วารสารจิตวิทยาคลินิกไทย

หน้าเว็บของวารสาร: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

นิพนธ์ต้นฉบับ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรคหลายบุคลิกภาพในผู้ใหญ่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011-2018

เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา[1], ธนยศ สุมาลย์โรจน์[2], เฉลิมพล เทศพันธุ์[3*]

[1] *ศาสตราจารย์คลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*

[3] *นักศึกษาปริญญาโท ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล*

[*] ผู้นิพนธ์ประสานงาน, e-mail. aunthedpun.ct@gmail.com

รับบทความ: 22 สิงหาคม 2566 | **แก้ไขบทความ:** 8 กันยายน 2566 | **ตอบรับบทความ:** 3 พฤศจิกายน 2566

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับ Dissociative Identity Disorder (DID) ในแง่ประเด็นศึกษาเกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดโรค การประเมินและวินิจฉัย และการบำบัดรักษา **วัสดุและวิธีการ** งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ DID ในผู้ใหญ่ที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 2011 ถึง 2018 ใน 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ Embase, PubMed, ScienceDirect, Scopus และ PsycINFO โดยสืบค้นตามแนวทาง PICo จากนั้นคัดเลือกบทความซ้ำ พิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ประเมินคุณภาพของบทความด้วย JBI's critical appraisal tools และสกัดข้อมูลด้วยการสังเคราะห์เนื้อหา **ผลการศึกษา** งานวิจัยที่ผ่านการคัดเลือกมี 28 บทความ สกัดข้อมูลพบ 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัยและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 2) การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค ทำความเข้าใจ และแยกระหว่างผู้ป่วยจริงกับกลุ่มแกล้งป่วย 3) ตัวแปรที่สัมพันธ์กับโรค DID 4) การเปรียบเทียบระหว่าง DID และโรคจิตเวชอื่น ๆ 5) สาเหตุของการเกิดโรคโดยเฉพาะสัณฐานวิทยาของสมอง และ 6) การรักษาด้วยจิตบำบัด เช่น จิตบำบัดตามแนวทางของ International Society for The Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) จิตบำบัดแบบเปลี่ยนโครงสร้างพลวัตร (dynamic deconstructive psychotherapy: DDP) และอาชีวบำบัด โดยการวิ่ง **สรุป** การศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับ DID ที่ทันสมัยมากขึ้น ในเชิงสาเหตุการป่วยมีการศึกษาเกี่ยวกับสมองซึ่งมีการอธิบายสาเหตุการป่วยที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้นและเป็นแนวทางในการศึกษาต่อในอนาคต การประเมินและวินิจฉัยนิยมใช้ SCID-D สำหรับการบำบัดรักษามีเป้าหมายเพื่อลดภาวะ dissociation ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตจำวันได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: โรคหลายบุคลิกภาพ, ผู้ใหญ่, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

Thai Journal of Clinical Psychology

Journal homepage: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/tci-thaijclinicpsy

Original Article

The Systematic Review of Dissociative Identity Disorder on Adult 2011-2018

Thienchai Ngamthipwattana[1], Thanayot Sumalrot[2], Chaloemphon Thedpun[3*]

[1] *Clinical professor at Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

[2] *Assistant professor at Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

[3] *Graduate student, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

[*] Corresponding author, e-mail. aunthedpun.ct@gmail.com

Received: 22 August 2023 | **Revised:** 8 September 2023 | **Accepted:** 3 November 2023

Abstract

Objectives: To study focusing on dissociative identity disorder (DID) with the emphasis on the disorder, etiology, assessment and diagnosis, and treatment. **Materials and methods:** Research include a systematic literature review on DID in adults that were published from 2011 to 2018 under five databases, namely Embase, PubMed, ScienceDirect, Scopus, and PsycINFO, using the PICo framework for the review. Moreover, the duplicate articles were excluded according to inclusive-and-exclusive criteria. The quality of the articles was assessed using JBI's critical appraisal tools and the data was extracted using research synthesis. **Results:** The total of 28 articles were included, revealing six key areas: 1) the negative impact of diagnosis on patients and their daily lives, 2) assessment for diagnosis, understanding, and differentiating DID patients from the mimic group, 3) variables related to DID, 4) comparisons between DID and other psychiatric disorders, 5) specific causes of the disorder, focusing on brain morphology, and 6) psychotherapeutic treatment, including International Society for The Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) psychotherapy, dynamic deconstructive psychotherapy (DDP), and occupational therapy. **Conclusion:** This study discovers the most current research topics related to DID. Regarding the etiology of the disorder, there is an increasing emphasis on brain morphology that provide more scientific explanations which can lead to better further studies. It is now known that assessment and diagnosis commonly involve the use of SCID-D where the treatment aims to reduce dissociation, helping patients to improve the quality of their daily lives.

Keywords: Dissociative identity disorder, Adult, Systematic review

บทนำ

Dissociative Identity Disorder (DID) เป็นโรคทางจิตเวชที่อยู่ในกลุ่ม dissociative disorders (DDs) โดยผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกันอย่างน้อย 2 บุคลิกภาพขึ้นไป (American Psychiatric Association, 2013) แต่ละบุคลิกภาพมีความสามารถต่างกัน สลับออกมามีผลต่อพฤติกรรม โดยมักเกิดขึ้นเมื่อประสบกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่กระทบจิตใจ การเปลี่ยนบุคลิกภาพเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด และเมื่อเกิดการสลับบุคลิกภาพขึ้น บุคลิกเดิมมักไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลิกอื่นได้ ซึ่งอาการของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ ค่อนข้างยากลำบาก ทั้งในแง่ของการสร้างสัมพันธภาพ การทำงานและความสามารถในการจัดการปัญหาต่าง ๆ รอบตัว (Sadock & Sadock, 2007) DID ไม่ค่อยพบในเด็กทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคค่อนข้างน้อยและยากต่อการศึกษาและทำความเข้าใจ (Boysen & VanBergen, 2013) อีกทั้งบุคลิกภาพยังพัฒนาไม่คงที่ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัย ซึ่งต่างจากผู้ใหญ่ที่พัฒนาบุคลิกภาพคงที่แล้วและได้รับการวินิจฉัย DID ในสัดส่วนที่มากกว่า อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนการวินิจฉัยโรคนี้ยังคงยากและซับซ้อนเมื่อเทียบกับโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ระดับความชุกของโรคในกลุ่มชุมชนขนาดเล็กของประเทศสหรัฐอเมริกามีค่าประมาณร้อยละ 1.5 (American Psychiatric Association, 2013) เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่นแล้วถือว่ามีสัดส่วนค่อนข้างน้อย

นอกจาก DID จะพบและวินิจฉัยยากแล้ว การรักษาก็ท้าทายและซับซ้อนเช่นเดียวกัน ในอดีตองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคนี้ยังมีน้อยทั้งในแง่สาเหตุการเกิด กลไกการพัฒนาบุคลิกภาพใหม่ การวินิจฉัยและการรักษา เมื่อเวลาผ่านไปมนุษย์มีความรู้มากขึ้น มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาโรคครวมถึงการประเมินที่แม่นยำมากขึ้น ผลการศึกษาจึงถูกตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ประเด็นศึกษามีทั้งที่เคยมีการศึกษามาก่อนเพื่อสนับสนุนงานวิจัยก่อนหน้า และที่แตกต่างจากเดิม จึงทำให้ได้ข้อมูลใหม่เกี่ยวกับ DID

เมื่องานวิจัยมีมากขึ้นและการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันไม่มากก็น้อย ส่งผลให้ผลการศึกษามีความกระจัดกระจายและยากต่อการสรุปข้อมูล Boysen and VanBergen (2013) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ DID ผลการศึกษาพบประเด็นแรก คือ ประเด็นที่ศึกษาเกี่ยวกับ DID แบ่งเป็น 6 ประเด็น ได้แก่ 1) อาการทางคลินิก 2) กระบวนการทางร่างกายของบุคลิกที่ต่างกัน 3) การรักษา 4) สาเหตุการเกิด 5) กระบวนการรู้คิด และ 6) ปัจจัยทางชีววิทยา ประเด็นที่สอง คือ สาเหตุของโรคพบสมมติฐานที่ใช้อธิบายทั้งหมด 2 สมมติฐาน คือ (1) คำอธิบายในเชิงของชีววิทยา ได้แก่ การทำงานของสมองและ (2) คำอธิบายในแง่ผลจากบาดแผลทางจิตใจ (post-traumatic) ประเด็นที่สาม คือ การประเมินและวินิจฉัย พบว่า Diagnostic Manual and Statistical of Mental Disorders (DSM criteria) เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยมากที่สุด และสุดท้าย คือ การรักษา พบว่ามี 3 แนวทางที่นำมาประยุกต์ใช้ได้แก่ 1) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) 2) การปรึกษาแนววิเคราะห์สัมพันธภาพ (transactional analysis counselling) และ 3) การบำบัดด้วยการวิเคราะห์ความคิด (cognitive analytic therapy: CAT) อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึง 2010 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเวลาที่ค่อนข้างนาน ประกอบกับบทความวิจัยที่นำมาศึกษาไม่ได้ประเมินคุณภาพบทความ (Boysen & VanBergan, 2013) ทำให้ผู้วิจัยสนใจทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับ DID ซึ่งตีพิมพ์ในช่วงปี ค.ศ. 2011 ถึง ค.ศ. 2018 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต่อยอดและทันสมัยมากขึ้น อีกทั้งมีการประเมินคุณภาพบทความเพื่อให้ได้ข้อมูลเป็นองค์ความรู้ที่น่าเชื่อถือซึ่งอาจมีประโยชน์ในการทำความเข้าใจโรค วินิจฉัยและบำบัด รักษา รวมถึงให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในอนาคต นอกจากนี้จากการสืบค้นงานวิจัยฉบับภาษาไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับ DID ก็ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้อาจช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกตลอดจนผู้ที่สนใจมีความรู้เกี่ยวกับ DID มากขึ้นและอาจเป็นแนวทางในการศึกษาโรคนี้ต่อไป

คำถามการทบทวนวรรณกรรม

1. การศึกษาเกี่ยวกับ DID มีการศึกษาในประเด็นใดบ้าง

2. การศึกษาเชิงสาเหตุของโรคเป็นอย่างไร

3. แนวทางในการประเมินและวินิจฉัย DID มีอะไรบ้าง

4. การบำบัดรักษามีวิธีหรือแนวทางใดที่ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วย DID บ้าง

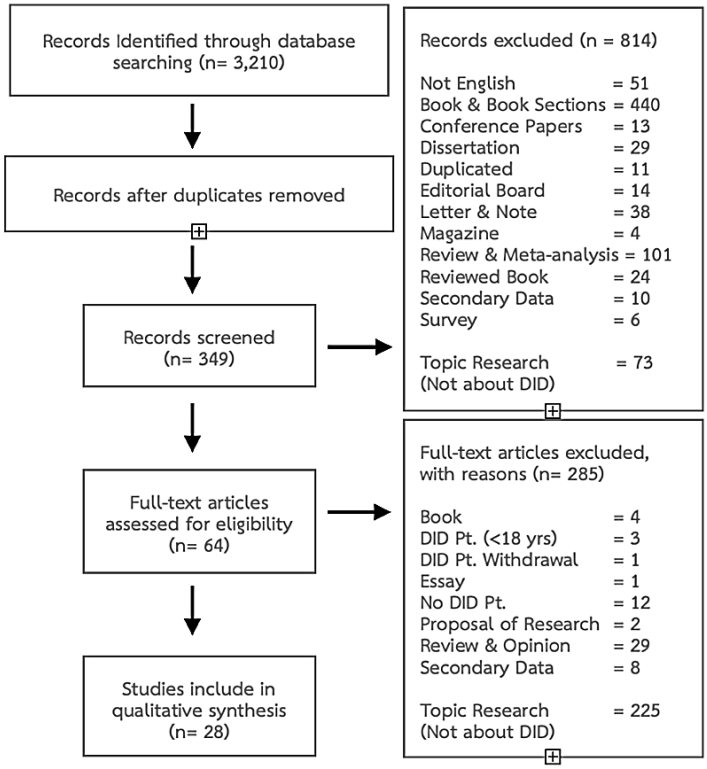
วัสดุและวิธีการ

การศึกษามีขั้นตอนการสืบค้นตามแนวทางของกรอบแนวคิด PICo โดยงานวิจัยต้องตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษในปี ค.ศ. 2011 ถึง 2018 จาก 5 ฐานข้อมูล ได้แก่ Embase, PubMed, ScienceDirect, Scopus และ PsycINFO คำสำคัญที่ใช้สืบค้น ได้แก่ “dissociative identity disorder”, “multiple personality disorder” และ “multiple personality” การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดลในเดือนสิงหาคม 2562 (เลขที่เอกสาร Si 594/2562 (exempt))

เกณฑ์คัดเลือกงานวิจัย ได้แก่ (1) งานวิจัยต้นฉบับที่ศึกษาเกี่ยวกับ DID (2) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ (อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป) (3) ระบุว่ามีผู้ป่วยอย่างน้อย 1 คนที่วินิจฉัยเป็น DID (4) สามารถเข้าถึงเอกสารฉบับเต็ม หลังผ่านขั้นตอนการอ่านบทคัดย่อแล้ว เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) งานที่นำข้อมูลทุติยภูมิมาใช้ศึกษา เช่น narrative review, systematic review และ meta-analysis เป็นต้น (2) หนังสือหรือบทในหนังสือ (3) มีเนื้อหาซ้ำซ้อน

การสืบค้น คัดเลือกและประเมินงานวิจัย

หลังสืบค้นด้วยคำสำคัญจาก 5 ฐานข้อมูล พบงานวิจัยทั้งหมด 3,210 บทความ เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกบทความซ้ำ เหลือจำนวน 1,163 บทความ และเมื่อคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเลือกในเบื้องต้น เหลือจำนวน 349 บทความที่เข้าสู่ขั้นตอนการหาบทความฉบับเต็ม ขั้นตอนนี้และมีการคัดเลือกซ้ำอีกครั้ง ทำให้เหลือ 64 บทความที่ถูกประเมินคุณภาพงานวิจัย เครื่องมือสำหรับใช้ประเมินคุณภาพ คือ JBI’s critical appraisal tools (Joanna Briggs Institute, 2019) หลังจากประเมิน เหลืองานวิจัยจำนวน 28 บทความที่ผ่านการพิจารณาตามเกณฑ์ของ JBI ว่ามีคุณภาพเพียงพอที่จะถูกนำมาสกัดข้อมูล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการสืบค้น คัดเลือก และประเมินงานวิจัยโดยดัดแปลงจาก PRISMA flow diagram (Moher et al., 2009)

การสังเคราะห์ข้อมูล

บทความที่ผ่านขั้นตอนการประเมินถูกจัดหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับคำถามการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ประเด็นที่ศึกษาของบทความ สาเหตุการเกิดโรค การประเมินและการวินิจฉัย และการบำบัดรักษา จากนั้นจึงสรุปข้อมูลเป็นองค์ความรู้ ตลอดจนอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคนี้ในประเด็นที่ยังไม่มีการศึกษาหรือศึกษาน้อย

ผลการศึกษา

จากงานวิจัยทั้งหมด 28 บทความนำมาสกัดข้อมูลเพื่อตอบคำถามการวิจัยโดยนำเสนอตามประเด็นคำถาม ดังนี้

1. การศึกษาเกี่ยวกับ DID แบ่งได้ 6 ประเด็น ดังนี้ 1) ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัยและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งเกี่ยวกับการถูกเหมารวมของโรค DID ที่ถูกทำให้ดูน่ากลัวเกินจริง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยเป็นโรค DID จะส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและผู้ป่วยยังถูกล่วงละเมิดและใช้ความรุนแรงจากครอบครัวซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้อาการป่วยแย่ลง (Floris & McPherson, 2015; Snyder, 2018) 2) การประเมินเพื่อทำความเข้าใจและแยกระหว่างผู้ป่วยจริงกับกลุ่มแกล้งป่วย พบแบบประเมินที่ใช้ศึกษา 4 แบบทดสอบ ได้แก่ (1) test of memory malingering (TOMM) ประเมินความจำผ่านการมองภาพ ออกแบบมาเพื่อวัดความสามารถด้านการรู้คิดที่เกี่ยวกับความจำ โดยนำมาใช้ประเมินคนที่แกล้งป่วย (malingering) มีความเชื่อมั่นระดับสูง (α = .98) (Brand et al., 2018), (2) structured interview of reported symptoms, 2nd edition (SIRS-2) แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ประเมินการแกล้งป่วยทางโรคจิตเวชสำหรับในบริบททางกฎหมาย (sensitivity = .80, specificity = .975) (Rogers et al., 2010), (3) Minnesota multiphasic personality inventory-2 (MMPI-2) แบบประเมินทางจิตเวชที่ใช้กันอย่างกว้างขวางและมีความเชื่อมั่นระดับสูง (α = .58 - .92) (Butcher et al., 1989) และ (4) Rorschach performance assessment system (R-PAS) เป็นระบบการคิดคะแนนและแปลผลของแบบทดสอบ Rorschach บนระบบคอมพิวเตอร์ มีความเชื่อมั่นระดับสูง (α = .9) (Meyer & Eblin, 2012) ข้างต้นพบว่า TOMM, SIRS-2 และ MMPI-2 นำมาศึกษาเพื่อแยกกลุ่มผู้ป่วย DID จากกลุ่มแกล้งป่วยซึ่งพบว่า TOMM แยกผู้ป่วย DID ได้แม่นยำกว่า SIRS-2 และ MMPI-2 ส่วน R-PAS นำมาใช้ทำความเข้าใจโรคให้มากยิ่งขึ้น (Brand et al., 2014, 2018; Brand & Chasson, 2015; Hartmann & Benum, 2017) 3) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ DID ได้แก่ (1) ความสัมพันธ์การนอนและอาการของ DID พบว่าปัญหาการนอนแปรผันตรงกับภาวะ dissociation และ (2) ความผูกพัน (attachment) พบว่าความผูกพันมีแนวโน้มเป็นปัจจัยเสี่ยงของการป่วยเป็นโรคในกลุ่ม DDs (Barlow et al., 2012; Chalavi et al., 2015a, 2015b; Van Heugten-van der Kloet et al., 2014) 4) การเปรียบเทียบระหว่าง DID และโรคจิตเวชอื่น ๆ / คนทั่วไปแบ่งเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ (1) อาการของโรคและโรคร่วม พบว่า ภาวะ dissociation พบได้ในโรคทางจิตเวชอื่น ได้แก่ schizophrenia และ borderline personality disorder (BPD) อย่างไรก็ตาม สันนิษฐานว่ากลไกการเกิดมีความแตกต่างกัน นอกจากอาการของโรคแล้วยังพบว่าผู้ป่วย DID ส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมอื่น ๆ อีกอย่างน้อย 4 โรค ที่พบบ่อย ได้แก่ PTSD, panic syndrome, somatization และ conversion (Laddis & Dell, 2012; Laddis et al., 2017; Rodewald et al., 2011) (2) ความจำ พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มจำเรื่องราวได้น้อยกว่าเมื่อเทียบกับคนทั่วไป โดยเฉพาะสถานการณ์เกี่ยวกับความกลัว (Barlow, 2011; Huntjens et al., 2014) (3) สมอง พบว่าปริมาตรโดยรวมและส่วนย่อยมีน้อยกว่าคนทั่วไป (Chalavi et al., 2015a, 2015b; Reinders et al., 2012, 2014, 2016; Schlumpf et al., 2013, 2014) (4) ประเด็นอื่น ๆ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกละอายใจ, ความสามารถในการใช้ชีวิตโดยทั่วไปบกพร่องและความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายพบได้ค่อนข้างสูงเทียบกับคนทั่วไปและโรคจิตเวชอื่น ๆ (DePrince et al., 2015; Dyer et al., 2017; Mueller-Pfeiffer et al., 2012; Tanner et al., 2017) สำหรับประเด็น 5) การศึกษาเชิงสาเหตุ และ 6) การบำบัดรักษาสอดคล้องกับข้อคำถามในการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาข้อที่ 2 และ 4 ดังต่อไปนี้

2. การศึกษาเชิงสาเหตุของ DID พบงานวิจัยที่ศึกษาสาเหตุของโรค จึงได้สมมติฐานใหม่ที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น คือ ปริมาตรของสมองน้อยกว่าคนปกติ อาจสัมพันธ์กับการป่วยเป็น DID ได้แก่ ส่วน insular, cingulate cortex, prefrontal cortex (บริเวณ dorsolateral, superior, medial และ orbitofrontal) และ temporal lobe (บริเวณ superior และ inferior) (Reinders et al., 2018) สมองอีกส่วนที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ dissociation คือ hippocampus พบว่าสมองส่วนนี้ของผู้ป่วยมีปริมาตรน้อยกว่าคนทั่วไปเช่นกัน (Chalavi et al., 2015b; Vermetten et al., 2006) และมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจด้วย (Chalavi et al., 2015a)

3. การประเมินและการวินิจฉัย DID พบว่าส่วนใหญ่ใช้ structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D) เป็นเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยมากที่สุด โดย SCID-D เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่นิยมใช้เพื่อช่วยวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคในกลุ่ม DDs ซึ่งคำถามทั้ง 277 ข้อเกี่ยวกับอาการของภาวะ dissociation ได้แก่ amnesia, depersonalization, derealization, identity confusion และ identity alteration ใช้เวลาประเมิน 45-180 นาที คำถามส่วนใหญ่ให้อธิบายประสบการณ์/เหตุการณ์ยกตัวอย่างและความถี่ของเหตุการณ์ ตลอดจนผลกระทบต่อความสามารถในชีวิตประจำวันและการทำงาน (Steinberg & Hall, 1997) ส่วนผู้ที่ใช้ SCID-D จำเป็นต้องฝึกอบรมเพื่อให้ทราบรายละเอียดสำหรับการวินิจฉัยได้ถูกต้องและแม่นยำ

4. การบำบัดรักษา พบ 3 แนวทางที่ประยุกต์ใช้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหลอมรวมบุคลิกภาพ (integration) และลดภาวะ dissociation ได้แก่ 1) จิตบำบัดตามแนวทางของ International Society for The Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) เป็นองค์กรที่ศึกษาเกี่ยวกับบาดแผลทางจิตใจและภาวะ dissociation สำหรับผู้ป่วย DID ซึ่งแนวทางนี้แบ่งการรักษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การสร้างความรู้สึกปลอดภัย การสร้างเสถียรภาพ (stabilization) 2) การเผชิญหน้ากับบาดแผลทางจิตใจ 3) การรวมบุคลิกภาพและฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (International Society for The Study of Trauma and Dissociation [ISSTD], 2011; Pollock et al., 2017) 2) จิตบำบัดแบบเปลี่ยนโครงสร้างพลวัตร พัฒนาเพื่อใช้สำหรับผู้ป่วย BPD ซึ่งนำมาปรับใช้กับผู้ป่วย DID พบว่าช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้จักและจัดการกับอารมณ์ทางลบได้ดีขึ้นและลดภาวะ dissociation ได้ (Chlebowski & Gregory, 2012) และ 3) อาชีวบำบัดโดยการวิ่ง ซึ่งช่วยหลอมรวมบุคลิกภาพผู้ป่วย โดยจัดลำดับช่วงเวลาวิ่งของแต่ละบุคลิกภาพซึ่งเอื้อให้บุคลิกภาพภายในมีการสื่อสารซึ่งกันและกัน หลังจากบำบัด พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เวลาและจัดการความเครียดได้ดีขึ้น ภาวะหลงลืม (amnesia) มีน้อยลง (Precin, 2011)

วิจารณ์

1. ประเด็นศึกษาเกี่ยว DID ในช่วง ค.ศ. 2011 ถึง 2018 จำแนกได้ 6 ประเด็น ได้แก่ 1) ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัยและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย 2) การประเมินเพื่อทำความเข้าใจ และแยกระหว่างผู้ป่วยจริงกับกลุ่มแกล้งป่วย 3) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ DID 4) การเปรียบเทียบระหว่าง DID และโรคจิตเวชอื่น ๆ /คนทั่วไป ได้แก่ อาการของโรคและโรคร่วม, ความจำ, สมอง และประเด็นอื่น ๆ 5) การศึกษาเชิงสาเหตุ และ 6) การบำบัดรักษา ซึ่งบางประเด็นคล้ายกับ Boysen and VanBergan (2013) ได้แก่ สาเหตุการเกิดและการรักษา จะให้รายละเอียดในข้อวิจารณ์ 2 และ 4 ส่วนประเด็นอื่นที่แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ การศึกษาอาการทางคลินิกของ DID เช่น ภาวะ dissociation บาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก, กระบวนการทางร่างกายของบุคลิกภาพที่ต่างกัน เช่น ความถนัดมือซ้าย-ขวาของบุคลิกภาพต่างกัน, กระบวนการรู้คิด เช่น สมาธิ ความจำระยะสั้น และปัจจัยทางชีววิทยาของผู้ป่วย เช่น ระดับคอเลสเตอรอลในร่างกาย การทำงานของระบบประสาท เป็นต้น

1.1 ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัยและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พบว่า DID ถูกเหมารวมเป็นโรคที่น่ากลัวโดยเฉพาะในภาพยนตร์/หนังสือ (Keyes, 1981) ทำให้ถูกตีตราจากคนในสังคม รวมถึงตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มั่นใจ แยกตัวจากสังคม และกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Floris & McPherson, 2015) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า DID เป็นโรค

ทางจิตเวชที่มีการถูกตีตราในระดับสูง (Reisinger & Gleaves, 2023) ความรุนแรงและการถูกล่วงละเมิดเป็นสิ่งที่รายงานบ่อยครั้งโดยเฉพาะในวัยเด็ก (Chlebowski & Gregory, 2012; Hartmann & Benum, 2017; Howell, 2011; Pollock et al., 2017; Precin, 2011; Snyder, 2018) ในผู้ใหญ่ยังมีการรายงานเกี่ยวกับความรุนแรงเช่นกัน เช่น ความรุนแรงระหว่างคู่รัก (intimate partner violence) ของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ภาวะ dissociation แย่ลง (Snyder, 2018) เนื่องจากสถานการณ์เช่นนี้ส่งผลให้เกิดภาวะตึงเครียดหรือมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย (Sadock & Sadock, 2007)

1.2 การประเมินเพื่อทำความเข้าใจ และแยกระหว่างผู้ป่วยจริงกับกลุ่มแกล้งป่วย โดย TOMM สามารถแยกผู้ป่วยออกจากผู้ที่แกล้งป่วยได้แม่นยำ (Brand et al., 2018) เมื่อเทียบกับ SIRS-2 (Brand et al., 2014) และ MMPI-2 (Brand & Chasson, 2015) ดังนั้น TOMM จึงมีประโยชน์ในทางคลินิกและทางกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 แบบทดสอบไม่ได้พัฒนาขึ้นสำหรับประเมิน complex trauma หรือ dissociation (Brand et al., 2018) ฉะนั้นจึงควรระมัดระวังหากใช้ทดสอบกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ สำหรับ R-PAS นำมาศึกษาเพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยโรคนี้ (Hartmann & Benum, 2017) มิได้ใช้เพื่อการวินิจฉัย แม้ว่าโดยทั่วไป Rorschach เป็นแบบประเมินด้านจิตวิทยาคลินิกที่ถูกนำมาใช้เพื่อให้ข้อมูลในการวินิจฉัยและวางแผนในการรักษาทางจิตเวช ก็ตาม (Thongpibul & Asawathaweeboon, 2019) จากข้างต้นสนับสนุนว่า การป่วยเป็น DID มิได้เกิดจากการเลียนแบบหรือแสร้งกระทำ (Boysen & VanBergen, 2014) เนื่องจากช่วงเวลาหนึ่งโรคนี้เป็นที่สงสัยว่าอาจเกิดจากการแกล้งป่วย

1.3 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ DID: การนอนและความผูกพัน โดยปัญหาการนอนเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะ dissociation ของผู้ป่วยแย่ลงและส่งผลต่อความสามารถด้านการจดจำ (van Heugten-van der Kloet et al., 2014, 2015) ซึ่งปัญหาการนอนสามารถพบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (American Psychiatric Association, 2013) ส่วนผู้ป่วย DID ที่มีความผูกพันกับสัตว์ในระดับสูงซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสัมพันธภาพหรือความผูกพันแบบไม่เป็นระเบียบ (disorganized attachment) ที่เกิดจากผู้เลี้ยงดูมีรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีปัญหา (Howell, 2011) ดังนั้น ความผูกพันแบบนี้จึงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคในกลุ่ม DDs และการเกิดภาวะ dissociation (Carlson, 1998; Howell, 2011; Ogawa et al., 1997)

1.4 การเปรียบเทียบระหว่าง DID และโรคจิตเวชอื่น ๆ /คนทั่วไป แบ่งเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

1) อาการของโรคและโรคร่วม ภาวะ dissociation เป็นอาการหนึ่งที่พบในผู้ป่วย DID อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้พบได้ในโรคทางจิตเวชอื่น เช่น schizophrenia และ BPD จึงอาจเป็นเหตุผลทำให้มีการศึกษาเพื่อพิสูจน์ข้อสันนิษฐานที่ว่าภาวะนี้ของทั้งสองโรคแตกต่างกับโรคในกลุ่ม DDs สำหรับ schizophrenia ผู้ป่วยมีภาวะหลงผิด (delusion) ซึ่งเป็นเกณฑ์วินิจฉัยหนึ่งของโรคจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะคล้าย dissociation (American Psychiatric Association, 2013; Laddis & Dell, 2012) สำหรับ BPD สามารถพบภาวะนี้ได้เช่นกัน (American Psychiatric Association, 2013; Conklin & Westen, 2005; Ross, 2007) แต่การเกิดภาวะนี้ของ BPD และ DID มีความแตกต่างกันโดย BPD เป็นผลมาจากปัญหาความจำ ภวังค์ (trance-like state) และอารมณ์ซึ่งปัญหาการจัดการอารมณ์เป็นลักษณะเด่นที่พบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (American Psychiatric Association, 2013) ส่วน DID เกิดจากปัญหาทางความจำและ ego (Laddis et al., 2017)

ผู้ป่วย DID ส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) ที่นอกเหนือจาก DID (American Psychiatric Association, 2013) อีกประมาณ 4 โรค ดังนั้น ขั้นตอนการวางแผนการรักษาควรคำนึงถึงโรคร่วมเหล่านี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละคน

2) ความจำ ผู้ป่วยมีแนวโน้มจดจำเรื่องราวหรือประสบการณ์ (autobiographical episodic memory) เกี่ยวกับความกลัวได้น้อยกว่าคนทั่วไปซึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนบุคลิกโดยส่งผลให้การสังเกต เรียนรู้และจดจำสิ่งเร้า/ข้อมูลใหม่รอบตัวแย่ลง (Barlow, 2011) ปัจจัยที่เป็นเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนบุคลิก คือ การถูกกระตุ้นโดยความเครียดทางจิตสังคม (psychosocial stress) (American Psychiatric Association, 2013) อีกปัจจัยที่มีส่วนทำให้ระบบการทำงานเกี่ยวกับความ

ทรงจำของผู้ป่วย อาจเพราะปริมาตรของสมองส่วน hippocampus น้อยกว่าคนทั่วไป (Chelavi et al., 2015b)

3) สมองและการทำงานของสมอง จากการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วย DID พบว่า ปริมาตรสมองโดยรวม (whole-brain) และส่วนย่อย ได้แก่ frontal, temporal, insular (Chelavi et al, 2015a; Reinders et al., 2018), cingulate cortex (Reinders et al., 2018) hippocampus (Chelavi et al., 2015b; Vermetten et al., 2006) และ amygdala (Vermetten et al., 2006) มีขนาดเล็กกว่าปกติซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงานของสมอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 บุคลิกภาพ ได้แก่ แบบ neutral identity state (NIS) หรือ apparently normal part (ANP) และ แบบ trauma identity state (TIS) หรือ emotional part (EP) พบว่า NIS/ANP มีการทำงานของสมองส่วน cerebral cortex เป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ TIS/EP จะเป็นส่วน subcortical area (Reinders et al., 2012) เมื่อถูกกระตุ้นเร้าสมองของทั้งสองบุคลิกตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นแตกต่างกัน ผู้วิจัยได้รวบรวมและนำเสนอตามที่แสดงใน ตาราง 1 นอกจากนี้ข้อมูลในตารางยังแสดงส่วนของสมองที่เกี่ยวข้องกับภาวะ dissociation ของผู้ป่วยไว้ด้วย

แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสมองส่วนใดเกี่ยวข้องกับภาวะ dissociation ของผู้ป่วยมากที่สุด เนื่องจากมีสมองหลายส่วนที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะนี้ (Reinders et al., 2018) แต่อาจเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อเข้าใจโรคได้มากขึ้นเนื่องจากศึกษาของ Boysen and VanBergan (2013) พบว่ายังไม่ค่อยมีการศึกษาเกี่ยวสมองของผู้ป่วยมากนัก

ตาราง 1 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับสมองและการทำงานของสมองของผู้ป่วย DID

สมองส่วนที่เล็กกว่าคนทั่วไป	whole-brain, frontal, temporal, insular, cingulate, hippocampus, amygdala		
การทำงานของสมอง	**ปราศจากสิ่งกระตุ้นเร้า**	NIS/ANP → cerebral cortex TIS/EP → subcortical area	thalamus: NIS/ANP > TIS/EP DMPFC*: TIS/EP > NIS/ANP
	มีสิ่งกระตุ้นเร้า	NIS/ANP → cingulate cortex, frontal gyrus TIS/EP → amygdala, caudate nucleus, insular	
	สิ่งเร้าที่คลุมเครือ	NIS/ANP → ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ TIS/EP → dorsal brainstem, parahippocampal gyrus, occipital-temporal junction, motor-related areas	
	ภาวะ dissociation	dorsal striatum, pallidum, inferior parietal, hippocampus, prefrontal cortex	

หมายเหตุ: "→" แสดงส่วนของสมองที่ทำงานมากในบุคลิกภาพนั้น, ">" แสดงส่วนของสมองของบุคลิกภาพหนึ่งมากกว่าอีกบุคลิกหนึ่ง, DMPFC* = dorsomedial prefrontal cortex

4) ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ในส่วนนี้ประกอบด้วย 3 หัวข้อย่อย ได้แก่ 1) ความละอายใจ ผู้ป่วย DID มีความรู้สึกละอายใจอยู่ในระดับสูงส่งผลให้เกิดการหลีกหนี/แยกตัว ไม่เผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้นและเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับความช่วยเหลือทางจิตวิทยา (Dyer et al., 2017) ปัจจัยหนึ่งอาจเพราะข้อมูลที่ไม่ถูกต้องโดยภาพยนตร์/หนังสือมักมีการนำเสนอร่วมกับคดีอาชญากรรม (Keyes, 1981) ทำให้ผู้ป่วยดูน่ากลัวและอันตรายซึ่งทำให้เกิดการตีตราและส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน (Floris, & McPherson, 2015; Reisinger & Gleaves, 2023) 2) ความสามารถในการใช้ชีวิต (global functioning) ภาวะ dissociation ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประวันของผู้ป่วยเช่นกัน เนื่องจากภาวะนี้เกี่ยวกับความจำและอัตลักษณ์ (American Psychiatric Association, 2013; Mueller-Pfeiffer et al., 2012) ทำให้ความสามารถด้านต่าง ๆ บกพร่อง และ 3) การฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่พบในกลุ่ม DDs (Foote et al., 2008) สำหรับในผู้ป่วย DID พบว่า 70% มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Ross & Norton, 1989) โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมประกอบด้วย โรคร่วม (comorbidity) หลายโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่ง PTSD และความรุนแรงของการถูกละเมิดทางร่างกายและทางเพศ

(Chlebowski & Gregory, 2012; Snyder, 2018; Tanner et al., 2017)

การศึกษาประเด็นที่แตกต่างจาก Boysen and VanBergan (2013) สังเกตพบว่า หลายประเด็นยังมีข้อมูลน้อยหรือยังไม่มีการศึกษาในช่วงนั้น ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไปอาจทำให้เกิดประเด็นการศึกษาใหม่หรือคล้ายกับการศึกษาเดิม เช่น ผลกระทบหลังได้รับวินิจฉัย การแยกผู้ป่วยจากกลุ่มแกล้งป่วย การนอนและความผูกพันที่สัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นต้น บางประเด็นเป็นข้อมูลต่อยอดจากการศึกษาเดิม เช่น ภาวะ dissociation โดยทำการศึกษากลไกที่แตกต่างกันระหว่างโรคจิตเวชอื่น อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้ต่างก็เป็นประโยชน์และมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจโรคนี้ดีขึ้น

2. การศึกษาเชิงสาเหตุ Boysen and VanBergan (2013) พบข้อสันนิษฐาน 2 ข้อ ได้แก่ (1) การทำงานของสมองที่ต่างจากคนทั่วไป (2) บาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก การศึกษาครั้งนี้พบความต่างเล็กน้อยโดยเริ่มศึกษาเกี่ยวกับสมองมากขึ้น พบว่า ปริมาตรสมองน้อยกว่าคนทั่วไปและสมองหลายส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะ dissociation โดยเฉพาะบริเวณ orbitofrontal cortex (Reinders et al., 2018) ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการการแสดงออกและควบคุมพฤติกรรมที่เกี่ยวกับอารมณ์ (Forrest, 2001) และเป็นสมองส่วนที่พัฒนาตั้งแต่แรกเกิด เกี่ยวข้องกับการผลิตและตัดแต่งระหว่างเซลล์ประสาทในช่วง 2 ขวบปีแรกและพัฒนาเต็มที่ในช่วง 12 ปี (Forrest, 2001; Huttenlocher, 1990) เมื่อประกอบกับข้อมูลที่ผู้ป่วยมักประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจในวัยเด็ก โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เกิดในช่วง 5 ขวบปีแรก (ISSTD, 2011) ซึ่งสภาพแวดล้อมที่ถูกล่วงละเมิด (abusive environment) อาจส่งผลต่อการพัฒนาของสมองส่วนนี้ได้

สมองอีกส่วน คือ hippocampus ปริมาตรของสมองส่วนนี้สัมพันธ์ทางลบกับเหตุการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจ (Chalavi et al., 2015a) พบว่ามีปริมาตรของสมองส่วนนี้เล็กกว่าคนทั่วไป (Chelavi et al., 2015b; Vermetten et al., 2006) ซึ่งบริเวณนี้ประกอบด้วย glucocorticoid receptor จำนวนมาก (Sapolsky, 1993) และเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจส่งผลให้เกิดความเครียดและหลั่งกลูโคคอร์ติคอยด์ (main stress-related hormones) ออกมาจำนวนมาก จนอาจมีผลทำให้สัณฐานของสมองเปลี่ยนแปลงไป (Teicher et al., 2012) และก่อให้เกิดปัญหาด้านความทรงจำ

3. การประเมินและการวินิจฉัย SCID-D (Steinberg & Hall, 1997) เป็นแบบประเมินที่นิยมใช้วินิจฉัยผู้ป่วย DID มากที่สุดโดยพัฒนามาจาก DSM criteria ซึ่งสอดคล้องกับ Boysen and VanBergen (2013) SCID-D เป็นแบบประเมินมาตรฐานอยู่ในระดับดีเยี่ยม (gold standard level) น่าเชื่อถือมาก อย่างไรก็ตามผู้ที่นำแบบประเมินมาใช้จะต้องทราบอาการที่แตกต่างกันในกลุ่มโรคย่อยของ DDs ในระดับแม่นยำ (ISSTD, 2011) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการรักษาที่เหมาะสม

4. การบำบัดรักษา การศึกษาของ Boysen and VanBergen (2013) พบ 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 2) การปรึกษาแนววิเคราะห์สัมพันธภาพ เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน และ 3) การบำบัดด้วยการวิเคราะห์ความคิด จะเน้นทำความเข้าใจหรือจัดการกับประสบการณ์ในวัยเด็กที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตในปัจจุบัน

การบำบัดรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการหลอมรวมบุคลิกภาพเข้าด้วยกันโดยใช้จิตบำบัด การศึกษาครั้งนี้พบ 3 แนวทาง ได้แก่ จิตบำบัดตามแนว ISSTD (Pollock et al., 2017) จิตบำบัดแบบเปลี่ยนโครงสร้างพลวัตร (Chlebowski & Gregory, 2012) และอาชีวบำบัดโดยการวิ่ง (Precin, 2011) ซึ่งนำมาประยุกต์ใช้เพื่อลดภาวะ dissociation ได้ อย่างไรก็ตาม การสร้างความรู้สึกปลอดภัยก่อนเริ่มบำบัดเป็นขั้นตอนที่สำคัญ (ISSTD, 2011; Pollock et al., 2017; Precin, 2011) เนื่องจากผู้ป่วยเคยประสบกับเหตุการณ์ที่เป็นบาดแผลทางจิตใจ (Chlebowski & Gregory, 2012; Hartmann & Benum, 2017; Pollock et al., 2017; Precin, 2011; Snyder, 2018) จึงทำให้ผู้ป่วยระมัดระวังตัวมาก อาจต้องใช้เวลาสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกไว้ใจและปลอดภัยค่อนข้างนาน (Precin, 2011)

สรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบประเด็นที่แตกต่างและคล้ายคลึงกับการศึกษาก่อนหน้า สำหรับประเด็นใหม่ที่เพิ่งเริ่มให้ความสำคัญ เช่น ผลกระทบทางลบหลังรับการวินิจฉัย, การทำความเข้าใจและแยกผู้ป่วยจริงออกจากกลุ่มแกล้งป่วย, การทำงานของสมองส่วนต่าง ๆ เป็นต้น สาเหตุของโรคเริ่มมีคำอธิบายในเชิงวิทยาศาสตร์โดยเกี่ยวกับสัณฐานของสมอง การประเมินและวินิจฉัย SCID-D ยังคงนิยมใช้วินิจฉัยมากที่สุด สำหรับการบำบัดยังไม่พบแนวทางที่พัฒนาขึ้นสำหรับ DID โดยเฉพาะ แต่เป็นการนำแนวทางบำบัดอื่น ๆ มาปรับใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้แทน

ข้อจำกัด

งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประมาณทั้งหมดเป็นงานวิจัยจากทางประเทศแถบตะวันตกซึ่งอาจมีข้อจำกัดต่อการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ป่วย DID ที่อาจพบได้ในประเทศแถบตะวันออกหรือเอเชีย หากนำไปประยุกต์ใช้อาจต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ในอนาคต ควรเพิ่มประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิด การศึกษาเกี่ยวกับสมอง อาจมีการนำ Rorschach มาร่วมศึกษาผู้ป่วยเพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนี้ปัจจุบันยังไม่มีการทำจิตบำบัดสำหรับโรค DID โดยเฉพาะหากมีการศึกษาเพื่อพัฒนาการบำบัดที่เฉพาะต่อโรค น่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารอ้างอิง (References)

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.

Barlow, M. R. (2011). Memory for complex emotional material in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD)*, *12*(1), 53-66. https://doi.org/10.1080/15299732.2010.496144

Barlow, M. R., Cromer, L. D., Caron, H. P., & Freyd, J. J. (2012). Comparison of normative and diagnosed dissociation on attachment to companion animals and stuffed animals. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(5), 501-506. https://doi.org/10.1037/a0028134

Boysen, G. A., & VanBergen, A. (2013). A review of published research on adult dissociative identity disorder: 2000-2010. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(1), 5-11. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827aaf81

Boysen, G. A., & VanBergen, A. (2014). Simulation of multiple personalities: A review of research comparing diagnosed and simulated dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, *34*(1), 14-28.

Brand, B. L., & Chasson, G. S. (2015). Distinguishing simulated from genuine dissociative identity disorder on the MMPI-2. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *7*(1), 93-101. https://doi.org/10.1037/a0035181

Brand, B. L., Tursich, M., Tzall, D., & Loewenstein, R. J. (2014). Utility of the SIRS-2 in distinguishing genuine from simulated dissociative identity disorder. *Psychological Trauma: Theory,*

Research, Practice, and Policy, *6*(4), 308-317. https://doi.org/10.1037/a0036064

Brand, B. L., Webermann, A. R., Snyder, B. L., & Kaliush, P. R. (2018). Detecting clinical and simulated dissociative identity disorder with the test of memory malingering. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *11*(5), 513-520. https://doi.org/10.1037/tra0000405

Butcher, J. N., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota multiphasic personality inventory: MMPI-2*. University of Minnesota Press.

Carlson E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, *69*(4), 1107-1128.

Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Barker, G. J., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. (2015a). Similar cortical but not subcortical gray matter abnormalities in women with posttraumatic stress disorder with versus without dissociative identity disorder. *Psychiatry Research*, *231*(3), 308-319. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2015.01.014

Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Cole, J. H., Dazzan, P., Pariante, C. M., Madsen, S. K., Rajagopalan, P., Thompson, P. M., Toga, A. W., Veltman, D. J., & Reinders, A. A. (2015b). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping*, *36*(5), 1692-1704. https://doi.org/10.1002/hbm.22730

Chlebowski, S. M., & Gregory, R. J. (2012). Three cases of dissociative identity disorder and co-occurring borderline personality disorder treated with dynamic deconstructive psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *66*(2), 165-180. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2012.66.2.165

Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(5), 867-875. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.867

DePrince, A. P., Huntjens, R. J., & Dorahy, M. J. (2015). Alienation appraisals distinguish adults diagnosed with DID from PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *7*(6), 578-582. https://doi.org/10.1037/tra0000069

Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Corry, M., Black, R., Matheson, L., Coles, H., Curran, D., Seager, L., & Middleton, W. (2017). Comparing shame in clinical and nonclinical populations: Preliminary findings. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *9*(2), 173-180. https://doi.org/10.1037/tra0000158

Floris, J., & McPherson, S. (2015). Fighting the whole system: Dissociative identity disorder, labeling theory, and iatrogenic doubting. Journal of Trauma & Dissociation: The Official *Journal of The International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, *16*(4), 476-493. https://doi.org/10.1080/15299732.2014.990075

Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(1), 29-36.

Forrest, K. A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. *Consciousness and Cognition*, *10*(3), 259-293. https://doi.org/10.1006/ccog.2001.0493

Hartmann, E., & Benum, K. (2017). Rorschach assessment of two distinctive personality states of a person with dissociative identity disorder. *Journal of Personality Assessment*,

101(2), 213-228. https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1391273

Howell, E. F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach (Vol. 49)*. Routledge.

Huntjens, R. J., Wessel, I., Hermans, D., & van Minnen, A. (2014). Autobiographical memory specificity in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *123*(2), 419.

Huttenlocher, P. R. (1990). Morphometric study of human cerebral cortex development. *Neuropsychologia*, *28*(6), 517-527. https://doi.org/10.1016/0028-3932(90)90031-i

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD)*, *12*(2), 115-187. https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247

Joanna Briggs Institute. (2019). *Critical appraisal tools*. Joanna Briggs. https://joannabriggs.org/critical-appraisal-tools.

Keyes, D. (1981). *The minds of Billy Milligan*. Random House.

Laddis, A., & Dell, P. F. (2012). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD)*, *13*(4), 397-413. https://doi.org/10.1080/15299732.2012.664967

Laddis, A., Dell, P. F., & Korzekwa, M. (2017). Comparing the symptoms and mechanisms of "dissociation" in dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD)*, *18*(2), 139-173. https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1194358

Meyer, G. J., & Eblin, J. J. (2012). An overview of the Rorschach performance assessment system (R-PAS). *Psychological Injury and Law*, *5*, 107-121.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Med. 6*(7), e1000097.

Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Perron, N., Wyss, D., Kuenzler, C., Prezewowsky, C., Pitman, R. K., & Rufer, M. (2012). Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Research*, *200*(2-3), 475-481. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.028

Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 855-879. https://doi.org/10.1017/s0954579497001478

Pollock, B. E., Macfie, J., & Elledge, L. C. (2017). Evidence for phase-based psychotherapy as a treatment for dissociative identity disorder comorbid with major depressive disorder and alcohol dependence. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD)*, *18*(4), 595-609. https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1241853

Precin, P. (2011). Return to work: A case of PTSD, dissociative identity disorder, and satanic ritual abuse. *Work (Reading, Mass.)*, *38*(1), 57-66. https://doi.org/10.3233/WOR-20111104

Reinders, A. A., Chalavi, S., Schlumpf, Y. R., Vissia, E. M., Nijenhuis, E., Jäncke, L., Veltman, D. J.,

& Ecker, C. (2018). Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology in dissociative identity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *137*(2), 157-170. https://doi.org/10.1111/acps.12839

Reinders, A. A., Willemsen, A. T., den Boer, J. A., Vos, H. P., Veltman, D. J., & Loewenstein, R. J. (2014). Opposite brain emotion-regulation patterns in identity states of dissociative identity disorder: A PET study and neurobiological model. *Psychiatry Research*, *223*(3), 236-243. https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2014.05.005

Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vissia, E. M., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2016). The psychobiology of authentic and simulated dissociative personality states: The full monty. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *204*(6), 445-457. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000522

Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A., & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PloS ONE*, *7*(6), e39279. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039279

Reisinger, B. A., & Gleaves, D. H. (2023). Comparing social stigma of dissociative identity disorder, schizophrenia, and depressive disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, *24*(2), 171-184.

Rodewald, F., Wilhelm-Göling, C., Emrich, H. M., Reddemann, L., & Gast, U. (2011). Axis-I comorbidity in female patients with dissociative identity disorder and dissociative identity disorder not otherwise specified. The *Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(2), 122-131. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318208314e

Rogers, R., Sewell, K. W., & Gillard, N. D. (2010). *Structured interview of report symptoms-2 (SIRS-2) and professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Ross, C. A. (2007). Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of The International Society for The Study of Dissociation (ISSD)*, *8*(1), 71-80. https://doi.org/10.1300/J229v08n01_05

Ross, C. A., & Norton, G. R. (1989). Suicide and parasuicide in multiple personality disorder. *Psychiatry*, *52*(3), 365-371.

Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.)*. Lippincott, Williams and Wilkins.

Sapolsky, R. M. (1993). Potential behavioral modification of glucocorticoid damage to the hippocampus. *Behavioural Brain Research*, *57*(2), 175-182. https://doi.org/10.1016/0166-4328(93)90133-b

Schlumpf, Y. R., Nijenhuis, E. R., Chalavi, S., Weder, E. V., Zimmermann, E., Luechinger, R., La Marca, R., Reinders, A. A., & Jäncke, L. (2013). Dissociative part-dependent biopsychosocial reactions to backward masked angry and neutral faces: An fMRI study of dissociative identity disorder. *NeuroImage: Clinical*, *3*, 54-64. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.07.002

Schlumpf, Y. R., Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Luechinger, R., van Osch, M. J., & Jäncke, L. (2014). Dissociative part-dependent resting-state activity in dissociative identity disorder: A controlled FMRI perfusion study. *PloS ONE*, *9*(6), e98795. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098795

Snyder, B. L. (2018). Women with dissociative identity disorder who experience intimate partner violence. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *56*(5),

26-32. https://doi.org/10.3928/02793695-20180212-06

Steinberg, M., & Hall, P. (1997). The SCID-D diagnostic interview and treatment planning in dissociative disorders. *Bulletin of The Menninger Clinic*, *61*(1), 108-120.

Tanner, J., Wyss, D., Perron, N., Rufer, M., & Mueller-Pfeiffer, C. (2017). Frequency and characteristics of suicide attempts in dissociative identity disorders: A 12-month follow-up study in psychiatric outpatients in Switzerland. European *Journal of Trauma & Dissociation*, *1*(4), 235-239. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.06.005

Teicher, M. H., Anderson, C. M., & Polcari, A. (2012). Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *109*(9), E563-E572. https://doi.org/10.1073/pnas.1115396109

Thongpibul, K., & Asawathaweeboon, B. (2019). Comparative study of the Rorschach inkblot test interpretation between the Klopfer system and the Rorschach performance assessment system (R-PAS). *J Psychiatr Assoc Thailand*, *64*(2), 139-148. (in Thai).

van Heugten-van der Kloet, D., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2015). Sleep loss increases dissociation and affects memory for emotional stimuli. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *47*, 9-17.

van Heugten-van der Kloet, D., Huntjens, R., Giesbrecht, T., & Merckelbach, H. (2014). Self-reported sleep disturbances in patients with dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder and how they relate to cognitive failures and fantasy proneness. *Frontiers in Psychiatry*, *5*, 19. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00019

Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. J., & Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and amygdala volumes in dissociative identity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(4), 630-636. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.630