

ДИСОЦИАТИВНО РАЗСТРОЙСТВО НА ИДЕНТИЧНОСТТА – КЛИНИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА

Пресиян Бургов*

DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER – CLINICAL FEATURES AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Presiyan Burgov

Abstract: The paper is aimed to present the most important aspects of the dissociative identity disorder, his clinical features and differential diagnosis. Dissociative identity disorder is a rare psychiatric condition with complex, chronic and post-traumatic dissociative psychopathology characterized by impaired of memory, thinking and identity. It differs from other psychiatric disorders mainly by the presence of a continuing, coexistence of relatively consistent and alternating subjectively distinct identities.

Keywords: dissociative identity disorder; differential diagnosis; borderline personality disorder; comorbidity; childhood sexual or physical abuse; childhood trauma and dissociative amnesia.

Дисоциативното разстройство на идентичността продължава да бъде предмет на дискусии сред психиатри, психолози и изследователи, въпреки че е дефинирано като самостоятелна нозологична единица, остава въпросът дали не е интегрирано в клиничната картина на друго психично разстройство – гранично личностно разстройство. Дисоциативното разстройство на идентичността е рядко срещано психично състояние със сложна, хронифицираща и пост-травматична дисоциативна психопатология, за която са характерни нарушения на паметта, мисленето и идентичността. То се отличава от другите психични разстройства основно с наличие на продължаващо, съвместно съществуване на сравнително последователни

* **Пресиян Бургов** – доц. д-р, преподавател във „ВТУ Св. св. Кирил и Методий“, катедра „Психология“, e-mail: p.burgov@ts.uni-vt.bg

и редуващи се субективно отделни идентичности, както и с повтарящи се епизоди на разстройство на паметта, амнезия или съчетание от двете. Водещ симптом на разстройството обаче остава фрагментарната или дифузна идентичност. Данните показват, че тези дисоциирани Азове не са напълно зрели личности, а по-скоро представляват разединено усещане за идентичност. Разстройството отразява неуспех да се интегрират различни аспекти на идентичност, памет, мислене и съзнание в един цялостен и многопластов Аз. В повечето случаи базовата идентичност носи името на индивида. Тя е пасивна, зависима, тревожна и депресивна. Всяка промяна или превключване се преживява като отделна алтер идентичност със своя лична история. Характеристики като име, декларирана възраст, пола принадлежност, използван речников запас, общо познание за света и основно настроение силно контрастират с тези на основната идентичност. Специфични обстоятелства или стресови ситуации могат да предизвикат появата на даден алтер, който поема изцяло контрола над поведението и мислите. Този процес се нарича „превключване“ и може да се случи в рамките на секунди, минути и дни. Всеки алтер има свои собствени пози, жестове и различен начин на говорене. Появяващите се алтери могат да отричат познанието си един за друг, да бъдат критични или да са в открит конфликт.

Различните идентичности изпълняват различни роли в подпомагането на индивида да се справи с екзистенциалните дилеми и трудности. Например средно от две до четири идентичности се появяват при първоначалното диагностициране на пациентите. На един по-късен етап от развитието на заболяването присъстват средно между тринадесет до петнадесет, като има описани случаи на повече от сто идентичности.

Преди да преминем към диагностичните характеристики и водещите симптоми, следва да отбележим, че всички пациенти, диагностицирани с дисоциативно разстройство на идентичността, споделят за преживян ранен травматичен опит, преди навършване на шестгодишна възраст. Изследванията показват, че травмите най-често са свързани с ексесивни, рекурентни емоционални, физически или сексуални злоупотреби. Към тях могат да се добавят и епизоди на животозастрашаващи ситуации, трайно negliжиране, лишения, не-

последователно и непредсказуемо поведение на родителите (тежки разстройства на привързаността). „Страхът на детето от наказание, което не се фиксира върху определено лошо поведение, а е част от авторитарен или свръхпротективен стил на възпитание, може да стане господстващ поведенчески мотив в зависимост от детския темперамент. Детето толкова пъти предава своята идентичност от страх, че накрая губи себе си“ (Дунева 2018: 80).

Проявленията на дисоциативното разстройство на идентичността в детска възраст често са сравнително прости и тяхната причинност може да бъде открита с лекота. С развитие на заболяването, при възрастни пациенти, в периода на юношеството се структурира второстепенна автономия (най-вероятно посредством сплитинг или дисоциация) на защитата от промяна в структурата и функционирането, която допълнително усложнява преработването на детския травматичен опит. Именно поради тази своеобразна метаморфоза формата на смущенията и констелацията от симптоми в зряла възраст стават доста сложни в структурата си. В допълнение диагностиката на възрастни пациенти показва вторично взаимодействие между исторически събития, фантазми, личностни конфликти и въздействие на различни нетравматични или слабо травматични екзогенни влияния.

Диагностични критерии и симптоми:

1. Налице са две или повече различни идентичности или психични състояния, всяко със свой сравнително траен модел на възприемане, отношение и мислене за реалността или собствения Аз. Тези състояния включват изявени смущения в усещането за себе си, усещането за самоконтрол, придружени от смущения в поведението, съзнанието, паметта, възприятията, когнитивните функции и/или сензорно-моторните функции. Тази симптоматика може да бъде наблюдавана от други лица или споделяна от индивида;

2. Следва да е налице амнезия, дефинирана като пропуски и празнини при припомнянето на ежедневни събития, важна лична информация и/или травматични събития (дисоциативна амнезия, която сочи, че този феномен не се отнася само до травматичния опит, но и до събития от ежедневието). Тези повтарящи се пропуски

не могат да се обяснят с феномените на обикновеното, ежедневно забравяне;

3. Симптомите причиняват клинично значим дистрес или нарушават нормалното функциониране в социални, професионални или други основни области от живота. Тъй като този критерий, е общ за много психични заболявания, не е силно диагностичен, когато симптомите не водят пряко до дистрес и проблеми във функционирането;

4. Безпокойството не е част от нормалните културни или религиозни практики;

5. Симптомите не са следствие на директни физиологични ефекти на психоактивни вещества, като например здрачни помрачения на съзнанието, хаотично поведение по време на алкохолна интоксикация или на соматично заболяване – сложни частични гърчове (DSM-5 2013).

Диференциална диагноза:

- шизофрения (при пациенти с дисоциативно разстройство на идентичността се наблюдават позитивните симптоми на шизофрения, но липсват отрицателни);
- нормално и бързо циклично биполарно разстройство;
- епилепсия;
- нарушения от аутистичния спектър;
- други дисоциативни разстройства;
- разстройства на настроението;
- тревожни разстройства;
- посттравматично стресово разстройство;
- личностни разстройства;
- когнитивни разстройства;
- неврологични разстройства;
- соматоформено разстройство;
- психози;
- състояние на транс;
- злоупотреба с психоактивни вещества.

Пациентите с дисоциативно разстройство на идентичността са диагностицирани средно с пет до седем придружаващи психични

разстройства. Това е най-високата коморбидност сред всички психични заболявания (Gillig 2009). Диагностицирането се затруднява и от допълнителните симптоми, които пациентите проявяват – промени в настроението, депресия, автоагресия и суицидни тенденции (изследванията показват, че над 70% от индивидите с дисоциативно разстройство на идентичността са правили опит за суицид поне веднъж), разстройства на съня (инсомния, кошмари или сомнамбулизъм), тревожност, панически пристъпи, фобии, натрапливости и ритуали, психотично подобни симптоми (слухови и зрителни халюцинации), симптоми на деперсонализация и дереализация, зависимости от психоактивни вещества, хранителни разстройства и ятрогенни симптоми.

В заключение ще разгледаме някои допускания относно клиничната картина на дисоциативното разстройство на идентичността, които подкрепяме. Редица клиницисти установяват връзка между дисоциативно и гранично разстройство на личността, която се изразява в припокриване на симптомите и поведението, и предполагат, че първото възниква от субстрата на граничната структура и черти. Според други изследователи дисоциативното разстройство на идентичността представлява синдром от симптоми, които се наблюдават при индивиди с гранична организация. Те обобщават, че дисоциативното разстройство няма уникална клинична картина, клинична история, наследствен модел и липсват надежни тестове, които да го диференцират успешно от други психични разстройства (Lauer, Black, Keen 1993). Неговите прояви са подобни на клиниката на психозите, която „се опира на елементарните феномени, т.е. на детайлите, които изведнъж се намесват в хода на мислите на психотичния субект, на неговото отношение към собственото му тяло; на начините му да се свързва с другите; на особеностите на езика му; на неговото усещане за битието и жизнения му път – феномени, които безпокоят субекта, изненадват го, предизвикват у него тревога; феномени, които той може да преживява като чужди, но те го интересуват в такава степен, че превземат цялата му психична енергия и социален живот“ (Бръчкова 2014: 148).

При индивиди с дисоциативно разстройство на идентичността се наблюдава спонтанен регрес към по-ранна идентичност,

свързан с детски травматичен опит, които се включва към ядрената симптоматика и на граничното разстройство (Spiegel, Rosenfeld 1984). Това е поредно доказателство в подкрепа на тезата, че двете разстройства попадат в един и същ клиничен спектър, като можем да направим следния извод: дисоциативното разстройство на идентичността представлява тежка форма в развитието и протичането на граничното разстройство. В допълнение ще подчертаем, че голяма част от симптомите, свързани с дисоциативното разстройство на идентичността, включително безсъние, сексуална дисфункция, несъразмерен гняв, суицидност, самообвинение, злоупотреба с психоактивни вещества, тревожност, параноя, десоциализация, промени в настроението, патологични форми на взаимоотношения, дифузна идентичност, крехка способност за тестиране на реалността и психотични епизоди, го характеризират като по-сложна и крайна форма на граничната организация и структура.

БИБЛИОГРАФИЯ BIBLIOGRAPHY

1. **Дунева, Д. 2018:** Дунева, Д. Личностни диспозиции за асоциално поведение при юношите. *Диоген*, кн. „Психология“, том 26 (1) „Личност и глобализация“ // **Duneva, D. 2018:** Duneva, D. lichnostni dispozitsii za asotsialno povedenie pri yunoshi. *Diogen*, кн. Psihologia, том 26 (1) „Lichnost I globalizatsia“.

2. **Моцинова-Бръчкова, М. 2014:** Моцинова-Бръчкова, М. Психичната структура в психоаналитично ориентираната психотерапия. *Диоген*, „Тенденции в развитието на съвременната психология“, Университетско издателство. Велико Търново: „Св. св. Кирил и Методий“. // **Motsinova-Brachkova, M. 2014:** Motsinova-Brachkova, M. Psihichnata struktura v psychoanalitichno orientiranata terapia. *Diogen*. „Tendencii v razvitiето na suvremennata psihologia“. Veliko Turnovo: Universitetsko izdatelstvo „Sv. sv. Kiril I Metodii“.

3. **American Psychiatry Association 2013:** American Psychiatry Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.). Washington [etc.]: American Psychiatric Publishing. pp. 295.

4. **Gelinas, D., Cohen, L. 1995:** Gelinas, D. Cohen, L. Dissociative Identity Disorder. *Dissociative identity disorder and the trauma paradigm*. New York: Jason-Aronson, pp. 175–111.

5. **Gillig, P. M. 2009: Gillig, P. M.** Dissociative Identity Disorder: A Controversial Diagnosis. *Psychiatry* (Edmont(Pa.:Township)). 6 (3): pp. 24–29.

6. **Horevitz, R.P., Braun, B. G. 1984:** Are multiple personalities borderline? an analysis of 33 cases. *Psychiatr. Clin North Am.* 7: pp. 69–87. [Pub.Med]

7. **Lauer, J., Black, D. W., Keen, P. 1993:** Multiple personality disorder and borderline personality disorder: distinct entities or variations on a common theme? *Ann Clin. Psychiatry.* 5: pp. 129–134.

8. **Lynn, S. J., Berg, J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach. H., Giesbrecht, T., Accardi, M., Cleere, C. I. 2012:** Lynn, S. J., Berg, J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach. H., Giesbrecht, T., Accardi, M., Cleere, C. I. Dissociative disorders. In Hersen M; Beidel DC (eds.). *Adult Psychopathology and Diagnosis.* John Wiley & Sons. pp. 497–538.

9. **Sadock, B.J., Sadock, V.A. 2007:** Sadock, B.J., Sadock, V. A. Dissociative disorders. Dissociative identity disorder. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 671–6.

10. **Spiegel, D., Rosenfeld, A. 1984:** Spiegel, D., Rosenfeld, A. Spontaneous hypnotic age regression. *J Clin Psychiatry.* 45: pp. 5220–5224. [PubMed]