

FILOZOFSKI FAKULTET  
UNIVERZITETA U SARAJEVU  
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

**POSTOJI LI ZAISTA DISOCIJATIVNI POREMEĆAJ  
IDENTITETA?**

Završni magistarski rad

**Kandidatkinja:**  
Sladana Kovačević

**Mentorica:**  
prof. dr. Sabina Alispahić

Sarajevo, 2020. godine

## SADRŽAJ

<b>1. UVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2. DIJAGNOSTIČKA OBILJEŽJA I RIZIČNI FAKTORI ZA POJAVU DISOCIJATIVNOG POREMEĆAJA IDENTITETA .....</b>	<b>5</b>
<b>3. UČESTALOST SUICIDA I SAMOPOVREĐIVANJA KOD OSOBA SA DISOCIJATIVNIM POREMEĆAJEM IDENTITETA .....</b>	<b>13</b>
<b>4. POSTOJI LI ZAISTA DISOCIJATIVNI POREMEĆAJ IDENTITETA? ...</b>	<b>16</b>
4.1. Formiranje alter ličnosti .....	17
4.2. Disocijativni poremećaj identiteta – fascinacija i kontroverza .....	19
4.3. Oprečna stajališta dijagnosticiranja poremećaja .....	23
<b>5. PREVENTIVNI PRISTUPI I TRETMANI DISOCIJATIVNOG POREMEĆAJA IDENTITETA ZASNOVANI NA DOKAZIMA.....</b>	<b>26</b>
<b>6. ZAKLJUČCI.....</b>	<b>31</b>
<b>LITERATURA.....</b>	<b>33</b>

## POSTOJI LI ZAISTA DISOCIJATIVNI POREMEĆAJ IDENTITETA?

Sladana Kovačević

### Sažetak

Disocijativni poremećaj identiteta (DPI) jedan je od najizazovnijih mentalnih poremećaja, kako za dijagnozu tako i za liječenje. Kroz povijest je bio predmetom mnogih kontroverzi. Možda je jedan od razloga to što su mnoga bizarna i bolna iskustva koja su uzrokovala poremećaj duboko skrivena od svjesnosti. Ukoliko bi se utvrdio uzročnik kroz praćenje etiologije disocijativnih poremećaja sve do ranih godina i neorganizirane privrženosti, to bi moglo imati važne posljedice za buduća istraživanja, prevenciju i terapiju. Ako se na disocijaciju gleda kao na adaptaciju koja omogućava djetetu da preživi psihološki nepodnošljive i fizički neizbježne životne situacije, paradoksalno pojedinci koji razviju ovaj način "prilagodbe" razvijajući disocijativni poremećaj identiteta, pate od izuzetno povišenog rizika od samopovređivanja i pokušaja suicida. Terapija za disocijativni poremećaj identiteta može biti naporna i dugotrajna, međutim, to je jedno što može "probuditi" pacijente iz njihove iluzorne stvarnosti. Postoji niz pogrešnih koncepcija i mitova o disocijativnom poremećaju identiteta, što kompromitira brigu o pacijentima jer kliničari koji prisutne mitove prihvaćaju, malo je vjerojatno da će pomno procijeniti disocijaciju. Unatoč svim predstavljenim kritikama, nema razloga za ne povjerovati u postojanje simptoma i disocijativni poremećaj identiteta, uzimajući u obzir mnogobrojne objavljene studije slučaja. Ostaje još puno toga za istražiti prije nego što možemo reći da u potpunosti razumijemo disocijaciju i srodne poremećaje, međutim postavljanje točne dijagnoze je ključno za odgovarajuće planiranje liječenja.

**Ključne riječi:** disocijativni poremećaj identiteta, dijagnostička obilježja, etiologija, psihoterapija, suicid

„Činjenica ili fantastika – na kraju ih ne možete razlikovati – jednostavno morate odabrati“ (*Graham Greene, Monsignor Quixote*)

## 1. UVOD

Disocijativni poremećaj identiteta (u nastavku, DPI) jedan je od najizazovnijih mentalnih poremećaja, kako za dijagnozu tako i za liječenje. Kroz povijest je bio predmetom mnogih kontroverzi. Prema ranijoj klasifikaciji (DSM – IV) ovaj je poremećaj bio svrstavan u kategoriju pod nazivom Shizofrenija i drugi psihotični poremećaji (Američka psihijatrijska udruga, 1996), koja je uključivala poremećaje koji se očituju smetnjama mišljenja i pogrešnim interpretacijama realnosti, često sa sumanutostima i halucinacijama (Kaplan i Sadock, 1997). Disocijacija je nedostatak normalne integracije misli, osjećaja i iskustava u tok svijesti i sjećanja (Bernstein i Putnam, 1986), a West je disocijaciju definirao kao: „stanje iskustava ili ponašanja u kojem disocijacija proizvodi vidljivu promjenu u čovjekovim mislima, osjećajima ili postupcima, tako da tijekom određenog vremena određene informacije nisu povezane ili integrirane s drugim informacijama kao što bi to uobičajeno ili logično bilo“ (West, 1967, str. 890).

Kroz intenzivno i dugotrajno izlaganje traumi u najranjivijem dječjem periodu, ljudska psiha ima mogućnost koristiti „obrambeni mehanizam“ kako bi se zaštitila od negativnih utjecaja – isključiti svijest od stvarnosti i formirati novu ličnost nesvjesnu stvarnog dešavanja. Taj mehanizam se i u kasnijim životnim periodima može aktivirati bez mogućnosti svjesne kontrole nad njim i u okolnostima koje nisu povezane s traumom ili prevladavajućim situacijama. U biti, aspekti psihobiološkog funkcioniranja koji bi trebali biti povezani i/ili koordinirani nisu. U tim fazama se može dijagnosticirati DPI koji ima karakteristike prekida normalnog funkcioniranja, te poremećaj u subjektivnoj integraciji jednog ili više aspekata psihološkog funkcioniranja – ali ne ograničavajući se na pamćenje, identitet, svijest, percepciju i motoričku kontrolu.

Putnam (1997) je ispitivao različite varijable koje bi mogle utjecati na pojavu DPI kao što su godine, spol, kultura i nasljedni genetski faktori, te inteligencija i obrazovanje. Nakon dugotrajnog istraživanja navedenih faktora i njihove djelotvornosti na formiranje poremećaja, nije utvrdio značajan utjecaj pojedinačnih faktora na pojavu disocijacije. Međutim, uspio je dokazati da su okolinski faktori oni koji su najkonzistentnije povezani sa DPI. Pri tome je neorganiziran stil privrženosti i odsustvo

socijalne i porodične podrške, u kombinaciji sa prisutnosti nasilja najbolji prediktor DPI (Lyons-Ruth i sur., 2006).

Različita etiološka uloga ranih trauma u različitim mentalnim poremećajima obično se vide kao posljedica složene interakcije faktora temperamenta, strategije suočavanja (na primjer disocijacija kao obrana od bolnih emocija) i intenziteta traumatičnih iskustava. Uočeno je da neorganiziran stil privrženosti može predisponirati disocijativnu reakciju pojačavajući učinke traumatičnih iskustava. Rezultati istraživanja Pasquini, Liotti i sur. (2002) pokazali su da se rizik od razvoja DPI povećao sedam puta ukoliko je dijete bilo izloženo traumi. Kasnija dijagnoza DPI bila je dvostruko vjerojatnija ukoliko je djetetova majka doživjela traumu u toku perioda od dvije godine od rođenja djeteta.

U skladu sa svim prethodno navedenim nalazima, da se zaključiti da isključivo zlostavljanje nije jedini prediktivni faktor za nastanak DPI. Međutim, ukoliko bi se utvrdila povezanost kroz mogućnost praćenja etiologije DPI sve do ranih godina i neorganizirane privrženosti, to bi moglo imati važne posljedice za buduća istraživanja, prevenciju i terapiju. Disocijacija bi mogla postati glavna tema za daljnji razvoj i istraživanje socijalno-kognitivnih razvojnih procesa kod dojenčadi. U okviru toga, kao osnovni izvor prevencije nastanka DPI može biti prilagođeni program savjetovanja roditelja koji prolaze kroz ozbiljne gubitke ili neriješene traume dok su odgovorni za svoju maloljetnu djecu (Liotti, 1992).

Zabilježene su visoke stope samoozljeđivanja kod pacijenata s DPI. Pokazano je češće samoozljeđujuće, tj. samouništavajuće ponašanje u grupi pacijenata koji imaju DPI u usporedbi s pacijentima koji imaju samo neke disocijativne simptome. Ti se pacijenti češće uključuju u samouništavajuća ponašanja, koriste više metoda samopovređivanja i počinju se ozljeđivati u ranijoj dobi od pacijenata sa manje simptoma. Kod pacijenata sa DPI, stupanj težine poremećaja je značajno povezan sa stepenom samoozljeđivanja. Ovi rezultati imaju važne implikacije za razumijevanje odnosa između disocijacije, traume u djetinjstvu, i samopovređivanja te za procjenu i liječenje pacijenata s DPI (Saxe, Chawla i Kolk, 2002). Pacijenti sa DPI često izvještavaju da se ne sjećaju da su se samopovređivali (Coons i Milstein, 1990).

Kod liječenja DPI terapeutu se stavlja kao zadatak preoblikovanje pojavljivanja disocijativnog iskustva kako bi pacijentu pružio koristan način za razrješavanje neizdrživih sukoba i bolje integrirano funkcioniranje kad god je to moguće. U cilju postupne, ali krajnje potpune integracije, terapeut se postavlja i doživljava klijentove alternativne identitete kao da su odvojeni. Ipak, temeljno načelo psihoterapije DPI jest povećan stupanj komunikacije i koordinacije među identitetima. Većina ljudi koji imaju ovaj poremećaj navodi da imaju osjećaj da svaki identitet ima „vlastitu“ perspektivu glavne ličnosti i osjećaj „vlastitog“ jastva, kao i perspektivu drugih dijelova identiteta kao različitih od toga.

Identitet koji kontrolira obično govori u prvom licu i može odbijati druge dijelove ili ih biti potpuno svjestan. Promjene identiteta nastaju kao odgovor na promjene u emocionalnom stanju ili na zahtjeve okoliša, što rezultira novim identitetom koji preuzima kontrolu i ima svoju ulogu, iskustva, emocije, sjećanja i uvjerenja. Krajnja srž terapijskog procesa je pomaganje svim identitetima da budu svjesni jednih drugih kao legitimni dijelovi baznog identiteta i rad na rješavanju njihovih internih sukoba. Kontraproduktivno je tretirati bilo koji alternativni identitet kao da je „stvarniji“ ili važniji od bilo kojeg drugog. Terapeut također ne bi trebao imati „favorite“ među alternativnim identitetima niti isključiti one koji mu se ne sviđaju ili koji ometaju njegov rad iz terapije (mada su takvi koraci potrebni u nekim fazama liječenja nekih pacijenata kako bi se osigurala sigurnost i stabilnost pacijenta ili sigurnost drugih). Terapeut bi trebao poticati ideju da svi alternativni identiteti predstavljaju prilagodljive pokušaje suočavanja ili ovladavanja problema s kojima se pacijent suočio i upravo je iz tog razloga kontraterapeutski reći klijentima da ignoriraju ili se "oslobode" nekog od identiteta (iako je prihvatljivo obučiti klijenta strategijama kojim će se uspjeti oduprijeti utjecaju destruktivnog identiteta ili pomoći kako kontrolirati „izlaženje“ nekog od identiteta u neprikladnim okolnostima) (Međunarodno društvo za proučavanje traume i disocijacije, 2011).

DPI, iako se sve više dijagnosticira, ostaje kontroverzna dijagnoza. Možda je jedan od razloga to što su mnoga bizarna i bolna iskustva koja su uzrokovala poremećaj duboko skrivena od svjesnosti. Simptomi su, umjesto znakova, prevladavajuća obilježja ovog poremećaja i uključuju glavobolju, mijenjanje ličnosti, slušne halucinacije i

nametljiva sjećanja koja možda nemaju jasne ponašajne manifestacije i stoga ih je teško empirijski izmjeriti. Unatoč kontroverzi, poremećaj se sve više dijagnosticira iz različitih razloga: bolje informirana javnost koja izražava svoje zdravstvene potrebe; povećano samoizvještavanje uznemirujućih simptoma, zlostavljanja i traume u djetinjstvu; društveni svijet koji se mijenja, koji je sada spreman priznati da zlostavljanje djece ima ozbiljne dugoročne posljedice; promjena paradigme u terapiji koja sada vrednuje subjektivno iskustvo pacijenata kao i fokusirane tehnike za pomoć u izlječenju (McAllister, 2000). U ovom radu ću predstaviti i dosadašnja istraživanja vezana za samo postojanje ovog poremećaja. Kontroverza koja okružuje ovaj poremećaj ima argumente s jedne strane koja smatra da je poremećaj stvaran, kao i rezultate istraživanja koja to opovrgavaju.

Cilj ovog rada je opisati čimbenike koji se odnose na dijagnozu, rizične faktore, kao i objasniti učestalost suicida i samopovređivanja kao potencijalne posljedice DPI. Poseban ćemo fokus staviti na kontroverzno pitanje postoji li zaista DPI, te koji su preventivni pristupi i pristupi u tretmanu DPI.

U ovom ćemo radu pokušati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Koja su dijagnostička obilježja i rizični faktori za pojavu disocijativnog poremećaja identiteta?
2. Kolika je učestalost suicida i samopovređivanja kod osoba sa disocijativnim poremećajem identiteta?
3. Postoji li zaista disocijativni poremećaj identiteta?
4. Koji su preventivni pristupi i tretmani disocijativnog poremećaja identiteta zasnovani na dokazima?

## 2. DIJAGNOSTIČKA OBILJEŽJA I RIZIČNI FAKTORI ZA POJAVU DISOCIJATIVNOG POREMEĆAJA IDENTITETA

### *Dijagnostička obilježja*

Disocijacija je neuhvatljiv koncept i zbunjujući fenomen u čitavom spektru psihijatrijskih poremećaja (Sar i Ross, 2006). Multipli poremećaj identiteta (u nastavku, MPI) je ekstremna, složena, kronična i posttraumatska disocijativna psihopatologija karakterizirana poremećajem pamćenja i identiteta (Nemiah, 1980). Pojam “multipli poremećaj identiteta” je zamijenjen u “disocijativni poremećaj identiteta” u DSM 5, a ovo je ujedno i oznaka koja se koristi u ICD-10. DPI je skromno predstavljen u ICD-10 i nalazi se među 'drugim' disocijativnim poremećajima, dok je u DSM 5 detaljnije razrađen (Dorahy i Brandisur, 2014).

DPI, prema DSM 5, jedan je od poremećaja koji spadaju u kategoriju disocijativnih poremećaja. Dijagnostička obilježja DPI prema DSM 5 uključuju:

- A. Prekid identiteta koji je karakteriziran sa dva ili više posebnih stanja ličnosti, koja u nekim kulturama mogu biti opisana kao iskustvo obuzetosti. Ovaj prekid identiteta uključuje značajan diskontinuitet doživljaja selfa i doživljaja kontrole, uz popratnu promjenu afekta, ponašanja, svjesnosti, sjećanja, percepcije, kognicije i/ili senzomotornog funkcioniranja te navedeni znakovi i simptomi mogu biti opservirani od drugih ili ih sama osoba iznosi.

Pri tome posebno treba obratiti pažnju jer se DPI može manifestirati kroz mijenjanje ličnosti (u nastavku, altera), koji se po funkcionalnoj strukturi mogu značajno razlikovati jedan od drugog, dok njihove vidljive manifestacije mogu biti teško primjetne (Kluft, 1985).

- B. Ponavljajuće rupe u prisjećanju svakodnevnih događaja, važne osobne informacije i/ili traumatskih događaja veće od onoga što se može objasniti uobičajenom svakodnevnom zaboravljivošću.



Uz „domaćina“ (osobnost koja je najčešće u očitoj izvršnoj kontroli nad određenim vremenskim razdobljem), prisutni su i alteri koji mogu oponašati domaćina a pri tome imati i drugačiji vlastiti identitet i stavove. Ponekad skupina altera pruža podršku „domaćinu“, u vidu povremenog preuzimanja kontrole oslobađajući tako primarnu ličnost od pritiska. Nad tim ponašanjima „domaćin“ može imati donekle kontrolu, ali i ne „biti“ prisutan pri izvršavanju tih ponašanja (Kluft, 2005).

C. Ovi simptomi dovode do klinički značajne patnje ili oštećenja u socijalnom, radnom ili drugim važnim područjima funkcioniranja.

Kada se dešava izmjena altera, pacijent može biti toliko poremećen da, unatoč nepromijenjenoj reprezentaciji, može imati poteškoća u dovršavanju misli ili rečenice bez gubitka smisla i organiziranju misli što može dovesti do mijenjanja teme ili smjera razgovora.

Tipične manifestacije procesa disocijativne izmjene mogu biti:

1. Kratki amnestični trenuci, prividna amnezija ili zaboravnost na teme o kojima se raspravlja
2. Skretanje s teme razgovora s čestom zbunjenosti i iznenađenjem onim što izlazi iz njegovih usta
3. Prolazna tjeskoba
4. Primjetna, ali teška za karakterizaciju promjena u manifestacija altera
5. Promjene u stavu i osjećajima prema pitanjima o kojima se raspravlja
6. Treperenje očnih kapaka ili kotrljanje očiju (što sugerira autohipnotički proces)
7. Očigledno ometanje zbog unutarnjih podražaja i usmjeravanje pažnje na njih.
8. Pojava koja sugerira da se karakteristični izgled jednog altera mijenja u drugi, ili koja daje dojam miješanja dva prisutna altera u jedan
9. Jedan aspekt izraza lica koji se razlikuje od ostalih, poput osmijeha dok ostatak lica izražava strah ili tugu, čime se uviđa utjecaj jednog odnosno drugog altera (Franklin, 1988).

D. Ova smetnja nije normalni dio široko prihvaćenih kulturnih ili religioznih obrazaca ponašanja.

Epidemiološka ispitivanja spiritualnih opsjednutosti su pokazala veliku sličnosti između disocijativnih i psihotičnih iskustava, premda nisu bila povezana s mentalnim poremećajima (Negro Jr, Palladino-Negro i Louzã, 2002). Druga studija koja je uspoređivala brazilske spiritualne medije s kanadskim i američkim pacijentima s DPI su otkrila da su spiritualni mediji imali bolju socijalnu prilagodbu, nižu prevalenciju mentalnih poremećaja i zlostavljanja u djetinjstvu (Moreira-Almeida, Neto i Cardeña, 2008). Međutim, DSM 5 ne priznaje interakciju između pojedinačnog iskustva spiritualnosti, koje može biti pozitivno, ali i negativno što je u suštini stres uzrokovan socijalnom stigmom ili neprihvatanjem stanja opsjednutosti; ne bavi se često dvosmislenom društveno-kulturnom dinamikom prihvaćanja ili odbijanja opsjednutosti; niti razmatra kako se iskustvo opsjednutosti može razviti kad je uokvireno unutar sustava vjerovanja (Rabelo, 2008)

E. Ovi simptomi se ne mogu pripisati fiziološkim učincima neke psihoaktivne tvari ili drugim zdravstvenim stanjem.

DPI je povezan s visokim stupnjem psihijatrijske komorbidnosti. Među najčešćim dijagnozama koje se nalaze kod pacijenata s DPI su uporaba i ovisnost o psihoaktivnim tvarima. Iz različitih razloga malo je dijaloga među disciplinama koje proučavaju pacijenata s traumom i onima koji proučavaju i liječe pacijente koji zlorabljavaju psihoaktivne supstance. Kliničari koji se bave primarnom populacijom koja zlorabljiva psihoaktivne supstance će vjerojatno naići na pacijente DPI, ali ih neće prepoznati (McDowell, Levin i Nunes, 1999).

Iako se disocijativni simptomi mogu očitovati u svakom području psihološkog funkcioniranja (na primjer zaboravljanje, maštanje), patološka disocijacija se doživljava kao nenamjeren poremećaj normalne integracije svjesnosti i kontrole nad mentalnim procesima. Na disocijativne simptome se međutim, ne može posmatrati samo kao na neuspjeh normalnog neurokognitivnog funkcioniranja, nego se percipiraju i kao razarajući - kao gubitak potrebnih informacija, kao prekid iskustva ili kao ponavljajuće, nesretno, nehotično upadanje u funkcioniranje „izvršne vlasti“ i „gubitak osjećaja za

sebe“ (Dell, 2010). Simptomi se nekontrolirano pojavljuju i ometaju čovjekov kontinuitet normalnog psihološkog funkcioniranja nametanjem i/ili brisanjem aspekata svjesnog iskustva, misli ili radnje (Kihlstrom, Barnhardt i Tataryn, 1992).

Prema Klufft (2005) prosječni se pacijent sa ustanovljenom dijagnozom DPI vodi u zdravstvenom sistemu pružanja zdravstvene zaštite oko 6,8 godina i budu mu ustanovljene više od tri druge dijagnoze, koje su u potpunosti različite ili komorbiditetne bolesti, prije nego što se ustanovi točna dijagnoza DPI. Ovaj podatak ukazuje na važnost opreza pri dijagnosticiranju bilo kojeg poremećaja, a pogotovo stanja kao što je ovaj poremećaj koji je dobro skriven i težak za razaznati (Putnam, Guroff i sur., 1986).

Prema tome, DPI je složen poremećaj, sa dosta dijagnostičkih odrednica. Može se točno razlikovati od ostalih poremećaja, posebno ako se koriste strukturirani dijagnostički intervjui pri procjeni promjene identiteta i amnezije. Ustanovljeno je da je etiološki povezan sa složenom kombinacijom razvojnih i kulturnih čimbenika, uključujući tešku traumu iz djetinjstva. Prevalencija DPI pogađa otprilike 1% opće populacije (Dorahy, Brand i sur., 2014), od 1% do 3% (Vermetten, Schmahl i sur., 2006) ili kako su studije iz Sjedinjenih Američkih Država, Kanade, Ujedinjenog Kraljevstva, Turske i Njemačke pokazale, 0.8–2.8% populacije (Spiegel, Loewenstein i sur., 2011).

### *Rizični faktori*

Postoje brojne varijable koje bi mogle utjecati na pojavu DPI, međutim smatra se da su okolinski faktori najkonzistentnije povezani s DPI. Pri tome je svakako odnos između traume i disocijacije složeniji nego što se pretpostavlja. Postoje i druge moguće etiologije disocijacije:

- Nesigurni stil privrženosti

Pokazana je značajna povezanost između nesigurne vezanosti sa roditeljima/odgajateljima i disocijacije kroz vrijeme, što sugerira da je nesigurna vezanost povezana s patološkom disocijacijom (Ogawa, Sroufe i sur., 1997).

- Emocionalno zanemarivanje

Simeon, Nelson i sur. (2003) su istražujući odnos između disocijacije i trauma u djetinjstvu pokazali da disocijacija nije bila značajno povezana s ukupnom traumom u djetinjstvu, već samo s emocionalnim zanemarivanjem.

- Napadi panike

U istraživanju provedenom na 53 vijetnamska veterana se pokazalo da su veterani s posttraumatskim stresnim poremećajem (u nastavku, PTSP) pokazivali više disocijativnih simptoma od veterana koji nisu imali PTSP (Bremner, Southwick i sur., 1992).

- Gubitak roditelja

Smrt majke ili drugi teški životni događaji unutar dvije godine od rođenja pacijenta i pacijentova traumatična iskustva tijekom djetinjstva rizični su čimbenici razvoja DPI. Pasquini, Liotti i sur. (2002) dodatno objašnjavaju time povećanu osjetljivost na traumatična iskustva i sklonost disocijaciji u odraslom životu.

Zbog očite povezanosti traumatičnih iskustava u djetinjstvu i razvoja poremećaja u životu odraslih, DPI i granični poremećaj ličnosti (u nastavku, GPL) smatraju se oblicima kroničnog PTSP (Ross, Heber i sur. 1989). Gotovo su uvijek povezani s teškom i trajnom dječjom traumom, a njegove glavne manifestacije su barem dva različita identiteta koji imaju neovisan način postojanja u svijetu.

Ross, Norton i Wozney (1989) su na 236 pacijenata pokazali da je MPI povezan s visokom stopom zlostavljanja u djetinjstvu, te sa čestim smrtnim ishodom. U usporedbi s pacijentima iz devetnaestog i ranog dvadesetog stoljeća, prosječni broj altera bio je veći sa osam do devet prisutnih altera. Ti su pacijenti doživjeli seksualno (79.2%) i fizičko (74.9%) zlostavljanje kao djeca. U zdravstvenom su sistemu bili prosječno zavedeni 6.7 godina prije dijagnoze s MPI i imali su u prosjeku 15.7 ličnosti. Najčešći alteri ličnosti bile su dječja ličnost (86.0 %), ličnost različite dobi (84.5 %), zaštitnička ličnost ili „osobna“ zaštita (84.0 %) i progoniteljska ličnost (84.0%). Oko 72% pacijenata pokazivalo je znakove suicidalnosti, a 2.1% je počinilo suicid. Pacijenti su također često dobivali dijagnoze za druge mentalne poremećaje, a najčešće prethodne

dijagnoze su bile afektivni poremećaji (63.7%), poremećaji ličnosti (57.4%), anksiozni poremećaji (44.3%) i shizofrenija (40.8%).

Coons, Bowman i Milstein (1988) su u svom istraživanju pokazali da su pacijenti kojim je ustanovljen MPI bile uglavnom žene sa dijagnosticiranom depresijom, pokušajima suicida, ponavljajućim epizodama amnezije i povijesti zlostavljanja, a posebno seksualnog zlostavljanja. Također su imale česte simptome glavobolje, histeričan način komunikacije i seksualnu disfunkciju, a intelektualno su varirale na kontinuumu od granične inteligencije do superiorne inteligencije.

Middleton i Butler (1998) su također radili istraživanje s vrlo traumatiziranom grupom pacijenata koji nisu poticale iz stabilne i podržavajuće obitelji, pri čemu ih je 87% prijavilo da su seksualno zlostavljani kao djeca. U velikoj većini slučajeva zlostavljanje su činili članovi uže obitelji i obično su uključivali jednog ili više roditelja. Seksualno zlostavljanje praćeno je fizičkim zlostavljanjem, zanemarivanjem, napuštanjem i nizom emocionalnih trauma, uključujući prijetnje smrću od primarnih zlostavljača (kod 61%). Otprilike jedna trećina grupe (31%) je prijavila da je bila izložena nekom obliku silovanja u jednom ili više navrata. Seksualno zlostavljanje obično je bilo neprekidno i povezano s drugim oblicima traume. Trideset dva posto pacijenata bilo je svjedok traumatičnoj smrti, a jedan je pacijent držan kao talac. Klinička su zapažanja pokazala da je možda najviše patogeni oblik zlostavljanja djece krajnje zapostavljanje, a to je opisalo 47% pacijenata. Kod 29% od 72 pacijenata s DPI (21 od 72 pacijenta) dobijena je potvrda značajnih prošlih trauma.

Dakle, u usporedbi sa istraživanjima koje su objavili, Coons, Bowman i sur. (1988) i Ross, Norton i sur. (1989), učestalost seksualnog, emocionalnog i fizičkog zlostavljanja u ovom istraživanju bila je nešto veća.

Kao što se može primijetiti kroz navedena istraživanja, u većini slučajeva se može utvrditi uvjerljivo traumatično podrijetlo amnezije. Čak je to slučaj iako je DPI po svojstvu karakteriziran postojanjem alternativnih ličnosti koje razdvajaju mentalne sadržaje, većina je pacijenata bila sposobna dati razumljiv obris svog života i mogli su razgraničiti epizode zbog kojih su imali relativnu ili potpunu amneziju.

S druge strane, povijest traume ponekad izostaje. Retrogradna amnezija je simptom koji se sastoji u gubitku sposobnosti prisjećanja na epizode i činjenice doživljene prije nastanka kritičnog presudnog događaja. Retrogradna amnezija obično je sastavni dio kliničke slike organske amnezije (na primjer Korsakoffov sindrom, herpes encefalitis, povreda glave, elektrokonvulzivni šok) i obično je praćena anterogradnom amnezijom, a to je nemogućnost učenja i prisjećanja novih informacija (Dalla Barba, Mantovan i sur., 1997). Međutim, Kapur (1993) ukazuje da je sve veći broj slučajeva koji pokazuju da retrogradna amnezija može nastati kao izolirani deficit pamćenja, odnosno bez ikakvog usporedivog oštećenja anterogradne memorije.

Pored toga su studije pokazale da je rani stres povezan s promjenama u strukturi hipokampusa, što igra kritičnu ulogu u učenju, pamćenju i regulaciji stresa. Učinak iskustva na rad neurona posebno je važan tijekom razvoja, jer pozitivno i štetno iskustvo u ranom životu (stres) mogu dugoročno utjecati na još uvijek „plastični“ živčani sustav. Konkretno, za procese učenja i pamćenja posredovanih hipokampusom, akutni stres može povećati sinaptičku učinkovitost i opću sposobnost učenja, a obrnuto, pokazalo se da kronični ili jaki stres mogu biti štetni (Meaney, Aitken i sur., 1988).

Istražujući ovo pitanje Vermetten, Schmahl i sur. (2006) su uspoređivali volumenske mjere hipokampusa i amigdale za dvije skupine pacijenata (15 pacijenata s DPI i 23 žene bez DPI ili bilo kojeg drugog psihijatrijskog poremećaja). Rezultati su pokazali da je volumen hipokampusa bio za 19.2% manji, a amigdalni volumen 31.6% manji kod pacijenata s DPI, u usporedbi sa zdravim ispitanicima. Dakle, nalazi su pokazali statistički značajno različit volumen hipokampusa i u amigdalni volumen između skupina. Ovi su nalazi u skladu s prethodnim studijama koje su pokazale da pacijenti s DPI, uglavnom univerzalno izvještavaju o visokim stopama izloženosti ponovljenim stresnim iskustvima u ranom životu (Lewis, Yeager i sur., 1997).

Obzirom da je hipokampus glavni ciljni organ glukokortikoida koji se oslobađaju tijekom stresnih iskustava, pretpostavlja se da produljena izloženost glukokortikoidima može dovesti do progresivne atrofije hipokampusa (Sapolsky, Uno i sur., 1990). Manji volumen hipokampusa kod pacijenata s DPI može se stoga povezati s izloženošću stresu i mogao bi predstavljati neurobiološki nalaz koji DPI dijeli s drugim stresnim psihijatrijskim poremećajima poput PTSP. Točan mehanizam koji bi mogao dovesti do

manjeg amigdalnog volumena kod pacijenata s DPI međutim nije jasan (Vermetten, Schmahl i sur. 2006).

Dakle, obzirom da su kliničke su studije Armstrong i Loewenstein (1990) otkrile komorbiditet i prisutnost PTSP dijagnoze kod 80% - 100% pacijenata s DPI, a Putnam, Guroff i sur. (1986) povijest zlostavljanja u djetinjstvu kod 97% pacijenata s MPI, da se zaključiti da je trauma u djetinjstvu glavni uzročnik ovog poremećaja.

### **3. UČESTALOST SUICIDA I SAMOPOVREĐIVANJA KOD OSOBA SA DISOCIJATIVNIM POREMEĆAJEM IDENTITETA**

Na disocijaciju se može gledati kao ona adaptaciju koja omogućava djetetu da preživi psihološki nepodnošljive i fizički neizbježne životne situacije. Međutim, paradoksalno Foote, Smolin i sur. (2008) kroz svoje istraživanje pokazuju i drugu stranu u kojoj pojedinci koji razvijaju ovaj način "prilagodbe" razvijajući DPI, pate od izuzetno povišenog rizika samopovređivanja i pokušaja suicida.

Obzirom da DPI po svojoj prirodi uključuje poteškoće u regulaciji raspoloženja, što se odražava na tešku afektivnu disregulaciju, probleme u regulaciji stabilnosti svijesti ali i generalno poteškoće s osjećajem za sebe i tijelo, može se pretpostaviti da je time rizik za samopovređujuća i suicidalna ponašanja veći. Osim toga, Loewenstein (2005) je pokazao značajnu sklonost samouništavajućem ponašanju koje osim pokušaja suicida, uključuje zlouporabu supstanci, samopovređivanje i druga rizična ponašanja.

DPI je često povezan sa suicidalnim ponašanjima (Calati, Benassi i Courtet, 2017), a može se javiti i u ustanovama za psihijatrijsko liječenje. Iako je stopa dovršenog suicida relativno niska, kako su pokazali Öztürk i Sar (2008), između 1,0% i 2,1%, svakako ostaje prisutan rizik od suicida kroz dugotrajno razdoblje dok stabilizacija ne bude postignuta učinkovitim liječenjem. Prema tome, pacijenti s DPI čine glavnu skupinu u hitnim psihijatrijskim odjeljenjima zbog povremenih kriznih epizoda. U njihovom istraživanju je većina (80,0%) pacijenata sa suicidalnom idejom prijavila barem jedan prethodni pokušaj suicida. Ipak, suicidalna se ideja može nastaviti i izvan prolaznih kriznih situacija, pa je stoga potrebna pažljiva procjena suicida i tijekom dugoročnog praćenja (Sansone, 2004). Također je prisutan i problem kod disocijativnih pacijenata koji imaju kroničnu suicidalnu ideju koja je izuzetno otporna na standardne mjere psihijatrijskog liječenja. Dakle, za većinu pacijenata ovi nalazi nisu relevantni samo za disocijativno stanje, već predstavljaju dugotrajnu sklonost pokušajima suicida. Middleton i Butler (1998) su objasnili da su pacijenti koji su kao djeca bili napušteni, udomljeni, smješteni u ustanove ili zatvarani u sobe ili ormare činili najozbiljnije pokušaje suicida, najviše se povrijedili u pokušajima i najteže se mogli angažirati u terapijskom procesu.



S druge strane, većina pacijenata s poremećajem ima agresivna, zaštitnička stanja ličnosti (Ross, 1997). Međutim, relativno mali broj nasilnih zločina odražava, barem djelomično, činjenicu da se većina priznatih slučajeva DPI događa kod žena, a žene kao skupina daleko su manje nasilne od muškaraca. Dok su Loewenstein i Putnam (1990) izvijestili da su slični postoci muškaraca i žena među ispitanicima s višestrukim poremećajem ličnosti imali „sucidalne altere“ (35% prema 32%), 19% muškaraca i samo 7% žena koji su se prijavili su zapravo i počinili suicid.

Dodatno treba uzeti u obzir i mogućnost prisutnog komorbiditeta, što je prisustvo višestrukih psihijatrijskih dijagnoza, čime je dodatno povećan i rizik od suicida. Većina žrtava koje su počinile suicid su patile od komorbidnih mentalnih poremećaja i zbog toga je važno uzeti u obzir ozbiljnost komorbiditetnih stanja pri planiranju tretmana za prevenciju suicida u kliničkoj praksi (Henriksson, Aro i sur., 1993). Brand, Classen i sur. (2009) su utvrdili da je u periodu od 1 godine 38% pacijenata s uspostavljenom dijagnozom DPI u prvoj fazi liječenja pokušalo suicid, dok među onima u posljednjoj fazi liječenja nije bilo pokušaja.

Poznavajući tu problematiku, autori Foote, Smolin i sur. (2008) ističu problem manjka istraživanja baziranih na DPI, čime je izuzetno važan skup podataka propušten jer se može pogrešno zaključiti da su najznačajniji prediktori suicidalnog ponašanja PTSP i GPL. Oni su i zaključili da DPI ima visok komorbiditet sa PTSP i GPL koji sami po sebi nose rizik od samopovređivanja i suicidalnosti, međutim, u njihovoj studiji iskustva o fizičkom zlostavljanju i DPI, DPI je neovisno doprinio riziku od višestrukog pokušaja suicida. Time su pokazali i da dijagnoza DPI u potpunosti posreduje u odnosu između seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu i višestrukih pokušaja suicida. Krajnji su rezultati pokazali da je između 72% i 78% pacijenata s DPI prijavilo anamnezu pokušaja suicida kada se isključe komorbiditetne dijagnoze PTSP i BDP, a kontroliranjem varijable povijesti zlostavljanja iz djetinjstva također se nije promijenila jaka povezanost između dijagnoze DPI i višestrukih pokušaja suicida.

Osim toga, ukoliko se uzme samo jedan aspekt potencijalnog uzročnika DPI, što je seksualno zlostavljanje, postoje brojna istraživanja koja ukazuju na to da seksualno zlostavljanje u djetinjstvu nosi povišen rizik za većinu poremećaja poput PTSP, suicida, depresije, anksioznosti, niskog samopoštovanja, opsesivno-kompulzivnih poremećaja,

fobija, paranoidnih ideje, zlouporabu supstanci, poremećaja u prehrani, poremećaji ličnosti i disocijacija (Fleming, Mullen i sur. 1999). Cavaiola i Schiff (1988) su također otkrili da su zlostavljani adolescenti u usporedbi s adolescenatima koji nisu zlostavljani u djetinjstvu, izvještavali više o suicidalnim idejama i suicidalnim pokušajima, smrti, pravnim problemima, seksualnom ponašanju, bježanju od kuće, nesrećama i okrutnosti prema životinjama i drugim ljudima.

#### 4. POSTOJI LI ZAISTA DISOCIJATIVNI POREMEĆAJ IDENTITETA?

Od Freudovog doba, psihološka nesvjesnost bila je jedan od najprovokativnijih aspekata teorije ličnosti; a ujedno je i jedan od najproblematičnijih i najkontroverznijih. Upravo je takav i DPI.

Disocijativni poremećaji su kao takvi prvi puta označeni u trećem izdanju DSM, dok su prije toga klasificirani kao oblik psihoneuroze ili hysterije. Nažalost, kad je revidiran DSM, interpersonalna amnezija je eliminirana kao dijagnostička značajka MPI - greška koja je možda pridonijela sve većoj učestalosti s kojom je dijagnosticirano ovo nekad rijetko stanje. Do neke je mjere ta greška ispravljena u četvrtom izdanju (Američka psihijatrijska udruga, 1996), kada se također preimenovala MPI u DPI, ukazujući na važnost promjena svijesti i identiteta.

Prema ranijoj klasifikaciji (DSM – IV) ovaj je poremećaj bio svrstavan u kategoriju pod nazivom Shizofrenija i drugi psihotični poremećaji (Američka psihijatrijska udruga, 1996), koja je uključivala poremećaje koji se očituju smetnjama u mišljenju i pogrešnim interpretacijama realnosti, često sa sumanutostima i halucinacijama. Bez tog kriterija amnezije, nekadašnji MPI, dakle DPI je teško razlikovati od atipičnog disocijativnog poremećaja (koji se sada zove disocijativni poremećaj koji nije drugačije specificiran). Ali čak i sa ponovno uspostavljenim kriterijem amnezije, prisutne su poteškoće u definiranju „ličnosti“, i „identiteta“ koje mogu rezultirati neprihvatljivom razinom subjektivnosti. Osim toga, svakako je teško razlikovati DPI i bipolarni poremećaj, GPL, pa čak i shizofreniju (Kihlstrom, 2005).

To je još posebno slučaj kada kliničari vjeruju da je DPI dijagnoza “nadređena” drugim, pa tako dijagnoze fobija, opsesija i kompulsija, koje bi u standardnim slučajevima bile svrstane pod anksiozni poremećaj, kliničar svrstava pod aktivnosti drugih ličnosti (Putnam, 1984).

U suštini, kada su kliničari entuzijastični i odlučni da utvrde DPI, on se može dijagnosticirati samo iz normalne situacijske varijabilnosti ponašanja ili slučajeva kada se „normalni“ ljudi jednostavno „ne osjećaju kao oni sami“ (Piper, 1995).

#### *4.1. Formiranje alter ličnosti*

Formiranje alter ličnosti u okviru dijagnoze DPI počinje u djetinjstvu. Pri tome treba uzeti u obzir da sva djeca imaju prirodnu sklonost disocijaciji (Trujillo, Yeager i Gidlow, 1996).

Čak štoviše, Bender i Vogel (1941) su u svom istraživanju pokazali da su imaginarni prijatelji igrali važne uloge u psihološkom životu djece za koju nije postojala nijedna instanca zbog koje bi imali razloga vjerovati da predstavlja obilježje u predpsihotičnom stanju. Imaginarni prijatelj je psihološki mehanizam koji dijete koristi kako bi nadopunilo nedostajuća okolinska iskustva i emocionalne potrebe, posebno ukoliko ima neadekvatne odnose s roditeljima ili ima uskraćeno iskustvo sa stvarnošću. Stvaranje zamišljenog prijatelja je pozitivan i zdrav mehanizam koji djeca koriste u periodu prijekne nužde, međutim, koji se prirodno više ne koristi kada ta potreba više ne postoji. Dijete nakon toga može govoriti o svojim zamišljenim prijateljima u prošlom vremenu, nevoljno govoriti o njima ili tvrditi da ga/ih je zaboravilo. Nakon toga se čini da djelomično ili u potpunosti prelaze u nesvjesno. Međutim, isti ili slični prijatelji se mogu ponovno pojaviti ako okolinski stres opet postane prekomjeran.

Pri tome je svaki oblik i sadržaj fantazija specifičan za probleme pojedinog djeteta. Kada dijete iznosi vlastitu fantaziju, lako se dobije jasan uvid u njegove probleme i potrebe, čak i ako nisu poznati svi detalji o situacijama koje su u pozadini mehanizma (Bender i Vogel, 1941).

Prema četverofaktorskoj teoriji, poremećaj višestruke ličnosti nastaje kada:

1. Dijete ima sposobnost disocijacije
2. Pod utjecajem preplavljujućih situacija koje ne može drugačije podnijeti.
3. Disocijativna ponašanja u nastanku postaju jedan od mogućih izbora ponašanja što utječe na oblikovanje i utjecaj na organizaciju ličnosti
4. Ako se neadekvatne situacije i poticaji za nastanak poremećaja održavaju kroz vrijeme i time sprečavaju djetetovu sposobnost da adekvatno obrađuje vlastito iskustvo (Kluft, 1987).

Jednostavno formulirano, dijete koje je suočeno s nepodnošljivim događajem doživljava disocijaciju, i pri tome ono nije bilo izloženo traumatičnom stanju nego netko drugi. Iako ovo služi kao način suočavanja u početku, takva otuđenost ometa realizaciju iskustva, tj. ne nastaju procesi smještaja i asimilacije, a integracija iskustva u autobiografiju postaje nemoguća (Horowitz, 1986).

Međutim, patologija nastaje kada trauma nije ograničena samo na traumatičnu situaciju, već kada se u slučaju bolje definira kao socio-psihološki proces koji se, ako uopće, može završiti tijekom vremena. Ono što pretvara iskustvo u traumatično iskustvo je aktiviranje neprikladnog procesa, tj. kada trauma prijeteće iskustvo kao adaptivni proces pretvara u neadaptivni. Pri tome traumatična iskustva i posljedično izmijenjena samopercepcija doprinose narušavanju adekvatnog uzajamnog odnosa između unutarnjeg svijeta osobe i realne vanjske stvarnosti, pri čemu nastaje depersonalizacija koja je temeljni klinički element rezultirajućeg stanja koje se naziva disocijacija (Sar i Ross, 2006).

Kliničari su proučavajući razlike u odnosu na dob i spol djece i adolescenata s DPI primjetili da su se internalizirane slušne halucinacije, amnezije, suicidalne ideje i samokažnjavanje značajno povećavale s godinama. Kako adolescenti postižu sve veću autonomiju, neovisni postupci ličnosti podliježu manjim vanjskim ograničenjima i ponašanje alter ličnosti može postati otvorenije. To je glavni razlog zašto se poremećaj višestruke ličnosti, iako potječe iz djetinjstva, rijetko dijagnosticira prije kasne adolescencije, a autori su dodatno pokazali da su s ovom dijagnozom 83% slučajeva bile žene (Putnam, Hornstein i Peterson, 1996).

Srodne emocije, misli i stilovi ponašanja s vremenom postaju povezani s tim žarištima. Osnovna ličnost nakon toga uopće ne može obraditi traumu nakon pojave alter osobnosti, a novim i prošlim traumatičnim iskustvima se bave alteri koji postaju čak uspješniji u suočavanju s određenim stresnim situacijama od osnovne ličnosti. Posljedično ovaj prekinuti postupak može, ukoliko se ponavlja kroz vrijeme, završiti pod statusom kliničkog stanja, pri čemu osoba koja ga primjenjuje može razviti DPI u djetinjstvu ili adolescenciji. Osim toga, neobrađena traumatična iskustva stvaraju negativan utjecaj na osnovnu ličnost što se manifestuje disocijativnom depresijom, disocijativnom amnezijom i suicidalnom idejom (Sar, Akyüz, i sur., 2013).

Ono što povećava sukob između alter ličnosti i pogoršava klinički status jest to što svaka alter ličnost ima neovisne i različite prosudbe o unutarnjim i vanjskim procesima jer je svaka alter ličnost povezana s određenom skupinom opažanja pojedinca koje je doživljeno u kontekstu ograničenog aspekta stvarnosti. Svaka alter ličnost prepoznaje svoje postojanje i traumatična iskustva na "jednodimenzionalan način", tj. samo u smjeru vlastitog mišljenja i porijekla (Öztürk i Sar, 2016).

Osim toga, zanimljivo obilježje „epidemije“ DPI je porast ne samo u broju slučajeva, već i u broju alter ega prijavljenih po slučaju. U klasičnoj literaturi dosta autora govori da osoba koja živi s DPI može imati samo dva altera (Sutcliffe i Jones, 1962), tri altera (Chlebowski i Gregory, 2012), ali postoje i istraživanja gdje je najmanji broj altera iznosio 13 i više (Kluft i Donne, 1984). Sizemore i Huber (1988) su u svom radu utvrdili 22 prisutna altera kod Eve, a Fahy (1988) je uočio prisutan raspon broja ličnosti od 1 to 60, sa prosjekom od 13.3 ličnosti.

#### *4.2. Disocijativni poremećaj identiteta – fascinacija i kontroverza*

Unatoč gotovo beskonačnom broju mogućih sinaptičkih veza u mozgu, moglo bi se reći da um jednostavno nije dovoljno velik da drži toliko mnogo ličnosti. Formiranje alter ličnosti unutar jedne ličnosti, kao i generalno povećanje prijavljenih slučajeva, jedan je od faktora koji vode skepticizmu prema samom poremećaju (Kihlstrom, 2005).

Zbog broja i karakteristika alter ličnosti, na DPI se često promatra i sa fascinacijom i sa sumnjom od strane profesionalaca za mentalno zdravlje. Kontroverze i dalje okružuju mnoge aspekte njegove epidemiologije, etiologije, fenomenologije i liječenja (Kluft, 1999). Mnoga dugogodišnja uvjerenja kliničara o DPI mogu utjecati i kontaminirati diferencijalnu dijagnozu ovog stanja. Dijagnostička situacija je dodatno komplicirana jer se pacijent može naći u “stanju ličnosti” koja ne zna određene informacije, ne želi dijeliti informacije potrebne za uspostavljanje dijagnoze na koju se sumnja, ili se možda ne osjeća dovoljno sigurno da bi se otvorio.

Iako su kriteriji za uspostavljanje dijagnoze DPI kroz promjenjena izdanja DSM-a pretrpjeli manje promjene, ono što im je zajedničko je da jedan pacijent ima još jednu ili više alternativnih ličnosti koje preuzimaju kontrolu čime osoba ima više „identiteta“ ili „ličnosti“. Međutim, onaj tko traži u DSM-u definiciju „identiteta“ ili „stanja ličnosti“,

uzalud će tražiti, neće naći smjernice koliko značajna promjena ponašanja mora biti kvalificirana kao inducirana identitetom i otkrit će da priručnik ne osigurava ekskluzivne kriterije za poremećaj (Piper i Merskey, 2004).

Nadalje, DSM prešućuje i nekoliko drugih pitanja: Što znači "preuzeti kontrolu"? Kako prepoznati da se dogodio takav prijenos kontrole? Kako se „stanje ličnosti“ može razlikovati od prolaznih emocija koje svi doživljavaju? Konačno, budući da DSM-ovi ne određuju granice koncepta "ličnosti", čak se i entitet koji se "pojavljuje samo jednom, za jednu misiju" u čovjekovom čitavom životu može kvalificirati kao drugačija osobnost (Dinwiddie, North i Yutzy, 1993).

Osim toga, Kluff (2005) navodi prepreke u dijagnosticiranju DPI:

1. Neupoznanost mnogih kliničara s kliničkim slikom DPI
2. Uvjerenje da je DPI rijedak poremećaj
3. Uvjerenje da je DPI iatrogeni poremećaj nastao kao rezultat liječničkih pretraga, zahvata ili načina liječenja
4. Uvjerenje da je DPI poremećaj kojim pacijenti skreću pažnju na sebe
5. Uvjerenje da DPI nije autonomni mentalni poremećaj, već netipična manifestacija nekih češćih poremećaja koji se mogu liječiti na za njih uobičajen način, poznat kliničarima
6. Vlast i utjecaj cijenjenih autora koji se slažu sa do sada navedenim uvjerenjima i koji na taj način mogu inzistirati na neuspostavljanju adekvatne dijagnoze
7. Institucionalna ili individualna nespremnost za pružanjem preporučene vrste liječenja za DPI, stvarajući pristranost protiv postavljanja dijagnoze
8. Neskladnost DPI s mnogim prevladavajućim paradigmatama i modelima
9. Strah pacijenta od DPI, teškoće u liječenju DPI ili problemi povezani s prisjećanjem na zlostavljanje.

Kad su Pope Jr, Oliva i sur. (1999) proveli istraživanje na 301 licenciranom američkom psihijatru o stavu prema dijagnozi DPI u DSM-IV dobili su rezultate da je:

- 35% psihijatara odgovorilo je da bi ove dijagnoze trebalo bezrezervno uključiti u DSM-IV
- 43% je bilo skeptično
- 15% je reklo da dijagnoza ne treba biti uključena u DSM.

Time se čini da je među licenciranim američkim psihijatrima postojalo malo konsenzusa u pogledu dijagnostičkog statusa ili znanstvene valjanosti disocijativne amnezije i DPI.

Međutim, sve je ovo razumljivo jer su se dokazi često u potpunosti sastojali od retrospektivnih samo-izvještaja pacijenata, često bez ikakve neovisne potvrde (Gleaves, 1996). Nije sigurno koliko takvi izvještaji odražavaju živopisnu maštu pacijenata, ili njihove implicitne teorije o njihovim problemima (Frankel, 1993).

Uzimajući to u obzir, Piper i Merskey (2004) su navodili sve nelogične argumente koji su prisutni u okviru koncepta poremećaja DPI. Govore o šteti nanesenoj pacijentu liječenjem od ove (po njima nepostojeće) dijagnoze, i o iatrogenim efektima koji se postižu, ali i o tome da je krajnje nemoguće uspostaviti pouzdanu dijagnozu DPI jer je prisutna nezadovoljavajuća, nejasna i elastična definicija alternativnih ličnosti. Posljedično je nemoguće da sud Sjedinjenih Američkih Država i Kanadski sud prihvate svjedočenje u korist DPI.

Pored toga, Kluft (1985) govori da se simptomi sporadično pojavljuju i nestaju, što posljedično uzrokuje da pojedinac ponekad zadovoljava a ponekad ne zadovoljava dijagnostičke kriterije za DPI. A opet u skladu s tim, vidljive manifestacije drastično različitih ličnosti koje se smatraju karakterističnim za DPI su u suštini male reprezentacije ovog obično dobro prikrivenog poremećaja (Kluft, 1991). Čak je u jednom istraživanju Dell (2010) pokazao da ni rodbina nije bila upoznata s alterima upravo jer su se alternativne osobnosti dobro skrivale i nisu bile očite. Osim toga, i zagovornici postojanja DPI ne spominju pojavu vidljivih znakova promjene na početku liječenja, čak ni kod ljudi koji imaju uspostavljenu DPI dijagnozu (Fahy, 1988). To



može biti slučaj iz razloga što pacijenti s ovim poremećajem mogu biti visoko funkcionalni u privatnom životu, kao što je pokazao Kluft (1986) u studiji provedenoj na tri žene od čega su dvije bile liječnice dobi 20-30 godina, treća je bila znanstvenica, a sve tri su bile pogrešno dijagnosticirane tri puta prije postavljanja ispravne dijagnoze.

Međutim, uz sve te opovrgavajuće faktore, zanimljivo je razmatrati kako se uopće dijagnoza DPI održala kroz vrijeme. Paris (2019) navodi nekoliko razloga za to:

1. Jedna je pretpostavka da se odraslim koji su u djetinjstvu očito bili traumatizirani može vjerovati, što dovodi do daljnje traumatizacije
2. Osjećanje velike sućuti prema onima koji su pretrpjeli traumu
3. Kontroverza se povezala s feminističkim pitanjima, a oni koji su sumnjali u postojanje dijagnoze su riskirali da budu optuženi da ne vjeruju u slučajeve zlostavljanih žena.

Pored svega do sada navedenog i očitih primjera kako je teško i psihijatrima uspostaviti dijagnozu DPI, još ju je teže pravno opravdati. Tako ponekad u kaznenim okruženjima psihijatrijska bolest može potencijalno utjecati na određivanje sposobnosti za suđenje i stupanj kaznene odgovornosti. DPI je prepoznat od strane saveznog i državnog pravosuđa i može biti obrana od optužbi poput vožnje u pijanom stanju, krivotvorenja, pljačke, silovanja i ubojstva (Lewis i Bard, 1991).

Međutim postoje i slučajevi kao što navodi Allison (1982) gdje se tereti okrivljenik koji je pokazivao disocijativno ponašanje i tijekom kriminalne aktivnosti. Upravo u skladu s prethodno navedenim, on navodi slučaj 20-godišnjeg okrivljenika s višestrukim ličnostima koji je proglašen krivim i zdravim u skladu s presudom američkog Instituta, čak i nakon što su sve tri njegove ličnosti svjedočile na sudu.

Osim toga, Perr (1991) predstavlja slučaj u kojem dijagnoza višestrukog poremećaja ličnosti nije samo dobro dokumentirana, već je postavljena najmanje 10 godina prije nego što je njegov slučaj počinio ubojstvo. Dakle, unatoč prethodnoj dijagnozi, pravna su se razmatranja odvijala u teškim okolnostima i dovela do diskutiranja o drugim slučajevima koji odražavaju kliničke poteškoće u okviru dijagnosticiranja DPI.

Lewis i Bard (1991) su predložili četiri načina na koje bi mogli negirati ili odgovornost ili kompetenciju okrivljenika:

1. Zbog amnezije na počinjene postupke alternativne ličnosti, okrivljenik ne može učestvovati u vlastitoj obrani
2. Da okrivljenik, bez mogućnosti kontrole nad alternativnim ličnostima, ne može biti odgovoran za njihove postupke
3. Iako je druga osoba mogla kontrolirati ponašanje okrivljenika, okrivljenik nije bio je pri svijesti i, poput mjesečara, ne bi trebao biti odgovoran za „svoje“ postupke
4. Dijagnoza DPI sama po sebi negira sposobnost suzdržavanja od pogrešnih djela ili razlikovanja ispravnog od pogrešnog.

Od ovih argumenata, samo se prvi izravno odnosi na sposobnost obrane na sudu. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje – peto izdanje (DSM 5) opisuje disocijativnu amneziju kao „nemogućnost prisjećanja važnih autobiografskih informacija, obično traumatične ili stresne prirode, koji nisu u skladu s običnim zaboravljanjem“ (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Da se ovako prihvati, disocijativna amnezija bi se trebala tretirati drugačije od ostalih uzroka amnezije, poput amnezija u alkoholiziranom stanju, budući da se za optuženike koji su imali amneziju iz bilo kojeg drugog razloga, isključujući prisustvo drugih aktivnih mentalnih poremećaja, obično smatra da bi mogli sudjelovati u svojoj obrani. Praktično opravdanje ovog stava je očito, jer je u protivnom bilo koji optuženik s bilo kojim uzrokom amnezije pred sudom opravdan (Schacter, 1986).

#### *4.3. Oprečna stajališta dijagnosticiranja poremećaja*

Sama dijagnoza je često bila kritizirana i pacijenti su često smatrani sugestibilnim i dovoljno pametnim da kliničara uvjere u prisutnost dijagnoze, a kliničari smatrani “manje pametnim” i lakovjernim (Ellenberger, 1970). Suprotno od toga, drugi istraživači nude kao najupečatljivije objašnjenje pojava povezanih s DPI to što se poremećaj razvija kod pacijenata koji su sugestivni, sklone fantaziji i spremni igrati uloge, a koje liječe terapeuti koji su uvjereni u stvarnost i sveprisutnost ove dijagnoze (Lilienfeld, 2007).

Ukoliko se kroz povijesni razvoj koncept višestruke ličnosti kritički ispituje i prati, može se primijetiti da se kao što tvrde Sutcliffe i Jones (1962) poremećaj najčešće izvještava u razdobljima kada je dijagnoza “u modi”, u uvjetima prihvaćanja dijagnoze od strane terapeuta te od strane terapeuta koji su bili izrazito zainteresirani za liječenje psihoterapijom kroz dugotrajno razdoblje. Čak je Paris (2019) prateći objavljujane članke pokazao da se između 1970. i 1979. godine samo 39 članaka na stranici MEDLINE odnosilo se na višestruku ličnost ili DPI. Između 1980. i 1989. broj novih citiranih članaka iznosio je 212, 391 između 1990. i 1999. godine. Od tada se objavljivanje donekle izjednačilo sa 179 članaka između 2000. i 2009. i 197 između 2010. i 2018. Međutim on također navodi dodatni problem, a to je da je DPI, kao brojne druge dijagnoze u psihijatriji, baziran na kliničkim ispitivanjima a ne istraženim mehanizmima funkcioniranja poremećaja, te da to predstavlja značajan problem jer može dovesti da čitav poremećaj bude baziran na sugestibilnom razmišljanju pacijenata.

Malo je dokaza koji upućuju na to da je DPI individualna dijagnoza, a ne intrigantni simptom širokog spektra psiholoških poremećaja. Pacijenti nesumnjivo imaju dvostruko ponašanje koje se događa prije kontakta s terapeutom i bez iskustva hipnoze. Takvo ponašanje, koje uključuje promjene raspoloženja, amneziju i promjene u ponašanju, stavovima i ukusu, ne može se lako odbaciti kao posljedica dijagnostičke mode ili utjecaja terapeuta ako je prisutno prije pacijentovog kontakta s liječnikom. Pacijenti mogu opisati unutarnji svijet u kojem se događa rascjep najfinije prirode, međutim taj rascjep se nalazi kao simptom mnogih psihijatrijskih poremećaja (Benner i Joscelyne, 1984).

Unatoč svim predstavljenim kritikama, nema razloga za ne povjerovati u postojanje simptoma i DPI, uzimajući u obzir mnogobrojne objavljene studije slučaja (Bryant, 1995; Sekine, 2000). DPI je kao dijagnoza uvijek imao kritičare. Dok su na jednoj strani kritičari vođeni osnovnim motom da u vlastitoj profesionalnoj praksi nikada nisu vidjeli nijedan takav slučaj, drugi se trude da upoznaju javnost s ovim poremećajem. Čak postoji i knjiga koju su u 15 poglavlja napisali psihoterapeuti iz Velike Britanije, koji vjeruju u dijagnozu DPI (Galton i Sachs, 2018). Njihov se pristup ne fokusira na empirijske podatke, već na apele opterećene emocijama da „vjeruju pacijentu“. Osim toga, često se zanemaruje empirijsko razumijevanje DPI nagomilano tijekom 30 godina,

a koje je počelo usvajanjem DPI (tada se nazivao višestrukim poremećajem ličnosti) kao diskretnog dijagnostičkog entiteta u trećem izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika mentalnih poremećaja (DSM-III; Američka psihijatrijska asocijacija, 1980). Pri tome, akumulacija empirijskih znanja oslikava jasnu i konzistentnu sliku DPI (Dorahy, Brand i sur., 2014).

DPI je heterogeni poremećaj i brojne se teorije o ovom sindromu baziraju na studijama slučaja ili malim uzorcima, koji mogu biti kontradiktorni jednu drugom. Nema ustaljenog psihodinamskog obrasca koji se provlači kroz sve slučajeve (Kluft, 1987). Ostaje još puno toga za istražiti prije nego što možemo reći da u potpunosti razumijemo disocijaciju i srodne poremećaje (Liotti, 1999). Dakle, krajnji zaključci ovise o tome vjerujemo li da je DPI „pravi“ mentalni poremećaj ili nevaljani hir.

## 5. PREVENTIVNI PRISTUPI I TRETMANI DISOCIJATIVNOG POREMEĆAJA IDENTITETA ZASNOVANI NA DOKAZIMA

### *Preventivni pristupi*

Iako je kriza identiteta normalan dio zdravog psihološkog razvoja adolescenata, težak poremećaj identiteta i emocionalna previranja nisu dio normalnog razvoja (Offer, Eric i sur., 1990). Zapravo je važno razlikovati patološku disocijaciju u ovoj dobnoj skupini, jer nedostatak odgovarajuće intervencije može dopustiti psihopatologiji da nastavi pogubnije djelovati u odrasloj dobi. Značajan broj osoba koje su doživjele traumatične događaje razvija PTSP (Kessler, Sonnega i sur., 1995). Kronični PTSP dugoročno onesposobljava, a kratkoročne intervencije bez prethodne procjene ili uspostavljanja adekvatne dijagnoze ga nisu uspjele spriječiti (Nacionalni institut za kliničku izvrsnost, 2005). Osim toga, PTSP je rasprostranjeniji nego što se ranije vjerovalo i često je trajan poremećaj.

Česte su komplikacije poput pokušaja suicida, samouništavajućeg ponašanja (Zoroglu, Tuzun i sur., 2003) i zlorabe supstanci (Tamar - Gürol, Sar i sur., 2008). Disocijacija je povezana s izvješćima o zlostavljanju i zanemarivanju u djetinjstvu među nekliničkom adolescentskom populacijom (Zoroglu, Tuzun i sur., 2003), a Carrion i Steiner (2000) su pokazali da je među delinkventnim adolescentima s DPI 96,8% potvrdilo povijest traumatičnih događaja.

Rispens, Aleman i Goudena (1997) su istraživali učinke programaprevencije seksualnog zlostavljanja djece i pokazali da su programi za prevenciju viktimizacije uspješni u podučavanju djece konceptima seksualnog zlostavljanja i vještinama samozaštite. Pri tome navode kao jako dobrim programe koji su usredotočeni na osposobljavanje vještina i koji djeci omogućuju dovoljno vremena da integriraju vještine samozaštite u svoj kognitivni repertoar.

### *Pristupi u tretmanu*

DPI jedan je od najizazovnijih mentalnih poremećaja za dijagnozu i liječenje. Također je bio predmetom mnogih kontroverzi na terenu. Terapija za DPI može biti naporna i dugotrajna, međutim, to je jedno što može “probuditi” pacijente iz njihove iluzorne stvarnosti, može ih povratiti iz prošlosti i upoznati ih sa stvarnošću u kojoj ljudi mogu:

1. priznati sadašnjost
2. aktivno raditi na modificiranju onih elemenata koji su kontraproduktivni njihovom zdravlju i adekvatnom funkcioniranju (Fine, 1999).

Postoje dva standardna terapijska pristupa DPI. Prvi pristup uključuje odabir jednog altera i postavljanje te ličnosti u položaj “vlasnika” tijela. Obično to bude primarna ličnost, i ta se strategija naziva *restauracija*. Drugi se terapijski pristup odnosi na integraciju različitih altera u jednu ličnost, svijest i psihološki profil (Bayne, 2002).

Tretman DPI generalno uključuje:

- a) razvoj terapijskog odnosa baziranog na osjećaju sigurnosti i povjerenja
- b) dogovor s pacijentom o aktivnom sudjelovanju u terapiji
- c) sklapanje ugovora da neće povrijediti sami sebe ili nekog drugog
- d) razumijevanje strukture ličnosti u odnosu na pretrpljene događaje u prošlosti
- e) rad na traumatičnim iskustvima i često na potisnutim sjećanjima
- f) pregovaranje i razrješavanje sukoba između raznih ličnosti unutar pacijenta
- g) razvijanje zrelog i prikladnog, ne disocijativnog stanja uma
- h) rad na integraciji altera (Maldonado, Butler i Spiegel, 2002).

Pacijenti s DPI mogu ući na terapiju s nestrpljenjem, nevoljno ili voljno; mogu li se složiti s dijagnozom ili ne; sudjelovati u terapiji ili ne; naučiti tolerirati utjecaj terapeuta ili ne; reproducirati vlastita traumatična iskustva u terapiji ili ne... Međutim, najvjerojatnije će pacijenti raditi sve gore navedeno naizmjenično ili čak sve odjednom,

ovisno o opredijeljenosti za poboljšanje vlastitog stanja ili posvećenosti vlastitom poremećaju i različitim ličnostima koje su prisutne u njemu.

Nekoliko modela DPI terapije pojavilo se olakšavajući ovaj pažljiv proces integracije, a neki od njih su:

- a) Taktičko - integracijski model
- b) Terapija u homogenoj grupi
- c) Obiteljska terapija

Prvi je model usmjeren na promicanje potpune integracije pojedinca u cjelinu, a drugi i treći na mijenjanje negativnih okolinskih faktora i utjecaja koji vrše. U nastavku ćemo opisati svaki od modela.

- a) Taktičko - integracijski model

Temeljni nacrt iz kojeg proizlazi taktičko - integracijski model je modificirani kognitivno - terapijski model (Fine, 1991), gdje terapija što je više strukturirana, to bolje potiče osjećaj sigurnosti, predvidljivosti i dosljednosti za pacijenta. Model taktičke integracije može se shvatiti kao vremenski ograničena kognitivna terapija s opetovanim tretmanom kroz sve ličnosti, afekte i teme. U ovom se modelu posebna pozornost posvećuje kognitivno - afektivnim distorzijama temeljenim na traumama i disfunkcionalnim shemama koji služe kao sidro ne samo različitim disocijativnim stanjima i alternativnim ličnostima, već i njihovom održavanju podržavajući lažna uvjerenja o trenutnoj stvarnosti. Taktičko - integracijski model promiče spoznaju da je ključno restrukturirati mišljenje različitih ličnosti kako bi ih se pripremio na težak, ali potreban posao koji će pacijenta osloboditi od psihičkih tenzija (Fine, 1988.). Cilj kognitivnog restrukturiranja je da različite ličnosti primijete vezu između mišljenja i osjećaja, kao i kako njihovo kognitivno - afektivno razumijevanje svijeta određuje njihovo ponašanje. Sve ličnosti trebaju prihvatiti da ih adaptivni odgovori iz prošlosti više ne služe, te da ih zapravo ometaju u sadašnjosti. Dakle, glavna odredba ovog pristupa je „primijetiti“.

Vodeći princip modela taktičke integracije je da očekuje od sudionika (i terapeuta i pacijenta) da potpišu formular kompenzacijskog modela odgovornosti (Fine, 1996) gdje je bitno da pacijent donosi informirani pristanak i odluku da će raditi na mogućoj promjeni. U bilo kojoj terapiji, a posebno u terapiji DPI, postoje stalni izbori i odluke koje zajednički donose terapeut i pacijent, pri čemu se neke javno dijele, neke ne, neke se podrazumijevaju a neke konkretno napismeno navode (Fine, 1996). Otvorenost komunikacije unutar terapijske dijade, između različitih ličnosti i terapeuta olakšat će ili odvratiti od cilja terapije, a to je postizanje kongruencije svrhe i motivacije između različitih dijelova uma. Prepoznavanje kognitivnih distorzija i uvjerenja utemeljenih na traumi (Fine, 1988) preduvjet je za razumijevanje temelja na kojima su formirane ličnosti. Te pretpostavke definiraju ličnosti pacijenta sa DPI i ponekad određuju vidljive manifestacije njihovog ponašanja.

Taktički - integracijski model postaje model učenja i rješavanja problema koji postaje sve više integriran i složen kako se pridružuju različite ličnosti. Pacijenti s DPI mogu kroz terapiju „naučiti“ ovu metodu, samostalno je koristiti u postintegracijskog fazi u terapiji i dalje je usavršavati u životu nakon terapije.

#### b) Terapija u homogenoj grupi

Iako se obično smatra da je individualna psihoterapija najbolji izbor tretmana za DPI, brojni su stručnjaci pretpostavili da bi ovi pacijenti mogli imati koristi od grupne terapije kao dopunske ili dodatne intervencije koja može poboljšati cjelokupni terapijski napredak (Caul, Sachs i Braun, 1986; Coons i Bradley, 1985).

Ni jedno pitanje nema više značaja za pacijenta s DPI u grupnoj terapiji od povjerenja. Pacijent čija je primarna psihološka obrana disocijacija i čije je najiskrenije pojavljivanje pred svijetom tajno, narcistično i izolirano, ne može iskoristiti prednosti grupne terapije i procesa ako ne stekne osjećaj povjerenja. Pri tome treba uzeti u obzir da čak i prva pojava povjerenja može biti iluzorna. Coons i Bradley (1985) su vidjeli da se početna euforija među članovima novoformirane grupe s disocijativnim članovima ubrzo nakon toga pretvorila u nepovjerenje. Izgradnja povjerenja leži u pristupu i odnosu terapeuta s pacijentima, u odabiru i praćenju pacijenata kroz vrijeme i iskrenim i otvorenim pristupom te tretmanom kroz period vremena.



Caul, Sachs i Braun (1986) su uočili da su pacijenti s DPI rijetko imali priliku ili sposobnost razumijevanja koncepata “sebe” i “sebe u svijetu”. Grupna terapija pružapacijentima s DPI mogućnost da osjete osjećaj zajedništva u socijalnom kontekstu. Pri tome, grupa predstavlja potencijal za učenje interakcije, prihvaćanja, strpljenja, tolerancije i suosjećanja. Coons i Bradley (1985) navode rezultete rada njihove dvogodišnje grupe, pri čemu ističu da su teme povjerenja, negativne vrijednosti i međuovisnosti posebno istaknute i da je grupa posebno vrednovala poticanje osjećaja nade u pružanju podrške članovima (nakon što je uspostavljeno povjerenje i kohezija u grupi) i u poticanju promjena od drugih članova u grupi.

### c) Obiteljska terapija

Benjamin i Benjamin (1992) su uočili paradoks da je kapacitet obitelji nedovoljno iskorišten jer je ovaj poremećaj precizno baziran na neuspjehu zdravog obiteljskog procesa. Oni su predložili da obiteljske intervencije budu sastavni dio cjelokupnog plana liječenja DPI kako bi se ojačale zdrave veze i odnosi unutar obitelji, te na taj način poboljšala terapija i liječenje identificiranog pacijenta. Međutim, postoje oprečna stajališta koji članovi obitelji trebaju biti uključeni u terapiju. Iako Chiappa (1994) tvrdi da u ovu terapiju trebaju biti uključeni članovi trenutne obitelji a ne članovi obitelji koji su izazvali poremećaj, Sachs (1986) tvrdi da je bitno da u terapiju budu uključeni i članovi koji su potaknuli disocijaciju kod djeteta, jer se jedino na taj način zlostavljač može upoznati sa prisutnim posljedicama po žrtvu i eventualno biti spreman priznati i okončati zlostavljanje. Pri tome se vode da je bilo koji terapeutski pokušaj beskoristan ako se trauma ne prekine.

## 6. ZAKLJUČCI

Disocijacija je neuhvatljiv koncept i zbunjujući fenomen u čitavom spektru psihijatrijskih poremećaja. Trajni interes za DPI očigledan je u čvrstoj i rastućoj bazi istraživanja o poremećaju. Iako kroz povijest nije bio priznat kao psihijatrijski poremećaj sve do 1980 - ih, disocijativne simptome su prepoznali kliničari i istraživači već u kasnim 1800 - ima. Freud i Janet smatrali su da je, ono što mi danas nazivamo disocijacija, mehanizam i strategija za suočavanje sa događajima i sjećanjima na traumatično iskustvo, koje to sjećanje čuvaju izvan „svjesne svijesti“ (Gleaves i Williams, 2005). Povijesno gledano, disocijativni poremećaji pripisani su patološkim razinama psihološkog stresa, za koje se smatra da narušavaju normalnu integraciju личности i mentalnog života, tako da se neki aspekti iskustva, razmišljanja i djelovanja odvajaju od svijesti - otuda i izraz „disocijacija“ (Kihlstrom, 2005).

Na disocijaciju se unutar disocijativnog poremećaja identiteta gleda kao na prilagodbu koja omogućuje djetetu da preživi teško i dugotrajno zlostavljanje. Međutim, otkriveno je da pacijenti s disocijativnim poremećajem češće sudjeluju u pokušajima samoubojstva i u samopovređujućim ponašanjima. Slijedom toga, veza između disocijacije, u njenim različitim oblicima i stupnjevima, i samoubilačkih misli i ponašanja, tema je od izuzetnog interesa, u cilju poboljšanja procjene rizika i razvoja modela intervencije usmjerenih na ove specifičnosti.

Postoji niz pogrešnih koncepcija i mitova o disocijativnom poremećaju identiteta, što kompromitira brigu o pacijentima jer kliničari koji prisutne mitove prihvaćaju, malo je vjerojatno da će pomno procijeniti disocijaciju. Točne dijagnoze su ključne za odgovarajuće planiranje liječenja. DPI kao takav je uvijek privlačio pozornost mnogih velikih mislilaca i od tada se empirijska literatura o DPI - u nakupljala. Međutim, i pored toga su neka područja nedovoljno istražena. Zbog broja i karakteristika alter личности, na DPI se često promatra i sa fascinacijom i sa sumnjom od strane profesionalaca za mentalno zdravlje. Kontroverze i dalje okružuju mnoge aspekte njegove epidemiologije, etiologije, fenomenologije i liječenja.

DPI je legitiman psihijatrijski poremećaj koji je prepoznatljiv u cijelom svijetu i može ga se pouzdano identificirati gdje su na odgovarajući način obučeni istraživači i kliničari. Istraživanja pokazuju da je DPI poremećaj temeljen na traumi koji uglavnom dobro reagira na liječenje u skladu sa smjericama liječenja DPI, a ti nalazi imaju brojne kliničke i istraživačke implikacije.

Desetljećima je DPI službeno priznat u Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja (DSM - III, 1980) kao multipli poremećaj ličnosti, ali su mnogi pacijenti s dijagnosticiranim DPI prošli kroz prethodno brojne pogrešno postavljene dijagnoze, neučinkovito farmakološko liječenje i nekoliko hospitalizacija. Do danas, mnogi kliničari i znanstvenici još uvijek dovode u pitanje valjanost, pa čak i samo postojanje DPI. Nepoznavanje spektra disocijativnih poremećaja i nedostatak znanja i uvažavanja njegove epidemiologije od strane profesionalaca ali i postojanje imitativnog DPI, kao i nevoljkost pojedinaca s DPI da iskažu svoje disocijativne simptome, često zbog osjećaja srama, mogu dovesti do pogrešno postavljene dijagnoze. Adekvatno postavljena dijagnoza bi mogla spriječiti nepotrebnu patnju pojedinaca s DPI što će olakšati brže i ciljanije intervencije.

## LITERATURA

- Allison, R. B. (1982). The multiple personality defendant in court. *American Journal of Forensic Psychiatry*, 3(4), 181–191.
- Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* (DSM 5). Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Američka psihijatrijska udruga (1996): *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, Četvrto izdanje, Međunarodna verzija. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 3rd.
- Armstrong, J. G., i Loewenstein, R. J. (1990). Characteristics of patients with multiple personality and dissociative disorders on psychological testing. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(7), 448–454.
- Bayne, T. J. (2002). Moral Status and the Treatment of Dissociative Identity Disorder1. *The Journal of medicine and philosophy*, 27(1), 87-105.
- Bender, L., i Vogel, B. F. (1941). Imaginary companions of children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 11(1), 56.
- Benner, D. G. i Joscelyne, B. (1984). Multiple personality as a borderline disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(2), 98–104.
- Benjamin, L., i Benjamin, R. (1992). An overview of family treatment in dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 236-241.
- Bernstein, E. M., i Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Brand, B., Classen, C., Lanins, R., Loewenstein, R., McNary, S., Pain, C., i Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(2), 153.
- Bremner, J. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., i Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *The American journal of psychiatry*, 149(3), 328–332.
- Bryant, R. A. (1995). Autobiographical memory across personalities in dissociative identity disorder: A case report. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 625.
- Carrion, V. G., i Steiner, H. (2000). Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(3), 353–359.
- Caul, D., Sachs, R. G., i Braun, B. G. (1986). Group therapy in treatment of multiple personality disorder. *Treatment of multiple personality disorder*, 145-156.
- Cavaiola, A. A., i Schiff, M. (1988). Behavioral sequelae of physical and/or sexual abuse in adolescents. *Child abuse i neglect*, 12(2), 181-188.

- Chiappa, F. (1994). Effective management of family and individual interventions in the treatment of dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 7(3), 185–190.
- Chlebowski, S. M., i 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.
- Coons, P. M., Bowman, E. S., i Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(9), 519–527.
- Coons, P. M., i Bradley, K. (1985). Group psychotherapy with multiple personality patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9), 515–521.
- Coons, P. M., i Milstein, V. (1990). Self-mutilation associated with dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3(2), 81–87.
- Dalla Barba, G., Mantovan, M. C., Ferruzza, E., i Denes, G. (1997). Remembering and knowing the past: a case study of isolated retrograde amnesia. *Cortex*, 33(1), 143-154.
- Dell, P. F., i O'Neil, J. A. (Eds.). (2010). Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. Routledge 329-373.
- Dinwiddie, S. H., North, C. S., i Yutzy, S. H. (1993). Multiple personality disorder: scientific and medicolegal issues. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 21(1), 69-79.
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., ... i Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian i New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry* (Vol. 1, 280-281). New York: Basic Books.
- Fine, C. G. (1999). The tactical-integration model for the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3), 361-376.
- Fine, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention: Pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychiatric Clinics*, 14(3), 661-675.
- Fine, C. G. (1988). Thoughts on the cognitive perceptual substrates of multiple personality disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1(4), 5–10.
- Fahy, T. A. (1988). The diagnosis of multiple personality disorder: A critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 153(5), 597-606.
- Fine, C. G. (1996). Models of helping: The role of responsibility. *Treating dissociative identity disorder*, 81-98.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., i Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child abuse i neglect*, 23(2), 145-159.

- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., i Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(1), 29-36.
- Frankel, F. H. (1993). Adult reconstruction of childhood events in the multiple personality literature. *The American journal of psychiatry*, 150(6), 954–958.
- Franklin, J. (1988). Diagnosis of covert and subtle forms of multiple personality disorder through dissociative signs. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1(2), 27–33.
- Galton, G., i Sachs, A. (Eds.). (2018). *Forensic aspects of dissociative identity disorder* (pp. 178-190). London, England: Karnac Books.
- Gleaves, D. H. (1996). The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psychological bulletin*, 120(1), 42.
- Gleaves, D. H., i Williams, T. L. (2005). Critical questions: Trauma, memory, and dissociation. *Psychiatric Annals*, 35(8), 648-654.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., i Lonnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *American journal of psychiatry*, 150, 935-935.
- Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatric Services*, 37(3), 241-249.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma i Dissociation*, 12(2), 115-187.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., i Grebb, J. A. (1997). *Theories of personality and psychopathology. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Eighth Edition. Baltimore: Williams i Wilkins.
- Kapur, N. (1993). Focal retrograde amnesia in neurological disease: a critical review. *Cortex*, 29(2), 217-234.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., i Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 227-253.
- Kihlstrom, J. F., Barnhardt, T. M., i Tataryn, D. J. (1992). The psychological unconscious: Found, lost, and regained, 47(6), 788–791.
- Kluft, R. P. (2005). Diagnosing Dissociative Identity Disorder: Understanding and assessing manifestations can help clinicians identify and treat patients more effectively. *Psychiatric Annals*, 35(8), 633-643.
- Kluft, R. P. (1991). Clinical presentations of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 605-629.
- Kluft, R. P. (1999). Current issues in dissociative identity disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 5(1), 3-19.

- Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Psychiatric Services*, 38(4), 363-373.
- Kluft, R. P. (1986). High-functioning multiple personality patients: Three cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 722–726.
- Kluft, R. P. (1985). Childhood antecedents of multiple personality. *American Psychiatric Pub*, 2-14.
- Kluft, R. P., i Donne, J. (1984). Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases. *Psychiatric Clinics*, 7(1), 9-29.
- Lewis, D. O., i Bard, J. S. (1991). Multiple personality and forensic issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 741-756.
- Lewis, D. O., Yeager, C. A., Swica, Y., Pincus, J. H., i Lewis, M. (1997). Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(12), 1703-1710.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*, 2(1), 53-70.
- Liotti, G. (1999). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(5), 757-783.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 5(4), 196–204.
- Loewenstein, R. J. (2005). Psychopharmacologic treatments for dissociative identity disorder. *Psychiatric Annals*, 35(8), 666-673.
- Loewenstein, R. J., i Putnam, F. W. (1990). The clinical phenomenology of males with MPD: A report of 21 cases. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3(3), 135–143.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., i Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences?. *The Psychiatric clinics of North America*, 29(1), 63-86.
- Maldonado, J. R., Butler, L. D., i Spiegel, D. (2002). Treatments for dissociative disorders. In P. E. Nathan i J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (p. 463–496). Oxford University Press.
- McAllister, M. M. (2000). Dissociative identity disorder: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 25-33.
- McDowell, D. M., Levin, F. R., i Nunes, E. V. (1999). Dissociative identity disorder and substance abuse: The forgotten relationship. *Journal of psychoactive drugs*, 31(1), 71-83.
- Meaney, M. J., Aitken, D. H., Van Berkel, C., Bhatnagar, S., i Sapolsky, R. M. (1988). Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. *Science*, 239(4841), 766-768.
- Middleton, W., i Butler, J. (1998). *Dissociative identity disorder: an Australian series. Australian i New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(6), 794-804.

- Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., i Cardena, E. (2008). Comparison of Brazilian spiritist mediumship and dissociative identity disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(5), 420-424.
- National Institute for Clinical Excellence. (2005). The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care.
- Negro Jr, P. J., Palladino-Negro, P., i Louzã, M. R. (2002). Do religious mediumship dissociative experiences conform to the sociocognitive theory of dissociation?. *Journal of Trauma i Dissociation*, 3(1), 51-73.
- Nemiah, J. (1980). Dissociative disorders. In H. Kaplan, A. Freedman, i B. Sadick (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* 3rd ed. (pp. 1544–1561). Baltimore: Williams i Wilkins.
- Offer, D., Eric, O., Kenneth, I. H., i Robert, A. (1990). Normality and adolescence. *Psychiatric Clinics*, 13(3), 377-388.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., i Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9(4), 855-879.
- Öztürk, E., i Sar, V. (2016). Formation and Functions of Alter Personalities in Dissociative Identity Disorder: A Theoretical and Clinical Elaboration. *J Psychol Clin Psychiatry*, 6(6), 00385.
- Öztürk, E., i Sar, V. (2008). Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(6), 662-668.
- Paris, J. (2019). Dissociative identity disorder: validity and use in the criminal justice system. *BJPsych Advances*, 25(5), 287-293.
- Pasquini, P., Liotti, G., Mazzotti, E., Fassone, G., Picardi, A., i Italian Group for the Study of Dissociation. (2002). Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(2), 110-116.
- Perr, I. N. (1991). Crime and multiple personality disorder: A case history and discussion. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry i the Law*, 19(2), 203–214.
- Piper, A. 1995. “A skeptical look at multiple personality disorder”. In *Dissociative identity disorder: Theoretical and treatment controversies*, Edited by: Cohen, L.M., Berzoff, J.N. and Elin, M.R. 135–173. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Piper, A., i Merskey, H. (2004). The persistence of folly: critical examination of dissociative identity disorder. Part II. The defence and decline of multiple personality or dissociative identity disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 678-683.
- Pope Jr, H. G., Oliva, P. S., Hudson, J. I., Bodkin, J. A., i Gruber, A. J. (1999). Attitudes toward DSM-IV dissociative disorders diagnoses among board-certified American psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 321-323.



- Putnam FW, Guroff J, Silberman EK, Barban L, Post RM. The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry*. 1986; 47(6):285-293.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press, 185-186.
- Putnam, F. W. (1984). The psychophysiologic investigation of multiple personality disorder: A review. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 31–39.
- Putnam, F. W., Hornstein, N., i Peterson, G. (1996). Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders: Gender and age effects. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 5(2), 351-360.
- Rabelo, M. (2008). A possessão como prática: esboço de uma reflexão fenomenológica. *Mana*, 14(1), 87-117.
- Rispens, J., Aleman, A., i Goudena, P. P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse i Neglect*, 21(10), 975-987.
- Ross, C. A. (1997). *Wiley series in general and clinical psychiatry. Dissociative identity disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality (2nd ed.)*. John Wiley i Sons Inc.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., i Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation*, 2(3), 169-189.
- Ross, C. A., Norton, G. R. i Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 413-418.
- Sachs, R. G. (1986). The adjunctive role of social support systems in the treatment of multiple personality disorder. *Treatment of multiple personality disorder*, 157-174.
- Sansone, R. A. (2004). Chronic suicidality and borderline personality. *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue), 215-225.
- Sapolsky, R. M., Uno, H., Rebert, C. S., i Finch, C. E. (1990). Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. *Journal of Neuroscience*, 10(9), 2897-2902.
- Sar, V., Akyüz, G., Öztürk, E., i Alioğlu, F. (2013). Dissociative depression among women in the community. *Journal of Trauma i Dissociation*, 14(4), 423-438.
- Sar, V., i Ross, C. (2006). Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics*, 29(1), 129-144.
- Saxe, G. N., Chawla, N., i Kolk, B. V. D. (2002). Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 313-320.
- Schacter, D. L. (1986). On the relation between genuine and simulated amnesia. *Behavioral Sciences i the Law*, 4(1), 47-64.

- Sekine, Y. U. Y. (2000). Dissociative identity disorder (DPI) in Japan: A forensic case report and the recent increase in reports of DPI. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4(2), 155-160.
- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., i Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS spectrums*, 8(10), 755-762.
- Sizemore, C. C., i Huber, R. J. (1988). The twenty-two faces of Eve. *Individual Psychology*, 44(1), 53.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., ... i Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM 5. Depression and anxiety, 28(12), E17-E45.
- Sutcliffe, J. P., i Jones, J. (1962). Personal identity, multiple personality, and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 10(4), 231-269.
- Tamar-Gürol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C., i Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 540–547.
- Trujillo, K., Lewis, D. O., Yeager, C. A., i Gidlow, B. (1996). Imaginary companions of school boys and boys with dissociative identity disorder/multiple personality disorder: a normal to pathologic continuum. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 5(2), 375-392.
- Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. J., i Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 630-636.
- West, L.J. (1967) Dissociative reaction. In AM Freedman, HI Kaplan (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry* (2nd ed, pp 885—899). Baltimore: Williams i Wilkins.
- World Health Organization. (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision, 2nd ed.* World Health Organization.
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... i Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119-126.