

## Spór o osobowość mnogą: zagadnienie teoretyczne, czy praktyczne?\*

### Dispute over the multiple personality disorder: theoretical or practical dilemma?

Sylwia Stankiewicz<sup>1</sup> Maria Golczyńska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego,  
Dzienny Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Psychosomatycznych  
Ordynator: dr. n. med. Ch. Imieliński

<sup>2</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
Kierownik: doc. dr hab. n. med. M. Siwiak-Kobayashi

#### Summary

Dissociative identity disorder (DID) could also be referred to as multiple personality disorder (MPD). Due to rare occurrence and difficulty in its' identification it is infrequently diagnosed in Poland. The indicated disorder has been portrayed by the authors throughout the historical context, referring to initial 18th century's references concerning dissociation. A typical dissociatively disordered person has been characterized along with his individual personality categories such as: original personality, altered personality, host and personality fragment. Moreover various diagnosis criterions of DID have been introduced. DID has also been differentiated with other disorders: PTSD (post-traumatic stress disorder) and BPD (borderline personality disorder). A hypothesis has been set up, stating that DID is directly correlated with the trauma experienced during childhood, while PTSD is linked with traumatic lived-through events in the later period of ones' life. The most contemporary and frequently used research tools for DID have been indicated: dissociative experience scale (DES) and somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). Based upon the known literature, the authors have presented treatment methods such as hypnotherapy and recorded therapy sessions.

It is the view of the authors that the switching in dissociative identity disorder is of adaptive character (it occurs depending upon adaptive needs).

*Słowa klucze:* dysocjacyjne zaburzenie tożsamości, osobowość mnoga, skala przeżyć dysocjacyjnych

*Key words:* dissociative identity disorder, multiple personality, dissociative experience scale

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości, zwane też osobowością wieloraką lub mnogą, polega na zakłóceniu integracji pamięci, świadomości i poczucia tożsamości. Aby posługiwać się terminem „dysocjacyjne zaburzenie tożsamości”, należałoby najpierw zdefiniować pojęcia dysocjacji oraz świadomości, tożsamości i osobowości. Tożsamość (identity) to poczucie własnego ja; obejmuje percepcję samego siebie jako

\* Opracowanie nie było sponsorowane

kogoś odrębnego od innych ludzi oraz percepcję innych jako bliskich lub obcych. Świadomość (consciousness) to stan, w którym jednostka zdaje sobie sprawę ze zjawisk wewnętrznych i ich związków ze środowiskiem zewnętrznym [1]. Osobowość definiuje się na wiele sposobów, najczęściej uwzględniając element niepowtarzalności człowieka. Osobowość (personality) to złożony zbiór właściwości psychicznych, które wpływają na charakterystyczne wzorce zachowania jednostki, niezmiennie czasowo i sytuacyjnie – jest tu zatem wyodrębniona względna stałość zachowania – lub specyficzne właściwości psychiczne jednostki, które wpływają na rozmaite charakterystyczne wzorce zachowania (zarówno jawne, jak i ukryte), spójne w różnych sytuacjach i w czasie [1].

Dysocjacja (dissociation) to odszczepienie się części funkcji psychicznych, na przykład pamięci (amnezja dysocjacyjna), percepcji, świadomości czy tożsamości (fragmentacja poczucia własnego ja, utrata lub zamiana tożsamości). Zjawisko dysocjacji zaburza zintegrowane funkcjonowanie psychiki lub funkcjonowanie cielesne (dysocjacyjne zaburzenia czucia i ruchu, dawniej określane jako konwersyjne) [2], przebiega wraz z dyskretnymi zmianami świadomości, takimi jak zawężenie jej pola, zmiany w obrębie uwagi. Wiąże się również z sytuacją wzmożonego napięcia emocjonalnego i jest próbą poradzenia sobie z sytuacją, która to napięcie wywołała. Dysocjacja zazwyczaj występuje u osób o pewnych charakterystycznych właściwościach, takich jak wzmożona sugestywność oraz skłonność do reakcji regresywnych i ucieczkowych. Niemalże znaczenie w powstawaniu tych zaburzeń mają wzorce kulturowe i społeczne.

W dysocjacyjnym zaburzeniu tożsamości u tej samej jednostki funkcjonują co najmniej dwie odrębne osobowości, z których każda co jakiś czas przejmuje kontrolę nad zachowaniem. Wg Colin Ross [3], typowym przedstawicielem osoby dysocjacyjnie zaburzonej jest kobieta, w wieku od dwudziestu do czterdziestu lat, mająca za sobą doświadczenie molestowania bądź innego nadużycia. Rodzaje doświadczanej przemocy mogą mieć postać nie tylko wykorzystywania seksualnego, ale i fizycznego oraz psychologicznego [4, 5, 6, 7].

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości wywodzi się z kręgu zaburzeń określanych dawniej jako histeria i mieści się w jej spektrum. Już uczeń Charcota, psychopatolog francuski P. Janet, był zdania, iż dysocjacja (inaczej odszczepienie części funkcji psychicznych) jest podstawowym mechanizmem hysterii. Ta część psychiki, która jest z jakiegoś powodu tłumiona, odszczepia się i staje się autonomiczna. Zaczyna samodzielnie kierować procesami psychicznymi jednostki. Wówczas procesy te nie podlegają aktom wolicjonalnym (zintegrowanej aktywności ośrodkowego układu nerwowego), a tej części psychiki, która się odszczepiła. Jak się wówczas wydawało, dysocjacja występowała specyficznie w hysterii [8]. W drugiej połowie XVIII w. William Cullen opisał histerię jako jedną z nerwic. Znamiennie jest to, że wówczas była to „modna”, często spotykana choroba. Można pokusić się o stwierdzenie, iż było to wynikiem przemian w życiu społeczno-kulturowym danego okresu, a histeria, obecnie diagnozowana rzadko, do nich należała [7, 9, 10].

Pierwszym powszechnie znanym przypadkiem hysterii i zaburzeń dysocjacyjnych, z jakim zetknęła się literatura, była historia Anny O., czyli Berty Pappenheim,

pacjentki J. Breuera. J. Breuer i Z. Freud, opisali jej niezwykłą historię w „Studiach nad histerią”. Anna była kobietą o dwóch świadomościach: „diennej” – wtedy czuła się senna i dręczona halucynacjami, oraz „nocnej”, która dawała jej spokój i jasność umysłu. Oprócz halucynacji miewała skurcze mięśni, trudności z mową, a po śmierci ojca także z widzeniem i rozpoznawaniem ludzi [za: 9]. Znane są informacje z życia pacjentki, według których objawy mogły wiązać się z długoletnią chorobą jej ojca, którym musiała się opiekować, a także z tym, że była molestowana seksualnie i maltretowana psychicznie przez matkę [11]. W opisach pacjentki, które zachowały się do dziś, nie zostały wyraźnie wyodrębnione i nazwane jej poszczególne osobowości, choć w świetle współczesnych koncepcji diagnostycznych była osobą cierpiącą na dysocjacyjne zaburzenie tożsamości.

Przypadek Shari, opisany przez D. B. Haddock [12], to współczesna już historia pięcioletniej dziewczynki zgwałconej przez grupę nastolatków z sąsiedztwa. Przerazona Shari stłumiła krzyk w sobie i wraz z kolejnymi dokonywanymi na niej gwałtami, „schodziła coraz głębiej wewnątrz siebie”, aby tylko uniknąć bólu. Żeby uchronić choć część siebie od koszmaru, wykreowała nowe postaci. Jest to przykład tego, jak dysocjacja umożliwiła jej przetrwanie.

Zjawisko dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości najczęściej spotykane i diagnozowane jest w Stanach Zjednoczonych. Liczne doniesienia na ten temat znajdują się w literaturze anglojęzycznej, a niewiele jest ich w polskiej. Dlatego warto poprzeć rozważania teoretyczne przykładem pacjentki Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Trzydziestoletnia Ludwika trafiła na leczenie do IPiN po wielu latach zmagania się z chorobą. Pochodzi z rodziny nieprawidłowej – oboje rodzice o cechach paranoicznych, rozwiedzeni. Stosunki z nimi są zaburzone – odczucie wstępu i wstydu przed ojcem, dominujący styl matki i jej ogromny wpływ na córkę. W rodzinie matki i ojca występowały zaburzenia zachowania. W okresie wczesnego dzieciństwa pacjentka była nadmiernie związana z dziadkiem, który szczególnie ją faworyzował (Ludwika ma młodszą siostrę). Ona sama dzieciństwo pamięta dość dobrze, z wyjątkiem wczesnych wydarzeń. Mówi, że „coś zaczęło iść drugim torem, moja tajemnica i obok mojej tajemnicy ja. Cały czas wiedziałam, że rośnie ze mną coś, o czym nikt nie wie”. Dodaje, że mówiąc o tym, ma przed oczami poszczególne obrazy, np. pościel, kształt poduszek, i że towarzyszy temu uczucie wstępu do ciała mężczyzny. Uczucie to pozostaje do dziś (m.in. nieskonsumowane małżeństwo). Mówi też, że wtedy, w dzieciństwie, wymyśliła złe czarownice, które przychodziły do jej pokoju i ją rozbierały. Wspomina o dziwnych fantazjach, w których albo była okaleczona, albo sparaliżowana, często ktoś ją dusił, udawała zakładniczkę. Zabawom towarzyszyło poczucie winy.

W 10 r. ż. Ludwika zaczęły się jej problemy z jedzeniem. Restrykcyjne środowisko nasiliło przeżywane napięcia, co przyczyniło się do wystąpienia objawów anorektycznych i lękowych. Tym, co ona określała jako „coś” rosnącego równoległe z nią i kształtującego się niezależnie od jej woli, była nowa „osobowość”, o skrajnie odmiennych cechach. W 15 r. ż. miała miejsce silna reakcja depresyjna po śmierci dziadka – Ludwika przez trzy dni czuwała przy zmarłym. W tym okresie zaczęła nazywać siebie Magdaleną. Rozszczepienie na kolejne osobowości wyraźne było w pamiętniku

prowadzonym przez Ludwikę (różne charaktery pisma, odmienny sposób myślenia). Magdalena jawiła się w nim jako silna, wręcz arogancka i agresywna w stosunku do otoczenia i samej Ludwiki. Używała niecenzuralnego języka do opisanego swoich odczuć i relacji. Inne postaci pamiętnika nie były aż tak wyraziste i nie różniły się bardzo od pierwotnej osobowości Ludwiki.

W 24 r. ż. nastąpił kolejny poważniejszy epizod depresyjny oraz nasilenie się zaburzeń jedzenia. Ludwika przez rok, po zawodzie miłosnym, przebywała w żeńskim zakonie. W związku z aktywnym życiem religijnym pojawiały się u niej rozmaite doznania o typie omamów i lęków z dziedziny duchowej. Zgłosiła się po pomoc do księży i do psychiatry. W 29 r. ż. była hospitalizowana dwukrotnie na oddziale psychiatrycznym i dwa razy w Klinice Nerwic z różnymi rozpoznaniem, głównie – zaburzeń osobowości (borderline, histrioniczna, schizotypowa). W trakcie hospitalizacji pojawiły się myśli samobójcze. Pacjentka była leczona olanzapiną, stosowano też psychoterapię. Olanzapinę odstawiono, gdyż pacjentka wkrótce (jako Magdalena) rozpoczęła współżycie seksualne i zaszła w ciążę. Jako Ludwika długo nie akceptowała ciąży. Po wypisaniu ze szpitala utrzymywała kontakt z psychoterapeutką, ujawniając dwie inne osobowości, pozostające w kontraście do niezaradnej, cichej i depresyjnej Ludwiki – odważną Izę i zaradną Basię. „Przełączanie się”, a więc uzyskiwanie tożsamości odmiennej niż poprzednia, następowało w sytuacjach napięcia i towarzyszył mu silny lęk.

Na podstawie historii życia Ludwiki można zaobserwować pewne mechanizmy charakterystyczne dla dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. Był to najpierw stres związany z konfliktowym związkiem zaburzonych psychicznie rodziców, następnie wyjątkowo restrykcyjna szkoła baletowa, nagła śmierć dziadka, z którym była silnie związana, potem burzliwy rozwód rodziców, rozstanie z mężem, którego przez pewien czas utożsamiała ze zmarłym dziadkiem. Od wczesnego dzieciństwa zaczęła więc rozwijać świat fantazji (wymyślanie dziwnych zabaw odzwierciedlających przeżywane traumy). Od śmierci dziadka, z którym była w nadmiernej bliskości, nie odzyskała poczucia bezpieczeństwa, kształtując ucieczkowe reakcje i skłonność do dysocjacji. Wspomniane wyżej zabawy były swoistą formą odreagowania.

Skłonności do dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości mogą mieć osoby molestowane w dzieciństwie. Ludwika nie była pytana o przeżycia tego typu – nie chciano wywoływać u nadmiernie sugestywnej pacjentki jatrogennych „sztucznych wspomnień”. Sama pacjentka spontanicznie o molestowaniu nie mówiła, natomiast opisywane przez nią wspomnienia zabaw dziecięcych mogły sugerować możliwość wykorzystywania seksualnego, podobnie jak przeżywany przez nią silny lęk przed mężczyznami i wstręt do seksu, przy jednoczesnym niekonsekwentnym do tego obrazu podjęciu współżycia seksualnego. Ludwika przez osiem miesięcy ciąży nie przyjmowała jej do świadomości.

W przytoczonej literaturze osoby z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości często doświadczały odrzucenia ze strony matki oraz łatwo ulegały wpływowi (dominująca, karząca matka Ludwiki) lub były uzależnione od innych osób (dziadek). Także i to, że Ludwika czuła ciężar nadmiernie wysokich wymagań, zaszczepionych jej w domu rodzinnym, jest charakterystyczne dla osób z omawianym zaburzeniem.

Kryteria diagnozy DID (dissociative identity disorder) to obecność u jednostki co najmniej dwóch osobowości, charakteryzujących się spójnym widzeniem i odczuwaniem, oraz rozległa niezdolność przypomnienia sobie ważnych informacji na swój temat, czyli amnezja psychogenna. Ponadto należy wykluczyć, podobnie jak we wszystkich pozostałych zaburzeniach dysocjacyjnych, iż zaburzenie jest skutkiem zażycia jakichś substancji psychoaktywnych oraz że ma przyczynę organiczną.

Pojawienie się odrębnej osobowości jest nagłe. Następuje wówczas tzw. switching, czyli proces „przełączania się” jednej osobowości w drugą [13]. Według relacji pewnej pacjentki wygląda to następująco: „Kładę się, choć potrafię to również zrobić siedząc. Skupiam się z całej siły, oczyszczam umysł, zamykam dostęp wszelkim informacjom, po czym wyrażam życzenie, by dana osoba się pojawiła. Nie jestem jednak świadoma tego, co robię” [14]. U Ludwika proces „przełączania się” występował w samotności, ale w miejscach publicznych (np. podczas jazdy autobusem), w sytuacji stresu, z poczuciem utraty kontroli oraz silnego lęku.

Poszczególne kategorie osobowości u pacjenta z DID to osobowość pierwotna, rozwijająca się od przyjścia na świat (original personality), osobowość alternatywna (alter personality), osobowość fragmentaryczna, czyli przejawiająca pojedynczy stan emocjonalny w określonej sytuacji (personality fragment), oraz dominująca (gospodarz), która „kieruje” ciałem chorego przez dłuższy czas (host personality). Często poszczególne osobowości nie mają świadomego kontaktu ze sobą. Oznacza to, iż osobowość pierwotna nie jest świadoma istnienia innych w obrębie tej samej osoby, chociaż one zdają sobie sprawę z jej istnienia, a także nierzadko z istnienia innych osobowości [13, 15]. Oprócz tego, iż każda z nich ma własną tożsamość, wykazują także odmienne zdolności, umiejętności i poglądy. Różnią się one między sobą pragnieniami, postawami, wiedzą. Mogą podawać odmienne dane personalne, kobiety lub też mężczyzny (niezależnie od płci biologicznej) w różnym wieku. Zmiana tożsamości może ponadto dotyczyć orientacji i potrzeb seksualnych. Poszczególne osobowości mogą mieć różne charaktery pisma (być prawo- i leworęczne), wykazują inne poziomy hormony i niektóre właściwości fizjologiczne. Niektórzy autorzy (Rosenhan, Seligman [za: 14], Pobocho [za: 13] twierdzą, iż alternatywne osobowości chorego różnią się nie tylko od jego „osobowości pierwotnej”, ale i między sobą mierzalnymi wskaźnikami fizjologicznymi. Zdarza się, że kobiety z dysocjacyjnym zaburzeniem osobowości mają menstruację przez większość miesiąca, ponieważ każda z osobowości ma własny cykl [14].

Objawy występujące w przypadku dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości mogą obejmować chroniczne zawroty głowy, omdlenia, mdłości, ataki paniki i epizody samobójcze, a także zmiany brzmienia głosu. Jest to o tyle niezwykle, że głos może „należać” zarówno do kobiety, jak i mężczyzny. Najczęściej jest tak, że osobowość dominująca (gospodarz) jest spośród istniejących „najzdrowsza”. Jednak nie zawsze – zdarza się, iż jej alter ego widzi jej cierpienie i stara się pomóc. Pojawia się w momencie, kiedy jest najbardziej potrzebne [4, 6, 12, 14]. Wzajemny emocjonalny stosunek poszczególnych osobowości jest zależny od tego, jakie role odgrywają.

DID, jako zaburzenie dysocjacyjne, zostało nieco inaczej przedstawione w klasyfikacji ICD-10 i DSM-4. W ICD-10 zajmuje kategorię peryferyjną dysocja-

cji, występując w grupie: inne zaburzenia dysocjacyjne wraz z zespołem Gansera [2]. Jest to tym słuszniejsze, że obie te kategorie diagnostyczne interesują przede wszystkim psychiatrów sądowych i przez nich mogą być prędzej rozpoznawane (być może i inne zaburzenia dysocjacyjne, jak amnezja czy fuga, częściej można spotkać w komisariatach policji niż w izbach przyjęć). W DSM-4 dysocjacyjne zaburzenie tożsamości należy do osobnej kategorii, na równi z amnezją, fugą i depersonalizacją dysocjacyjną. Obie klasyfikacje podkreślają występowanie w DID zaburzeń pamięci, odrębne wspomnienia dla każdej z osobowości, ujawnienie się w danej chwili tylko jednej osobowości i przejęcie przez nią kontroli.

Charakterystyczna dla tego zaburzenia amnezja psychogenna (psychogenic amnesia) powoduje, iż osoby nią dotknięte nie są najczęściej zdolne do przypomnienia sobie szczegółowo (lub też w ogóle) traumatycznego doświadczenia, przy jednoczesnym braku uszkodzeń OUN. Współczesne badania mózgu jednostek dotkniętych dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości ujawniły, że zmieniło się u nich funkcjonowanie tej części mózgu, która odpowiada za pamięć. Z wyłączenia się części hipokampu wynika fragmentaryczność ich wspomnień i zmiany tożsamości [12].

Inne zaburzenia dysocjacyjne to m.in. depersonalizacja oraz fuga dysocjacyjna, które mogą występować w przebiegu DID. Osobowość mnoga pod wieloma względami przypomina też inne zaburzenia, poza powyższymi, m.in. stresowe zaburzenie pourazowe (PTSD, post-traumatic stress disorder) oraz osobowość z pogranicza (BPD, borderline personality disorder). Pod względem sposobu, w jaki funkcjonuje mózg w przypadku DID i PTSD, oba te zaburzenia są do siebie podobne. Być może oba są wynikiem poważnej traumy. Jednak zasadniczą różnicą pomiędzy nimi jest to, że jednostka z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości nieświadomie dzieli treści psychiczne, wypierając jedne lub drugie ze świadomości, co jest nieco inne od „emocjonalnego odrętwienia”, które się przytrafia jednostce z PTSD. W przypadku DID objawy kształtują się na przestrzeni lat, gdyż pierwotne traumy miały miejsce w dzieciństwie i zazwyczaj były przewlekłe. Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości rozwija się w sytuacji trudnej; zaburzona osoba tworzy nową osobowość, obarczając ją radzeniem sobie z tą sytuacją, po czym doświadcza, że taktyka ta uwalnia ją od kosztów emocjonalnych stresu, i w przyszłości powtarza ją, tworząc kolejne osobowości. Istotne jest zatem zróżnicowanie: PTSD rozwija się po stresie (traumie), DID w traumie. Dysocjacja (obejmująca takie reakcje, jak depersonalizacja, derealizacja, amnezja i stupor) może być symptomem doświadczanym przez osoby przeżywające traumę, u których rozwija się następnie PTSD. Jednym z kryteriów rozpoznania PTSD jest czas trwania symptomów (nie może być on krótszy niż miesiąc). Wyniki wielu badań wykazują, iż PTSD występuje najczęściej wraz z innymi zaburzeniami [16]. Przykładem mogą być weterani wojny wietnamskiej, wśród których trzy czwarte z diagnozą PTSD miało symptomy spełniające kryteria co najmniej jeszcze jednego zaburzenia. Najczęściej zdiagnozowanie PTSD szło w parze z diagnozą uzależnienia od alkoholu bądź też narkotyków. Zastanawiające jest, dlaczego wśród ofiar wojennego terroru, obozów zagłady nie zanotowano przypadków DID. Czyżby było tak, że na wystąpienie i ukształtowanie się obydwu zaburzeń ma wpływ wiek osoby w momencie doświadczanej traumy? Warto byłoby przeprowadzić badania weryfikujące hipotezę,

wedle której zaburzenia dysocjacyjne korelują z traumatycznym zdarzeniem przeży-  
tym w dzieciństwie, natomiast PTSD koreluje z traumą występującą w późniejszym  
okresie życia. Innym czynnikiem różnicującym może być w przypadku DID brak  
wzorców społecznego uczenia się lub inne wzorce niż w PTSD (np. obecność innych  
przeżywających traumę).

Badania nad fizjologicznymi aspektami rozwoju PTSD wskazują, iż osoby z takim  
rozpoznanem cechują się odmiennym profilem wydzielanych hormonów stresu niż  
osoby cierpiące na inne zaburzenia psychiczne lub doświadczające ostrego stresu.  
Charakterystyczny jest tu obniżony poziom wydzielania kortyzolu, typowy dla osób  
w stresie permanentnym. Według Bremner [za: 16] utrzymywanie się podwyższonego  
poziomu kortyzolu może uszkadzać neurony hipokampu i osłabiać procesy afektywne  
i poznawcze, zwłaszcza zapamiętywanie. Zarówno w PTSD, jak i w DID występują  
specyficzne zaburzenia pamięci. Istotne jest, czy zmiany w procesach fizjologicznych,  
powstałe podczas tworzenia się tych zaburzeń, mają charakter trwałe, a także, czy  
można zaryzykować twierdzenie, że dysocjacyjne zaburzenie tożsamości jest jednym  
z zaburzeń stresu ekstremalnego (disorder of extreme stress), występującym na sku-  
tek traumy o charakterze chronicznym, w której sprawca intencjonalnie i przewlekłe  
krzywdził ofiarę (np. wykorzystywanie seksualne)?

BPD, jako zaburzenie osobowości, charakteryzuje się podejmowaniem przez  
chorego wysiłków, aby uniknąć odrzucenia (czy to rzeczywistego, czy też wyimagi-  
nowanego), jego niestabilnymi relacjami z tendencją do postrzegania ludzi albo jako  
wyłącznie dobrych, albo wyłącznie złych, impulsywnością, która jest często związana  
z nadużywaniem różnych substancji, i ponawianiem prób samobójczych. Te zachowa-  
nia mogą występować u osób z DID, ale nie muszą [11, 17]. Mogą się one przejawiać  
w taki sposób, jak w przypadku borderline, kiedy osoba „przełącza” zachowanie  
w różne stany świadomości w zależności od potrzeb adaptacyjnych. Ze względu na  
trudności rozpoznania dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości – przede wszystkim trud-  
niejszą obserwację cech charakterystycznych dla tegoż zaburzenia – zdarza się, iż jest  
ono diagnozowane jako borderline. Często oznacza to lata nieefektywnej terapii. Skąd  
wynika trudność w obserwacji DID, skoro pojawiające się osobowości tak ewidentnie  
się od siebie różnią (np. barwą głosu czy charakterem pisma)? Po pierwsze, zmiany  
w obrębie jednej osoby nie zawsze są tak drastyczne, zdarza się, że mają charakter  
znacznie bardziej subtelny. Po drugie, jeśli „przełączanie” osobowości w DID ma  
charakter adaptacyjny, to w sytuacji spotkania pacjenta z psychiatrą mamy do czynie-  
nia zazwyczaj z adaptacją jednego typu. Po trzecie, między rozszczepieniem w BPD  
a dysocjacją (odszczepieniem) w DID może zachodzić mało wyrazista różnica.

Narzędziami diagnostycznymi są DES (Dissociative Experience Scale) oraz SDQ-  
20 (Somatoform Dissociation Questionnaire). Pierwsze z nich, stworzone i opisane  
przez amerykańskich lekarzy psychiatrów, F. Putnama i E. Carson, jest miarą, która  
pomaga terapeutom/lekarzom określić przede wszystkim częstotliwość doświadczeń  
dysocjacyjnych osoby badanej. Istotna informacja, jakiej dostarcza DES, to ustalenie  
typu dysocjacji, jakiej doznaje pacjent, a także stopnia jej zaawansowania. Te infor-  
macje są niewątpliwie pomocne w postawieniu właściwej diagnozy i służą wstępnej  
selekcji osób, u których podejrzewa się występowanie stanów dysocjacyjnych [12,

18]. SDQ-20 natomiast, opracowany przez E. Nijenhuisa, mierzy somatoformiczną dysocjację (somatoform dissociation), często pomijany element dysocjacji, związany z fizyczną odpowiedzią na to, co się dzieje z człowiekiem po traumatycznych przeżyciach i z emocjami nie wyrażonymi na uświadomionym poziomie. Ten element jest wspólny zarówno ludziom, jak i zwierzętom reagującym przerażeniem w obliczu traumatycznego zdarzenia [12].

Żyjące w umyśle odrębne alter ego, będące w różnym wieku i obojga płci, pełnią określone funkcje [13]. Można nawet postawić pytanie o to, jak dalece są adaptacyjne dla chorej jednostki. Czy są formą kreatywnego radzenia sobie z trudną do zniesienia rzeczywistością, czy raczej mało przystosowawczą odpowiedzią na bezradność? A jeśli są przystosowawcze, to czy zawsze wymagają leczenia? Odpowiedź na pierwsze z postawionych tu pytań brzmi niejednoznacznie. To samo zachowanie może być adaptacyjne w jednym czasie, a na innym etapie życia może okazać się dezadaptacyjne. Jeżeli można stwierdzić obecność dysocjacji u pacjenta, ważna jest eksploracja tego, jaką rolę odgrywa i odgrywała ona w jego życiu.

Dysocjacja w sensie przetrwania (przykład pięcioletniej Shari) może być czymś użytecznym, ale jeśli jednostka w ciągu życia myśli o przeszłości i o teraźniejszości jako o jednym i tym samym, wówczas jakość jej życia drastycznie się pogarsza. Kiedy tak się dzieje – to, co wydawało się adaptacyjne i korzystne, staje się dalece nieprzystosowawcze. Ofiary wykorzystania i przemocy, także psychicznej, stosowanej najczęściej przez bliskie im osoby, są tak od nich zależne, że nie mogą się im przeciwstawić. Zamiast tego uciekają od swojego koszmaru symbolicznie – poprzez dysocjację. Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości może być formą ucieczki od obecnej rzeczywistości do innej, ułatwiającej zapomnienie traumatycznego zdarzenia [5, 14, 19]. Tutaj możemy mówić o adaptacyjnej stronie zaburzenia. Kolejne osobowości powstają dzięki temu, że umożliwiają przetrwanie. Stworzenie silniejszej postaci wewnątrz siebie pomaga uporać się z bólem psychicznym, jakiego chory doświadcza w obliczu ciężkich doświadczeń, i przynosi ulgę w cierpieniu. Adaptacyjna funkcja dysocjacji osobowości sprawia, że każda z pojawiających się osobowości stanowi kontrast w jakimś istotnym aspekcie z osobowością pierwotną, np. może być towarzyska u osoby z natury nieśmiałej, silna u osoby wrażliwej, agresywna seksualnie u kogoś wycofanego w tej sferze.

Jak wygląda leczenie dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości? Pacjenci z wieloraką osobowością są podatni na hipnozę, jako że sami z wyjątkową łatwością wprowadzają się w stan autohipnozy. W literaturze można się natknąć na pogląd, że hipnoterapia jest najlepszą metodą leczenia tego zaburzenia, pomagającą zintegrować rozszczepione osobowości chorego [13]. Jest to pogląd kontrowersyjny i niekoniecznie zgodny z prawdą. Techniki hipnotyczne zastosowano w przypadku Anny O. [9, 11, 20]. Są one zapewne sposobem na nawiązanie kontaktu między osobowościami. Jednak sama podatność na hipnozę u pacjentów z DID i łatwość porozumienia się z osobowościami chorego za jej pomocą nie musi przemawiać na korzyść stosowania tej metody. Przede wszystkim ważny jest stosunek pacjenta do niej oraz etap terapii.

Najczęściej, podczas nagrywanych sesji terapeutycznych, lekarz/terapeuta przywołuje kolejne osobowości i próbuje określić ich cechy charakterystyczne, w celu



lepszego zrozumienia złożonego systemu przeżyć pacjenta. Następnie porozumiewa się z poszczególnymi osobowościami w sprawie możliwej integracji osobowości. Z każdą z nich (w miarę możliwości) omawia cel, którym jest zintegrowanie ich w jedną całość. Trudności tej metody wiążą się z oporem, niechęcią lub nawet agresją ze strony niektórych osobowości pacjenta. Ten opór wynika prawdopodobnie z lęku przed wyłączeniem którejś z osobowości. Trudno wówczas o „wynegocjowanie” wspólnego celu i przekonanie każdej z nich o korzyściach płynących z tego procesu [11]. Spajanie osobowości ze sobą, zwane fuzją, polega zatem na pogodzeniu ich sprzecznych dążeń, pragnień i motywacji.

Poza powyższymi metodami w leczeniu DID stosuje się również inne techniki: terapię grupową, skoncentrowaną na artystycznej ekspresji pacjenta (terapia ruchowa, zajęciowa, muzykoterapia), oraz psychoterapię rodzinną [21]. Farmakologia, jak dotychczas, nie przynosi zadowalających rezultatów w leczeniu dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości [3, 17, 21].

Istotne jest tutaj skorygowanie i obalenie mitów na temat dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości. Największe nieporozumienie w tym zakresie to oczekiwanie, że każdy pacjent z DID będzie wykazywał wyrazisty moment „przełączenia się” (switching) oraz ekstremalne zmiany w osobowości [12, 13]. Drugie nieporozumienie to przekonanie, iż terapeuta nieświadomie kreuje DID u pacjentów. Nawet, jeżeli zdarzają się tego typu przypadki, to nie oznacza, iż zaburzenie jest pochodzenia jatrogenne. I trzeci mit, wedle którego „przełączanie się” (switching) reprezentuje epizod psychiatryczny.

### **Wnioski**

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości jest zjawiskiem w Polsce rzadko diagnozowanym, a zatem warto przeprowadzić badania przesiewowe w celu ustalenia liczby osób z objawami osobowości wielorakiej. Dalsze badania pozwolą ustalić rolę czynników psychologicznych, społecznych, i innych w omawianym zaburzeniu. Polska wersja językowa DES pomogłaby określić częstotliwość przeżyć dysocjacyjnych u osób, u których podejrzewa się ich istnienie. Przetłumaczenie kilku pozycji anglojęzycznych na temat tego szczególnego zaburzenia dysocjacyjnego, jakim jest osobowość mnoga, przyczyniłoby się do lepszego poznania omawianego zaburzenia i pozwoliłoby na efektywniejsze leczenie.

### **Спор о множественной личности: теоретический или практический вопрос?**

#### **Содержание**

Диссоционное нарушение личности (ДНЛ), называемое также множественной личностью или же многократной (МК). Ввиду редкого появления и трудностей наблюдения в Польше такое нарзппение диагностируется не часто. Авторы статьи поместили обсуждаемое нарушение в историческом аспекте, начиная от первых замечаний о диссоциации в литературе XVIII века. В последующей части работы представлены характеристики личностей с диссоционным нарушением и отдельные категории личности у пациента с ДНЛ (первичная структура личности, альтернативная личность фрагментарная и личность-хозяин). Представлены диагностические критерии, а также

дифференциальную диагностику диссоциативного нарушения личности с иными нарушениями: стрессовым посттравматическим нарушением (СПТН), а также пограничной личностью (ПЛ). Предложена гипотеза, по которой нарушения диссоциации коррелируют с травмой, перенесенной в детстве, а ПЛ коррелирует с травматическим переживанием, появляющимся в позднейшем периоде жизни. Кроме того, предложены современные, наиболее часто, используемые методы для исследования диссоциации нарушенной личности. К ним принадлежат: Шкала диссоционных переживаний (ШДП) и глоссарий, оценивающий соматоморфическую диссоциацию (СМД). В конце работы, на основании литературных данных, представлены методы лечения ДИН, а именно: гипнотерапию и регистрацию терапевтических сессий.

Авторы статьи считают, что „переключение” одной личности в другую при ДИН носит адаптационный характер (появляется в зависимости от адаптационных потребностей).

### **Streit um die multiple Persönlichkeit: theoretische oder praktische Frage?**

#### **Zusammenfassung**

Dysoziative Identitätsstörung (DID) wird auch multiple Persönlichkeit (MPD) genannt. Im Hinblick auf die niedrige Häufigkeit und Schwierigkeit in der Beobachtung wird sie in Polen selten diagnostiziert. Die Autorinnen lokalisierten die besprochene Frage im geschichtlichen Kontext, indem sie an erste Anmerkungen über Dysoziation im 18. Jahrhundert anknüpften. Dann wurden eine dysoziativ gestörte Person und einzelne Persönlichkeitskategorien beim Patienten mit DID charakterisiert (Urpersönlichkeit, alternative, fragmentarische Persönlichkeit und der Wirt). Es wurden die Diagnosekriterien besprochen, auch die dysoziative Identitätsstörung von anderen Störungen unterschieden: posttraumatische Stressdisorder (PTSD) und Persönlichkeit vom Grenzgebiet (BPD). Es wurde hier die Hypothese geschildert, nach der die dysoziativen Störungen mit dem in der Kindheit erfahrenen Trauma korrelieren und PTSD korreliert mit dem traumatischen Erlebnis, das im späteren Leben auftrat. Außerdem wurden die zeitgenössisch am häufigsten angewandten Mittel zur Untersuchung der dysoziativen Identitätsstörung besprochen: Skala der dysoziativen Erlebnisse (DES), Fragebogen zur Messung der somatomorphischen Dysoziation (SQD). Zum Schluss wurden aufgrund der Literatur die Methoden der Behandlung von DID besprochen: Hypnotherapie und aufgenommene therapeutische Treffen.

Die Autorinnen sind der Meinung, dass das „Umschalten” einer Persönlichkeit auf die andere einen adaptativen Charakter hat (es erscheint abhängig von adaptativen Bedürfnissen).

### **La discussion sur la personnalité multiple – problème théorique ou pratique?**

#### **Résumé**

Le trouble dissociatif d'identité (DID – dissociative identity disorder) est appelé aussi la personnalité multiple (MPD – multiple personality disorder). En Pologne ce trouble est rarement diagnostiqué à cause de sa rareté. Les auteurs présentent ce trouble dans les cadres historiques se référant aux premières descriptions datant du XVIII<sup>e</sup> siècle. Ensuite elles caractérisent la personnalité multiple et les catégories de cette personnalité: personnalité originale, personnalité alternative, personnalité fragmentaire, personnalité maître. L'article présente aussi les critères diagnostiques et les critères de différencier ce trouble d'autres troubles tels que: PTSD (posttraumatic stress disorder), BPD (borderline personality disorder). Les auteurs supposent que le DID corrèle avec le trauma de l'enfance et PTSD corrèle avec le trauma subi dans la vie adulte. Elles décrivent encore les outils diagnostiques les plus souvent utilisés: DES (dissociative experience scale) et SDQ (somatiform dissociation questionnaire). A la fin, basant sur la littérature en question les auteurs présentent les méthodes thérapeutiques de DID: hypnothérapie et sessions thérapeutiques enregistrées.

Les auteurs croient que dans le DID «le passage» d'une personnalité à l'autre se fait à cause des besoins d'adaptation, donc il a le caractère adaptatif.

### Piśmiennictwo

1. Zimbardo PG. *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1999, 637–639.
2. ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Warszawa: Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN; 1997, 132–138.
3. Ross CA. *Multiple personality disorder. Diagnosis, clinical features, and treatment*. Canada: John Wiley & Sons; 1989.
4. Aleksandrowicz JW. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002, 81–94.
5. Bryant D, Kessler J. *Beyond integration. One multiple's journey*. New York: W.W. Norton & Company; 1996.
6. Carson RC, Butcher JN, Mineka S. *Zaburzenia dysocjacyjne*. W: Carson RC, red. *Psychologia zaburzeń*, vol.1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, 420–438.
7. Pobocha J. *Osobowość mnoga: diagnostyka, orzecznictwo sądowo-psychiatryczne*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 2 (10): 233–242.
8. Janet P. Lecture IV: *Double personalities*. W: Janet P. *The major symptoms of hysteria*. New York: The Macmillan Company; 1907, 66–92.
9. Appignanesi L, Forrester J. *Kobiety Freuda*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.; 1992, 73–98.
10. Foote B. *Dissociative identity disorder and pseudo-hysteria*. Am. J. Psychother. 1999; 53, 3.
11. Meyer R. *Zaburzenia dysocjacyjne i zaburzenia snu. Osobowość wieloraka*. W: Meyer R, red. *Psychopatologia. Studia przypadków*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, 89–97.
12. Haddock DB. *The dissociative identity disorder sourcebook*. United States of America: Contemporary Books; 2001.
13. Putnam FW. *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: The Guilford Press; 1989.
14. Rosenhan DI, Seligman MEP. *Psychopatologia*. T.1. Warszawa: Pol. Tow. Psychologiczne; 1994, 301–315.
15. Ross CA. *The Osiris Complex: Case studies in multiple personality disorder*. Canada: University of Toronto Press; 2000.
16. Dudek B. *Zaburzenia po stresie traumatycznym*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
17. Kluft RP, Fine CG. *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
18. Gołąb A. *Przeżycia dysocjacyjne w życiu osób, które trafiły do więzienia*. Now. Psychol. 1999; 4; 29–40.
19. Cohen BM, Giller E, Lynn W. *Multiple personality disorder from the inside out*. Baltimore: The Sidran Press; 2002.
20. Vedfelt O. *Dysocjacyjne zaburzenia tożsamości. Osobowość mnoga*. Warszawa: Eneteia; 2000, 35–46.
21. Kluft RP. *An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder*. Am. J. Psychother. 1999; 53, 3.

Otrzymano: 18.06.2004

Zrecenzowano: 10.09.2004

Przyjęto do druku: 26.10.2004

Adres: Sylwia Stankiewicz

03-185 Warszawa, ul. Myśliborska 24a m 33