

Hjärnan växlar aktivitetsmönster vid dissociativ personlighetsstörning

■ Dissociativ personlighetsstörning, tidigare kallad multipel personlighetsstörning, är ett tillstånd som kännetecknas av att den drabbade individen uppvisar två eller flera olika personligheter. Denna form av personlighetsklyvning utvecklas ofta hos personer som råkat ut för olika former av trauma eller misshandel som barn. Den gällande teorin är att utvecklingen av alternativa personligheter är ett slags försvarsmekanism som hjälper de drabbade att hantera sitt traumatiska förflutna genom att blockera de negativa minnena.

Tillståndet har dock ifrågasatts. Skeptiker menar att det inte är en verklig sjukdom utan snarare en form av rollspelande eller låtsat agerande. Till stöd för dem som hävdar att dissociativ personlighetsstörning är ett äkta sjukdomstillstånd med en bakomliggande neurobiologisk förklaring publicerades nyligen en studie i den amerikanska tidskriften *Neuroimage* [1].

I studien undersöktes 11 kvinnor med diagnostiserad dissociativ personlighetsstörning med positronemissionstomografi. Försökspersonerna fick hjälp av sin terapeut att växla mellan sina två personligheter – det traumatiska tillståndet och det neutrala. Försökspersonerna fick i vart och ett av personlighetstillstånden lyssna på två olika ljudinspelningar av samtal som de tidigare haft med sin terapeut. I det ena beskrev de en traumarelaterad upplevelse och i det andra en neutral, icke-traumatisk upplevelse. Under försöken mättes hjärnans blodflöde (vilket är ett mått på den neuronala aktiviteten) med hjälp av en PET-skanner.

Resultaten visar att patienterna reagerade olika på ljudinspelningarna beroende på vilket av personlighetstillstånden de befann sig i. I det traumatiska tillståndet tolkade personerna såväl de traumatiska som de icke-traumatiska berättelserna som självbiografiska. I det neutrala tillståndet, däremot, kunde patienterna relatera till de neutrala upplevelsorna, men inte till de traumatiska, som självupplevda.

Skillnaden mellan dessa två typer av minnesprocesser, självrefererande respektive icke-självrefererande, var förenad med olikheter i patienternas hjärnaktivitet. Till exempel var delar av associationskortex, vilka är involverade vid integrering av visuell och somatosensorisk information, aktiverade under traumarelaterade berättelser i det traumatiska personlighetstillståndet, men inte i det neutrala. Detta tyder på att patienterna, när de befinner sig i sitt neutrala tillstånd, blockerar den traumatiska infor-

mationen, vilket förhindrar vidare emotionell process.

Ett annat område där man kunde se skillnader beroende på patienternas personlighetstillstånd är den mediala delen av prefrontalkortex (MPFC). Detta område har tidigare visats vara förenat med medvetenhet och självkänedom [2, 3]. Medan regioner i och omkring MPFC aktiverades när patienterna konfronterades med en traumarelaterad inspelning i det traumatiska personlighetstillståndet, var aktiviteten mycket lägre vid samma exponering i det neutrala personlighetstillståndet.

Enligt studien är det sätt på vilket en person med dissociativ personlighetsstörning upplever en självbiografisk historia avhängigt av i vilket personlighetstillstånd denna befinner sig. Genom denna mekanism tros patienterna förtränga plågsamma minnen, vilket hjälper dem att fungera i dagliga livet [4]. Med hjälp av moderna avbildningstekniker har författarna visat hur särskilda delar av hjärnan blockeras i det neutrala tillståndet för att individen ska slippa se sambandet mellan självbiografiska, traumarelaterade berättelser och det egna jaget. Växlar samma person däremot över till sitt traumatiska jag aktiveras kretsar i hjärnan, vilket gör att patienten genast upplever historien som självbiografisk, vilket ju också är fallet.

Studien är ett viktigt steg i riktning mot en ökad förståelse av de mekanismer som ligger till grund för utveckling av multipla personligheter. Upptäckterna kan även komma att bli till hjälp vid utveckling av nya behandlingsmetoder för patienter med dissociativ personlighetsstörning.

Ulrika Kahl

ulrika.kahl@meh.ki.se

1. Reinders AA, et al. One brain, two selves. *Neuroimage* 2003;20(4):2119-25.

2. Gusnard DA, et al. Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: relation to a default mode of brain function. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2001;98(7):4259-64.

3. Kelley WM, et al. Finding the self? An event-related fMRI study. *J Cogn Neurosci* 2002;14(5):785-94.

4. Nijenhuis ERS, et al. The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In: D'haenen HAH, Den Boer JA, Willner P, editors. *Biological psychiatry. Vol 2. West Sussex: Wiley; 2002. p. 1079-98.*

Kirurgerfarenhet viktig för operationsresultatet

■ Ett stort antal studier har för de flesta kirurgiska ingrepp påvisat ett samband mellan hög sjukhusvolym och låg postoperativ mortalitet – och vice versa. Vi vet emellertid inte mycket om vilka mekanismerna är som styr detta samband.

I en stor administrativ databas, Medicare claims, undersökte Birkmeyer och medarbetare nästan 475 000 patienter som genomgått åtta olika hjärt- eller canceroperationer. Målet var att värdera betydelsen av den enskilde kirurgens erfarenhet för det iakttaga sambandet mellan sjukhusvolym och resultat.

Kirurgvolymens inflytande på sjukhusmortaliteten var statistiskt signifikant vid alla åtta operationstyperna, dvs ju fler operationer kirurgen gjort, desto lägre mortalitet. När man korregerade för kirurgvolymen förblev sjukhusvolymen en signifikant prediktor för lägre mortalitet hos endast fyra av operationerna. Man kunde kalkylera att kirurgvolymen svarade för en betydande del av skillnaden mellan hög- och lågvolumsjukhus. Genomsnittskraften varierade dock med typen av ingrepp. Detta ter sig inte särskilt överraskande eftersom vissa operationer, t ex karotisendarterektomi bygger på mycket specifik kirurgisk teknik, där riskerna att drabbas av svåra komplikationer är som störst under själva ingreppet, medan andra operationer, t ex cystektomi och lungresektion, kräver mer eller mindre omfattande interdisciplinära kringresurser både pre- och postoperativt. Man fann vidare skillnader mellan hög- och lågvolumkirurger också inom högvolumsjukhusen.

Det finns några tidigare undersökningar som visat att den enskilde kirurgens erfarenhet har samband med risken för postoperativ mortalitet. Dessa har emellertid baserats på förhållandevis få patienter. Birkmeyers och medarbetares studie har däremot ett mycket stort patientmaterial och har adekvat design och statistik. Det ger betydande tyngd åt dess konklusion att patienter kan öka sin chans att överleva en operation genom att »välja« en högvolumkirurg – också på ett högvolumsjukhus! Detta är något att beakta när/om den nyligen presenterade nationella handlingsplanen för högspecialiserad vård skall genomföras i vårt land.

Ingemar Ihse

Ingemar.Ihse@kir.lu.se

Birkmeyer JD, et al. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med* 2003;349(22):2117-27.