmiany w obrębie jego postrzegania i rozumienia własnej osoby. Narzędziem pomiarowym była Wielowymiarowa Skala Oceny Tożsamości (WSOT) autorstwa Grochmal-Bach i Pąchalskiej (2004, por. ryc. 2).

¹ Program obejmujący wszechstronne działania interdyscyplinarnego zespołu specjalistów, który ukierunkowany jest na redukcję zaburzeń tożsamości u pacjentów, nazwany został *Akademią Życia*. Prowadzony jest on pod kierunkiem profesor Marii Pąchalskiej, równolegle w czterech ośrodkach w Polsce, w tym m.in. w Katedrze i Klinice Rehabilitacji Akademii Medycznej im. L. Rydygiera w Bydgoszczy.



Ryc. 2. Wielowymiarowa Skala Oceny Tożsamości (WSOT). (Źródło: Grochmal-Bach i Pąchalska 2004)

Analogowa skala, jak pokazuje powyższa rycina, składa się z czterech wymiarów, które zmieniają się w czasie. Uwzględnienie czasu koresponduje nie tylko ze zmienną naturą tożsamości człowieka, ale również z procesualnym modelem wychodzenia z choroby i odzyskiwania możliwego dla konkretnego przypadku dobrostanu psychofizycznego przez pacjenta rehabilitowanego po ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym. To stanowisko nawiązuje do mikrogenetycznej teorii Jasona Browna (Brown 2005, Grochmal-Bach i Pąchalska 2004, Brown i Pąchalska 2003).

Pierwsza oś *dyfuzja* – *dezintegracja* (AB) – obrazuje kierunek zmian w kształtowaniu się tożsamości w porządku ontogenetycznym. Zgodnie z podejściem Marcii (cyt. za Grochmal-Bach i Pąchalska 2004), najpierw dochodzi do integracji tożsamości, by ewentualnie w efekcie postępującego starzenia się, miała miejsce wtórna inwolucja. Proces ten może zostać zaburzony – wstrzymany czy odwrócony – w efekcie traumy, stąd konieczność umiejscowienia badanych w odpowiednim punkcie na skali.

Drugi wymiar *skrajna subiektywność* – *skrajna obiektywność* (CD) charakteryzuje postawę, jaką osoba ma w stosunku do otaczającej ją rzeczywistości. Możliwe są dwie skrajne sytuacje – odizolowanie się od świata zewnętrznego i funkcjonowanie w oparciu jedynie o własne wnętrze; i odwrotna sytuacja: odrzucenie swojego umysłu i reaktywne, pozbawione refleksyjności, odpowiadanie na „oczekiwania” zewnętrznej rzeczywistości.

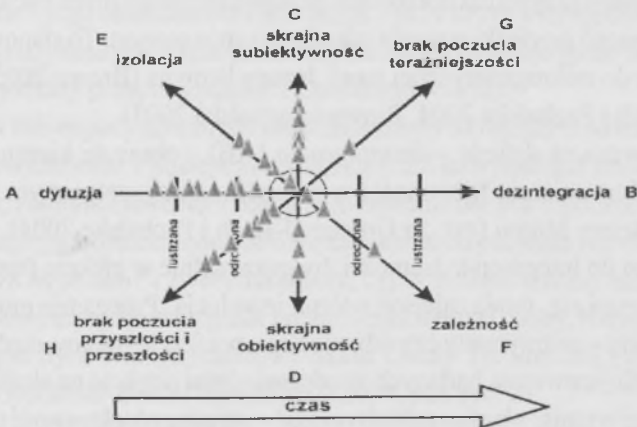
Następna oś *izolacja – zależność* (EF) umiejscawia człowieka w relacji do rzeczywistości tym razem społecznej. I tu podobnie – skrajne jej końce opisują albo patologiczną negację innych albo skrajne uleganie innym przy odrzuceniu własnej autonomii.

Ostatni wymiar *brak poczucia teraźniejszości – brak poczucia przeszłości i przyszłości* (GH) określa radzenie sobie człowieka w czasie. Dla optymalnego funkcjonowania niezbędne jest rozwinięcie pełnej osi czasu. Brak któregokolwiek z trzech interwałów prowadzi do zaburzenia działania i rozwoju jednostki.

Optymalnym wynikiem jest umiejscowienie osoby w centralnej pozycji na skali analogowej, czyli na przecięciu każdej z powyżej scharakteryzowanych osi, ponieważ wtedy tylko możemy mówić o zdrowej, zrównoważonej, dojrzałej tożsamości.

Wyniki badań

Na rysunku poniżej zaprezentowano zbiorcze wyniki dla wszystkich ośmiu osób.



Ryc. 3. Wyniki uzyskane przez badanych pacjentów na WSOT

W efekcie przeprowadzonych badań okazało się, że wszyscy badani wykazali brak poczucia własnej tożsamości. Rozpatrując układ ich wyników na każdym z wymienionych kontynuów zaobserwowano, co następuje:

Na pierwszym wymiarze (AB) wyniki wszystkich badanych znalazły się po lewej stronie osi, w kierunku dyfuzji tożsamości, przyjmując cechy tożsamości odroczonej bądź lustrzanej. W sferze emocjonalnej (oś CD), pięciu spośród badanych wykazało brak empatii, natomiast trzy osoby wykazały tendencję do obiektywizacji uczuć. W stosunku do rzeczywistości społecznej (EF) – dwie osoby wykazały zależność, cztery izolowały się od otoczenia, a tylko dwie nie wskazywały żadnych zaburzeń. Aż siedmiu spośród ośmiu przebadanych pacjentów wskazywało zaburzenia na osi czasu (GH). Brakowało im ciągłości poczucia czasu, zaś jedna osoba badana miała fiksację w czasie przeszłym.

Pomiar potwierdził hipotezę o zaburzeniu ciągłości tożsamości u pacjentów wybudzonych z długotrwałej śpiączki po ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym. Pacjenci izolowali się od swojej autobiografii, zakładając, że miniona przeszłość nie należała do nich. Tym samym – tracąc ciągłość i kompletność perspektywy czasu psychologicznego – blokowali swój potencjał rozwojowy. Człowiek, który neguje własną przeszłość, odrzuca swój rezerwuar doświadczeń, zaburza porządek przyczynowo-skutkowy odbierając sobie tym samym możliwość antycypowania własnego „jutra”. Drugim, obserwowanym w pomiarze, źródłem dezorganizacji tożsamości była ucieczka w świat marzeń i fantazji, i zaprzeczanie trudnej teraźniejszości (anosognozja).

By lepiej zrozumieć problem zaburzenia ciągłości tożsamości pacjenta warto przyjrzeć się danym jakościowym zebranych w wywiadach przeprowadzonych z pacjentami. Nie sposób przytoczyć wszystkich wypowiedzi. Za przykład posłużą więc jedynie wybrane dane, które w ocenie autorki stanowią najbardziej obrazową egzemplifikację problemu (por. też Pąchal-ska 2003).

PRZYPADEK PACJENTA Z ANOSOGNOZJĄ

Pacjent jest 37-letnim mężczyzną, żonaty z dwójką dzieci. W kwietniu 2000 r., w wyniku ciężkiego pobicia, doznał głębokiego urazu mózgu. Poddany trepanacji czaszki, pozostawał w głębokiej śpiączce (3 pkt. w GCS) przez 42 dni. Po wybudzeniu stwierdzono u niego niedowład lewostronny, zespół czołowy oraz anosognozę.

U pacjenta podjęto wszechstronną rehabilitację, która objęła również działania mające na celu odzyskanie przez pacjenta poczucia ciągłości wła-

snej tożsamości. Proces nie należał do łatwych, ale w efekcie konsekwentnej i specjalistycznej pomocy udzielanej w ramach *Akademii Życia*, udało się uzyskać pozytywne wyniki. Aktualnie pacjent prawidłowo funkcjonuje – tak w rodzinie, jak i w pracy, choć jego życie stanowi zdecydowanie inną jakość w porównaniu z tym wiedzionym „przed” wypadkiem.

Ze względu na temat pracy, dokonano celowej selekcji i z obszernego materiału badawczego wybrano tylko te informacje, które uznać będzie można za niepodważalny dowód przeżytego przez pacjenta rozłamu w tożsamości. W jednej z przeprowadzonych rozmów starano się uzyskać informacje o jego poczuciu tożsamości. Poniżej, w tabeli, przedstawiony został fragment tej rozmowy.

Mówca	Tekst	Komentarz
OB1	Kim Pan jest?	OB1 próbuje pomóc YY dojść do sedna sprawy, włączyć selekcję.
YY	Na pewno chodzi o to, że jestem piwoszem....[8s.]. Nie wiem....	Pacjent zaczyna odpowiadać, ale przerywa odpowiedź.
OB2	No tak, ale kim Pan jest, gdzie Pan pracował, chodził do szkoły?	OB2 próbuje raz jeszcze doprowadzić do uzyskania pozytywnej odpowiedzi.
YY	Ja po prostu nie wiem.... [11s.]. Nie wiem.... kim jestem [ma lzy w oczach i załamuje mu się głos]	Dając uzasadnienie YY sygnalizuje pośrednio, że nie wie, kim jest i nie chce już dłużej szukać odpowiedzi na to pytanie.
OB1	No dobrze, proszę się tym nie przejmować. Może Pan sobie przypomni gdzie Pan pracował?	Wobec negatywnej reakcji emocjonalnej OB1 rezygnuje z pytania i próbuje skoncentrować YY na kolejnym problemie.

Jak widać, to co zwykle nie stanowi problemu dla dorosłego człowieka, a mianowicie przytoczenie jednej z możliwych „autodefinicji”, dla pacjenta okazało się nie tylko trudnym i bardzo przykrym przeżyciem, ale dodatkowo – na tym etapie rehabilitacji – niemożliwym do zrealizowania zadaniem. Okazało się również, że brak wiedzy o sobie pacjent kompensował w dalszej części rozmowy konfabulacjami.

Kolejna wypowiedź pokazuje, jak często nieadekwatny jest odbiór rzeczywistości przez osoby po ciężkich urazach czaszkowo-mózgowych. Zaburzenia pamięci autobiograficznej powodują nieadekwatną strukturyzację chaosu wydarzeń w świecie rzeczywistym, a w związku z tym są związane z zaburzeniami tożsamości (por. Pąchalska w tym tomie). Incydentalne zdarzenie przed wypadkiem, a mianowicie poznanie właściciela pubu, stało się podstawą do tworzenia „fałszywej” tożsamości w okresie „po” wybudzeniu, gdy w rezultacie zaburzeń pamięci, niemożliwym było dotarcie do „przedwypadkowego” *Ja*.

Ponadto, pacjent nie pamiętał niczego o okolicznościach jego trafenia do szpitala. Odczuwał nieufność wobec lekarzy, których posądzał o „spiskowe” przetrzymywanie go w szpitalu i poddawanie nieuzasadnionym eksperymentom medycznym.

YY	No tak! W knajpie przecież przesiaduję... Jestem piwoszem... starym piwoszem piwa... tak... ale bezdomnym... właśnie jestem stary bezdomny piwosz! Przesiaduję w budkach i knajpach... Tylko białokitlowcy się na mnie uwzięli i zamknęli mnie w szpitalu. Grzebali mi w szarzyźnie [puka w głowę palcem!]... Ale nic mnie nie boli... tylko lekarze się do mnie przyczepili i nie chcą mnie puścić, ja i tak wrócę do knajpy.... Tak... tam moje miejsce.	Z wywiadu rodzinnego wiadomo, że pacjent rzadko albo i nigdy nie pił piwa. W tym okresie jednak ciągle mówił o sobie, że jest piwoszem i wprowadzał ten temat do każdej rozmowy. Po dalszych wywiadach – zwłaszcza z członkami rodziny – udało się ustalić, że przed wypadkiem YY zaprzyjaźnił się z właścicielem lokalnej piwiarni, którego nazwisko brzmiało: Piwosz.
----	--	---

W dalszym etapie rehabilitacji, pacjent zaczął uwzględniać dwa okresy w swojej tożsamości, przy czym koniecznym było wykluczenie występowania u niego amnezji, co udało się ustalić w trakcie wywiadu. Poniżej zaprezentowany został kluczowy fragment tego wywiadu.

OB.	Ile ma Pan lat?	OB. stara się uściślić dane personalne, w celu ustalenia czy chodzi o amnezję.
YY	Jak to? Trzy, no trzy. Jestem klonem, przecież Pani wie, że mnie sklonowali przed trzema laty, jak mi grzebali w szarzyźnie.	W ten sposób YY przedstawia swoje przekonanie, że istnieje przepaść między jego teraźniejszością a przeszłością.
OB.	To, w którym roku Pan się urodził?	OB. raz jeszcze weryfikuje wiedzę autobiograficzną YY
YY	1962 r. To według kalendarza taki ktoś ma 42 lata, ale ja mam trzy, no, trzy, bo mnie sklonowali.	Ta odpowiedź świadczy o tym, że YY ma przerwanie ciągłości tożsamości, a nie amnezję.

W literaturze przedmiotu często podkreśla się, iż bez względu na realia, chorzy mają tendencję do idealizowania okresu, „gdy byłem zdrowy i wszystko było wspaniałe” w stosunku do „teraz, gdy jestem chory, a wszystko jest okropne” (Grochmal-Bach i Pąchalska 2004). Pacjenci, w trakcie rehabilitacji, osławiają się z „metamorfozą”, która stała się ich udziałem. Nie jest to proces łatwy, gdyż poza koniecznością udzielenia psychologicznej pomocy w radzeniu sobie pacjentowi z żalem, często żałobą po stracie swojego Ja „przedwypadkowego”, koniecznym jest jego zmobilizowanie do aktywnego zaangażowania się w tworzenie nowego Ja „powypadkowego”. Gdy jednak ów zabieg się uda, pacjenci często deklarują, że aktualnie są lepszymi osobami niż byli wtedy (czyt. przed urazem i śpiączką) (Pąchalska 2003, Grochmal-Bach i Pąchalska 2004). Problem rehabilitowania pacjentów z zaburzoną tożsamością jest ważny ze względu na poważne następstwa psychospołeczne wynikające z tego faktu.

Utrata „przedwypadkowej” tożsamości zaburza komunikację osoby z jej otoczeniem i grozi jej izolacją. Wypowiedzi członków rodziny, iż wypadek zabrał na zawsze ich syna/córkę nie należą wcale do rzadkości. Koniecznym więc staje się, po pierwsze, systemowo-rodzinna terapia służąca zaakceptowaniu nowej tożsamości pacjenta nie tylko przez niego samego, ale również przez jego rodzinę. Po drugie, próbuje się umożliwić przerwienie mostu komunikacyjnego między przeszłym i teraźniejszym *Ja*. Jest to ważne, co było już podkreślone, do podjęcia i kontynuacji samorozwoju. Pomimo długotrwałej niepełnosprawności pacjent wybudzony z długotrwałej śpiączki może samodzielnie podjąć produktywne, twórcze i satysfakcjonujące go życie. Stąd pożądane jest podjęcie wszelkich możliwych kroków ukierunkowanych na redukcję zaburzeń tożsamości człowieka.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że u pacjentów wybudzonych z długotrwałej śpiączki występuje:

1. przerwanie ciągłości tożsamości związane z przeskokiem na linii czasu psychologicznego, gdzie osobista przeszłość nie łączy się w odczuciu badanych z bieżącą chwilą,
2. przerwanie spójności tożsamości, ze szczególnym uwzględnieniem spójności między poszczególnymi elementami *ja* lub rozdzielenie osobowości,
3. nieadekwatny odbiór rzeczywistości związany z faktem, że zaburzenia pamięci autobiograficznej powodują nieadekwatną strukturyzację wydarzeń w świecie rzeczywistym,
4. izolacja społeczna, która wiąże się z utratą dotychczasowych ról społecznych, na ogół w kierunku zubożenia, obniżenia statusu społecznego, zwiększonej zależności itd.
5. rozłam na innych płaszczyznach tożsamości, związany z trudnościami jakościowej analizy swojego „przed” i „po”- wypadkowego *Ja* a w związku z tym tworzenie „fałszywej” tożsamości.

Literatura

- Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M. (1997) *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: ZYSK i ska
- Brown J. (2005) *Process and the authentic life: Towards a psychology of values*. Frankfurt: Ontos Verlag
- Brown J., Pąchalska M. (2003) *The nature of the symptom and its significance for neuropsychology*. „Acta Neuropsychologica”, 1(1), 1-11
- Grochmal-Bach B., Pąchalska M. (2004) *Tożsamość człowieka a teoria mikrogenetyczna*, Kraków: WAM
- Obuchowski K. (2000) *Człowiek intencjonalny, czyli o tym, jak być sobą*. Poznań: REBIS
- Pąchalska M. (2003) *Reintegration of identity in patients with severe traumatic brain injury*. „Acta Neuropsychologica”, 1(3), 311-344
- Pąchalska M. (2007) *Neuropsychologia tożsamości*. W: Pąchalska M., Grochmal-Bach B., MacQueen B.D. red. *Tożsamość człowieka z perspektywy interdyscyplinarnej*. Kraków: WAM, 25-74
- Pąchalska M., MacQueen B.D. (2002) *The collapse of the US -THEM structure in aphasia: a neuropsychological and neurolinguistic perspective*. W: Duszak A. (red.) *Us & others*. Amsterdam: John Benjamins, 481-503
- Stephan W.G., Stephan C.W. (1999) *Wywieranie wpływu przez grupy. Psychologia relacji*. Gdańsk: GWP
- Talar J., red. (2002) *Urazy pnia mózgu. Kompleksowa diagnostyka i terapia*. Bydgoszcz: Katedra i Klinika Rehabilitacji AMB