

BÁO CÁO CA BỆNH: RỐI LOẠN NHÂN DẠNG PHÂN LY (ĐA NHÂN CÁCH)

Lê Thị Thu Hà^{1,2,✉}, Nguyễn Việt Hà¹
Vũ Thị Mỹ Hạnh¹, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Rối loạn nhân dạng phân ly là rối loạn nặng nhất và hiếm gặp nhất trong số các rối loạn phân ly, thường xuất hiện ở các nước Châu Âu, Mỹ hơn khu vực Châu Á. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh rối loạn nhân dạng phân ly, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. Chẩn đoán được xác định qua quá trình thăm khám và theo dõi, loại trừ các yếu tố liên quan đến dùng chất và bệnh lý cơ thể, lợi ích thứ phát. Quá trình điều trị, quản lý cần sát sao với người bệnh mắc rối loạn này.

Từ khoá: Đa nhân cách, phân ly, rối loạn nhân dạng phân ly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhân dạng phân ly (Dissociative Identity Disorder - DID), hoặc rối loạn nhân cách phân ly là sự hiện diện của ít nhất 2 nhân cách khác nhau ở một người.^{1,2} Do vậy, nó còn được gọi là rối loạn đa nhân cách.³ Có một số tình trạng có liên quan đến rối loạn này bao gồm trầm cảm, hành vi tự hủy hoại, rối loạn stress sau sang chấn (PTSD), rối loạn sử dụng chất, rối loạn nhân cách ranh giới hoặc rối loạn lo âu và rối loạn chuyển di hoặc rối loạn dạng cơ thể.⁴⁻⁶

Tỷ lệ hiện mắc DID ước tính trên toàn cầu là khoảng 5% người bệnh (NB) tâm thần điều trị nội trú, 2 - 3% NB ngoại trú và 1% dân số chung nhưng hiếm khi được báo cáo ở châu Á nên một số tác giả cho rằng DID liên quan đến văn hóa.^{7,8} Tỷ lệ mắc DID khoảng 0 - 0,5% ở Ấn Độ, Bangladesh và Trung Quốc.⁹⁻¹¹ Tại Việt Nam hiện chưa thấy báo cáo ca bệnh nào cũng như nghiên cứu dịch tễ nào.

Tác giả liên hệ: Lê Thị Thu Hà

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: lethuha@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 30/05/2022

Ngày được chấp nhận: 02/07/2022

Trong quá trình thực hành lâm sàng tại Viện Sức khỏe Tâm thần (VSKTT) - Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi có tiếp nhận một NB vào viện vì nghĩ rằng có người khác chi phối cơ thể, do đó chúng tôi trình bày ca bệnh.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

NB nam, 16 tuổi, vào viện vì nghĩ có một người khác cùng chi phối cơ thể mình.

Theo thông tin từ NB và bố, NB là con thứ ½ trong gia đình, tiền sử phát triển thể chất tâm thần bình thường. NB không có tiền sử sử dụng chất; gia đình 3 đời không ai có rối loạn tâm thần. Tính cách: hiền lành, ít nói. NB hiện đang học lớp 11, lực học khá. Hồi nhỏ, NB là người ham chơi, thường xuyên bị mẹ mắng và phạt, đánh bằng roi. Ngoài ra, NB không bị nhục mạ hay lạm dụng thể xác.

Bệnh diễn biến từ đầu cấp 1. NB được bạn bè kể lại về việc NB có những cử chỉ, giọng điệu không giống bình thường, mỗi lần kéo dài vài phút đến vài giờ. Tuy nhiên, NB không có kí ức gì về việc đó. Tần suất xảy ra không nhiều, chưa ảnh hưởng gì đến cuộc sống của NB, và NB cũng không để ý.

Từ khi lên cấp 2, NB bắt đầu để ý hơn đến

tình trạng của mình khi bạn bè cùng lớp thường xuyên kể nhiều hơn về tình trạng trên, NB cũng cảm thấy có những khoảng thời gian không nhớ mình đã làm gì, kéo dài vài phút đến vài giờ.

Khoảng 1 năm nay, các biểu hiện ngày nhiều và rõ ràng hơn. Người nhà và NB mô tả về một "nhân cách khác" xuất hiện. Nhân cách này có thể chiếm hữu cơ thể của NB, khi xuất hiện tháo kính xuống (bình thường NB đeo kính cận). Nhân cách này tự xưng là Vali, có xu hướng bạo lực: nói chuyện thô lỗ, hỗn với bố mẹ và em trai, bắt nạt em trai dù bình thường NB yêu quý em trai. Khi Vali muốn chiếm hữu, NB sẽ cảm nhận cơ thể gồng cứng dần trước khi không còn kí ức gì. Khi không chiếm hữu hoàn toàn, Vali cũng có thể giao tiếp với NB. NB kể rằng có thể tưởng tượng hình ảnh Vali xuất hiện ngay trước mắt với ngoại hình giống mình nhưng không đeo kính; có lúc chỉ thấy giọng nói vang lên trong đầu giống giọng của chính NB. Vali thường nói chuyện với NB với nội dung chửi bới, coi thường, chê bai NB là vô dụng, không làm được việc gì. Vali chỉ có 1 đặc điểm giống với NB là cùng yêu thích chú chó mà NB nuôi. Ngoài ra, Vali còn có thể chi phối hành vi của NB ngay cả khi không chiếm hữu cơ thể, ví dụ như khi NB định thực hiện một việc gì đó thì có cảm giác như tay chân bị ai đó chặn lại, không làm theo ý mình được. NB mô tả có lúc nhìn thấy những cảnh tượng như trong phim hiện ra trước mắt: khi mọi thứ đang diễn ra bình thường đột nhiên tất cả tối sầm lại, trước mặt là một khoảng sáng như được chiếu đèn, Vali ngồi trong một chiếc lồng, tìm cách thoát ra. Tần suất xuất hiện và chi phối của Vali ngày càng nhiều, khiến NB lo lắng, căng thẳng, giảm tập trung, chất lượng học tập giảm sút, ảnh hưởng đến cuộc sống của NB.

Khoảng 2 tuần trước khi vào viện, NB đột ngột xuất hiện cơn mất vận động toàn thân, không cử động được, tuy nhiên vẫn tỉnh táo và

biết mọi thứ xung quanh, đại tiểu tiện tự chủ. NB được điều trị tại Đại học Y Hà Nội, kết quả xét nghiệm và MRI sọ não bình thường. Sau gần 2 tuần, đến khi Vali nói với NB là "tao tha cho mày", thì NB dần vận động trở lại được. Sau đó NB được chuyển đến VSKTT điều trị. Tại thời điểm vào viện, khám: NB tỉnh, tiếp xúc được, không rối loạn ý thức, triệu chứng phân ly vận động, các cơn quên phân ly, theo dõi ảo thanh, hoang tưởng bị chi phối.

NB được chẩn đoán: Rối loạn phân ly hỗn hợp. Chẩn đoán phân biệt: Tâm thần phân liệt thể Paranoid (TTPL thể Paranoid).

NB được điều trị hóa dược kết hợp với trị liệu tâm lý. Trong quá trình điều trị, NB không xuất hiện cơn mất vận động nào nữa, giọng nói của Vali không giảm đi, vẫn chi phối 1 phần các hoạt động của NB. Tuy nhiên, trong thời gian này, Vali không lần nào chiếm hữu hoàn toàn cơ thể NB, với lý do "Không hứng thú với môi trường bệnh viện", nên không muốn ra ngoài.

Sau 21 ngày điều trị: NB tình trạng cảm xúc hành vi ổn định, hiểu biết về tình trạng của mình, được cho ra viện tiếp tục điều trị ngoại trú và hẹn tái khám sau 2 tuần nhưng do gia đình không đưa xuống đúng hẹn được nên NB tái khám sau 1 tháng, cho biết hiện tại đã thích nghi hơn với cuộc sống có nhân cách thứ 2, không có cơn phân ly vận động nào. Hai nhân cách đã hòa hợp hơn với nhau, có sự thỏa hiệp khi nào Vali có thể chiếm hữu cơ thể để "ra ngoài". Nhân cách thứ 2 xuất hiện 7 lần/tháng. Bên cạnh đó, NB cũng có thể kiểm soát không cho Vali chiếm hữu cơ thể ngoài ý muốn, bằng cách mỗi khi có dấu hiệu gồng cứng toàn thân, NB sẽ cố gắng thả lỏng toàn thân, và như vậy Vali sẽ không ra ngoài được. Một điểm mới phát sinh, NB cho biết đôi lúc xuất hiện 1 giọng nói khác ngoài của Vali, tuy nhiên mới chỉ thoáng qua, chưa rõ ràng.

Quá trình điều trị

- Điều trị hóa dược: Risperdal liều tăng dần từ 0,5mg đến 4mg trong 21 ngày, Stresam liều dùng từ 50 - 100mg.

- Điều trị tâm lý cá nhân: liệu pháp nhận thức hành vi nhằm cải thiện những lo lắng, căng thẳng, những suy nghĩ nhận thức chưa đúng của NB về tình trạng của mình, trị liệu phân tâm nhằm tiếp cận, khai thác những sang chấn tâm lý, thể chất thời thơ ấu và mối liên quan của chúng với rối loạn hiện tại.

Sau 21 ngày, NB được cho ra viện, điều trị ngoại trú với đơn thuốc Risperdal 4 mg/ngày, Stresam 50 mg/ngày, hẹn lịch tái khám và trị liệu tâm lý. Tuy nhiên, NB không tái khám và trị liệu đúng hẹn do ở xa.

III. BÀN LUẬN

Rối loạn nhân dạng phân ly là một tình trạng nghiêm trọng được đặc trưng bởi sự gián đoạn rõ rệt trong nhận dạng của một cá nhân, với sự phân tách thành hai hoặc nhiều trạng thái nhân cách riêng biệt, luân phiên kiểm soát cá nhân.¹² Nó phản ánh sự mất khả năng đồng nhất các khía cạnh khác nhau của danh tính, trí nhớ, cũng như ý thức của một người vào một bản thân duy nhất.

Nhân dạng chính là danh tính nguyên bản của cá nhân mang tên riêng của họ và thường chiếm thời gian chủ yếu trong cuộc đời.¹³ Các trạng thái nhân dạng thay thế khi chiếm sự kiểm soát có một lịch sử và bản sắc riêng biệt, với mô hình tự nhận thức riêng của họ. Các trạng thái này được gọi là "thay thế" và có các đặc điểm khác nhau so với nhân dạng chính. Những đặc điểm này có thể bao gồm tên, tuổi, giới tính, chức năng, tâm trạng, ký ức và từ vựng, cùng với các đặc điểm khác. Sự xuất hiện của một nhân cách cụ thể thường xảy ra do một yếu tố gây căng thẳng nhất định.

Triệu chứng

Ở ca bệnh này, chúng tôi nhận thấy các triệu chứng:

- 2 trạng thái nhân dạng hoàn toàn khác biệt (NB và nhân cách "Vali").
 - Các khoảng trống về trí nhớ, xuất hiện từ thời thơ ấu.
 - Tri giác sai thực tại (nhìn thấy cảnh vật xung quanh đột nhiên tối sầm lại).
 - Giải thể nhân cách (quan sát hình ảnh của chính mình từ bên ngoài cơ thể).
 - Các triệu chứng giống như ảo thanh (nghe thấy giọng nói của Vali ở trong đầu).
 - Triệu chứng phân ly vận động (mất vận động kéo dài khoảng 2 tuần, không tìm thấy bất thường khác trên lâm sàng và xét nghiệm).
 - Triệu chứng rối loạn vận động: không thể vận động phần cơ thể của mình theo ý muốn, như đang bị kiểm soát. NB cho rằng lý do là do bị "Vali chi phối".
 - Các biểu hiện rối loạn cảm xúc: lo lắng, căng thẳng, ảnh hưởng đến học tập, sinh hoạt và công việc hàng ngày.
- NB không có tiền sử sử dụng chất hoặc 1 tình trạng nội khoa - thần kinh nào khác có thể giải thích tốt hơn cho những triệu chứng trên.
- Các triệu chứng này là phổ biến ở những NB DID theo y văn và đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán DID theo DSM-V.¹⁴ Theo y văn, trong DID một số triệu chứng đặc trưng mà ít gặp ở các rối loạn khác như:
- Mất trí nhớ - NB thường báo cáo có những khoảng thời gian (thường là hàng giờ) mà họ không thể nhớ được.
 - Giải thể nhân cách - là cảm giác tách rời chính bản thân (ví dụ: cảm giác ở bên ngoài cơ thể hoặc đang quan sát bản thân từ bên ngoài). Khoảng 77% có đặc điểm này.
 - Tri giác sai thực tại - là một cảm giác rằng thế giới bên ngoài là xa lạ hoặc không có thực. Khoảng 63% có triệu chứng này.

- Tự chuyển đổi: là cảm giác rằng một phần bản thân là của một người khác biệt rõ rệt với phần khác của bản thân gặp ở khoảng 98% NB DID.

- Trạng thái phân ly - Trạng thái này liên quan đến việc thu hẹp nhận thức về môi trường xung quanh. Khoảng 91% gặp triệu chứng này.

Ngoài ra, hơn 70% những người bị DID đã toan tự sát và hành vi tự hủy hoại rất phổ biến.

Yếu tố nguy cơ

Những NB được chẩn đoán DID trên thế giới thường có các sang chấn liên quan đến lạm dụng tình dục, thể chất, tinh thần thời thơ ấu.¹⁵ Ở ca bệnh này, trong những năm cấp 1, NB là người ham chơi, thường xuyên không hoàn thành nhiệm vụ học tập và bị mẹ đánh đòn. NB trong giai đoạn đó bất mãn và rất sợ mẹ. Tuy nhiên, khi hỏi về nhận định của NB hiện tại về những trận đòn hồi bé, NB nghĩ rằng điều đó là bình thường so với những đứa trẻ khác. Vì vậy yếu tố sang chấn tâm lý ở ca bệnh này chưa thực sự rõ ràng.

Chẩn đoán và chẩn đoán phân biệt

Như đã phân tích ở trên, bệnh nhân này có đầy đủ các triệu chứng của DID trong DSM-V, các tiêu chuẩn chẩn đoán DID bao gồm:

A. Sự phá vỡ danh tính được đặc trưng bởi hai hoặc nhiều trạng thái tính cách khác biệt, có thể được mô tả trong một số nền văn hóa như một trải nghiệm chiếm hữu. Sự gián đoạn trong nhận dạng liên quan đến sự gián đoạn rõ rệt trong ý thức về bản thân và ý thức về quyền tự quyết, kèm theo những thay đổi liên quan về ảnh hưởng, hành vi, ý thức, trí nhớ, nhận thức, nhận thức và/hoặc hoạt động của giác quan-vận động. Những dấu hiệu này có thể được quan sát bởi người khác hoặc được báo cáo bởi cá nhân.

B. Khoảng trống kí ức lặp đi lặp lại trong các sự kiện hàng ngày, thông tin cá nhân quan trọng và/hoặc các sự kiện đau buồn không phù

hợp với việc quên thông thường.

C. Các triệu chứng gây ra đau khổ hoặc suy giảm nghiêm trọng về mặt lâm sàng trong các lĩnh vực hoạt động xã hội, nghề nghiệp hoặc quan trọng khác.

D. Sự xáo trộn không phải là một phần bình thường của một thực hành văn hóa hoặc tôn giáo được chấp nhận rộng rãi.

E. Lưu ý: Ở trẻ em, các triệu chứng không được giải thích tốt hơn khi bạn cùng chơi tưởng tượng hoặc các trò chơi tưởng tượng khác.

F. Các triệu chứng không liên quan đến tác dụng sinh lý của một chất (ví dụ: rượu) hoặc một tình trạng y tế khác (ví dụ: động kinh cục bộ phức tạp).

Tuy nhiên, trên thực tế một số chẩn đoán phân biệt cần được đặt ra một cách rộng rãi mà chúng tôi đã loại trừ:

1. Nhiễm độc - Nhiễm độc rượu hoặc benzodiazepin có thể dẫn đến chứng mất trí nhớ.¹⁶ Cần sa, chất gây ảo giác, ketamine và MDMA đã được phát hiện là có thể gây ra giải thể nhân cách.¹⁷ Ở NB này chúng tôi đã khai thác kĩ và xác nhận không sử dụng chất.

2. Các tình trạng bệnh lý cơ thể - Chứng hay quên có thể do các tình trạng bệnh lý về trí nhớ khác nhau và cơn động kinh gây ra, nhưng không tìm thấy ở NB.

3. PTSD: PTSD và DID thường xuyên cùng xảy ra và có chung tiền sử lạm dụng thể chất và tình dục thời thơ ấu trong nhiều trường hợp. Một kiểu phụ phân ly của PTSD cũng có các triệu chứng nổi bật của chứng hay quên và phản ứng phân ly với DID.¹⁸ PTSD được phân biệt bởi sự hiện diện cảnh hồi tưởng, sự né tránh và phản ứng cảm xúc, trong khi DID đòi hỏi sự hiện diện của chứng hay quên và trạng thái đa nhân cách.

4. Rối loạn nhân cách ranh giới: thường đồng mắc với DID và có chung tiền sử sang chấn thời thơ ấu. Đặc điểm rối loạn nhân dạng

của nhân cách ranh giới không liên quan đến sự phân mảnh nghiêm trọng của nhận dạng đi kèm với khoảng trống kí ức như trong DID.

5. TTPL - Những ảo thanh trong DID có tính hiện thân hóa cao (liên quan đến một trạng thái nhận dạng cụ thể và thường được biểu hiện dưới dạng giọng nói bên trong chứ không phải bên ngoài đầu). NB mắc DID thường cho biết đã nghe thấy giọng nói bắt đầu từ thời thơ ấu diễn biến thường dao động theo thời gian. Ngược lại, NB TTPL thường trải qua ảo thanh với các triệu chứng loạn thần khác, rối loạn về mặt tư duy và suy giảm chức năng lan tỏa bắt đầu từ cuối tuổi thiếu niên đến đầu những năm 20 tuổi. Ở một số NB có biểu hiện ảo thanh, khó phân biệt được giữa DID và TTPL. Tuy nhiên, sự xuất hiện tiếng nói của Vali trong đầu NB, mang tính chất chi phối NB, chúng tôi vẫn đặt ra chẩn đoán phân biệt với TTPL thể paranoid. Do vậy cần có một khoảng thời gian dài theo dõi các triệu chứng về mặt tư duy, cảm xúc, hành vi, các triệu chứng âm tính trước khi chẩn đoán xác định.

6. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực - Những thay đổi về cảm xúc do chuyển đổi trạng thái nhân cách trong DID có thể biểu hiện như trầm cảm và hưng cảm đan xen. Chẩn đoán thiên về DID nếu những trạng thái tâm trạng này không kéo dài hơn vài giờ, bắt đầu và kết thúc đột ngột, có thể liên quan với các kích thích từ môi trường. Ở bệnh nhân này sự biến đổi nhân cách không có sự dao động lớn về mặt cảm xúc nên chẩn đoán rối loạn cảm xúc lưỡng cực không đặt ra.

7. Rối loạn giả bệnh và giả tạo - Rối loạn giả bệnh đối xử được chẩn đoán khi NB cố tình giả vờ các triệu chứng y tế hoặc tâm thần với mục đích nhận vai trò bệnh tật (ví dụ: nhận sự chăm sóc hoặc thông cảm). Malingering nhằm mục đích đạt được một số lợi lộc thứ phát, chẳng hạn như thu nhập từ người khuyết tật hoặc trốn tránh trách nhiệm công việc hoặc pháp lý.

Điều trị

Theo y văn, điều trị cho NB Rối loạn nhân dạng phân ly chia làm 3 giai đoạn¹⁹:

1. Thiết lập an toàn, ổn định và giảm triệu chứng.
2. Đối mặt, vượt qua và hòa nhập những kí ức đau thương.
3. Tích hợp và phục hồi nhân dạng.

Với người bệnh này, chúng tôi áp dụng liệu pháp tâm lý cá nhân bao gồm liệu pháp nhận thức hành vi, liệu pháp phân tâm để giải quyết những vấn đề về đau khổ tâm lý gây ra bởi nhân cách thứ 2, cung cấp cho NB hiểu biết về tình trạng của mình và trang bị kĩ năng đối phó; tìm kiếm, khuyến khích chia sẻ những sang chấn tâm lý; tìm kiếm ý nghĩa trong những trải nghiệm hồi tưởng và ký ức. Tuy vấn đề sang chấn tâm lý của người bệnh không thực sự rõ ràng, nhưng NB đáp ứng tốt, giảm các triệu chứng lo lắng, đau khổ, nhận thức được những khó khăn và thiết lập những kĩ năng, kế hoạch đối phó. Chúng tôi cũng tìm hiểu kĩ hơn về các đặc điểm của nhân cách thứ 2, giải quyết những xung đột mâu thuẫn giữa 2 nhân cách. Tuy nhiên, nhân cách này chưa hợp tác nhiều và còn né tránh gặp gỡ bác sĩ.

Với chẩn đoán phân biệt TTPL thể paranoid, chúng tôi tiến hành điều trị cho NB bằng Risperdal, các triệu chứng giống ảo thanh và giống hoang tưởng bị chi phối không thuyên giảm, tuy nhiên cũng không có tác dụng phụ.

Quá trình điều trị nội trú hoàn thành giai đoạn 1, các giai đoạn tiếp theo được điều trị ngoại trú và theo dõi dài hạn. Trong y văn thế giới đã ghi nhận nhiều ca bệnh hoàn thành mục tiêu tích hợp và phục hồi nhân dạng, bên cạnh đó cũng có những ca bệnh không thể tích hợp được hoàn toàn, hoặc tái phát xuất hiện sự phân mảnh nhân cách sau khi đã phục hồi. Các yếu tố để tiên lượng trên NB của chúng tôi cũng chưa đầy đủ và rõ ràng, vì vậy cần theo dõi tiếp

dài hạn để đưa ra kết luận chính xác hơn.

Tiên lượng

DID thường có một diễn biến dao động mạn tính, thuyên giảm hoặc nặng lên từng đợt.²⁰ Ở ca bệnh này, NB đáp ứng với điều trị, nhận thức tốt tình trạng của mình, các rối loạn cảm xúc thuyên giảm nhanh chóng, không có hành vi tự hủy hoại và hành vi tự sát. NB hòa hợp hơn với nhân cách thứ 2 và có những phương pháp đối phó hiệu quả, tránh mất kiểm soát cơ thể. Không có thêm cơn rối loạn vận động phân ly nào xảy ra. Vì vậy, tiên lượng gần của ca bệnh là tốt.

Tuy nhiên, gần đây NB báo cáo xuất hiện nghe thấy thêm một giọng nói khác Vali. Giọng nói này xuất hiện rất ít, nội dung chưa rõ ràng. Chúng tôi đặt ra giả thiết có thể có sự xuất hiện của nhân cách thứ 3, và đồng thời đặt câu hỏi liệu có sự đồng diễn TTPL. Một số NB có biểu hiện ảo thanh, khó có thể phân biệt được giữa DID và TTPL. Trường hợp này NB hiện tại có 2 nhân cách khác biệt, tuy nhiên khi NB đã được hỗ trợ chiến lược đối phó, tần xuất Vali xuất hiện ít hơn, không còn chi phối NB nữa thì một tiếng nói khác xuất hiện thêm ở trong đầu. Do vậy trường hợp này cần theo dõi dài hạn để có thể kết luận chính xác chẩn đoán liệu có đồng diễn với TTPL không hay chỉ đơn thuần là DID.

IV. KẾT LUẬN

Case lâm sàng trên đáp ứng đủ tiêu chuẩn của DID, tuy nhiên có một số triệu chứng giống triệu chứng dương tính của TTPL. Các chẩn đoán phân biệt liên quan dùng chất, bệnh lý cơ thể, rối loạn tâm thần khác được loại trừ. Tuy nhiên, từ ca bệnh trên chúng tôi rút ra một số kinh nghiệm:

- Các trường hợp DID trên lâm sàng rất hiếm gặp (nhất là tại Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng), do vậy nhiều bác sỹ tâm thần có thể không nghĩ tới chẩn đoán này, dễ quy

về các rối loạn khác, nhất là rối loạn về tư duy.

- Nhiều trường hợp DID gây đau khổ, phiền muộn nhiều cho NB, do vậy NB cần được theo dõi thường xuyên để phát hiện các rối loạn thứ phát (trầm cảm, lo âu...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Morton J. Autozoosis and dissociative identity disorder. *Behav Brain Sci.* 2018;41:e23. doi: 10.1017/S0140525X17001558.
2. Hartmann E, Benum K. Rorschach assessment of two distinctive personality states of a person with dissociative identity disorder. *J Pers Assess.* 2019;101(2):213-228. doi: 10.1080/00223891.2017.1391273.
3. Ashraf A, Krishnan R, Wudneh E, Acharya A, Tohid H. Dissociative identity disorder: A pathophysiological phenomenon. Published online 2016. doi: 10.4172/2157-7013.1000251.
4. Ross CA, Ferrell L, Schroeder E. Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *J Trauma Dissociation.* 2014;15(1):79-90. doi: 10.1080/15299732.2013.834861.
5. Gleaves DH, May MC, Cardeña E. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(4):577-608. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00073-2.
6. Pick S, Mellers JDC, Goldstein LH. Dissociation in patients with dissociative seizures: Relationships with trauma and seizure symptoms. *Psychol Med.* 2017;47(7):1215-1229. doi: 10.1017/S0033291716003093.
7. Şar V, Dorahy MJ, Krüger C. Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: A biopsychosocial perspective. *Psychol Res Behav Manag.* 2017;10:137-146. doi: 10.2147/PRBM.S113743.
8. Sar V, Onder C, Kilincaslan A, Zoroglu SS, Alyanak B. Dissociative identity

disorder among adolescents: Prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *J Trauma Dissociation*. 2014;15(4):402-419. doi: 10.1080/15299732.2013.864748.

9. 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;12(2):188-212. doi: 10.1080/15299732.2011.537248.

10. Ahsan MS, Mullick SI, Sobhan MA, et al. Subtypes of dissociative (conversion) disorder in two tertiary hospitals in Bangladesh. *Mymensingh Med J*. 2010;19(1):66-71.

11. Xiao Z, Yan H, Wang Z, et al. Trauma and dissociation in China. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1388-1391. doi: 10.1176/ajp.2006.163.8.1388.

12. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(12):E17-45. doi: 10.1002/da.20923.

13. Rehan MA, Kuppa A, Ahuja A, et al. A strange case of dissociative identity disorder: Are there any triggers?. *Cureus*. 10(7):e2957. doi: 10.7759/cureus.2957.

14. Tâm thần học trực tuyến. Thư viện DSM. DSM Library. Published February 27, 2022. Accessed February 27, 2022. <https://>

[dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890425596](https://www.dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890425596).

15. Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1986;47(6):285-293.

16. Welch KA. Neurological complications of alcohol and misuse of drugs. *Practical Neurology*. 2011;11(4):206-219. doi: 10.1136/practneurol-2011-000062.

17. Simeon D, Kozin DS, Segal K, Lerch B. Is depersonalization disorder initiated by illicit drug use any different? A survey of 394 adults. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(10):1358-1364. doi: 10.4088/JCP.08m04370.

18. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6):640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168.

19. Subramanyam AA, Somaiya M, Shankar S, et al. Psychological interventions for dissociative disorders. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(Suppl 2):S280-S289. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_777_19.

20. Kluft RP. Clinical presentations of multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1991;14(3):605-629.

Summary

DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER (MULTIPLE PERSONALITY): A CASE REPORT

Dissociative identity disorder is the most severe and uncommon in dissociative disorders, it is more commonly present in European countries or the US than in Asia. We reported a case of dissociative identity disorder admitted for treatment at the National Institute of Mental Health. The diagnosis is determined through the process of examination and follow-up, excluding factors related to substance

use, physical pathology and secondary benefits. We recommend that patient diagnosed for dissociative identity disorder should be closely monitored for treatment and management for mental stabilization.

Keywords: multiple personality, dissociative, dissociative identity disorder.