



## Osobowość mnoga: diagnostyka, orzecznictwo sądowo-psychiatryczne

*Multiple personality disorder,  
diagnostics and forensic psychiatric expertise*

JERZY POBOCHA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii PAM w Szczecinie

**STRESZCZENIE.** W pracy, na podstawie analizy piśmiennictwa, przedstawiono: definicje, historię, epidemiologię, etiologię, kryteria diagnostyczne dysocjacyjnych zaburzeń osobowości, tzn. osobowości mnogiej, czyli wielorakich zaburzeń osobowości. Przedstawiono też problemy diagnozowania i opiniowania poczytalności takich osób w sprawach karnych.

**SUMMARY.** On the basis of his review of the appropriate literature the author presents the definition, history, epidemiology, aetiology and diagnostic criteria of dissociative disorders, also called multiple personality disorder. He also discusses the problems involved in the diagnosis and forensic psychiatric expertise of persons suffering from this disorder in criminal proceedings.

---

**Słowa kluczowe:** dysocjacyjne zaburzenia osobowości / diagnoza / opinia biegłego  
**Key words:** dissociative disorders/ diagnosis/ forensic psychiatric expertise

---

Osobowością mnogą – OM (ang. *Multiple Personality Disorders*, MPD) nazywamy takie jednostki, u których funkcjonują co najmniej dwie zintegrowane, żyjące własnym życiem osobowości, przyjmujące pełną kontrolę nad zachowaniem się tej osoby [2, 4, 16, 17, 24, 27, 29, 42, 49, 63].

Z początkiem XIX wieku Benjamin Rush podał fenomenologiczny opis dysocjacyjnych zaburzeń osobowości [42, 48, 49]. Również Charcot i Janet opisywali objawy tego zaburzenia [21, 23]. Pacjentka Breuera, Anna O. jest również przykładem takich przemian osobowości [64]. Zygmunt Freud rozpatrywał OM jako psychodynamiczny mechanizm osobowości [48, 49], E. Bleuler widział w niej odbicie schizofrenii [48]. W latach 1800–1965 w piśmiennictwie medycznym opisano 52 osoby z OM [21, 22, 48], zaś w jednym 1980 roku – 54 przypadki.

Uważa się, że wzrost lub spadek jakichś zaburzeń psychicznych może wynikać rów-

nież z przemian społecznych i kulturowych [29, 30, 36]. W XIX wieku lekarze bardzo często rozpoznawali histerię, która obecnie jest diagnozowana rzadko, natomiast obecnie częściej rozpoznaje się „osobowości z pogranicza” [29, 36, 55, 63]. OM początkowo traktowano jako skutek hipnozy, symulacji lub histerii [2, 4, 9, 15, 28, 35, 36]. W DSM-I i DSM-II, MPD opisywane były w ramach nerwicy histerycznej. Dopiero w 1980 r., w DSM-III MPD pojawiło się jako osobna kategoria diagnostyczna, jedna z czterech postaci zaburzeń dysocjacyjnych [16]. W DSM-III-R występuje już pod nazwą – mnogie zaburzenie osobowości (*Multiple Personality Disorder*, MPD), a w DSM-IV – „dysocjacyjne zaburzenia tożsamości” (*Dissociative Identity Disorders*, DID) [17]. W 1980 r. Bliss opisał 14 przypadków MPD [9]. W kilku instytutach w USA i Kanadzie powstały ośrodki naukowe badające zaburzenia dysocjacyjne, np. Instytut Rossa [42, 43, 44, 45, 46, 47, 50,

51, 52, 53]. Istnieje międzynarodowe towarzystwo zajmujące się zagadnieniami skutków urazów psychicznych o nazwie *International Society for the Study of Dissociation*, które wydaje czasopismo *Dissociation* poświęcone tym zagadnieniom [21, 23, 28]. Spektakularność i niezwykłość przemian osobowości, jakie zachodzą w MPD spowodowały, że literaci i reżyserzy filmowi czerpali wzorce dla swoich bohaterów z danych o powstawaniu i przebiegu MPD [21, 23, 64]. Największy rozgłos zdobyły takie utwory, jak:

- „Sybil”, gdzie literacki opis 16 osobowości tej pacjentki okazał się tak frapujący dla czytelników, że pozycja ta znalazł się na liście 10 najlepiej sprzedawanych książek roku, a utwór doczekał się ekranizacji z Joan Woodward w roli głównej, oraz
- „Trzy oblicza Ewy” – Thigpena i Cleckleya, oparty na autentycznej historii kobiety przemieniającej się w trzy różne osobowości; w filmie o takim tytule kobietę tą gra Cornelia Wilbur [48, 49, 62].

## EPIDEMIOLOGIA I OBRAZ KLINICZNY

Wg Rossa, ciężkie dysocjacyjne zaburzenia osobowości (DID) stwierdza się u 0,2% mieszkańców Kanady [53]. Wśród 1055 dorosłych mieszkańców miasta Winnipeg w Kanadzie badanych Skalą Doświadczeń Dysocjacyjnych (DES), MPD stwierdzono u 3,3% respondentów [12, 53]. W innych badaniach w tym kraju ustalono, że zaburzenia te stanowiły od 0,5% do 2% wszystkich przyjęć do szpitali psychiatrycznych, a być może 5% wszystkich zaburzeń psychicznych [29, 51]. W jednej z klinik w Indiach pacjenci z diagnozą MPD stanowili 0,15% wszystkich hospitalizacji [1]. Potwierdzono też występowanie OM w Holandii i Turcji [10, 56]. Na podstawie ankiety rozesłanej do 836 psychiatrów szwajcarskich, połączonej z wywiadami telefonicznymi, ustalono, że 3% respondentów widziało od 1 do 3 pacjentów z MPD [39]. Na podstawie badania za pomocą DES ustalono, że wśród 168 przyjętych

kobiet 12% spełniało kryteria MPD [31]. W dostępnym piśmiennictwie nie znalazłem prac, które podawałyby dane epidemiologiczne o występowaniu MPD w Polsce.

Osobowość mnoga może występować w wieku dziecięco-młodzieżowym, ale przeciętnie, najczęściej diagnoza taka stawiana jest w 30 roku życia. Wywiad zebrany od takiego pacjenta wskazuje, iż symptomy tego zaburzenia występowały od 5 do 10 lat wcześniej [9, 22, 29, 34, 41, 42]. Dysocjacyjne zaburzenia osobowości mogą występować łącznie z innymi zaburzeniami psychicznymi: zespołami lękowymi, nastroju, somatoformicznymi, seksualnymi, jedzenia, snu, stresem pourazowym [18, 27, 32, 33]. Osoby takie częściej mają skłonności do uzależnień, a 2/3 wszystkich pacjentów z MPD podejmuje co najmniej raz próbę samobójczą [29, 49, 53, 57].

## ETIOLOGIA

Przyczyny MPD nie są znane, ale uważa się, że są one natury biologicznej i psychicznej [2, 4, 6, 16, 27, 28, 39]. Za cztery główne czynniki etiologiczne OM uważa się: traumatyzujące zdarzenia życiowe, wrodzone skłonności do tego zaburzenia, wpływy środowiskowe (rodzina), brak zewnętrznego wsparcia.

Wydarzenia traumatyczne, jak: wykorzystywanie seksualne, kontakty kazirodcze, śmierć lub obecność przy śmierci bliskiej osoby, zwykle występują do 5 roku życia, [4, 6, 9, 11, 27, 31, 46, 59].

Osoby takie mają historyczne cechy osobowości oraz wrodzoną lub nabytą zdolność do autosugestii, „hipnotyzowania się”. Potrzebują też zmiany otoczenia, a zachowanie się osoby z OM powodowane jest potrzebą uwolnienia się od lęku związanego z urazem. Służy temu wprowadzanie się w trans, w czasie którego lęk znika. Zdobyte w ten sposób doświadczenie, przy przemianie w inną osobowość, z uwolnieniem się od nieprzyjemnych emocji, powoduje, że przy kolejnych problemach emocjonalnych osoba taka kreuje nową osobowość [2, 4, 22, 29, 36, 41, 42, 63].

Obraz kliniczny OM jest bardzo charakterystyczny. Najczęściej nagle, w 60% przypadków spontanicznie, na drodze autosugestii osoba taka zmienia swoje zachowanie, ton głosu, sposób mówienia, akcent, zasób słów i używanych pojęć. Nadto, osoba ta zmienia wyraz twarzy, sposób chodzenia, postawę ciała [4, 9, 17, 26, 27, 42]. Dochodzi u niej także do zmiany cech osobowości, np. z ekstrawertywnej na intrawertywną, pojawiają się nowe zdolności i umiejętności, np. artystyczne, czy znajomość języków obcych [4, 27, 39]. Zmienia się też wygląd, a nawet „charakter” pisma ręcznego, zapis EEG, wyniki badań biochemicznych, np. poziom cukru w surowicy krwi [9, 27, 39, 42, 49]. Osoba z OM, w kolejnych wcieleniach, przestrzega dmiennych zasad moralnych, zmienia nałogi i skłonność do przestępstw [11, 26, 28, 32, 33, 37, 58].

Charakterystyczne objawy osobowości mnogiej wg Kaplana i Sadocka – to:

- 1) stwierdzenie zniekształceń czasu, pomyłek i braku ciągłości,
- 2) uzyskanie, od innych osób, danych o epizodach odmiennego zachowania się pacjenta, które nie są przez niego zapamiętane,
- 3) nazywanie takiej osoby (co jest potwierdzone) innym imieniem przez ludzi, których pacjent nie rozpoznaje,
- 4) wyraźne zmiany w zachowaniu się pacjenta relacjonowane przez godnego zaufania „obserwatora”; pacjent może nazywać jego lub ją innym imieniem lub odnosić się do niego lub niej w trzeciej osobie,
- 5) inne osobowości pacjenta wydobywane są w hipnozie lub w czasie badania z użyciem amobarbitalu (narkoanalizy),
- 6) w czasie badania (wywiadu) używa słowa „my”,
- 7) odkrycie wśród osobistych rzeczy pacjenta pism, rysunków, innych prac lub przedmiotów – kart identyfikacyjnych, odzieży itp., które nie są rozpoznawane jako jego lub których pochodzenia nie może on wytłumaczyć,
- 8) bóle głowy,

- 9) słyszenie „głosew” pochodzących z zewnątrz i nie identyfikowanych jako odrębne,
- 10) przebycie w dzieciństwie, zwykle w wieku do 5 lat, poważnego urazu emocjonalnego lub fizycznego [29].

---

Częstotliwość występowania objawów u 102 pacjentów z OM wg Kaplana i Sadocka [29] przedstawiono w tabl. 1.

Osoba z OM może przechodzić w kolejne osobowości znacznie różniące się między sobą, z tym, że osobowość podstawowa, „pierwsza”, jest dominującą i często najzdrowszą psychicznie. Ok. 20% osób z OM rzadko zmienia osobowość, a liczba takich osobowości to najczęściej od 3 do 5, ale opisano przypadki wcielania się w 25–30 innych osób. Zmieniona osobowość może być „ukryta” przed osobowością podstawową, ale osoba taka może też pamiętać co robiła w czasie wcielenia się w inną osobę, np. że przerwała ciążę. Zmiana tożsamości dotyczyć może również płci, rasy, orientacji i potrzeb seksualnych [4, 9, 26, 29, 34, 45, 46, 58]. W poszczególnych osobowościach mogą występować odrębne zaburzenia psychiczne, a najczęściej depresja, skłonności samobójcze i do samookaleczeń, co niekiedy jest powodem hospitalizacji. Poszczególne osobowości mogą istnieć od kilku dni do wielu miesięcy i lat. Osoba taka posługuje się innym imieniem, niekiedy zmienionymi pełnymi danymi personalnymi, dlatego posiada dowody tożsamości innej osoby. Również otoczenie rozpoznaje i potwierdza, że zna tę osobę jako kogoś innego [16, 23, 33, 49]. Z kolei pacjent z OM może nie pamiętać okresu wcielenia się w inną osobowość, nie poznawać ludzi, którzy go rozpoznają, oceniać jako „obce” miejsca, gdzie poprzednio przebywał i był spotykany. Dlatego osoba z OM stwierdza, że „budzi się w nieznanym sobie miejscu i otoczeniu”. Pacjenci z OM na ogół nie wiedzą o części swojej osobowości. Dlatego w badaniu takiej osoby można nie zauważyć nic szczególnego. Dopiero stwierdzenie

Tablica 1. Częstotliwość występowania objawów dysocjacyjnych zaburzeń osobowości w grupie 102 pacjentów z OM

Objaw	Liczba pacjentów
Istnienie „wewnątrz innej osoby”	92
Głosy mówiące	89
Głosy pochodzące z wewnątrz	84
Inna osoba bierze nad nim kontrolę	83
Niepamięć okresu dzieciństwa	83
Odnieszenie się do siebie samego jako „my” albo „nas”	75
Osoba „wewnątrz” ma inne nazwisko	72
Niepamięć pewnych okresów	69
Wspominanie „scen” z przeszłości	68
Opowiadanie, przez innych, o zapomnianych wydarzeniach z jego życia	64
Poczucie nierealności	58
Znają go „obcy” dla niego ludzie	45
Wiadomości o jego zaginięciu (nieobecności)	43
Znalezienie się po okresie niepamięci w nieznanym („obcym”) miejscu	37
Nie można wytłumaczyć pochodzenia części posiadanych przez niego przedmiotów	32
Ma różne charaktery pisma ręcznego	28

okresów niepamięci, uzyskanie obiektywnych danych o zmianie imienia i zachowania się pacjenta, zmian charakteru pisma w listach, czy jeszcze pełniej – w pisanym pamiętniku, pomagają postawić diagnozę. Kolejne osobowości pojawiają się w hipnozie. Badania specjalne wykazują, że te odmiennie osobowości mają odmiennie: zapisy EEG, profile hormonalne, rytmy cyklu miesięczkowego (opisano przypadek pacjentki, której zmienione osobowości miały różne terminy cyklu miesięczkowego i w efekcie kobieta ta miała miesięczkę przez cały miesiąc), przepływy krwi w naczyńkach mózgowych, zmienną wrażliwość na ból [4, 9, 14, 42, 45, 49]. W badaniach psychologicznych u osób z OM stwierdzono różne profile testu MMPI [13].

W diagnostyce i badaniach przesiewowych używany jest standaryzowany wywiad: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised*, SCID-D-R [10, 56, 57, 58] oraz następujące skale: *Dissociative Experience Scale* [42, 43, 46, 53], *Dissociation Questionnaire*, *Questionnaire of Experiences of Dissociation*, *Dissociative Disorder Interview Schedule* [21, 42, 60].

Tylko wyjątkowo dysocjacyjne zaburzenia tożsamości rozwijają się już u małych dzieci, nawet od 3 roku życia. W 86% do 100% przypadków dotyczą one kobiet, z tym, że przewaga kobiet częściej występuje u dzieci i młodzieży.

## DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Rozpoznanie OM nadal budzi kontrowersje i trudności diagnostyczne, szczególnie w praktyce sądowo-psychiatrycznej, gdzie dzięki takiej diagnozie może być rozważany mniejszy wymiar kary [5, 8, 18, 20, 28, 49, 58].

Osobowość wielokrotną najczęściej różnicuje się z: amnezją dysocjacyjną, dysocjacyjną fugą, osobowością z pogranicza, schizofrenią, symulacją, zaburzeniami pozorowanymi, padaczką [16, 29].

W przypadku amnezji i fugi dysocjacyjnej nie dochodzi do zmiany tożsamości tej osoby, tzn. nie wymienia ona innych danych personalnych, nie ma zmian zachowania itd., natomiast okres tych dysocjacji objęty jest niepamięcią po ustąpieniu zmienionych

stanów świadomości, jakby „zbudzeniu się” [4, 16, 27, 29].

Trudności teoretyczne i praktyczne narzuca różnicowanie OM z schizofrenią. Rozenbaum [46] uważa, że nie powinno się używać nazwy „osobowość rozszczepiona” w stosunku do schizofrenii, gdzie dochodzi do oddzielenia np. emocji od myślenia czy zachowania, paralogicznego myślenia, występują urojenia, stępienie emocji i ich nieadekwatność, pogorszenie zdolności do pracy, kontaktów społecznych, dbałości o higienę osobistą. W schizofrenii pod wpływem urojeń chory może również twierdzić, że jest inną osobą, podawać inne dane personalne, wchodzić „w rolę” tej osoby, ale nigdy nie robi tego tak długo i konsekwentnie jak osoba z OM, nie towarzyszą temu zmiany zapisu EEG, profilów hormonalnych, charakteru pisma itp. Natomiast w OM mamy do czynienia „z odszczepieniem jednej osobowości od drugiej” [4, 7, 22, 29, 34, 42]. Osobowości te są wewnętrznie spójne, dobrze ukształtowane. Przejście z jednej osobowości w drugą odbywa się spontanicznie albo pod wpływem autosugestii. Powrót do osobowości pierwotnej odbywa się samoczynnie bez potrzeby podawania leków psychotropowych i hospitalizacji psychiatrycznej. Hipnoza w OM może ujawnić kolejne osobowości, ułatwia leczenie, psychoterapię. Natomiast w schizofrenii może być nie do przeprowadzenia albo wpływać na pogorszenie stanu psychicznego, dlatego zasadniczo nie powinna być stosowana w tej chorobie.

Rozpoznanie symulacji ułatwia ustalenie okoliczności powstania kolejnej osobowości. Jeżeli jest to sprawa karna, chęć uzyskania odszkodowania, renty, to należy być szczególnie ostrożnym przy stawianiu diagnozy OM. W badaniu osoby symulującej OM można stosować takie same metody, jakie zawsze stosuje się przy podejrzeniu symulacji: obserwacja całodobowa z rejestracją zachowań, umiejętne podsuszanie badanemu sugestii co do braku pewnych symptomów, krytyczna ocena dotychczasowego zachowania, testy sytuacyjne. Opisano przy-

padek wielokrotnego zabójcy kobiet, który podał rękę osobie, którą rzekomo słyszał (symulacja omamów), ponieważ tak zasugerował mu badający go psychiatra. U tego samego opiniowanego, kolejna osobowość pojawiła się również po sugestii biegłego psychiatry. Na podstawie całokształtu badań sądowo-psychiatrycznych ustalono, że faktycznie przestępca ten miał „osobowość antysocjalną ze skłonnościami sadystycznymi” [28, 49]. Gunn i Tylor w swoim podręczniku psychiatrii sądowej opisują podobne dwa przypadki rzekomych OM u osób, które kreując u siebie objawy OM chciały uzyskać „wtórne” korzyści [26]. Pomysły symulowania OM przestępcy czerpią ze scenariuszy filmów opartych na faktycznym czy wynikającym z fikcji literackiej występowaniu mnogich osobowości [28, 49].

## OPINIOWANIE SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNE

Orzecznictwo sądowe i psychiatryczne w przypadku MPD jest nadal niejednolite, sporne [5, 7, 11, 20, 26, 28, 32, 40, 55, 58]. W dalszym ciągu etiologia tych zaburzeń nie jest do końca poznana. Spornym jest m.in., czy można osobę z MPD traktować jako człowieka w stanie pomrocznym, analogicznie jak np. lunatyka. Te sporne kwestie można sprowadzić wg Gunn i Tylor do trzech zagadnień:

- 1) tylko jedna pierwotna osobowość jest prawdziwa, natomiast pozostałe są wynikiem zaburzeń czy choroby i dlatego odpowiedzialność karna powinna być zniesiona,
- 2) pierwotna osobowość jest niezdolna do kontrolowania działań drugiej osobowości,
- 3) kiedy istnieje „bariera niepamięci” między pierwotną, nie popełniającą przestępstwa osobowością, a pozostałymi, to powinno się przyjąć, że ta pierwotna osobowość była nieświadoma w czasie przestępstwa [26].

Pierwszy wariant zakłada, że OM powstaje na skutek odszczepienia, odłączenia nowej osobowości jako sposób na odejście od nieprzyjemnej rzeczywistości i radzenia sobie ze stresem. Drugi zakłada, iż jest to raczej pewien rozwój, reakcja niż proces chorobowy. Przyjmowanie jednak ograniczenia poczytalności przy popełnieniu przestępstwa przez drugą, odmienną, skłoną do przestępstw osobowość, jest możliwe w przypadku istnienia patologii również w pierwotnej, „pierwszej” osobowości.

Mimo, iż środki masowego przekazu w USA niekiedy epatują się kazuistycznymi opisami przestępców twierdzących, iż dokonali zbrodni w stanach zmienionej tożsamości, to praktycznie przypadki takie zdarzają się rzadko, chociaż wymagają bardzo dogłębnych badań sądowo-psychiatrycznych [28, 49]. Są autorzy, którzy uważają, że pacjenci z dysocjacyjnymi zaburzeniami osobowości zasadniczo są odpowiedzialni za swoje czyny [7]. Slovenko uważa, że ze względu na zwiększanie się w Stanach Zjednoczonych liczby diagnoz MPD, kompetencje do odpowiedzialności prawnej przestępcy z takim zaburzeniem powinno się oceniać biorąc pod uwagę wpływ takiej zmiany osobowości na procesy poznawcze jednostki i możliwości samokontroli [58]. Perr [40] twierdzi, że wprowadzenie do psychiatrii sądowej OM jako kategorii diagnostycznej, stanowi jeden z najbardziej spornych i złożonych problemów orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego. Opisany przez autora zabójca już na 10 lat przed czynem był diagnozowany jako pacjent mający dysocjacyjne zaburzenia osobowości. Mimo to, później przypadek ten sprawiał duże trudności w opiniowaniu powołanym biegłym psychiatrom i sądowi orzekającemu. Lewis i wsp. [33] opisali 12 morderców (11 mężczyzn, 1 kobieta), którzy spełniali kryteria diagnostyczne OM. W diagnozowaniu tych osób wzięto również pod uwagę bezsporne dane o ich wykorzystywaniu seksualnym w dzieciństwie, jak i m.in. zależne od nowej tożsamości zmiany w charakterze pisma i podpisów. Autorzy twier-

dzą, że udowodnili, iż MPD można odróżnić od symulacji dzięki zebraniu obiektywnych dowodów. Saks uważa, że zmiany tożsamości w MPD można oceniać, iż są to „różni ludzie”, „różne osobowości” lub „części jednej osobowości” [55]. Uważa, że we wszystkich tych przypadkach osoby z OM powinno się oceniać jako nie odpowiadające za swoje czyny, chociaż mogą być odstępstwa od tej reguły [26, 28].

W Polsce nie podejmowano dotąd problemu orzecznictwa sądowo-psychiatrycznego osób z diagnozą OM.

Szereg autorów bardzo sceptycznie zapatruje się na zasadność rozpoznawania dysocjacyjnych zaburzeń osobowości (które ma miejsce głównie w USA) [15, 28, 36]. Uważają oni, że wprowadzenie do psychiatrii klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV diagnozy MPD/DID „jest skrajnie kontrowersyjne”, podobnie jak i terapia odzyskiwania pamięci (*Recovered Memory Therapy*), która często jest nadużywana, co powoduje, że pacjent „przypomina sobie” urazowe wydarzenia z dzieciństwa, które faktycznie nie miały miejsca. Podobne zjawisko występuje w przypadku leczenia ofiar, których zaburzenia psychiczne są skutkiem uczestnictwa w satanicznych rytuałach (*satanic ritual abuse*). Fundamentalisti religijni wierzą, że jest to forma opętania przez demony [15, 36, 38].

Sceptycy sądzą, że MPD jest psychiczną „modą”, zaburzeniem pochodzenia jatrogennego, nieświadomie kreowaną przez układ: pacjent – terapeuta [28, 38]. Wskazują na następujące fakty, które wg nich podważają wiarygodność koncepcji diagnostycznej MPD/DID:

- 
- zaburzenie to niezwykle rzadko występuje samoistnie i w żadnym innym kraju nie jest tak często rozpoznawane jak w USA [36]. Analiza piśmiennictwa za ostatnie 110 lat na temat MPD wskazuje na brak pewnych opisów tego zaburzenia, a w żadnym przypadku nie można wykluczyć możliwości jego „sztucznej produkcji” OM [38],

- stosowane do badania OM wywiady i skale są zbyt sugestywne dla badanych lub za mało precyzyjne, co powoduje zawyżanie uzyskanych wyników,
- „ofiary” tych diagnostyczno-terapeutycznych praktyk były wielokrotnie demonstrowane w telewizyjnych programach „Na każdy temat” (*talk show*), co mogło następnie stać się źródłem inspiracji dla innych osób – potencjalnych pacjentów,
- obserwacje pacjentów z OM wskazują, że objawy tych zaburzeń powstają lub nasilają się w trakcie kontaktów pacjenta z terapeutą, natomiast zanikają po zaprzestaniu takiej terapii [38], pomimo, że urazy psychiczne z dzieciństwa odgrywają zasadniczą rolę w etiologii OM, to zaburzenie to rzadko stwierdza się u dzieci, jak i nie stwierdza się go u osób, które miały tak ciężkie przeżycia, jak ofiary holokaustu czy więźniowie obozów koncentracyjnych [39].

jego odpowiedzialność i chronić przed niepożądanym zachowaniem się [64]. McHugh [38] twierdząc, że istnieje pełna analogia pomiędzy okolicznościami pojawienia się pacjentów z objawami histeroepilepsji w czasach Charcota a zwiększaniem się obecnie liczby chorych diagnozowanych i leczonych jako dysocjacyjne zaburzenia osobowości, uważa że właściwym i skutecznym sposobem postępowania w celu opanowania tego problemu będzie:

- zamknięcie wszystkich ośrodków specjalizujących się w leczeniu OM,
- postępowanie z osobami mającymi objawy OM powinno być standardowe z ignorowaniem ujawnianych przez nich objawów dysocjacyjnych,
- dalsza terapia tych pacjentów powinna być ukierunkowana na usuwanie zaburzeń psychicznych, które wystąpiły, jako skutek urazu psychicznego, w okresie przed pojawieniem się objawów OM [38].

Problem etiologii, diagnozy i terapii OM może być analogiczny do rozpoznawania „histeroepilepsji” w 1880 r. przez Charcota w Szpitalu Salpetrie w Paryżu, który uważał, że odkrył nowe zaburzenie. Natomiast Józef Babiński, pracujący wtedy w tym szpitalu uważał, że „histeroepilepsja” jest nieświadomie kreowana przez pacjenta, który spełnia w ten sposób oczekiwania kliniczne Charcota i środowiska szpitalnego, ponieważ objawy tego zaburzenia zanikały, gdy chorzy byli izolowani, a demonstrowane przez nich objawy bagatelizowane [38].

W USA i Kanadzie są obecnie 24 kliniki zajmujące się badaniem zaburzeń dysocjacyjnych. Firmy ubezpieczeniowe wskazują, że koszt długotrwałego leczenia pacjenta z diagnozą OM może wynosić nawet milion dolarów [38], a MPD jest zbyt często rozpoznawane, czyli że są to diagnozy nadwymiarowe [15, 38]. Nadto psychoterapeuta może nieświadomie nasilać objawy dysocjacyjne u pacjenta, dlatego klinicysta musi stale analizować, czy jego terapeutyczne postępowanie z pacjentem będzie zwiększać

## WNIOSKI

1. Celowym jest przeprowadzenie w Polsce przesiewowych badań epidemiologicznych dla ustalenia liczby osób z objawami osobowości mnogiej (OM).
2. Dalsze, wielośrodkowe badania nad osobnością mnoga, pozwolą uściślić kryteria diagnostyczne, jak i lepiej wyjaśnić rolę w jej powstawaniu czynników jatrogennych, psychologicznych, społecznych, biologicznych i ekonomicznych.
3. Wyniki tak przeprowadzonych badań pozwolą na zajęcie bardziej zdecydowanego stanowiska co do ewentualnego przyjmowania przez biegłych psychiatrów ograniczenia poczytalności u przestępców, którzy gdy dokonywali zarzucanego im czynu mieli objawy osobowości mnogiej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Adityanjee R.G.S., Khandelwal S.K.: Current status of multiple personality disorders in India. *Am. J. Psychiatry* 1989, 146, 12, 1607–1610.

2. Aleksandrowicz J.W.: Zaburzenia nerwicowe, zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (wg ICD-10). Psychopatologia, diagnostyka, leczenie. CM UJ, Kraków 1997, 72.
3. Allen J.G., Coyne L., Console D.A.: Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Compr. Psychiatry* 1977, 38, 6, 327–334.
4. Allen J.G., Smith W.H.: Diagnosing dissociative disorders. *Bull. Menninger Clin.* 1993, 57, 3, 328–343.
5. Appelbaum P.S., Greer A.: Who's on trial? Multiple personalities and the insanity defense. *Hosp. Community Psychiatry* 1994, 45, 10, 965–966.
6. Beahrs J.O.: Dissociative Identity Disorder: adaptive deception of self and others. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1994, 22, 2, 223–237.
7. Beahrs J.O.: Why dissociative disordered patients are fundamentally responsible: a master class commentary. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 1994, 42, 2, 93–96.
8. Behnke S.H.: Assessment the criminal responsibility of individuals with multiple personality disorders: legal cases, legal theory. *J. Am. Acad. Psychiatry Law* 1997, 25, 3, 391–399.
9. Bliss E.L.: Multiple personalities. *Arch. Gen. Psychiatry* 1980, 37, 12, 1388–1398.
10. Boon S., Draijer N.: Diagnosing dissociative disorders in The Netherlands: a pilot study with the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders. *Am. J. Psychiatry* 1991, 148, 4, 458–462.
11. Burd M.: Dissociative amnesia and competency to stand trial. [www.asarian.org/~ast-raea/household/amnesia.html](http://www.asarian.org/~ast-raea/household/amnesia.html)
12. Carlson E.B., Putnam F.W., Ross C.A., Torrem M., Coons Ph., Dill D.L., Loewenstein R.J., Braun B.G.: Validity of the Dissociative Experiences Scale in Screening for Multiple Personality Disorder: A Multicenter Study. *Am. J. Psychiatry* 1993, 150, 7, 1030–1036.
13. Coons P.M.: Use of the MMPI to distinguish genuine from factitious multiple personality disorder. *Psychol. Rep.* 1993, 73, 2, 401–402.
14. Coons P.M.: The dissociative disorders. Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1998, 21, 3, 637–648.
15. Dell P.F.: Professional scepticism about multiple personality. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1988, 176, 9, 528–531.
16. Diagnostic criteria from DSM-III-R. American Psychiatric Association, Washington 1988, 157–159.
17. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. American Psychiatric Association, Washington 1994, 484–487.
18. Dinwiddie S.H., North C.S., Yutzy S.H.: Multiple personality disorder: scientific and medicolegal issues. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1993, 21, 1, 69–79.
19. Fink D.: The comorbidity of multiple personality disorders and DSM-III axis II disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1991, 14, 3, 547–566.
20. French A.P., Schechmeister B.R.: The multiple personality syndrome and criminal defense. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1983, 11, 17–25.
21. Goettman C., Greaves G.B., Coons Ph. M.: Multiple Personality and Dissociation 1791–1992: A Complete Bibliography. Wyd. 2. Sidran Press, Lutherville 1994.
22. Goff D.C., Sims C.A.: Has multiple personality disorder remained consistent over time? A comparison of past and recent cases. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993, 181, 10, 595–600.
23. Greaves B.B.: Multiple personality 165 years after Mary Reynolds. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1980, 168, 10, 577–597.
24. Gross M.: Multiple personality syndrome and splitting phenomena: a reconceptualization. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1979, 136, 1, 210–213.
25. Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder. International Society for the Study of Dissociation (ISSD). [www.info@issd.org](http://www.info@issd.org)
26. Gunn J., Tylor P.J.: Forensic psychiatry. Clinical Legal & Ethical Issues. Butterworth Heinemann, Oxford 1995, 65–67, 426–434.
27. ICD-10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPiN, Kraków, Warszawa 1998, 98–100.
28. James D.V.: Multiple Personality Disorder in the courts: a review of the North American experience. [www.asarian.org/~astraea/household/forensic.html](http://www.asarian.org/~astraea/household/forensic.html)
29. Kaplan H.L., Sadock B.J.: Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical Psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore 1998, 660–675.



30. Keny M.G.: Disease process or social phenomenon? Reflections on the future of multiple personality. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998, 186, 8, 449–454.
31. Latz T.T., Kramer S.I., Hughes D.L.: Multiple personality disorder among female inpatients in a state hospital. *Am. J. Psychiatry* 1952, 9, 1343–1348.
32. Lewis D.O., Bard J.S.: Multiple personality and forensic issues. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1991, 14, 3, 741–756.
33. Lewis D.O., Yeager C.A., Swica Y., Pincus J.H., Lewis M.: Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers wit dissociative identity disorder. *Am. J. Psychiatry* 1997, 154, 12, 1703–1710.
34. Loewenstein R.J.: An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1991, 14, 3, 567–604.
35. Ludwig A.M., Brandsma J.M., Wilbur C.B., Bendfeldt F., James D.H.: The objective study of a multiple personality. Or, are four heads better than one? *Arch. Gen. Psychiatry* 1972, 26, 4, 298–310.
36. McHugh P.R.: Multiple Personality Disorder. [www.psychom.net/mchugh.html](http://www.psychom.net/mchugh.html)
37. McKee G.R.: Insanity and adultery: forensic implications of a divorce case. *Psychol. Rep.* 1995, 76, 2, 427–434.
38. Merskey H.: The Manufacture of Personalities. *Br. J. Psychiatry* 1992, 160, 3, 327–340.
39. Modestin J.: Multiple personality disorder in Switzerland. *Am. J. Psychiatry* 1992, 149, 1, 88–92.
40. Perr I.R.: Crime and personality disorder; a case history and discussion. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1994, 19, 2, 203–214.
41. Piper A. (Jr.): Multiple personality disorder. *Br. J. Psychiatry* 1994, 164, 5, 600–612.
42. Putnam F.W.: *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder.* Guilford Press, New York 1989, 47.
43. Putnam F.W., Carlson E.B.: An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation* 1993, 6, 1, 16–27.
44. Putnam F.W.: Recent research on multiple personality disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1991, 14, 3, 489–502.
45. Putnam F.W.: The psychophysiologic investigation of multiple personality. A review. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1984, 7, 31–39.
46. Putnam F.W., Helmers K., Trickett P.K.: Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse Negl.* 1993, 17, 6, 731–741.
47. Putnam F.W., Loewenstein R.J.: Treatment of multiple personality disorder. A survey of current practices. *Am. J. Psychiatry* 1993, 150, 7, 1048–1052.
48. Rosenbaum M.: The Role of the Term Schizophrenia un the Decline of Diagnosis of Multiple Personality. *Arch. Gen. Psychiatry* 1980, 37, 12, 1383–1387.
49. Rosenhan D.I., Seligman M.E.P.: *Psychopatologia. T. 1. Pol. Tow. Psychologiczne, Warszawa* 1994, 305–312.
50. Ross C.A.: Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1991, 14, 3, 503–517.
51. Ross C.A., Anderson G., Fleischer W.P., Norton G.R.: The frequency of multiple personality disorders among psychiatric inpatients. *Am. J. Psychiatry* 1991, 148, 12, 1717–1721.
52. Ross C.A., Miller S.D., Bjornson L., Reagor P., Fraser G.A., Anderson G.: Abuse histories in 102 cases multiple personality disorder. *Can. J. Psychiatry* 1991, 36, 2, 97–101.
53. Ross C.A.: *Dissociative Experiences Scale (DES).* W: Ross C.A. (red.): *Dissociative Identity Disorder.* Wiley John & Sons, 1996 oraz [www.rossinst.com/des.html](http://www.rossinst.com/des.html)
54. Saks E.R.: Does multiple personality disorder exist? The beliefs, the data, and the law. *Int. J. Law Psychiatry* 1994, 17, 1, 43–78.
55. Saks E.R.: The criminal responsibility of people with multiple personality disorder. *Psychiatr. Q.* 1995, 66, 2, 119–131.
56. Sar V., Yargic L.I., Tutkun H.: Structured interview data on 35 cases of Dissociative Identity Disorder in Turkey. *Am. J. Psychiatry* 1996, 153, 10, 1329–1333.
57. Saxe G.N., van der Kolk B.A., Berkowitz R., Chinman G., Hall K., Lieberg G., Schwartz J.: *Dissociative Disorders in Psychiatric Inpatients.* *Am. J. Psychiatry* 1993, 150, 7, 1037–1042.
58. Slovenko R.: The multiple personality and the criminal law. *Med. Law* 1993, 12, 3–5, 329–340.
59. Spiegel D.: Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatr. Clin. North Am.* 1984, 7, 101–110.

60. Steinberg M.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised (SCID-D-R). Wyd. 2. American Psychiatric Press, Washington D.C. 1994.
61. Steinberg M.: Handbook for the Assessment of Dissociation: A Clinical Guide. American Psychiatric Press, Washington D.C. 1998.
62. Thigpen C.H., Cleckley H.M.: The Three Faces of Eve. McGraw-Hill Book Co., New York 1957.
63. Tomb D.A.: Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 1998, 90–92.
64. Weissberg M.: Multiple personality disorder and iatrogenesis: the cautionary tale of Anna O. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1993, 41, 1, 15–34.

*Adres: Dr Jerzy Pobocho, Katedra i Klinika Psychiatrii PAM,  
ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin*