

VILNIAUS UNIVERSITETAS

MEDICINOS FAKULTETAS

Baigiamasis darbas

Daugybinis asmenybės sutrikimas. Klinikinio atvejo aprašymas ir literatūros apžvalga

Multiple Personality Disorder. Clinical Case Report and Literature Review

Gabrielė Vasiliauskaitė, VI kursas, 13 gr.

Klinikinės medicinos institutas, psichiatrijos klinika

Darbo vadovas

Lekt. Marius Karnickas

Psichiatrijos klinikos vadovė

Prof. med. dr. Sigita Lesinskienė

2023-05-20

gabriele.vasiliauskaite@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA	3
SUMMARY	3
RAKTAŽODŽIAI	4
1. ĮVADAS	4
2. LITERATŪROS PAIEŠKOS BŪDAS	5
3. LITERATŪROS APŽVALGA	5
3.1. TERMINOLOGIJA IR DIAGNOSTINIAI KRITERIJAI	5
3.2. DAUGYBINIO ASMENYBĖS SUTRIKIMO TERMINO ISTORIJA	6
3.3. EPIDEMIOLOGIJA	7
3.4. ETIOPATOGENEZĖ	8
3.5. KLINIKA	10
3.6. GRETUTINĖS LIGOS	12
3.7. DIAGNOSTIKA	12
3.8. KLAIDINGAI NEIGIAMAS IR KLAIDINGAI TEIGIAMAS, IMITUOJAMAS IR SIMULIUOJAMAS DAS	14
3.9. DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA	17
3.10. GYDYMAS	19
4. KLINIKINIO ATVEJO APRAŠYMAS	21
6. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI	28
7. LITERATŪROS SĄRAŠAS	29
PRIEDAI	33

SANTRAUKA

Daugybinis asmenybės sutrikimas yra sunki būklė, kuriai būdingas ryškus asmens identiteto nenuoseklumas, skilimas į dvi ar daugiau skirtingų asmenybių, kurios pakaitomis perima asmenybės identitetą. Sutrikimui būdingi pasikartojantys amnezijos epizodai, kurie nėra suderinami su įprastu užmaršumu. Daugybinio asmenybės sutrikimo pagrindinis ir būdingiausias etiologinis veiksnys yra patirti stresiniai įvykiai vaikystėje, dažnai susiję su prievarta, emocine nepriežiūra, sutrikusiu prieraišumu. Manoma, kad disociacija yra įveikos mechanizmas, padedantis susidoroti su didžiuliu trauminės patirties keliamu stresu. Nors dabartinių įrodymų pakanka, kad būtų patvirtinta ši etiologinė teorija, atsižvelgiant į plačias inovatyvių tyrimų galimybes, šis sutrikimas vis dar nėra pakankamai ištirtas. Daugybinio asmenybės sutrikimo atpažinimas gali būti sudėtingas dėl nespecifinių bei į kitus sutrikimus panašių simptomų, todėl klinikinėje praktikoje reikalinga išsami diferencinė diagnostika. Šiuo metu nėra sukurta vaistinio preparato skirto disociaciniams simptomams gydyti, todėl sutrikimo gydymas yra sudėtingas ir ilgas. Pagrindinis gydymo būdas yra reguliarių psichoterapinių konsultacijų ciklas. Baigiamajame darbe yra aprašoma 15 m. pacientė, kuriai diagnozuotas daugybinio tipo asmenybės sutrikimas. Pacientei pasireiškė įvairūs simptomai, būdingi šiam sutrikimui. Mergina patiria epizodus, jog atsiskiria nuo savo minčių, emocijų, asmenybės, yra užvaldoma kitų asmenų, po šių epizodų sutrinkanti atmintis. Baigiamojo darbo literatūros apžvalgoje aptariami naujausi moksliniai duomenys apie daugybinio asmenybės sutrikimo epidemiologiją, etiopatogenezę, klinikinį pasireiškimą, diagnostiką, diferencinę diagnostiką tarp kitų sutrikimų, imituojamų ar simuliuojamų atvejų bei gydymą.

SUMMARY

Dissociative Identity Disorder is a severe condition where a person's identity shows significant inconsistency, manifesting as the presence of two or more distinct personalities that alternate control over the individual's behavior. This disorder is characterized by recurring episodes of amnesia that cannot be attributed to normal forgetfulness. The primary contributing factor to Dissociative Identity Disorder is believed to be childhood experiences of high stress, often associated with abuse, emotional neglect, and attachment issues. Dissociation is seen as a coping mechanism to manage overwhelming stress resulting from traumatic events. While the current evidence supports this theory, further research is needed to explore this disorder comprehensively and foster innovative approaches. Diagnosing Dissociative Identity Disorder can be challenging due to nonspecific symptoms resembling those of

other disorders, necessitating a thorough differential diagnosis. Presently, there are no specific medications available to directly address dissociative symptoms, making treatment complex and time-consuming. The primary form of treatment is psychotherapeutic counseling. This thesis examines a case of a 15-year-old female patient diagnosed with Dissociative Identity Disorder, exhibiting various symptoms characteristic of this disorder. The patient experiences episodes of disruption of and/or discontinuity from own thoughts, emotions, and identity, presence of distinct personality states, and encountering memory impairment following these episodes. The literature review in this thesis encompasses recent scientific findings on the epidemiology, etiopathogenesis, clinical presentation, diagnosis, differential diagnosis of the other disorders and simulated, imitated cases, treatment approaches of Dissociative Identity Disorder.

RAKTAŽODŽIAI

Daugybinis asmenybės sutrikimas (*multiple personality disorder*), disociatyvus asmenybės sutrikimas (*dissociative identity disorder*), disociacija (*dissociation*), paaugliai (*adolescence*), suaugusieji (*adults*).

1. ĮVADAS

Daugybinis asmenybės sutrikimas (DAS) yra sudėtinga ir kontraversiška diagnozė, kuriai būdingas ryškus asmens identiteto nenuoseklumas, skilimas į dvi ar daugiau skirtingų asmenybės būsenų, kurios pakaitomis perima asmenybinę kontrolę. Kiekviena asmenybė turi unikalius charakterio bruožus, būdingą elgesį ir prisiminimus (1). Sutrikimo etiopatogeneziniame centre yra psichologinė trauma, patirta vaikystėje, ypač pakartotina ar ilgai trukusi seksualinė, fizinė ar emocinė prievarta (2). Disociacijai, kaip pagrindiniam sutrikimo simptomui, būdingas tarpusavyje susijusių asmenybės dalių, tokių kaip sąmonė, dėmesys, atmintis, aplinkos suvokimas, fragmentacija (3). Įvykusi disociacija gali būti vertinama kaip dėl patirtos sunkios psichologinės traumos susilpnėjusio ego įveikos mechanizmas. Tokia asmenybių fragmentacija gali sukelti reikšmingą socialinio, profesinio ir asmeninio funkcionavimo sutrikimą, kurį dažnai lydi kitos psichikos sveikatos būklės, tokios kaip nerimas, depresija ir potrauminio streso sutrikimas (PTSS) (4). DAS paplitimas šiuo metu siekia 1,5 proc., vis tik pastebima didėjanti paplitimo tendencija tiek Lietuvoje, tiek pasaulyje, todėl labai svarbu edukuoti sveikatos priežiūros sistemos darbuotojus apie šį sutrikimą, jo atpažinimą bei gydymą (5). Siekiant su sutrikimu supažindinti kuo platesnę auditoriją, baigiamojo darbo tikslas yra aprašyti ir išanalizuoti 15

m. pacientės daugybinio tipo asmenybės sutrikimo klinikinę atvejį bei apžvelgti naujausią literatūrą apie sutrikimo epidemiologiją, etiopatogenezę, klinikinį pasireiškimą, diagnostiką bei gydymą.

2. LITERATŪROS PAIEŠKOS BŪDAS

Publikacijų paieška vykdyta naudojant tarptautinę duomenų bazę *Pubmed (MEDLINE)* ir specializuotą informacijos paieškos sistemą *Google Scholar*. Paieškos metu naudoti raktiniai žodžiai ir jų kombinacijos anglų kalba: *dissociative identity disorder epidemiology or ethiopathogenesis or symptoms or diagnostic criteria or treatment, multiple personality disorder, adolescence*. Atlikta nuosekli literatūros šaltinių patikra, prioritetas buvo teikiamas aukščiausių įrodymų lygmenį baigiamojo darbo temą atitinkantiems tyrimams. Analizei atrinkti 38 šaltiniai pagal šiuos kriterijus: 1. Turinys atitinka baigiamojo darbo tikslą. 2. Visas tekstas prieinamas analizei. 3. Orientuotasi į straipsnius ne senesnius nei 10 m., tačiau daugelis straipsnių šia tema yra išleisti seniau, todėl publikacijų laikui buvo daroma išimčių.

3. LITERATŪROS APŽVALGA

3.1. TERMINOLOGIJA IR DIAGNOSTINIAI KRITERIJAI

Daugybinis asmenybės sutrikimas yra sunki būklė, kuriai būdingas ryškus asmens identiteto nenuoseklumas, suskaidymas į dvi ar daugiau skirtingų asmenybės būsenų, kurios pakaitomis perima asmenybinę kontrolę. Tai atspindi gebėjimo asimiliuoti įvairius savo identiteto, atminties ir sąmonės aspektus į vientisą asmenybės praradimą. Šios būsenos vadinamos alternatyviomis asmenybėmis ir turi skirtingus charakterio bruožus, elgesio tipą, dominuojančias emocijas. Būdingi elementai taip pat apima vardą, amžių, lytį, funkcijas, prisiminimus ir žodyną. Alternatyvių asmenybių kontrolės perėmimui įtakos gali turėti patiriamas stresas (6). Diagnostikos ir statistikos vadove, 5-ajame leidime (DSM-V, Amerikos psichiatrijos asociacija) apibrėžti šį sutrikimą naudojamas disociatyvios asmenybės sutrikimo terminas. Pateikiami diagnostiniai kriterijai:

- A. Asmenybės sutrikimas, kuriam būdingos dvi ar daugiau skirtingų asmenybės būsenų, kurios kai kuriose kultūrose gali būti apibūdinamos kaip apsėdimas. Tapatybės sutrikimas apima ryškų savęs suvokimo jausmo nenuoseklumą, kartu su susijusiais afekto, elgesio, sąmonės, atminties, suvokimo, pažinimo ir (arba) senso-motorinių funkcijų pokyčiais. Šias paciento simptomų išraiškas gali pastebėti aplinkiniai žmonės.

- B. Pasikartojantys kasdienių įvykių, svarbios asmeninės informacijos ir (arba) traumuojančių įvykių atminties sutrikimai, kurie nesuderinami su įprastu užmaršumu.
- C. Simptomai sukelia kliniškai reikšmingą stresą arba sutrikdymą socialinėje, profesinėje ar kitose svarbiose veiklos srityse.
- D. Simptomai nebūdingi įprastai priimtai kultūrinei ar religinei visuomenės dalies praktikai.
- E. Simptomai nėra priskiriami fiziologiniam medžiagos poveikiui (pvz., blaškymuisi ar chaotiškam elgesiui apsinaudijus alkoholiu) ar kitai sveikatos būklei (pvz., epilepsija).

Taip pat yra svarbu atmesti įvairius kultūrinius veiksnius ar kitas galimas diagnozes (1).

3.2. DAUGYBINIO ASMENYBĖS SUTRIKIMO TERMINO ISTORIJA

Iki 1994 m. pagal DSM klasifikaciją buvo naudojamas daugybinio asmenybės sutrikimo terminas. Dabar anglų kalboje šį pavadinimą pakeitė disociatyvios asmenybės sutrikimo terminas. Pavadinimas buvo pakeistas, kad atspindėtų geresnį būklės supratimą, kadangi jam būdingas asmenybės susiskaidymas ar skilimas, o ne atskirų asmenybių dauginimasis ar augimas. DSM-II apibrėžti šį sutrikimą naudojo terminą „isterinė neurozė, disociatyvus tipas“. Jame buvo aprašyti galimi paciento sąmonės būsenos ar tapatybės pokyčiai ir „amnezijos, somnambulizmo, fugos ir daugialypės asmenybės“ simptomai (7). DSM-III autoriai sugrupavo diagnozę su kitais keturiais pagrindiniais disociaciniais sutrikimais, naudodami terminą „daugybinis asmenybės sutrikimas“ (8). DSM-IV buvo atlikta daugiausiai pakeitimų su daugybinio asmenybės sutrikimo sąvoka nei bet kuriuo kitu disociaciniu sutrikimu ir pervadino jį „disociaciniu asmenybės sutrikimu“ (9). Pokyčiai, kurie buvo atlikti nuo DSM-III, pabrėžia, kad pagrindinė problema yra ne asmenybių gausa, o vieningos asmenybės nebuvimas. Sąvoka „asmenybė“ naudojama aprašyti charakteringus individo minčių, jausmų, nuotaikų ir elgesio modelius, o DAS sutrikimas yra pagrįstas asmenybės ir elgesio modelių keitimu bei „perjungimu“. DSM-V atnaujino DAS apibrėžimą 2013 m.: pirma, A kriterijus buvo išplėstas, įtraukiant punktą, kad asmens veiklą ir mintis kontroliuoja kitos alternatyvios asmenybės. Antra, A kriterijus dabar konkrečiai nurodo, kad asmenybinius pokyčius gali pastebėti aplinkiniai asmenys arba apie juos gali pranešti patys pacientai, trečia, pagal B kriterijų, asmenys, turintys disociacinį asmenybės sutrikimą, gali turėti pasikartojančių atminties spragų prisimenant kasdienes įvykius, o ne tik trauminius išgyvenimus (1).

TLK-10 klasifikavimo sistemoje DAS yra menkai aprašomas, DSM klasifikacija šiuo atveju yra išsamesnė, vis tik toks skirtingas sutrikimo apibrėžimų neatitikimas stabdo tarptautinį mokslinių tyrimų vykdymą (4). Pagal TLK-10 Daugybinių tipo asmenybės sutrikimui yra priskiriamas F44.81 kodas, pats sutrikimas priklauso disociacinių (konversinių) sutrikimų grupei. Anglų kalba pateikiamame TLK-10, šis kodas yra identifikuojamas „Dissociative identity disorder“, kas išvertus lietuvių kalboje turėtų būti „Disociatyvus asmenybės sutrikimas“, toks kokią rekomenduoja DSM klasifikacija, tai atspindėtų geresnį būklės supratimą, kadangi jam būdingas tapatybės susiskaidymas ar skilimas, o ne atskirų asmenybių dauginimasis ar augimas (10). Greitu metu Lietuvoje bus naudojama TLK-11 klasifikavimo sistema. Šiuo metu dar nėra atliktas TLK-11 vertimas lietuvių kalba, tai atliekant svarbu atkreipti dėmesį į tikslų šio sutrikimo pavadinimo vertimą, siekiant išvengti tarptautinio sąvokų neatitikimo.

3.3. EPIDEMIOLOGIJA

Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) tyrimo metu DAS paplitimas mažoje suaugusiųjų bendruomenėje buvo 1,5 proc. Šiame tyrime paplitimas tarp lyčių buvo 1,6 proc. vyrų ir 1,4 proc. moterų, taigi paplitimas yra kiek didesnis tarp vyrų nei tarp moterų (1). Ambulatorinėje praktikoje DAS turi 6 proc. gyventojų (11). Pastebėtas didesnis sutrikimo paplitimas tarp kolegijos studentų, metaanalizė tyrusi 31 905 kolegijos studentus, parodė, jog 11,4 proc. jų turėjo kokių nors disociacinių sutrikimų, 3,7 proc. turėjo DAS (12). Atlikta pasaulinių tyrimų klinikinėje praktikoje apžvalga rodo, kad paplitimo rodiklis yra nuo 0,4 iki 14 proc., tokia plati statistinė variacija tarp skirtingų šalių gali būti dėl kultūrinių simptomų supratimo ir interpretavimo skirtingiems psichiatriniais sutrikimams bei stigmatizacijos aspektų (13). Taip pat rezultatų variacija priklauso nuo imties, tyrėjų naudojamos metodikos ir diagnostinių interviu ar kitų diagnostikos įrankių naudojimo (13). Kadangi skirtingų autorių duomenimis, sutrikimo paplitimas yra nurodomas plačia statistine variacija, todėl sunku suprasti tikrą sutrikimo paplitimo mastą. Pagal Lietuvos Respublikos Higienos instituto duomenis nuo 2014 m. iki 2020 m. DAS ligotumas išliko stabilus (1-2 atvejai per metus), tačiau pastaruosius dvejus metus naujų atvejų skaičius išaugo, 2021 m. buvo 3 nauji atvejai, 2022 m. 5 nauji atvejai per metus. Vis tik, remiantis kitų šalių statistika, Lietuvoje rodikliai yra palyginus maži, todėl galima kelti hipotezę, jog Lietuvoje šis sutrikimas yra nepakankamai diagnozuojamas. Pateikti paplitimo duomenys Lietuvoje ir pasaulyje parodo, kad yra didžiulis poreikis sistemingų tyrimų kiekvienoje Europos šalyje atskirai, taip pat ir bendradarbiaujant tarptautiniu mastu (14).

Pagrindiniai sunkumai diagnozuojant DAS kyla dėl trūkstamų gydytojų žinių apie disociaciją, disociacinius sutrikimus ir psichologinių traumų padarinius. Tai lemia ribotus klinikinius įtarimus dėl disociacinių sutrikimų ir klaidingą nuomonę apie jų klinikinį vaizdą. Keletas epidemiologinių tyrimų per pastaruosius 15 metų parodė, kad disociaciniai sutrikimai anksčiau galėjo būti nepakankamai diagnozuoti ir kad tinkamai ištyrus ir naudojant tikslią diagnostiką, jų paplitimas būtų buvęs didesnis nei nustatyta (11). Amerikos psichiatrų asociacijos duomenimis, daugelis gydytojų buvo mokomi, kad DAS yra retas sutrikimas, tačiau lyginant su kitų sutrikimų paplitimo rodikliais tai galima ginčyti. 1,5 proc. DAS paplitimo rodiklis yra panašus į nervinės bulimijos moterims (1–1,5 proc.) ir obsesinio kompulsinio sutrikimo (1,1–1,8 proc.) rodiklius. DAS paplitimas yra dažnesnis nei intelekto sutrikimas (1 proc.), autizmo spektro sutrikimas (1–2 proc. JAV, bet 0,62 proc. visame pasaulyje), yra tik šiek tiek mažesnis nei panikos sutrikimas (1,7–3 proc.) bei suaugusiųjų aktyvumo ir dėmesio sutrikimas (2,5 proc.). Tai, kad DAS yra labiau paplitęs nei autizmo spektro sutrikimas bene labiausiai stebina, nes dažnai sakoma, kad šiuo metu yra stebima autizmo „epidemija“ (1).

3.4. ETIOPATOGENEZĖ

Psichologinė trauma, atsirandanti dėl nepriežiūros, emocinės, fizinės ir/ar seksualinės prievartos yra plačiai paplitęs rimto masto pavojus visuomenės sveikatai. Traumą galima apibūdinti kaip didelį stresą sukeltantį jausmą, kuris užgožia individo gebėjimą susidoroti su tam tikromis užduotimis ar išgyvenimais bei sutrikdo jo santykius su savimi ir kitais. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) psichikos sveikatos tyrimai parodė, kad 70 proc. žmonių visame pasaulyje yra patyrę bent vieną trauminį įvykį, o tai rodo, kad trauminės patirtys yra plačiai paplitusios visuomenėje (15). Patirta sunki fizinė ar seksualinė prievarta arba kita sunki trauma, įskaitant emocinę prievartą ankstyvoje vaikystėje, ypač kai ją lydi saugaus prierašumo prie globėjų, paguodos trūkumas, padidina disociacijos išsivystymo riziką (16). Moksliniuose tyrimuose apskaičiuota, jog asmenys, turintys liekamuosius trauminių patirčių reiškinius, fizinę prievartą patyrė nuo maždaug 2,8 metų, o seksualinę nuo 3,28 metų amžiaus (17). Kuo daugiau traumų patiriama vaikystėje, tuo didesnė tikimybė lėtinių ligų išsivystymui, bandymų nusižudyti, psichikos ligų, piktnaudžiavimo narkotinėmis medžiagomis, negalios, sutrumpėjusios gyvenimo trukmės ir sveikatos priežiūros išlaidų dydžiui (16). Susidūrus su didžiule traumine patirtimi, disociacija padeda psichinei būsenai „pabėgti“, kai nėra galimybės iš trauminės patirties ištrūkti fiziškai, siekiant apsaugoti psichinę sveikatą nuo skausmingos patirties (15).

Trauminių patirčių fone smegenys atskiria pažintines ir (arba) emocines būsenas bei prisiminimus, taip skatinant disociatyvių būsenų pasireiškimą, tarsi nutolant ir sumažinant emocinį stresą, susijusį su psichologine trauma (18). Šios disociacinės dalys yra atskirtos nuo pirminio savęs suvokimo jausmo ir gali turėti traumuojančių prisiminimų ir emocijų, kurios nėra prieinamos individo sąmoningam suvokimui. Šios disociacinės dalys gali susiformuoti į atskiras alternatyvias asmenybes, kurios stimulų fone išsprovokuoja ir tam tikram laikui perima asmenybės kontrolę (19). Daugelis mokslininkų ir psichiatrų DAS laiko sunkiausia vaikystėje išsivysčiusio PTSS forma (16). Tačiau, remiantis moksliniais tyrimais, pacientai turintys DAS diagnozę dažniau patyrė psichologinę traumą nei pacientai su diagnozuotu PTSS, šizofrenija, panikos sutrikimu ar epilepsija (18). Vis tik šią teoriją patvirtinti kyla problema, jog yra sunku retrospektyviai įvertinti patirtą traumą. Yra tikimybė, jog pacientai nuvertina, perdeda ar meluoja apie patirtus išgyvenimus (16). Reiktų atkreipti dėmesį į dar vieną šių tyrimų trūkumą, jog DAS pacientų be patirtos psichologinės traumos nėra, todėl suprasti ir interpretuoti klinikinį pasireiškimą be galimo PTSS komorbidiškumo gali būti iššūkis (20).

Keliama dar viena ne su trauma susijusio (sociokognityvinio) modelio konkuruojanti teorija, kuri teigia, kad DAS nėra tikras psichikos sutrikimas, o veikiau sociokultūrinių veiksnių ar aplinkos įtaka. Sociokognityvinis modelis teigia, kad DAS pacientams yra lengvai daroma įtaka, o tai rodo galimybę, kad jie bus linkę atkartoti vaizduojamus filmuose, knygose ir kitose žiniasklaidos priemonėse vaizduojamą DAS. Šis sutrikimo populiarumas kine turi atskirą terminą – hollywoodizacija (16). Remiantis šiuo modeliu, asmenys, turintys DAS, neturi alternatyvių asmenybių, o veikiau imituoja jas, reaguodami į socialinius ir aplinkos veiksnius (16). Šio modelio šalininkai teigia, kad tokie pacientai gali simuliuoti simptomus reaguodami į aplinkos įtaką (21). Vis tik, tyrimai rodo, kad asmenims, turintiems DAS, yra būdingi fiziologiniai pokyčiai, tokie kaip smegenų pokyčiai funkcinuose magnetinio rezonanso tomografijos tyrimuose, kurie nėra būdingi sociokognityviniam modeliui, kas galėtų padėti atskirti simuliuojančius asmenis nuo pacientų, turinčių DAS (22).

Neurovaizdavimas gali suteikti informacijos apie smegenų struktūrinius ir funkcinius pakitimus ir yra galinga priemonė suprasti sutrikimų ir ligų neurobiologiją. Taigi, neurovaizdų tyrimai gali atverti kelią ieškant neurobiologinės DAS etiopatogenezės. Mokslinių tyrimų išvadose buvo pastebėta, jog atlikus magnetinio rezonanso tomografijos tyrimus, pacientams, turintiems DAS, yra žymiai sumažėjęs hipokampo tūris (20,24). Pastebėta, kad pacientų turinčių DAS-PTSS bilateraliniai hipokampo tūriai

yra žymiai mažesni, palyginti su pacientų, diagnozuotų tik PTSS. Specifiškai, mažesni dydžiai buvo stebimi CA1, CA2-3 ir CA4-D, ramstyje (*subiculum*), kairiajame priešramstyje (*presubiculum*). Ypač ryški koreliacija buvo stebima tarp patirtos traumos sunkumo ir mažesnių šių anatominių dalių dydžio nei sveikos kontrolinės grupės. Vienas iš galimų paaiškinimų yra, kad esant ekstremaliam ir ilgalaikiam streso veikimui, gliukokortikoidai prisotina hipokampą, o toks ilgalaikis gliukokortikoidų poveikis gali turėti įtakos progresyviai hipokampo atrofijai. Taip pat buvo nustatyta, kad tirti pacientai, esantys DAS simptomų remisijoje ar nebejaučiantys simptomų turėjo didesnę hipokampą nei tie, kurie vis dar turėjo šio sutrikimo simptomų. Tyrimai nustatė, pacientų migdolinio kūno (*amygdala*) dydis ir tūris buvo reikšmingai mažesnis nei kontrolinėje grupėje (16,20). Hipokampus yra atsakingas formuojant ilgalaikius prisiminimus, o migdolinis kūnas reguliuojant emocijas. Smegenų struktūrų tūrių ir dydžių reikšmingas sumažėjimas, lyginant su kontroline grupe, turi reikšmės aiškinantis sutrikimo patogenezę, atsižvelgiant į paveiktų struktūrų funkcijas bei jaučiamus simptomus. Tai reiškia, kad hipokampus ir migdolinis kūnas yra labai svarbi DAS patogenezės dalis (16). Vis tik tikslios informacijos kaip smegenų struktūrų dydžiai ir tūriai turi įtakos disociatyvių sutrikimų patogenezėje kol kas nėra, todėl ateityje yra labai svarbu detaliau nagrinėti šio sutrikimo etiopatogenezę, o neurovaizdavimo tyrimai turi didelį potencialą to išaiškinimui.

3.5. KLINIKA

Daugybiniam asmenybės sutrikimui būdingas dviejų ar daugiau alternatyvių asmenybės būsenų buvimas vienam asmeniui. Kiekviena asmenybė yra visiškai integruota su prisiminimais, elgesio modeliais ir socialiniais santykiais. Perėjimas iš vienos asmenybės į kitą yra staigus (23). Asmenybių pasikeitimas vyksta reaguojant į emocinės būsenos ar aplinkos pasikeitimus taip perimant kontrolę kitai asmenybei. Skirtingos asmenybės turi skirtingus vaidmenis, patirtis, emocijas, prisiminimus ir įsitikinimus (24). Pacientai, turintys daugybinių asmenybės sutrikimą, gali jausti, kad jie staiga prarado savo emocijų, kalbos, veiksmų kontrolę. Šios emocijos ir impulsai nurodomi kaip egodistoniški. Požiūriai ir asmeninės nuostatos (pvz., apie maistą, veiklą, aprangą) gali staiga pasikeisti, o paskui vėl grįžti į pradines. Asmenys gali pranešti, kad jų kūnas ar kūno bruožai pasiketė (pvz., pacientas save mato kaip mažą vaiką, priešingos lyties, didžiulį ar raumeningą) (1). Alternatyvių asmenybių kiekis gali būti nuo vienos iki 50, tačiau vidurkis yra 13 (2).

Daugybiniam asmenybės sutrikimui yra būdingi pasikartojantys amnezijos epizodai. Pacientui sunku prisiminti kasdienes įvykius, svarbią asmeninę informaciją ir trauminius įvykius, kurie nesuderinami su įprastu užmaršumu. Aplinkiniai gali pastebėti paciento neįprastą nuotaiką ar nebūdingą elgesį (pvz., nebūdingus pykčio priepuolius) amnezijos epizodų metu. Asmenų, turinčių DAS, disociacinė amnezija pasireiškia trimis pagrindiniais būdais: asmeninio gyvenimo įvykių (pvz., vaikystės ar paauglystės laikotarpių, svarbių gyvenimo įvykių), įgūdžių ar kasdieninės veiklos (pvz., naudojimasis kompiuteriu, skaitymas, vairavimas), atliktų kasdienių veiksmų ir užduočių įrodymų atradimas, kurių jie neprisimena darę (pvz., gluminančių raštų ar piešinių, kuriuos jie sukūrė veikiami alternatyvios asmenybės, radimas). Disociatyvios fugos yra dažnas DAS simptomas. Asmenys, turintys DAS, gali pranešti, kad staiga atsidūrė paplūdimyje, darbe, naktiniame klube ar kur nors namuose to neprisimenant. Asmenys neprisimena savo vardo arba neatpažįsta savo sutuoktinio, vaikų ar artimų, draugų (1). Anot TLK-11 skirtingų asmenybės būsenų kaita ne visada siejama su amnezija. Viena asmenybės būseną gali suvokti ir prisiminti kitos asmenybės būsenos veiklą tam tikro epizodo metu. Vis tik daugumą disociacijos epizodų lydi amnezija. Dalinio DAS atveju, amnezija gali būti nebūdinga, pacientas tam tikra dalimi suvokia įvairias savo disociacines būsenas. Dalinio sutrikimo atveju viena asmenybės būseną yra dominuojanti ir funkcionuoja kasdienio gyvenimo veiklose, tačiau į ją įsiterpia nedominuojančios asmenybės būsenos. Skirtingai nei visiško DAS atveju, nedominuojančios asmenybės būsenos neperima asmens sąmonės ir veikimo kontrolės tiek, kad jos veiktų konkrečiuose kasdienio gyvenimo aspektuose. Taigi, alternatyvių asmenybių atsiradimas, asmenybės fragmentacija bei amnezija sudaro pagrindinius simptomus, reikalingus DAS diagnostikai, anot DSM-V. Pagal TLK-10, diagnozę pagrįsti pakanka esant dviem simptomams (17).

Pacientai taip pat gali patirti depersonalizacijos jausmą, jog yra atsiriboję nuo savęs (asmuo jaučia, kad yra už savo kūno ribų arba stebi save iš šono) (1). Tyrimų duomenimis, net 87 % pacientų, kuriems diagnozuotas DAS, patyrė depersonalizacijos simptomus, neatpažino savęs veidrodyje, jautė, jog yra ne savame kūne (18). Vidutiniškai 63 proc., turinčių DAS, nustatytas derealizacijos simptomas (24). Derealizacija yra suprantama kaip paciento atitrūkimas nuo aplinkos arba ją suvokiant kaip netikrą (1). Nors ir šie du simptomai yra dažni DAS pacientams, vis tik pagal DSM-V ir TLK-10 jie nėra būtini diagnozuojant DAS. Tačiau Azijos, Šiaurės ir Pietų Amerikos, Europos ir Australijos mokslinių tyrimų duomenimis, asmenims, kuriems nustatyta DAS, dažniausiai pasireiškia visi penki klinikiniai simptomai, ypač sunkiais klinikiniais atvejais (17).

3.6. GRETUTINĖS LIGOS

Pacientai, kuriems nustatytas DAS, gali turėti gretutinių sutrikimų. PTSS, distimija, depresija yra dažniausios gretutinės ligos (25). Dažniausiai komorbidiniai sutrikimai, tokie kaip depresija, panikos priepuoliai, somatoforminiai simptomai ir valgymo sutrikimų simptomai, gali pasireikšti kartu ir maskuoti galimą DAS diagnozę (4). Tipiškas pacientas turi disociacinio ir PTSS simptomų derinį, kuris taip pat gali pasireikšti su trauma nesusijusiais simptomais, pvz., depresijos, panikos priepuolių. Dėl šių simptomų, gydytojai dažnai diagnozuoja tik gretutines ligas, o ne patį DAS (24). Tai lemia ilgą ir dažnai nesėkmingą šių sutrikimų gydymą (4). Savižudiškas ir (arba) save žalojantis elgesys yra ypač dažnas tarp DAS pacientų. Tyrimai parodė, kad 67 proc. pacientų, sergančių disociaciniais sutrikimais, praneša apie pasikartojančius bandymus nusižudyti, o 42 proc. yra save žaloję. Pacientai paprastai nurodo, kad buvo patyrę fizinę, seksualinę ir/ar emocinę prievartą arba augo žalingoje aplinkoje, kurioje nebuvo pasirūpinta jų saugumu ar gerove. Jie linkę atkartoti tokius elgesio modelius, pasinerdami į agresiją, gėdą, baimę, siaubą ir kitas emocijas, save žalojančiu ir destruktiviu elgesiu, dažnai susitapatindami su agresoriumi (24).

3.7. DIAGNOSTIKA

DAS diagnozavimo būdas yra išsamios ligos istorijos surinkimas, kurį atlieka psichiatras arba psichologas (5). Renkant anamnezę ir įtariant DAS, paciento reikėtų paklausti apie amnezijos, fugos, depersonalizacijos, derealizacijos, asmenybės sutrikimo ir pasikeitimo epizodus ar kitus DAS būdingus klinikinius simptomus (24). Ligos istorijos rinkimas neturėtų apsiriboti vien pacientu, šio sutrikimo diagnostikai svarbu apklausti keletą šaltinių, tokių kaip artimųjų, draugų ar bendradarbių pasakojimų. Renkant anamnezę, pradedama nuo atviro tipo ir susiaurinama iki uždaresnių klausimų. Daugelis gydytojų retai susiduria su DAS atvejais savo klinikinėje praktikoje. Viena iš prežasčių gali būti, jog anksčiau vis tik buvo susidūrę su šiais pacientais, tačiau nebuvo užduoti specifiniai klausimai, kurie naudingi DAS diagnozės išaiškinimui. Tai lėmė nediagnozuotus DAS atvejus. Pacientai, turintys šį sutrikimą, dažnai nenori pripažinti arba kalbėti apie būdingus simptomus ir dažnai pirmi apie juos neužsimena, nes jaučia gėdą ir baimę dėl stigmatizacijos visuomenėje. Labai svarbus tikslingas šių klausimų uždavimas diferencijuojant DAS sutrikimą. Taigi, lentelėje (1 lentelė) pateikiami papildomi klausimai, kuriuos naudinga užduoti DAS diagnostikoje (1,26):

1 lentelė. Rekomenduojama užduoti šiuos klausimus diagnozuojant DAS

Simptomas	Rekomenduojami užduoti klausimai
Amnezija	Ar turite atminties problemų?
	Ar jums buvo sunku prisiminti svarbią asmeninę informaciją arba traumuojančius įvykius, kuriuos neįmanoma paaiškinti paprastu užmaršumu?
	Ar buvo situacijų, kuomet atvykstate į tam tikrą vietą, tačiau nežinote kaip ten atsidūrėte?
	Ar buvo situacijų, kuomet aplinkiniai žmonės jums pasakoja apie tai, ką padarėte, o jūs neprisimenate – apibūdina jūsų elgesį labai skirtingai nei jūs?
	Ar būna situacijų, kuomet atrodo, kad žmonės, kurių neatpažįstate, jus pažįsta – vadina jus kitu vardu?
	Ar būna atvejų, kad pastebite jog trūksta arba atsirado daiktai, dėl kurių atsiradimo ar dingimo negalite paaiškinti, pavyzdžiui, savo spintoje randate neseniai įsigytus drabužius, kurių niekada nenešiotumėte ir nepamenate pirkę?
	Ar yra buvę situacijų, kuomet randate savo užrašus, kurių neprisimenate rašę? Gali būti parašyta vaikišku raštu, emocionalūs, piktas tūrinys.
Depersonalizacija/ Derealizacija	Ar yra kokia nors tipiška aplinkybė (pvz., tam tikra vieta, jausmas), kuri paprastai būna prieš disociacijos epizodus arba juos sukelia?
	Ar jaučiate, kad jūsų kūnas nepriklauso jums?
	Ar kartais pastebite, kad matote save iš tolumo kaip būtų, jog žiūrite filmą apie save?
	Ar atrodo, kad aplinkiniai žmonės ir vietos atrodo tolimi, migloti ar nerealistiški?
Kitos asmenybės	Ar yra situacijų, kurių metu jaučiate, kad jumyse gali būti kitas asmuo ar asmenys? Jei taip, ar jie kada nors perima jūsų kūno kontrolę?

Svarbu atkreipti dėmesį, DAS negali būti diagnozuota pacientui, kuris yra psichozės būsenoje, turi mąstymo sutrikimų, neblaivus, kliedi, nebendradarbiauja, nebylus ar kitaip negali dalyvauti

psichiatinėje konsultacijoje (26). DAS diagnozuoti buvo sukurtos vertinimo priemonės, išsamūs struktūriniai klausimynai skirti klinikistui:

- Struktūrinis klinikinis klausimynas disociaciniams sutrikimams DSM–IV – koreguotas (*Structured Clinical Interview for DSM–IV Dissociative Disorders–Revised (SCID-D-R)*). 277 punktų klausimynas, kuriame įvertinami penki disociacijos simptomai: amnezija, depersonalizacija, derealizacija, asmenybės pasikeitimas. Laikomas auksiniu disociacinių sutrikimų diagnostikos standartu (24).
- Disociatyvių sutrikimų interviu tvarka (*The Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)*)
- Disociatyvių patirčių skalė (*Dissociative Experiences Scale (DES)*)
- Disociacijos klausimynas (*Dissociation Questionnaire (DIS-Q)*)

Svarbu pabrėžti, jog klausimynai sukurti naudoti sutrikimo atrankai, ne diagnozės patvirtinimui ar paneigimui (24). Lietuvoje šie klausimynai nėra validizuoti, naudinga ateityje patvirtinti šiuos klausimynus tikslesnei daugybinio asmenybės tipo diagnostikai.

3.8. KLAIDINGAI NEIGIAMAS IR KLAIDINGAI TEIGIAMAS, IMITUOJAMAS IR SIMULIUOJAMAS DAS

Klaidingai neigiama DAS diagnozė dažniausiai nustatoma, kai konsultacijos metu, renkant anamnezę, tiriantysis neužduoda klausimų susijusių su disociacija ir trauma arba dėmesys sutelkiamas į akivaizdesnes gretutines ligas. Kai taip atsitinka, nediagnozuotam pacientui, turinčiam DAS, gali būti taikomas ilgas ir dažnai nesėkmingas šių būklių gydymas (24). Gydytojai, kuriems trūksta patirties su DAS, gali tikėtis, kad pacientai konsultacijos metu išreikš disociacinės asmenybės simptomus ir spontaniškai identifikuos atminties problemas. Vis tik, DAS galima traktuoti kaip „paslėptą sutrikimą“, nes pacientams dažnai jų disociaciniai simptomai yra keistoki ir painūs, jie nelengvai atskleidžia juos dėl jaučiamos gėdos ir vidinių išgyvenimų (27). Atvirkščiai, jie linkę sumenkinti simptomų reikšmę, slėpti juos ir nepranešti apie tai konsultacijų metu, nebent apie juos būtų tiesiogiai klausiama, dėl šios priežasties DAS yra nediagnozuojamas (28). Nepakankamas sutrikimo diagnozavimas yra ne vienintelė problema kylanti su šiuo sutrikimu, reiktų atkreipti dėmesį dėl galimos hiperdiagnostikos. TLK-10 ir DSM-V nepateikia aiškių DAS diagnozavimo gairių, todėl sunku atskirti tikrąjį DAS nuo imituotų ar klaidingai teigiamų atvejų (27). Lentelėje (2 lentelė) išvardijami imituojamo ar simuliuojamo DAS požymiai, į kuriuos reikia atsižvelgti atliekant diagnostinį vertinimą (28).

1999 m. Nyderlanduose Draijer ir Boon atliktas tyrimas rodo, kad kai kurie asmenybės sutrikimų turintys pacientai entuziastingai dėsto jaučiamus simptomus, juos apibūdina „vadovėline“ kalba naudodami daugybinės asmenybės sąvoką, kad pateisintų emocines problemas, vidinius konfliktus arba siektų aplinkinių, gydytojų dėmesio. Imituotas asmenybės sutrikimas pasireiškia, kai asmenys netyčia imituoja DAS simptomus, paprastai veikiami žiniasklaidos ar kitų informacijos šaltinių įtakos. Šie asmenys gali nuoširdžiai manyti, kad jie turi DAS, nes neteisingai interpretuoja ar iškreipia šio sutrikimo simptomus. Imitaciniai atvejai paprastai atsiranda dėl nepakankamo supratimo ar klaidingų įsitikinimų, o ne dėl sąmoningo ketinimo apgauti (29). Svarbu paminėti, jog pacientai, kurių diagnozė nepatvirtinta atlikus išsamų diagnostinį įvertinimą, neturėtų būti skatinami domėtis DAS simptomais, nes tai gali turėti įtakos jų klinikiniam vaizdui ir tai, kaip jie pateikia jaučiamus simptomus gydytojui ar kitam medicininiam personalui. Vėliau tai gali lemti neteisingą diagnozę ir gydymą. Siekiant išvengti klaidingų diagnozių, gydytojai turėtų gauti sistemingesnius mokymus apie disociacinių sutrikimų vertinimą, geresnį supratimą apie sutrikimo subtilius simptomus bei tai, kaip juos apibūdina pacientai imituojantys ar iš tikrųjų turintys DAS (28).

Kai kurie pacientai gali tikslingai simuliuoti DAS simptomus dėl turimų asmenybės sutrikimų, tikslingo simptomų išgalvojimo (dirbtinio sutrikimo), pavyzdžiui Miunhauzeno sindromo atveju (30). Manoma, kad dirbtinio sutrikimo paplitimas bendroje populiacijoje siekia 0,5–6%. Tyrimų duomenimis, simuliuoti disociaciniai sutrikimai sudaro 2–14 % visų disociacinių sutrikimų atvejų (29). Simuliuojamiems atvejams būdingos sąmoningos pastangos simuliuoti sutrikimą be tikros disociacijos patirties. Ankstesniais laikais simuliaciją buvo gana lengva atskirti nuo tikrų atvejų dėl pacientų žinių trūkumo apie simptomus, jų pasireiškimo specifiškumą. Dabar, kuomet informacijos sklaida yra didelė, tampa vis sunkiau atskirti asmenų bandymą simuliuoti DAS simptomus (31). Bendrųjų dirbtinio sutrikimo simptomų buvimas kartu išreiškiant ar pasakojant apie jaučiamus DAS simptomus, rodo, kad asmuo gali simuliuoti DAS (32). Pacientai apsimeta turintys daugybinį asmenybės sutrikimą dėl neįgalumo pašalpu, finansinių atsiskaitymų vengimo bei dėl kitos galimos asmeninės naudos (29). Sutrikimo simuliacija buvo pastebėtas žmogžudysčių bylose tarp kaltinamųjų. Asmenys sąmoningai imitavo DAS diagnozę, kad išvengtų atsakomybės už savo nusikaltimus arba siekdami švelnesnės bausmės (31). Medicininių tyrimų duomenimis, SCID-D įrankis gali būti naudingas norint atskirti tikrąjį DAS nuo imituotų ar simuliuotų atvejų. Taip pat, dauguma pacientų, simuliuojančių DAS, turi ribinio arba histrioninio tipo asmenybės sutrikimą (31).

2 lentelė. Imituojamo ir simuliuojamo DAS požymiai

1. Tiesiogiai arba netiesiogiai tikisi patvirtinti savi diagnozuotą DAS.
2. Aplinkinis asmuo (draugas, psichologas, kitas gydytojas) paminėjo galimą DAS diagnozę be išsamaus klinikinio įvertinimo.
3. Domėjosi DAS diagnostika ir susipažino su simptomais: skaitė knygas, žiūrėjo vaizdo įrašus, kalbėjosi su kitais pacientais, dalyvavo disociatyviems pacientams skirtose paramos grupėse.
4. Vartoja klinikinį žargoną: asmenybės, disociacija, depersonalizacija, skilimas ir kitus.
5. Nėra vengiantis: noriai kalba apie skausmingus išgyvenimus ir atsiribojimą, neturi gėdos jausmo ar neišgyvena vidinių konfliktų, susijusių su simptomų ar asmenybių dalių atskleidimu.
6. Lengvai pateisina emocijų kontrolės praradimą ir nepriimtina ar gėdingą elgesį nebuvimu savimi arba alternatyvios asmenybės įtaka.
7. Nėra objektyvių įrodymų apie traumuojančių prisiminimų pakartotiną išgyvenimą dabartyje.
8. Neigė turį egodistoniškas mintis ar balsus, ypač prasidėjusias ankstyvoje vaikystėje. Pastaba: Disociatyvūs pacientai gali bijoti, gėdytis arba jausti, kad draudžiama kalbėti apie balsus.
9. Nėra amnezijos požymių, susijusių su neutralia kasdiene veikla, pvz., dirbant, apsipirkinėjant, bendraujant.
10. Bando kontroliuoti pokalbį ir pateikti įrodymų, kad turi DAS, pvz., noriai praneša apie disociacinius simptomus, neprašydami gydytojo giliau papasakoti apie jų reikšmę.
11. Klinikinio vertinimo metu praneša ar atlieka asmenybių perjungimą, ypač prieš užmezgant gerus santykius su gydytoju ir įgaunant jo pasitikėjimą.
12. Suranda akivaizdžios naudos, susijusios su DAS: susilaukia ypatingo šeimos ir draugų susidomėjimo (norai aptarinėja simptomai ir asmenybės), rašo tinklaraščius ar kuria vaizdo kanalus žmonėms, turintiems disociacinių sutrikimų ar kitaip viešai praneša apie turimą sutrikimą.
13. Susinervina ar nusivilia, kai gydytojas nediagnozuoja DAS, pvz., reikalauja pakartotinio įvertinimo, teisinasi, kad nepakankamai tiksliai pateikė teisingus atsakymus, nori pateikti daugiau įrodymų.
14. Būdingi dirbtinio sutrikimo simptomai: abejingumas, dramatiškas įvykių ar emocijų apibūdinimas, nuolatinis melas, fantastinė pseudologija, selektyvi amnezija, nuoseklios darbinės

veiklos trūkumas, atsisakymas bendradarbiauti konsultacijų metu, teisinės problemos, ankstesnės psichiatrijos istorijos nebuvimas, pernelyg didelis hospitalizacijų skaičius, simptomų nenuoseklumas, anksčiau pastebėtų simptomų nebuvimas arba simptomų pablogėjimas stebėjimo metu, atsisakymas atlikti psichologinį vertinimą.

3.9. DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA

Asmenims, turintiems DAS, klaidingai diagnozuojami kiti psichiatriniai sutrikimai, dažniausiai ribinio, histrioninio tipo asmenybės sutrikimas ir net pirminiai psichoziniai sutrikimai, tokie kaip šizofrenija ir šizoafektiniai sutrikimai. Atsižvelgiant į tai, kad DAS sutrikimo atveju trauma yra etiopatogeneziniame centre, potrauminio streso sutrikimas taip pat turėtų būti diferencijuojamas nuo DAS (5). Somatinės būklės, tokios kaip epilepsija, struktūriniai smegenų pakitimai, narkotinių medžiagų vartojimas gali imituoti tam tikrus simptomus, kurie būdingi DAS diagnozei (33). Pateikiami tyrimai (**3 lentelė**), naudingi atlikti, siekiant atmesti somatinius ar psichikos sutrikimus (33). Taigi, yra psichikos bei somatinių sveikatos būklių, kurios gali turėti simptomų, kurie yra panašūs į DAS simptomus, todėl svarbu atsižvelgti į įvairias diferencines diagnozes, kurios gali imituoti DAS:

- Ribinis asmenybės sutrikimas yra psichikos sveikatos sutrikimas, kuriam būdingas nuotaikos, santykių ir savęs supratimo nestabilumas, impulsyvus elgesys ir nuolatinis tuštumos jausmas. Asmenys, turintys šį sutrikimą, gali patirti disociacinius simptomus, įskaitant jausmą, kad jie yra atitrūkę nuo savo minčių ir emocijų, tačiau šie simptomai paprastai nėra tokie sunkūs ar nuolatiniai, kaip turint DAS. Taip pat svarbu tai, kad individo DAS asmenybių kintamumas skiriasi nuo nuolatinų afektų valdymo ir tarpusavio santykių disfunkcijos, būdingos asmenims, turintiems asmenybės sutrikimų. Daugelis ribinių asmenybės sutrikimų pacientų yra vaikystėje turėję intensyvių traumatizuojančių patirčių, kas gali sukelti asmenybės skilimo jausmą ar net amneziją. Klinikiniai tyrimai, kuriuose lyginami pacientai, turintys asmenybės sutrikimą ir pacientai su DAS, parodė, kad kruopštus klinikinis įvertinimas, diagnostinių testų, tokių kaip DES, SCID-D naudojimas ir psichologinis įvertinimas yra naudingas diferencinei diagnozei.
- Šizofrenija yra lėtinis psichikos sveikatos sutrikimas, galintis sukelti daugybę simptomų, įskaitant kludiesius, haliucinacijas ir chaotišką mąstymą. Nors disociaciniai simptomai gali pasireikšti sergant šizofrenija, jie paprastai nėra tokie sunkūs ar reguliariai kankinantys pacientą kaip sergant DAS. Asmenys, turintys DAS, išsako regėjimo, lytėjimo, uoslės, skonio ir

somatines haliucinacijas, kurios dažniausiai yra susijusios su potrauminiais ir disociaciniais veiksniais, sugrįžtančiais prisiminimais. Taip pat DAS pacientai šiuos simptomus gali patirti kaip sukeltus alternatyvių asmenybių, juos įvardydami personifikuotai. Chaotiškas alternatyvios asmenybės pasikeitimas, sutrikdantis mąstymo procesus, gali būti atskirtas nuo trumpalaikio psichozinio sutrikimo tuo, kad vyrauja disociaciniai simptomai ir epizodinė amnezija, nebūna negatyvios šizofrenijos simptomatikos, stabilų neįmanomo turinio kliedesių, specifinių mąstymo formos sutrikimų, I rango šizofrenijos simptomų. Diferencinė šių sutrikimų diagnostika yra naudinga atlikti pasibaigus krizei.

- Kai kuriems pacientams, turintiems potrauminio streso sutrikimą pasireiškia disociaciniai simptomai: kai kurių trauminių patirčių dalių amnezija, disociatyvūs prisiminimai (traumos išgyvenimas prisiminimuose iš naujo, sutrikusi orientacija vietoje ir laike) ir asmenybinis kontrolės perimimas, neigiami pažinimo ir nuotaikos pokyčiai ir padidėjęs susijaudinimas, susitelkęs į trauminį įvykį. Vis tik šie simptomai paprastai nėra tokie sunkūs turint PTSS, kaip kad DAS atveju. Atliekant diferencinę diagnozę tarp DAS ir PTSS svarbu, kad gydytojas nustatytų būdingų disociacinių simptomų, nebūdingų PTSS, buvimą ar nebuvimą. (1).
- Epilepsija ir DAS kartu turi tokių simptomų kaip amnezija, fuga, depersonalizacija, derealizacija, asmenybės pasikeitimas. Tokie persidengiantys simptomai gali sukelti iššūkį gydytojui diferencijuoti sutrikimus tarpusavyje (34). Disociacijos simptomai dažniau pasireiškia pacientams, sergantiems smilkininės skilties epilepsija, nei bet kuriuo kitu neurologiniu sutrikimu (1). Su epilepsija susiję asmenybės pokyčiai dažniausiai būna laikini bei nėra tokie specifiški (dažniausiai nėra matomas toks tikslus alternatyvių asmenybių apibūdinimas, vardų, amžiaus, lyties tikslumu), kaip DAS atveju. Esant įtarimui dėl epilepsijos ir kitos neurologinės ligos, reiktų atlikti ir neurologinius tyrimus, tokius kaip elektroencefalogramos, juosmens punkcijos ir smegenų vaizdiniai tyrimai. Serumo prolaktino padidėjimas yra būdingas po epileptinių traukulių (24).

3 lentelė. Diferencinės diagnostikos tyrimai

Diagnostika	Sutrikimai
Elektroencefalograma	Epilepsija
Kraujo tyrimai (Prolaktino	Epilepsija

padidėjimas)	
Šlapimo tyrimai	Narkotinių medžiagų vartojimas
Neurovaizdavimo tyrimai	Struktūriniai smegenų pakitimai (pvz., smegenų augliai)
Intelektu koeficiento testai	Intelektu sutrikimai

3.10. GYDYMAS

Daugybinio asmenybės sutrikimo gydymas yra ilgas ir kompleksiškas. Kuo ilgiau išlieka simptomai, tuo agresyvesnis turėtų būti gydymas. Gydymą paprastai sudaro dvi dalys: ankstyvas gydymas, nukreiptas į simptomų pašalinimą, ir ilgalaikis gydymas, nukreiptas į stresorių pašalinimą ir tolesnių epizodų prevenciją (33). Psichoterapija yra viena pagrindinių DAS gydymo dalių. Padėti asmenybės suvokti viena kitą kaip integruotas savęs dalis yra terapinio proceso esmė. Terapeutas bet kokią alternatyvią asmenybę turėtų traktuoti taip, lyg ji būtų „tikresnė“ ar svarbesnė už bet kurią kitą. Taip pat psichikos sveikatos specialistas turėtų atminti, kad visos alternatyvios asmenybės bando priimti arba įveikti problemas, su kuriomis susiduria pacientas. Taigi, netinkama praktika terapeutui yra liepti pacientui ignoruoti jo alternatyvias asmenybes arba bandyti jas užgniaužti (nors priimtina numatyti strategijas, kaip pacientui atsispirti destruktivių asmenybių įtakai arba padėti kontroliuoti tam tikrų asmenybių atsiradimą netinkamomis aplinkybėmis ar laiku). Pagrindinis gydymo rezultatas yra galutinis visų alternatyvių asmenybių susilieėjimas – visiška integracija, susijungimas ir skilimo nebūvimas. Dažniausia gydymo struktūra susideda iš trijų etapų:

1. Saugumo, stabilizavimo ir simptomų mažinimo. Pradiniame gydymo etape dėmesys turėtų būti skiriamas terapinio aljanso sukūrimui, pacientų švietimui apie diagnozę ir simptomų bei gydymo proceso paaiškinimą. 1 etapo gydymo tikslai apima asmeninio saugumo palaikymą, simptomų kontrolę, afekto moduliavimą, atsparumo stresui ugdymą, pagrindinių gyvenimo funkcijų gerinimą ir santykių kūrimą ir stiprinimą. Vienas iš pagrindinių gydymo kertinių elementų yra apsaugoti pacientus nuo žalos sau. Tai apima savižudišką ar parasuicidinį elgesį, piktnaudžiavimą alkoholiu ar narkotinėmis medžiagomis, įsitraukimą į smurtinius ar išnaudojamuosius santykius, agresiją ir rizikingą elgesį.

2. Trauminių prisiminimų pripažinimas, apdorojimas ir integravimas. Šiame gydymo etape dėmesys sutelkiamas į darbą su DAS paciento prisiminimais apie trauminius išgyvenimus, mokymąsi

juos toleruoti, apdoroti ir integruoti į įvykius. Pacientas ir terapeutas turėtų aptarti ir susitarti, kokie prisiminimai bus dėmesio centre, koku intensyvumo lygiu jie bus nagrinėjami, kokios intervencijos gali būti naudojamos, kurios alternatyvios asmenybės dalyvaus. Kokių veiksmų bus imamasi siekiant užtikrinti saugumą darbo metu ir kokios procedūros bus taikomos trauminiam prisiminimams sustabdyti, jei darbas taps per intensyvus. Vienas iš terapijos būdų, padedančių asmenybių susijungimui, tai paskatinti asmenybes pasidalinti traumine patirtimi su kitomis asmenybėmis. Kuomet skilusios asmenybės priims, kad jos yra išgyvenusios traumuojančią patirtį, tuomet prasidės asmenybių jungimasis į vieną.

3. Asmenybių integracija ir rehabilitacija. Trečiajame DAS gydymo etape pacientai paprastai pradeda įgyti tvirtesnę ir stabilesnę savęs ir savo dalių suvokimo jausmą ir kaip jie yra susiję su kitais ir su išoriniu pasauliu, todėl šiame etape yra dar daugiau naudos įgauna traumų analizavimas, kadangi pacientas yra stabilesnis, mažiau fragmentuotas, atsparesnis ir turintis daugiau vidinės ramybės. Pacientai gali nuosekliau suvokti savo praeities istoriją ir veiksmingiau spręsti dabartines problemas. Esant aukštesniam integracijos lygiui, pacientas gali geriau peržvelgti traumuojančius prisiminimus ir nuspręsti, kad kai kurie yra labiau simboliniai – nors tuo metu jie atrodė tikri, bet neįvyko objektyvioje tikrovėje (24).

Šiuo metu nėra sukurta vaistinio preparato skirto disociaciniam simptomams gydyti (17). DAS atveju farmakoterapija yra naudojama gretutiniams psichiatriniam simptomams malšinti, tokiems kaip nerimas, depresija ar emocinės, elgesio problemos, PTSS bei gretutinėms ligoms, tokioms kaip afektiniai sutrikimai ir obsesinis – kompulsinis sutrikimas (24). Kalbant su pacientu ar jo šeima yra svarbu pabrėžti, kad jei pacientas, turintis DAS, neturi gretutinių simptomų, nesusijusių su DAS, farmakoterapija jam nėra indikuotina, informuojant, kad vaistai nuo disociacinių simptomų nėra reikalingi ar patvirtinti šiai dienai. Priešingu atveju pacientas ar šeima gali priešiškažiūrėti į sveikatos priežiūros specialistą, kad šis neturi gebėjimo nustatyti sutrikimo ar nuspręst nepakankamai dėmesio skirti psichologiniam gydymui, manant, jog vaistiniai preparatai išgydys disociacinius simptomus (17).

Antidepresantai dažniausiai naudojami depresijos simptomams ir (arba) PTSS simptomams gydyti. Šiai pacientų grupei taikomos standartinės selektyvių serotonino reabsorbcijos inhibitorių antidepresantų dozės, pvz., siekiant pašalinti nerimo simptomus rekomenduojama naudoti mažas dozes,

depresijos simptomus – vidutines dozes ir obsesinius kompulsinius simptomus / atsparią gydymui depresiją – dideles dozes (24). Atipiniai (antros kartos) antipsichoziniai vaistai gali būti skiriami nuotaikos stabilizavimui, nerimui ir įkyriems potrauminio streso sutrikimo simptomams malšinti, jie gali būti veiksmingesni ir geriau toleruojami nei tipiniai (pirmosios kartos) antipsichoziniai vaistai (2). Multimodalinė disociacinė haliucinozė dažniausiai turi prastą atsaką į antipsichozinius vaistus, nors šių vaistų skyrimas galėtų padėti esant bendram padidėjusiam susijaudinimui, panikai ir minčių dezorganizacija (24). Vis tik, yra pasirodę pavieniai paauglių atvejo analizės tyrimai, kurie parodė DAS simptomatikos sumažėjimą gydant risperidono ir mirtazapino deriniu bei kvetiapinu (36,37). Anksiolitikai gali būti skirti trumpalaikiam nerimo gydymui. Reiktų atminti, jog benzodiazepinų klasės vaistai gali sukelti priklausomybę, o tai kelia pavojų tiems pacientams, kurie yra linkę į priklausomybę. Ilgo poveikio benzodiazepinai yra saugesni ir turi mažiau probleminių šalutinių poveikių nei trumpo veikimo benzodiazepinai (24). DAS pacientai dažnai kenčia nuo miego sutrikimų, susijusių su emociniais sutrikimais ar sunkiais išgyvenimais bei jaučia kai kurių alternatyvių asmenybių poveikį nakties metu. Šiems simptomams tinkami vaistai, turintys seduojamą - hipnotinį poveikį, tokie kaip trazadonas, mirtazapinas, mažos triciklių antidepresantų dozės (2,7).

Net ir po to, kai buvo atliktas ilgas ir sudėtingas paciento gydymas, daug DAS pacientų negali pasiekti galutinio asmenybių susijungimo arba neįaučia pakankamo ir pageidaujamo asmenybių susijungimo. Šiuo metu nebuvo rasta jokio farmakologinio gydymo, kuris sumažintų disociaciją. Norint nustatyti, kaip veiksmingiausiai gydyti šiuos pacientus, labai reikalingi tyrimai, kuriuose taikomas sistemingas gydymas ir nagrinėjami aklieji tyrimų rezultatai (2).

4. KLINIKINIO ATVEJO APRAŠYMAS

Nusiskundimai. 15 m. pacientė hospitalizuota į Respublikinės Vilniaus Psichiatrinės ligoninės (RVPL) Universitetinį vaikų ir paauglių skyrių dėl jaučiamo atsiskyrimo nuo savo minčių, emocijų, asmenybės - disociacijos simptomų, sutrikusios atminties ir aplinkos netikrumo epizodų, dažnesnių nuotaikos svyravimų, jautrumo aplinkos dirgikliams.

Subjektyvi anamnezė (papildyta objektyviais duomenimis iš motinos). Pacientė gyvena su mama, patėviu bei dviem broliais. Yra vidurinis vaikas, trijų vaikų šeimoje, turi vyresnį ir jaunesnį brolius. Gimė iš antrojo nėštumo ir gimdymo. Gimdymas sklandus, be patologijų. Ankstyvoji psichomotorinė raida savalaikė. Kai mergaitei buvo 2 metai išsiskyrė jos tėvai. Turėjo „savo susikurtą

pasaulį“, žaisdama su žaislais kurdavo „savas visas“, kur jausdavosi saugiau. Veikėjai, mergaitės vaidybinuose žaidimuose, dažnai būdavo translyčiai. Nuo pat vaikystės yra itin jautri įvairiems stimulams. Jautriausiai reaguoja į kvapus, garsus bei prisilietimus. Maistą atsirinkinėja pagal tekstūrą, sunkiai prisitaiko prie naujos aplinkos, naujų žmonių.

Motinos pasakojimu, darželyje priprato greitai, buvo veikli. Anot mergaitės, darželyje buvo labai sunku, pradėjus lankyti, 3 m. amžiuje dažnai pykindavo ir vemdavo, eidavo nenoriai. Reguliariai darželį lankyti pradėjo tik 5 m. amžiaus. Darželyje patyrė patyčias, vaikai stumdydavo, atskirdavo nuo grupės.

Mokykloje mokslai visada sekėsi gerai, vidurkis apie 9 balus, tačiau tekdavo daug dėmesio skirti mokslams namuose, kartais namų darbus ruošdavo iki vėlumos, ypač sunkiai sekėsi išmokti raiškiai skaityti. Mergaitei besimokant 5 klasėje itin suintensyvėjo patyčios mokykloje, pacientė to neišpasakojo tėvams, teigia, tada nelabai supratusi, kad toks vaikų elgesys nėra tinkamas. Pasakoja, kad tik 6 klasės viduryje susirado artimą draugę, su kuria bendraudama suprato, kad ankstesnis vaikų elgesys (patyčios, stumdymas) buvo netinkamas. Pati sako, jog su kitais žmonėmis susidraugauti sunku, nes ji „dažnai kalbanti be filtro“, nesupranta humoro, perkeltinių prasmių. Teigia tik neseniai supratusi, kad jau nuo pat mažumės žmonės jos nepriimdavo, atstumdavo, „žiauriai elgdavosi“. Be to, pati greitai pavargsta nuo „gyvo bendravimo“, geriau sekasi bendrauti susirašinėjant. Taip pat, daug laiko skiria kūrybai - piešia, rašo istorijas, kuria dainas.

Laikotarpį nuo 5 iki 7 klasės vadina „didžiąja depresija“, tuomet beveik visada jausdavosi prislėgta, kildavo mintys apie savižudybę, jautėsi beviltiškai, suprastėjo miegas, atsirado savižala. Apie tai išsikalbėjo su drauge, ši paskatino mergaitę pasisakyti apie savijautą motinai. Šeštos klasės viduryje mergaitė pradėjo lankyti psichoterapiją, lankosi iki šiol. Pacientei terapija labai padėjusi, teigia, jog dabar yra „išėjusi iš beviltiškumo“, nebeturi suicidalinių minčių. Pradėjusi lankyti psichoterapiją kreipėsi ir į psichiatrę, buvo diagnozuotas Aspergerio sindromas. Dėl nuotaikų svyravimų skirtas risperidonas bei aripiprazolis. Risperidoną vartojo apie metus laiko, teigia, jog jį vartojant jaučiasi „stabilesnė“, tačiau prieš 2 savaites padidinus dozę iki 2mg/d – „dingo visos emocijos“. Pati mergaitė emocinius svyravimus pastebėjo 1 klasėje, kai pradėjus lankyti mokyklą jautė „daug stimulų“ – jautriai reaguavo į garsus, skirtingus žmones. Prisimena, kad mokykloje susijaudinusi greitai apsverkdavo, daug kalbėdavo, nenusėdėdavo ramiai vietoje. Po pamokų jausdavosi pavargusi dėl patirtų emocijų. Keletą

metų vadina save Oliveriu, naudoja vyriškos giminės įvardžius. Teigia, kad visiems mokykloje pasakiusi, jog yra Oliveris. Anot paauglės, tai yra minėjusi ir savo mamai, tačiau ji rimtai nepriėmusi. Pasakoja nepatogiai besijaučianti savo kūne, nori nusipirkti „krūtis maskuojančią juostą“ (angl. *binders*).

2022 m. gegužės 19 d. pirmą kartą hospitalizuota RVPL dėl greitų nuotaikos svyravimų, skundėsi, jog nuotaika keletą kartų per dieną pasikeičia nuo „euforijos“ iki prislėgtumo, didelis jautrumas įvairiems aplinkos stimulams (garsai, tekstūros, kvapai), išreiškė jaučianti savižalos impulsus. Tris kartus „netoli galvos“ yra girdėjusi garsus - gitaros garsą, sireną, skambutį. Kartą matė vaizdinį - pasižiūrėjusi į veidrodį matė, kaip yra jos kūnas. Epizodiškai jaučia nestabilumo ar kritimo jausmą, pacientė atžymi, jog realybę dažniausiai suvokia kaip netikrą, „lyg sapną“. Hospitalizacijos metu buvo stebimi epizodiniai motoriniai tikai - pokalbių metu keletą kartų nevalingai kilstelėdavo pečiais. Remiantis medicinine dokumentacija diagnozuota: F84.5 – Aspergerio sindromas, F34.0 – Ciklotimija, F95.8 – kiti tikai. Paskirtas medikamentinis gydymas – tab. Aripiprazoli 15 mg/d, tab. Lorazepami 1mg/d (hospitalizacijos metu palaiptai nutraukta), gtt. Haloperidoli 0,5 mg/d . Esant miego sutrikimams, pagal poreikį, vakare vartoti tab. Quetiapini 25 mg/d. Taikytas nemedikamentinis gydymas: aplinkos, užimtumo, dailės terapija, kineziterapija. Hospitalizacijos metu dinamikoje nuotaika stabilizavosi, sumažėjo greitai besikeičiančios nuotaikos, pacientė atžymėjo, kad yra žymiai ramesnė. Skyriuje suvokimo sutrikimų nebuvo, psichozinio elgesio nestebėta. Dėl tikų bei anksčiau buvusių pavienių klausos haliucinacijų tirta neurologų, tačiau neurologinė patologija atmesta. Tikai redukavosi vartojant haloperidolį. Pacientė hospitalizacijos metu mokėsi įtampos valdymo būdų. Savižalos mintys gydant palaiptai redukavosi, išrašant suicidines mintis neigia.

Po 2 sav. nuo išrašymo laikotarpio iš RVPL pacientė kylant stresui ir esant tam tikram dirgikliui, kuriam pacientė jautri (pvz., garsai, atviros erdvės, aplinkoje esant daug žmonių), jai suskausta galvą, jaučia nepaaiškinamus pojūčius širdyje ir galvoje, viskas aplink tampa netikra, pacientės žodžiais, „lyg žiūri, bet nematai“. Po šių potyrių valandai ar ilgiau neprisimena įvykių. Epizodai iš pradžių buvo kelis kartus per savaitę, iki 1 valandos trukmės, vėliau ilgesni ir retesni. Pati pacientė dėl to šių simptomų nerimauja, dėl to atsinaujina ir dažnėja nuotaikų svyravimai.

Dėl šių ir toliau nurodomų simptomų, 2022 m. rugpjūčio 23 d. pacientė hospitalizuota į RVPL pakartotinai. Šiuo metu mergaitė skundžiasi greitais nuotaikos svyravimais, pasakoja, kad nuotaika

keletą kartų per dieną pasikeičia nuo labai pakilios iki prislėgtos. Nuotakų kaitą sieja su perdėtu sujaudinimu - teigia, jog gaudama daug stimulų kartais susijaudina, negali sustoti kalbėti, o kartais kaip tik būna labai prislėgta, pavargusi, kyla savižalos impulsai. Teigia, dabar dažnai jaučianti norą justį skausmą, nes „savo mintyse skausmą yra susiejusi su meile“. Be to, skausmas padeda susidoroti su perdėto sujaudinimo jausmu, pavyzdžiui, kai pradeda justį įtampą, kurią sumažina lūpų kramtymas, plaukų pėšimas ar kūno draskymas nagais. Išsako jausmą, jog nuo kelių valandų iki 1,5 d. ją užvaldo kiti asmenys, pamini kelis skirtingus veikėjus - vaikas, dienoraštį rašantis veikėjas, kuris apie pacientę rašo 3-uoju asmeniu. Vėliau mergaitė sako tokius epizodus atsimenanti lyg pro miglą, kaip sapną, fragmentiškai. Tokius pokyčius pastebėjusi jos geriausia draugė, tėvai neatžymi. Hospitalizacijos eigoje, savo telefone randa atskirų 8 veikėjų dienoraščius, pasirašytus skirtingais vardais (Malkovas, Klumė, Tobis, Maiklas, Lukas, Danielius, Krisas, Alisonas). Pacientė teigia, jog Tobis sukūrė jos socialinio tinklo „tiktok“ paskyrą, nors ji pati to nenorėjo. Suvokimo sutrikimus neigia, elgesyje neatsispindi. Nuotaiką šiuo metu įvertina „be emocijų“, bet paskutiniu metu būna liūdna, kartais viskam turi labai daug jėgų ir motyvacijos. Kitų suvokimo sutrikimų neišsako, elgesyje neatsispindi. Tirta šeimos gydytojo – somatinės patologijos nenustatyta.

Objektyvi būklė. Pacientė tvarkingos išvaizdos, plaukus nusidažiusi ryškiai žydra spalva. Vengia akių kontakto. Įsitempusi, susijaudinusi, verksmingai pasakoja apie išgyvenimus. Veidas liūdnas, kiek išsigandęs, kartais nusišypso. Kalba greitai, anglišku akcentu, balso intonacijos netipiškos. Orientuota laike, vietoje, savyje. Mąstymas nuoseklus, vidutinio tempo. Suicidines mintis neigia. Dėmesį sutelkia ir išlaiko. Savo būklei dalinai kritiška.

Psichologinių konsultacijų aprašymas. Pacientė dažnai patiria intensyvių derealizacijos jausmą, kuomet jai atrodo, kad atsiskiria nuo savo kūno ir tampa kitu žmogumi. Iš viso yra patyrusi 8 tokius „išsikūnijimus“. Pacientė atliko užduotį, kurioje turėjo nupiešti personažus kaip ji juos išivaizduoja ir papasakoti apie kiekvieną iš jų. Ji įvardina, kad labiausiai jai patiko „derealizacija“, kuomet jautėsi žmogumi, vardu Danielius, kuris yra labai draugiškas, mielas, bendraujantis, šiltas. Blogiausias personažas yra Malkovas tai yra blogas, žalos kitiems linkintis jaunuolis, retkarčiais liepiantis save žaloti. Pastebima, kad pacientė noriai kalba apie savo išgyvenimus, kartoja savo istoriją skirtingiems personalo nariams. Pasakojimuose, pacientė išlieka dramatiška, dažnai gali siekti aplinkinių dėmesio, pritarimo. Konsultacijų eigoje derealizacijos išgyvenimų sumažėjo, tačiau atsiranda naujų nusiskundimų – galvos skausmai, nuotaikų kaita, stresas dėl vaikystės trauminių patirčių. Pati mergina

menkai reflektuoja savo patyrimus ir jausmus, kartais sugeba tai padaryti su specialisto pagalba. Vidinis pacientės pasaulis chaotiškas – sunku nurodyti tikslią jos problemų kilmę. Linkusi hiperbolizuoti savo būseną, gali siekti subjektyviai iškeltų klinikinių diagnozių patvirtinimo. Apibendrintai, šiuo metu vyrauja stipriai išreikšti isteriniai asmenybės bruožai.

Psichologiniame ištyrime naudojami instrumentai: klasifikacija (4-1), sąvokų palyginimas, objektų klasifikacija, piktogramos, HTP, YSR, LoPF-Q. Tyrimo rezultatai rodo, kad pacientės mąstymo procesas yra netolygūs: lengvesnėse struktūrinėse užduotyse sprendimus dažniausiai priima remdamasi funkciniais, rečiau esminiais ar atsitiktiniais objektų požymiais, sunkesnėse bei didelės stimulų gausos užduotyse atsiranda daugiau atsitiktinių, subjektyviai reikšmingų apibendrinimų. Motyvacijai mažėjant sprendimuose gali pasitaikyti stereotipijų. Apibendrintai, nestruktūruotoje aplinkoje pacientei sunku išvelgti esmę, priimdama sprendimus, dažniausiai ji linkusi koncentruotis į detales. Vaizdinės asociacijos kyla greitai, daugiausia – konkrečios, formalios, adekvačios. Stebimas rezonavimo požymis – pacientė savo piešiniiais bando atvaizduoti žmonių apgaulę. Pagal grafines charakteristikas, piešiniai emociškai išraiškingi, vidutinio dydžio, normalios sekos. Kelias sąvokas šeima, turtas, vienatvė, pacientė įrėmina apskritimu arba širdele. Iš to galime spręsti, kad pacientei būdingas nerimas, nesaugumas dėl atliekamų veiklų, susirūpinimas tarpasmeniais santykiais, tačiau pakankama emocijų ir ribų kontrolė. Apibendrintai, mąstymas greito tempo, adekvatus, stebimi mąstymo sunkumai nestruktūruotoje, gausių stimulų aplinkoje.

Skyriuje taikytas medikamentinis gydymas: tab. Aripiprazoli 15 mg/d., tab. Sertralini 50 mg/d. Nemedikamentinis gydymas: ergoterapija, aplinkos terapija, kineziterapija, dailės terapija, psichologinis konsultavimas. Būklė išrašant: pacientei atvykus klinikoje dominavo stresinėse situacijose išskylanti daugybinio asmenybės sutrikimo simptomatika – disociacijos ir derealizacijos epizodai kartu su daline amnezija. Stebėti Aspergerio sindromo požymiai – didelis jautrumas įvairiems sensoriniams stimulams, emocijų pažinimo bei kontrolės sunkumai, emocinio abipusiškumo trūkumas, socialinio bendravimo sunkumai, kalbos raiškos sutrikimas. Gydymo eigoje nuotaikų svyravimai sumažėjo, nuotaika tapo stabilesnė. Skyriuje suvokimo sutrikimus neigė, psichozinio elgesio nestebėta. Suicidines mintis neigia. Įvykdžius tyrimų ir gydymo planą, esant stabiliai būsenai išrašyta ambulatoriniam gydymui. Rekomenduota pacientei tęsti gydymą tab. Aripiprazoli 15 mg/d., tab.

Sertralini 25 mg/d. 2 sav., vėliau nutraukiant vartojimą. Tęsti psichoterapines konsultacijas bei ambulatoriškai konsultuotis su psichiatru.

2023 m. kovo 22 dienos konsultacijos metu, pacientė išsako, jog asmenybių pasireiškimas retėja, nuotaika stabili, stengiasi įsitraukti į veiklas mokykloje, popamokinius užsiėmimus. Vaistus vartoja.

5. KLINIKINIO ATVEJO APTARIMAS

TLK-10-AM klasifikavimo sistemoje DAS yra menkai aprašomas, diagnostikos ir statistikos vadove, 5-ajame leidime (DSM-V, Amerikos psichiatrijos asociacija) šio sutrikimo klasifikacija, diagnostiniai kriterijai yra aprašomi detaliau ir aiškiau. Dėl šios priežastis, siekiant kuo tiksliau diagnozuoti sutrikimą, DAS diagnozė buvo nustatyta remiantis DSM-V klasifikacijoje apibrėžiamais disociatyvios asmenybės sutrikimo diagnostikos kriterijais. Šioje klasifikacijoje DAS apibrėžti yra naudojamas disociatyvios asmenybės sutrikimo pavadinimas. Šis pavadinimas atspindi geresnį būklės supratimą, kadangi jam būdingas asmenybės susiskaidymas ar skilimas, o ne atskirų asmenybių dauginimasis ar augimas. Pirmiausiai, pagal kriterijų A, pacientė įvardija jaučianti depersonalizacijos, derealizacijos simptomus, asmenybės nenuoseklumą, jaučia, jog ją užvaldo kiti asmenys, kurie turi savo asmenybes bei gali įvardyti juos vardais. Derealizacijos pacientei įvyksta kelis kartus per savaitę, trunka iki valandos, tačiau epizodai pastaruoju metu retėja, tačiau užtrunka ilgiau. Pagal kriterijų B, pacientė atžymi, jog patiria atminties sutrikimus, kai kurie dienos įvykiai tarsi „iškrenta“ iš atminties, gali nusakyti konkrečiomis valandomis, kiek laiko buvo veikiamas kitos asmenybės. Vis tik reiktų atkreipti dėmesį, jog pagal literatūrą, pacientai turintys DAS, dažniausiai negali nusakyti tikslaus laiko, kada įvyksta asmenybės „persijungimo“ epizodai bei kiek laiko jie trunka. Trečia, pagal kriterijų C, simptomai sukelia kliniškai reikšmingą diskomfortą socialinėje, profesinėje ar kitose svarbiose veiklos srityse. Pacientė dėl savo simptomų nerimauja, dėl to atsinaujina ir dažnėja nuotaikų svyravimai, kas sąlygojo jos hospitalizaciją. Anot kriterijaus D, sutrikimo požymiai nėra kultūrinės ar religinės praktikos dalis. Pacientė E kriterijų išpildo, kadangi diagnozės metu nebuvo veikiamas vaistinių, narkotinių ar kitų medžiagų, somatinė patologija atmesta (1). Taigi, visi penki DSM-V kriterijai atitinka pacientės klinikinį atvejį.

Lietuvoje artimiausiu metu bus naudojama TLK-11 klasifikacija, todėl naudinga aptarti jos diagnostinius kriterijus DAS diagnostikoje. Pirmieji du TLK-11 klasifikacijos punktai teigia, jog

pacientui yra būdingos dvi ar daugiau asmenybių, perimančių paciento identiteto kontrolę kasdieninėje aplinkoje. Aprašomos pacientės atveju, ji atžymi asmenybės perimančias kontrolę, gali įvardyti vardais (pvz., Malkolvas, Tobis, Klumė), jų charakterio savybes, atliktas veiklas (pvz., sukurti socialiniai tinklai, parašytas dienoraštis), tuo metu patiriant amnezijos epizodus, kas išpildo trečiąjį punktą. Trečiuoju punktu, TLK-11 autoriai taip teigia, jog pacientų asmenybės būsenos pokyčius lydi susiję jutimo, suvokimo, afekto, pažinimo, atminties, motorinės kontrolės ir elgesio pokyčiai. Paprastai būna amnezijos epizodų, nesuderinamų su įprastu užmaršumu. Pacientei nėra būdingi šizofrenijos simptomai: kliesiai, haliucinacijos, mąstymo formos sutrikimas, taip pat nėra būdingas dezorganizuotas elgesys ir kognityvinių funkcijų sutrikimai. Pacientė diagnozės nustatymo metu nebuvo veikiamas vaistų, narkotikų ar kitų medžiagų bei šeimos gydytojo atmesta somatinė patologija, kas taip pat yra TLK-11 diagnostikos kriterijus, kurių pacientė atitinka. Mergina nerimauja dėl patiriamų simptomų, taigi anot TLK-11, diagnozė atitinka visus kriterijus būdingus daugybiniam asmenybės sutrikimui.

Psichologinės konsultacijos metu buvo nustatyta, jog pacientė yra linkusi hiperbolizuoti savo būseną, siekia subjektyviai iškeltų klinikinių diagnozių patvirtinimo, aplinkinių pritarimo ir dėmesio, dažnai mini savo istoriją skirtingiems personalo nariams. Atkreipiant dėmesį į šiuos pastebėjimus, galima įtarti galimą klaidingai teigiamą daugybinio asmenybės sutrikimo diagnozę pacientei. Mokslinių tyrimų duomenimis, pacientai, noriai kalbantys apie disociacinius simptomus, emocinius išgyvenimus, traumas, dažnai siekia DAS diagnozės patvirtinimo. Pacientė mūsų pokalbio metu vartoja DAS klinikinį žargoną, kas taip pat yra vienas iš imituotų DAS požymių (28). Įtariant galimą sutrikimo imitavimą, yra svarbi tiksli diagnostika. Kadangi daugybinis asmenybės sutrikimas pagrinde yra diagnozuojamas kliniškai, tai gali būti subjektyvu bandant atmesti klaidingai teigiamą diagnozę, tokiu atveju yra naudinga pasinaudoti DAS diagnostikos struktūriniais klausimynais. Klausimynai nepatvirtina ar neatmeta galimos DAS diagnozės, tačiau yra naudingi diferencinei diagnostikai tarp kitų sutrikimų, tokių kaip, ribinio asmenybės sutrikimo, šizofrenijos (31). Taip pat klausimynai naudingi, nes įvertina DAS simptomus. Psichologinės konsultacijos metu buvo nustatyta, jog yra stipriai išreikšti histrioninio tipo asmenybės bruožai, pagal preliminaras tyrimo, kuris buvo atliktas vertinant 36 konsultacijas naudojantis SCID-D diagnostiniu įrankiu, išvadas, pacientai, turintys histrioninio tipo asmenybės bruožų, dažnai imituoja daugybinį asmenybės sutrikimą (31). Už histrioninio tipo asmenybės sutrikimo požymių slypi asmens prieraišumo sutrikimas, ankstyvas vystymosi sutrikimas

vaikystėje. Pagrindinė simptomų dinamika yra kompensacija paciento jausmui, kad šis yra nesvarbus ar nepakankamai svarbus aplinkiniams (31). Remiantis tuo, kadangi pacientės anamnezėje yra buvusios sunkios patyčios mokykloje, galima kelti hipotezę, kad pacientė galimai turi prieraišumo sutrikimų, todėl yra išreikšti histrioninės asmenybės bruožai, o tai leidžia įtarti galimą DAS imitavimą. Remiantis TLK-10, diferencijuojant histrioninį asmenybės sutrikimą svarbu atkreipti dėmesį, kad šiam asmenybės sutrikimui yra būdingas lėkštas ir labilus afektas, savų išgyvenimų dramatinizavimas, teatrališkumas, perdėta emocijų raiška, polinkis greitai įsižeisti ir nuolatinis įvertinimo ir dėmesio siekimas (10). Dauguma šių požymių yra būdingi aprašomai pacientei, vis tik reiktų atkreipti dėmesį į pacientės amžių. Kadangi pacientė yra nepilnametė, psichikos sveikatos specialistai nėra linkę diagnozuoti asmenybės sutrikimų iki pilnametystės, dėl asmenybės formavimosi ypatumų (37). Asmenybės sutrikimų diagnozavimas ankstyvame amžiuje kelia daug klausimų, vis tik atlikti tyrimai parodė, kad asmenybės patologija gali pasireišti ankstyvame amžiuje ir kelia didelę psichikos sveikatos problemų bei sutrikimų riziką (38). DAS gali pasireikšti jaunesniems nei 18 metų pacientams, tačiau dažniausiai jis diagnozuojamas suaugusiems (2). Taigi, kadangi šiuo klausimų psichikos sveikatos specialistų nuomonės ir rekomendacijos išsiskiria, būtų tikslinga pakartotinai įvertinti diferencinę diagnozę tarp DAS ir asmenybės sutrikimų, ypačingai histrioninio tipo asmenybės sutrikimo, sulaukus pilnametystės.

Kadangi nėra medikamentų, padedančių įveikti daugybinių asmenybės sutrikimą, todėl medikamentinis gydymas remiasi simptomatikos mažinimu. Skyriuje pacientei buvo paskirtas gydymas aripiprazoliu 15mg/d. – nuotaikos stabilizavimui bei sertraliniu 50mg/d. – depresinei simptomatikai gydyti. Pacientė buvo konsultuota psichologo, laikėsi dienos režimo, lankė kineziterapijos, ergoterapijos, dailės terapijos ir kitus užsiėmimus, kas yra labai svarbi gydymo dalis bei sutrikimo reabilitacija. Pagrindinis gydymo būdas DAS atveju yra psichoterapija, todėl išrašant pacientę, rekomenduota tęsti reguliarias psichoterapines konsultacijas (24). Vartojant šiuos medikamentus ir reguliariai lankant psichoterapines konsultacijas, pasiekta teigiama simptomų dinamika.

6. IŠVADOS IR PASIŪLYMAI

Daugybinis asmenybės sutrikimas yra sunki ir kontraversiška būklė. Dėl plačios statistinės variacijos yra sudėtinga pasakyti, koks yra tikslus paplitimas visuomenėje, todėl yra didžiulis poreikis sisteminių tyrimų nustatant sutrikimo epidemiologinį paplitimą. Vis tik, remiantis kitų šalių statistika, Lietuvoje šis sutrikimas nėra pakankamai diagnozuojamas. Diagnostika remiasi XX a. aprašytais ir vėliau keistais diagnostiniais kriterijais, tačiau pacientui net ir atitinkant diagnostinius kriterijus,

diagnozuojant svarbu pagalvoti apie galimą sutrikimo imitavimą bei simuliaciją. Struktūrinis kliniškas klausimynas disociaciniams sutrikimams diagnozuoti gali būti naudingas norint atskirti tikrąjį daugybinio tipo asmenybės sutrikimą nuo imituotų ar simuliuotų atvejų, todėl aktualu ateityje validizuoti jį Lietuvoje. Vienas iš pagrindinių sunkumų diagnozuojant šį sutrikimą yra gydytojų žinių trūkumas apie, kas lemia ribotus kliniškus įtarimus apie daugybinį asmenybės sutrikimą bei jo klinišką vaizdą, o tai sąlygoja daugelį klaidingai neigiamų diagnozių skaičių. Aprašytas kliniškas atvejis parodo daugybinio asmenybės sutrikimo klinišką pasireiškimą, diagnostiką bei gydymą. Nors pacientė atitiko visus DSM-V ir TLK-11 diagnostinius kriterijus, vis tik psichologinės konsultacijos metu buvo stebimi daugybinio asmenybės sutrikimo imitavimo bruožai, todėl sulaukus pilnametystės, rekomenduojama diferencijuoti šį sutrikimą nuo kitų asmenybės sutrikimų. Atlikta literatūros analizė plačiau supažindina su daugybinio tipo asmenybės sutrikimo epidemiologija, etiopatogeneze, klinišku pasireiškimu, diagnostika bei gydymu. Mano manymu svarbu edukuoti medikų bendruomenę apie šio sutrikimo klinišką išraišką, diferencinės diagnostikos aspektus bei gydymą.

7. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR™.
2. Gentile JP, Dillon KS, Gillig PM. Psychotherapy and Pharmacotherapy for Patients with Dissociative Identity Disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2013 Feb;10(2):22–9.
3. Martins HA de L, Ribas VR, dos Santos Ribas KH, da Fonseca Lins L, Mainieri AG. Case Report: Anomalous Experience in a Dissociative Identity and Borderline Personality Disorder. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 [cited 2023 May 16];13. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.662290>
4. Chu J, Chu, A L, Barach P, Kluft E, P G, et al. Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults (2005)–International Society for Study of Dissociation. *J Trauma Dissociation Journal Trauma Dissociation*. 2005 Jan 1;6.
5. Mitra P, Jain A. Dissociative Identity Disorder. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Apr 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568768/>
6. Rehan MA, Kuppa A, Ahuja A, Khalid S, Patel N, Budi Cardi FS, et al. A Strange Case of Dissociative Identity Disorder: Are There Any Triggers? *Cureus*. 10(7):e2957.
7. Horwitz AV. DSM - I and DSM - II. In: *The Encyclopedia of Clinical Psychology* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cited 2023 Apr 14]. p. 1–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118625392.wbecp012>

8. DSM-III.pdf [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>
9. Bell CC. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. JAMA. 1994 Sep 14;272(10):828–9.
10. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>
11. Foote B, Smolin Y, Kaplan M, Legatt ME, Lipschitz D. Prevalence of Dissociative Disorders in Psychiatric Outpatients. Am J Psychiatry. 2006 Apr;163(4):623–9.
12. Kate MA, Hopwood T, Jamieson G. The prevalence of Dissociative Disorders and dissociative experiences in college populations: a meta-analysis of 98 studies. J Trauma Dissociation. 2019 Aug 28;21:1–46.
13. Sar V. Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. Epidemiol Res Int. 2011 May 4;2011:e404538.
14. Hart O. MULTIPLE PERSONALITY DISORDER IN EUROPE : IMPRESSIONS. In 2005 [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/MULTIPLE-PERSONALITY-DISORDER-IN-EUROPE-%3A-Hart/7aaabea216d6720f54c2164ca2a998754594861c>
15. Boyer SM, Caplan JE, Edwards LK. Trauma-Related Dissociation and the Dissociative Disorders: Del J Public Health. 2022 May 31;8(2):78–84.
16. Blihar D, Delgado E, Buryak M, Gonzalez M, Waechter R. A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. Eur J Trauma Dissociation. 2020 Sep 1;4(3):100148.
17. Dorahy MJ, Brand BL, Şar V, Krüger C, Stavropoulos P, Martínez-Taboas A, et al. Dissociative identity disorder: An empirical overview. Aust N Z J Psychiatry. 2014 May 1;48(5):402–17.
18. Raison A, Andrea S. Childhood trauma in patients with Dissociative Identity Disorder: A systematic review of data from 1990 to 2022: Psychotraumatisme dans l'enfance et survenue du trouble dissociatif de l'identité: une revue systématique des données publiées entre 1990 et 2022. Eur J Trauma Dissociation. 2023 Mar 1;7(1):100310.
19. van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York, NY, US: W W Norton & Co; 2006. xiv, 418 p. (The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization).
20. Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD. Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder. Am J Psychiatry. 2006 Apr;163(4):630–6.

21. Brand BL, Sar V, Stavropoulos P, Krüger C, Korzekwa M, Martínez-Taboas A, et al. Separating Fact from Fiction: An Empirical Examination of Six Myths About Dissociative Identity Disorder. *Harv Rev Psychiatry*. 2016 Jul;24(4):257–70.
22. Reinders A a. TS, Nijenhuis ERS, Paans AMJ, Korf J, Willemsen ATM, den Boer JA. One brain, two selves. *NeuroImage*. 2003 Dec;20(4):2119–25.
23. Dissociative Disorders - MeSH - NCBI [Internet]. [cited 2023 Apr 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=disorder%2C+dissociative+identitys>
24. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision: Summary Version. *J Trauma Dissociation*. 2011 Feb 28;12(2):188–212.
25. Pan X, Palermo CA, Kaplan CS, Harnett NG, Winternitz SR, Kaufman ML, et al. Anxiety sensitivity predicts depression severity in individuals with dissociative identity disorder. *J Psychiatr Res*. 2022 Nov 1;155:263–8.
26. Ross CA. When to Suspect and How to Diagnose Dissociative Identity Disorder. *J EMDR Pract Res*. 2015 Jan 1;9(2):114–20.
27. Hart O, Groenendijk M, Gonzalez A, Mosquera D, Solomon RM. Dissociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *J EMDR Pract Res*. 2014 Feb 1;8.
28. Pietkiewicz IJ, Bańbura-Nowak A, Tomalski R, Boon S. Revisiting False-Positive and Imitated Dissociative Identity Disorder. *Front Psychol* [Internet]. 2021 [cited 2023 Apr 16];12. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.637929>
29. Brand BL, McNary SW, Loewenstein RJ, Kolos AC, Barr SR. Assessment of genuine and simulated dissociative identity disorder on the structured interview of reported symptoms. *J Trauma Dissociation Off J Int Soc Study Dissociation ISSD*. 2006;7(1):63–85.
30. Boysen GA, VanBergen A. Simulation of multiple personalities: A review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder. *Clin Psychol Rev*. 2014 Feb 1;34(1):14–28.
31. Draijer N, Boon S. The Imitation of Dissociative Identity Disorder: Patients at Risk, Therapists at Risk. *J Psychiatry Law*. 1999 Sep;27(3–4):423–58.
32. Coons PM, Milstein V. Factitious or malingered multiple personality disorder: Eleven cases. *Dissociation Prog Dissociative Disord*. 1994;7:81–5.
33. Agarwal V, Sitholey P, Srivastava C. Clinical Practice Guidelines for the management of Dissociative disorders in children and adolescents. *Indian J Psychiatry*. 2019 Jan;61(Suppl 2):247–53.

34. Bowman E, Coons P. The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin.* 2000 Feb 1;64:164–80.
35. Perales-Blum L, Ibarra-Yruegas B, Cuéllar-Barboza A. Successful Treatment of Dissociative Identity Disorder in an Adolescent with Quetiapine. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2016 Aug;26(6):574–5.
36. Lai CH. Dissociative identity disorder may be relieved by the combined treatments of mirtazapine and risperidone: case report of an adolescent. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2012;24(2):E34.
37. Laurensen EMP, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013 Feb 11;7(1):3.
38. Shiner RL, Tackett JL. *Personality Disorders in Children and Adolescents.*

PRIEDAI



VIEŠOJI ĮSTAIGA RESPUBLIKINĖ VILNIAUS PSICHIATRIJOS LIGONINĖ

Viešoji įstaiga, Parko g. 24, LT-11205 Vilnius, tel. (8 5) 267 1451, faks. (8 5) 267 1503, el. p. psichiatrija@rvpl.lt.
Duomenys kaupiami ir saugomi Juridinių asmenų registre, kodas 124247526

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentei 2023-01-20 Nr.
Gabrielei Vasiliauskaitei
el. p.: gabriele.vasiliauskaite@mf.stud.vu.lt

DĖL TYRIMO ATLIKIMO

Viešojoje įstaigoje Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje gautas ir išnagrinėtas Jūsų prašymas leisti atlikti klinikinio atvejo aprašymą mokslu tiriamaisiais tikslais. Mokslinio darbo pavadinimas: „Daugybinis asmenybės sutrikimas. Klinikinio atvejo aprašymas ir literatūros apžvalga“.

Informuojame, kad Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentei Gabrielei Vasiliauskaitei leidžiama atlikti tyrimą viešosios įstaigos Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninėje mokslu tiriamaisiais tikslais, rengiant mokslinį darbą „Daugybinis asmenybės sutrikimas. Klinikinio atvejo aprašymas ir literatūros apžvalga“.

Laikiniai vykdanti direktoriaus pavaduotojos medicinai funkcijas,
pavadojanti direktorių

Asta Abaravičienė

Renata Rakauskienė, tel. 8 5 267 04 01 el. paštas renata.rakauskiena@rvpl.lt

Priedas 1: VĮ Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės leidimas atlikti klinikinio atvejo aprašymą mokslu tiriamaisiais tikslais.