

Amnezija kod disocijativnih poremećaja

Grbešić, Sara

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:027813>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Preddiplomski studij psihologije

Sara Grbešić

Amnezija kod disocijativnih poremećaja

Završni rad

Mentorica: doc.dr.sc. Daniela Šincek

Sumentorica: dr. sc. Marija Milić

Osijek, 2018.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek za psihologiju

Preddiplomski studij psihologije

Sara Grbešić

Amnezija kod disocijativnih poremećaja

Završni rad

Područje društvenih znanosti, polje psihologija, grana opća psihologija

Mentorica: doc.dr.sc. Daniela Šincek

Sumentorica: dr. sc. Marija Milić

Osijek, 2018.

Sadržaj

SAŽETAK	
1. UVOD.....	1
2. AMNEZIJA.....	2
2.1. Psihogeni amnezija.....	2
2.1.1. Psihogeni amnezija kao simptom disocijativnih poremećaja.....	2
2.1.2. Neuralni mehanizmi u podlozi psihogene amnezije.....	3
3. DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI.....	4
3.1. Etiologija disocijativnih poremećaja – traumatsko iskustvo.....	4
3.2. Disocijativna amnezija.....	5
3.2.1. Obilježja gubitka pamćenja kod disocijativne amnezije – studija slučaja.....	7
3.3. Disocijativni poremećaj identiteta.....	8
3.3.1. Obilježja gubitka pamćenja kod disocijativnog poremećaja identiteta – studija slučaja.....	9
3.4. Disocijativna fuga.....	11
3.4.1. Obilježja gubitka pamćenja kod disocijativne fuge – studija slučaja.....	12
4. REHABILITACIJA PAMĆENJA KOD DISOCIJATIVNIH POREMEĆAJA.....	13
4.1. Rehabilitacija kod disocijativne amnezije.....	14
4.2. Rehabilitacija kod disocijativnog poremećaja identiteta.....	14
4.3. Rehabilitacija kod disocijativne fuge.....	15
5. ZAKLJUČAK.....	16
6. LITERATURA.....	17

SAŽETAK

Pamćenje, koje se definira kao sposobnost zadržavanja i usvajanja informacija (Zarevski, 2007), kognitivna je funkcija koja je uvelike povezana s identitetom osobe i ima značajan učinak na njegov razvoj. Smetnje u pamćenju, od kojih su najčešće amnezije, otežavaju funkcioniranje osobe i mogu pridonijeti dezintegraciji identiteta i gubitku kontakta s vlastitim životom. Psihogene amnezije, kod kojih ne postoji jasan fiziološki uzročnik gubitka pamćenja, glavna su odrednica i dijagnostičko obilježje disocijativnih poremećaja. U disocijativne poremećaje, između ostalog, ubrajamo disocijativnu amneziju, disocijativni poremećaj identiteta i disocijativnu fugu. Disocijativna amnezija je pojava kod koje se osoba iznenadno ne može dosjetiti bitnih autobiografskih podataka i najčešće svih događaja koji su slijedili nakon nekog stresnog događaja ili traumatskog iskustva. Disocijativni poremećaj identiteta poremećaj je koji karakterizira postojanje više odvojenih ličnosti ili alter-ega unutar jedne osobe, a disocijativna fuga odnosi se na fenomen u kojem dolazi do neočekivanog putovanja u udaljeno mjesto prilikom kojeg osoba potpuno ili djelomično zaboravlja svoj identitet. Zajednička odrednica i uzročnik pojave disocijativnih poremećaja i općenito psihogene amnezije je izrazito traumatsko iskustvo, najčešće doživljeno u djetinjstvu. Upravo je funkcija psihogene amnezije i disocijacije zaštite osobe od doživljenog traumatskog iskustva potiskivanjem sjećanja i odvajanjem od vlastitog identiteta. Saznanja o rehabilitaciji pamćenja kod disocijativnih poremećaja uglavnom se temelje na izvještajima kliničara o radu s pacijentima, a ne kontroliranim istraživanjima. Liječenje se temelji na učestalim terapijskim seansama, a koriste se i hipnoza i psihofarmakološka terapija. Ključne odrednice terapije su uspostavljanje odnosa povjerenja s terapeutom, osiguravanje sigurne okoline za klijenta i pronalaženje adaptivnih strategija nošenja sa stresom i doživljenim traumatskim iskustvom. U ovom području potrebno je provesti još istraživanja kako bi se terapeutima omogućile jasne smjernice za rad s klijentima.

Ključne riječi: amnezija, disocijativna amnezija, disocijativni poremećaj identiteta, disocijativna fuga, rehabilitacija pamćenja

1. UVOD

Amnezija (grč. *amnesia* – nesjećanje), koja se ubraja u kvantitativne poremećaje pamćenja, definira se kao gubitak sjećanja, odnosno praznina u pamćenju koja se odnosi na neko razdoblje ili određeni sadržaj (Begić, 2016). Amnezije su najučestaliji poremećaj pamćenja i pri svojoj pojavi, ovisno o vremenskom razdoblju i vrsti pamćenja koju poremećaj obuhvaća, utječu na različite sfere života i u određenoj mjeri onemogućavaju funkcioniranje osobe.

Najznačajnija podjela amnezija je ona s obzirom na vremenske odnose pojavljivanja amnezije i događaja koji ju je izazvao, na kongradnu, retrogradnu i anterogradnu. Kongradna je amnezija pristupna za vrijeme štetnog događaja, retrogradna se odnosi na razdoblje prije djelovanja događaja, a anterogradna ona koja se pojavljuje nakon prestanka djelovanja štetnog događaja, odnosno koja onemogućava usvajanje novih informacija. Osim navedenih amnezija kod kojih je jasno određen štetni događaj i organska podloga gubitka pamćenja, javljaju se i psihogene amnezije – one koje nemaju organsku podlogu, a najčešće su posljedica traumatskih događaja i emocionalnih stanja koja su se javila kao odgovor na te traumatske događaje.

Disocijativni poremećaji opći je naziv za niz psihičkih poremećaja koje karakterizira iznenadna i privremena promjena doživljavanja, odnosno prekid veza između mišljenja i emocija te mišljenja i stavova (Petz, 2005). Disocijacija se javlja kada osoba nije u stanju prihvatiti traumatsko iskustvo, i kao posljedica toga se javlja potpuni ili djelomični gubitak ujedinjavanja sjećanja, identiteta, perceptivnih iskustava, motoričke kontrole i svijesti o sebi. Dolazi do svojevrsnog „odvajanja“ osobe od vlastite ličnosti i, uslijed toga, dolazi do gubitka sjećanja, što čini amneziju jednim od negativnih simptoma poremećaja iz ove skupine. Iako se traumatsko iskustvo smatra „okidačem“ koji pokreće razvoj disocijativnih poremećaja, amnezija nije ograničena samo na gubitak sjećanja traumatskog događaja. Osobe s poremećajima iz ove skupine mogu zaboraviti važne događaje iz svoje prošlosti, ali čak i zaboraviti tko su, preuzeti novi identitet, te uslijed toga odlutati iz svoje okoline u nepoznatom smjeru (Davison i Neale, 1999).

Cilj ovog rada je opisati karakteristike amnezije u disocijativnim poremećajima: kod disocijativne amnezije, disocijativne fuge i disocijativnog poremećaja identiteta, prikazom provedenih znanstvenih istraživanja i studija slučaja. Također, naglasak je na pregledu aktualnih tehnika koje se koriste za rehabilitaciju pamćenja i povratak cjelovitosti identiteta kod oboljelih od poremećaja iz ove skupine.

2. AMNEZIJA

Amnezija, definirana kao gubitak pamćenja za određeno vremensko razdoblje ili određene događaje, može se javiti kao posljedica traume ili fizioloških promjena u mozgu, ali i kao posljedica jakog neugodnog čuvstva (Petz, 2005). Osim podjele prema vremenskom pojavljivanju traume koja je dovela do amnezije, možemo razlikovati i primarnu i sekundarnu amneziju (Baddley, 1982; prema Zarevski, 2007). Dok se primarna amnezija odnosi na deficit u dugoročnom pamćenju, uz očuvano funkcioniranje ostalih aspekata kognitivnog funkcioniranja, odnosno normalan kvocijent inteligencije i uredan rad kratkoročnog pamćenja, sekundarna se amnezija odnosi na probleme s dugoročnim pamćenjem koji su posljedica ostalih kognitivnih deficita (Zarevski, 2007). Osim organski uvjetovane amnezije, javlja se i psihogena amnezija (koja u podlozi nema organski uzrok ili ozljedu), koja je disocijativni fenomen (Begić, 2016).

Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (APA, 2014), neki od dijagnostičkih kriterija za disocijativnu amneziju i disocijativni poremećaj identiteta su: a) nemogućnost prisjećanja autobiografskih podataka, b) „rupe“ u prisjećanju svakodnevnih događaja, kao i podataka povezanih s doživljenom traumom ili stresom i c) ostale teškoće s pamćenjem koje nisu posljedica svakodnevnog zaboravljanja. Zbog toga je amnezija u različitim manifestacijama bitna odrednica disocijativnih poremećaja.

2.1. Psihogena amnezija

Smetnje u pamćenju koje se javljaju kao jedan od simptoma disocijativnih poremećaja možemo svrstati u psihogene amnezije, odnosno amnezije koje nisu uzrokovane jasnim organskim poremećajima ili traumom mozga. Najčešće se uzrokom disocijativnih poremećaja smatra traumatsko iskustvo, stoga se ono može smatrati i uzrokom pojave psihogene amnezije, posebno kada se gubitak sjećanja javlja izolirano za traumatski događaj. Disocijativni poremećaji u DSM-V priručniku navedeni su nakon poremećaja vezanih uz stresor i traumu, što odražava povezanost između ovih dijagnostičkih kategorija. Traumatski događaji smatraju se uzročnikom poremećaja iz obje skupine, a poremećaje vezane uz stresor i traumu karakteriziraju disocijativni simptomi kao što su amnezija, *flashback*, depersonalizacija i derealizacija (APA, 2014).

O eventualnim neuralnim promjenama koje prethode psihogenoj amneziji raspravljat će se u nastavku.

2.1.1. Psihogeni amnezija kao simptom disocijativnih poremećaja

Amnezija unutar disocijacije odnosi se na nemogućnost prisjećanja autobiografskih podataka koja se ne može objasniti uobičajenim zaboravljanjem, a može rezultirati i putovanjem prilikom kojeg osoba odbacuje svoj dosadašnji život i započinje novi na drugom mjestu (tzv. fuga). Može biti ograničena na jedan događaj ili period, selektivna tj. usmjerena na specifični aspekt događaja ili generalizirana, koja uključuje gubitak identiteta i autobiografskih podataka (APA, 2014). Važno je napomenuti kako osobe s disocijativnim poremećajima najčešće nisu svjesne amnezije, odnosno imaju „amneziju za svoju amneziju“ (APA, 2014). Do osvještavanja ovih simptoma dolazi tek nakon što osobe primijete da imaju rupe u sjećanju, bilo primjećivanjem kako im „nedostaje“ neki dio vremena u danu ili prilikom interakcije s drugima. Takvi problemi u pamćenju, gotovo jednako kao i potpuni gubitak autobiografskih podataka onemogućuje normalno funkcioniranje osobe i može pridonijeti gubitku povezanosti s identitetom.

2.1.2. Neuralni mehanizmi u podlozi psihogene amnezije

Osim objašnjenja psihogene amnezije kao posljedice traumatskog iskustva i potiskivanja istog, znanstvenici su se bavili i istraživanjem neuralnih mehanizama koji posreduju u nastanku ovog fenomena. Kroz povijest su opisani brojni slučajevi pacijenata oboljelih od retrogradne amnezije za autobiografske podatke i različitih disocijativnih simptoma, potaknutih jednokratnim ili opetovanim traumatskim iskustvom. Pojava ovih simptoma u uvjetima visokog psihičkog stresa navela je znanstvenike na istraživanje bioloških posrednika između doživljaja traumatskog iskustva i promjena u kognitivnoj funkciji pamćenja. Također, u suvremenim istraživanjima ispituje se funkcija psihogene amnezije kao svojevrsne zaštite osobe od prisjećanja i samim time ponovnog proživljavanja traumatskog iskustva (Markowitsch i sur., 1999).

Danas postoji veliki broj zabilježenih slučajeva pacijenata s psihogenom ili funkcijskom amnezijom koji pokazuju deficite u autobiografskom pamćenju i promjene u moždanom metabolizmu (Markowitsch, Kessler, Frohlich, Schneider i Maurer, 1999). Može se reći kako su ove promjene praćene generalnim disbalansom neurotransmitera i hormona (McEwen, 2000; prema Markowitsch, 2003), kao što su glukokortikoidi i mineralokortikoidi, što se može pripisati reakciji na stresni događaj. Takav disbalans neurotransmitera i hormona u mozgu onemogućava normalno procesiranje autobiografskih podataka iz pamćenja. Utvrđeno je kako izloženost stresu i traumi u ranom djetinjstvu povećava vjerojatnost pojave simptoma posttraumatske amnezije kasnije u životu i oštećuje živčana vlakna u mozgu, a moguće i živčane stanice (Bremner, 2001; Kim and Yoon, 1998; McEwen, 1999, 2000; O'Brien, 1997; Schore, 2002; sve prema

Markowitsch, 2003). Primjerice, pronađeno je da pojedinci koji su opetovano seksualno zlostavljani u djetinjstvu uz probleme u ponašanju pokazuju i promjene u morfologiji mozga (Anderson, Teicher, Polcari i Renshaw, 2002).

Na slučaju klijenta s disocijativnom amnezijom, Yasuno i sur. (2000) utvrdili su da se javlja veća aktivnost desne hemisfere tijekom prisjećanja semantičkih činjenica tijekom akutne faze bolesti, dok nakon oporavka dolazi do povratka dominantne aktivnosti lijeve hemisfere mozga prilikom prisjećanja. U istraživanju s klijentom koji je obolio od psihogene fuge javila se pojačana aktivnost regija lijeve hemisfere tijekom suočavanja s epizodama iz vlastitog života, dok se kod zdravih osoba javila vrlo slična aktivnost u desnoj hemisferi (Fink i sur., 1996; prema Markowitsch, 2003). Može se pretpostaviti kako se kod osoba s funkcionalnom amnezijom javlja disbalans moždanih aktivnosti kako bi se blokirao povratak autobiografskih sjećanja.

Kao zaključak proizašao iz prikupljenih nalaza iz ovog područja, Markowitsch (2003) predlažu model sindroma amnestičkog blokiranja, koji uključuje promjene u različitim hormonskim i neurotransmiterskim sustavima (gaba-antagonisti, glukokortikoidi, acetilkolin). Ove promjene dovode do ometanja normalne funkcije retrogradnog autobiografskog, ali u nekim slučajevima i anterogradnog autobiografskog pamćenja, kao i drugim oštećenjima kognitivnih funkcija. Sindrom se javlja nakon izoliranog stresnog događaja ili opetovanih uvjeta stresa i traume. Također, povezuje se i s doživljavanjem stresnih i traumatskih iskustava u djetinjstvu. Mehanizam predložen ovim modelom može se interpretirati kao prekid povezanosti struktura „okidača“ sjećanja i skladišta pamćenja (Costello i sur., 1998; prema Markowitsch, 2003).

3. DISOCIJATIVNI POREMEĆAJI

Disocijativni poremećaji su karakterizirani dezintegracijom svijesti, pamćenja, identiteta, emocija, percepcije, kontrole pokreta, tijela i ponašanja (APA, 2014). Prema DSM-V, u disocijativne poremećaje se ubrajaju disocijativni poremećaj identiteta, disocijativna amnezija, depersonalizacijski/derealizacijski poremećaj, drugi specificirani disocijativni poremećaj i nespecificirani disocijativni poremećaj. Prema studiji Rossa (1991; prema Davison i Neale, 1999) utvrđena je prevalencija od 7,0 % za disocijativnu amneziju, 2,4 % za depersonalizaciju i 0,2 % za disocijativnu fugu.

U ovom radu koncentrirat ćemo se na disocijativnu amneziju, disocijativni poremećaj identiteta i disocijativnu fugu.

3.1. Etiologija disocijativnih poremećaja – traumatsko iskustvo

Kao što je ranije spomenuto, kao glavni pokretač disocijativnih poremećaja navodi se traumatsko iskustvo, a posebno je kritično ono doživljeno u ranom djetinjstvu. Povijesnim pregledom psihologijskih teorija vidljivo je kako različiti pravci objašnjavaju etiologiju disocijativnih poremećaja na različite načine, ali zajednički nazivnik im je samozaštitna funkcija ovih poremećaja, kada ne postoji drugi način da se pojedinac obrani od traumatskog iskustva.

Prema psihoanalitičkoj teoriji, svi su disocijativni poremećaji primjer masivnog potiskivanja nepoželjnih infantilnih spolnih želja edipalne faze (Davison i Neale, 1999), odnosno seksualnih nagona prema roditelju suprotnog spola. Prema ovoj teoriji, u edipalnoj fazi dolazi i do izražavanja tih nagona, odnosno neke vrste spolnog kontakta s roditeljem, a disocijacija se javlja kako bi se taj čin mogao potisnuti – stvara se novi identitet potpuno odvojen od vlastitog „ja“. Prema biheviorističkoj teoriji, disocijativni poremećaji su primjer reakcija izbjegavanja, koja također služe samozaštiti od stresnih događaja (Davison i Neale, 1999). Može se reći kako je razmišljanje biheviorista u skladu s psihoanalitičkom teorijom, ali bez naglašavanja infantilnih seksualnih nagona i ostalih motiva uobičajeno prenaplašenih u psihoanalitičkoj teoriji. Prema teoriji Blissa (1980; prema Davison i Neale, 1999) disocijativni identitet uspostavlja se procesom samohipnoze u ranom djetinjstvu, također kao način zaštite od iznimno traumatičnih iskustava. Kasnija istraživanja potvrdila su ovu pretpostavku nalazom da su osobe kod kojih se javlja disocijativni identitet u usporedbi s kontrolnom skupinom puno podložnije hipnozi (Bliss, 1983; prema Davison i Neale, 1999). Također, utvrđeno je kako je 80% osoba kojima je dijagnosticiran disocijativni identitet pretrpjelo tjelesno zlostavljanje, a njih 70% bilo je primorano na incest (Putnam i sur., 1983; prema Davison i Neale, 1999).

3.2. Disocijativna amnezija

Disocijativna amnezija najčešći je disocijativni poremećaj i prema podacima iz 2006. javlja se u učestalosti do 1,8% u populaciji. Također, češće se javlja kod žena nego kod muškaraca i češće kod mladih nego kod starijih osoba (Johnson, Cohen, Kasen i sur., 2006; prema Begić, 2016). Kod disocijativne amnezije osoba se iznenadno ne može dosjetiti bitnih autobiografskih podataka i najčešće svih događaja koji su slijedili nakon nekog stresnog događaja ili traumatskog iskustva. Osim samog gubitka pamćenja kod osobe se javlja i dezorijentiranost, nepovezanost s vlastitim identitetom (dolazi do dezintegracije funkcije svijesti, percepcije vlastitog identiteta i okoline) i slični simptomi disocijacije. Prema DSM-V, ostale odrednice za dijagnosticiranje ovog poremećaja su: a) značajna patnja i teškoće funkcioniranja u socijalnom ili radnom i ostalim

važnim područjima, b) nemogućnost pripisivanja simptoma učinku psihoaktivne tvari, neurološkim i drugim zdravstvenim stanjima i c) nemogućnost boljeg objašnjavanja simptoma disocijativnim poremećajem identiteta, posttraumatskim stresnim poremećajem, akutnim stresnim poremećajem, poremećajem somatskih simptoma ili neurokognitivnim poremećajem (teškim ili blagim) (APA, 2014). Važna odrednica koja razlikuje ovu amneziju od trajne amnezije koja je uzrokovana nekim organskim oštećenjima je da je uvijek potencijalno reverzibilna, odnosno da postoji mogućnost povratka sjećanja koja su još uvijek pohranjena u skladištu pamćenja. Reverzibilnost amnezije ovog tipa stavlja naglasak na važnost rada s osobama oboljelim od ovog poremećaja i razvijanje adaptivnih mehanizama za suočavanje sa stresom i traumom, kako bi se smanjila potreba za potiskivanjem negativnih sadržaja, odnosno samozaštitnom funkcijom disocijativne amnezije.

Disocijativna amnezija je najčešća lokalizirana amnezija. Odnosno, javlja se nemogućnost prisjećanja događaja za određeni period vremena – pojedinačni događaj kraćeg vremenskog trajanja ili događaj koji je trajao nekoliko mjeseci i godina, a povezan je primjerice sa zlostavljanjem. Rjeđe se javlja selektivna amnezija u kojoj se osoba prisjeća nekih, ali ne svih događaja za vrijeme ograničenog perioda, kao i generalizirana amnezija, odnosno gubitak svih sjećanja o svome životu i osobnom identitetu (APA, 2014). Van den Hart i Nijenhuis (2001) naglašavaju kako kod generalizirane amnezije, osim gubitka autobiografskog pamćenja ponekad dolazi i do gubitka semantičkog i proceduralnog pamćenja, što je detaljnije opisano kasnije u radu gdje se opisuje slučaj osobe oboljele od disocijativne amnezije.

Disocijativna amnezija može se pojavljivati u kombinaciji s drugim disocijativnim i somatoformnim poremećajima (poremećaji kod kojih se osoba opetovano žali na tjelesne simptome i traži medicinsku obradu, uz nepostojanje stvarnog organskog uzroka ili bolesti), kao i poremećajima prilagodbe (PTSP), ličnosti i raspoloženja (Begić, 2016). Od rizičnih čimbenika, najvažniji su okolinski, odnosno već naglašena i spominjana traumatska iskustva i stresni događaji koji najčešće prethode pojavi ovog poremećaja. Vezano uz čimbenike koji mijenjaju tijekom bolesti, uklanjanje okolnosti traume može dovesti do povratka pamćenja (Begić, 2016). Do povratka epizodičkog i autobiografskog pamćenja ponekad može doći naglo, bez terapijske intervencije, i takvo naglo dosjećanje često je bolno za osobu oboljelu od disocijativne amnezije budući da izgubljena sjećanja uglavnom uključuju traumatična iskustva. U tim slučajevima javlja se i rizik od samoubojstva i ostalih samoozljeđujućih ponašanja, upravo zbog preplavlivanja traumatičnim sjećanjima (APA, 2014). U literaturi se navode i slučajevi u kojima je gubitak epizodičkog

pamćenja trajan, zbog bolne prirode doživljenih iskustava i nedovoljnog kapaciteta osobe da se nosi s doživljenim stresom (Van den Hart i Nijenhuis, 2001).

Upravo takva intenzivna sjećanja u podlozi disocijativne amnezije naglašavaju njenu samozaštitnu ulogu i opreznost koja je potrebna u terapijskom procesu osoba oboljelih od ovog poremećaja. Vraćanje sjećanja pod svaku cijenu nije uvijek adaptivno za pojedinca i može dovesti do posljedica još kobnijih od samog poremećaja.

3.2.1. Obilježja gubitka pamćenja kod disocijativne amnezije – studija slučaj

Mondai (2000; prema Van den Hart i Nijenhuis, 2001) izvještava o slučaju O.K., 58-godišnje pacijentice u Izraelu koja je oboljela od generalne amnezije, a koja uključuje razdoblje cijelog djetinjstva, uključujući Holokaust koji je preživjela. Do tretmana je došlo nakon što je O.K. zatražila pomoć zbog depresije, otežanog funkcioniranja, niskog samopoštovanja, manjka koncentracije, nesаницe, suicidalnih misli i osjećaja krivnje. Rođena je u Mađarskoj kao kćer jedinica židovskog para. Kada je imala 8 godina, nacisti su odveli njenog oca, a nekoliko mjeseci kasnije i majku. Ona je ostala s bakom koja je umrla nekoliko dana poslije. Nakon što je pronađena kako sjedi pored preminule bake poslana je u samostan. Po završetku rata vratila se roditeljima koji su preživjeli koncentracijski logor i poslana je u židovsku školu. Kada je imala 14 godina s obitelji je krenula prema Izraelu, no brod kojim su putovali zaustavljen je od strane britanske vlasti. Dok su odlazili s broda O.K. se razdvojila od svojih roditelja koji su zajedno s ostalim imigrantima odvedeni u logor na Cipru, a nju je izgublenu pronašao britanski vojnik. Konačno je u Izraelu smještena u kibuc.

Patila je od generalne amnezije za razdoblje cijelog djetinjstva u Mađarskoj i za sve što se dogodilo tijekom Holokausta. U razgovoru o tim događajima nije pokazivala nikakve osjećaje i vodila je razgovor u intelektualnom tonu, a izjavila je da može samo kognitivno zamisliti tužnu priču o djetetu koje je prošlo kroz te strahote, ali bez ikakvih osjećaja i identifikacije. Također se nisu javljali snovi o navedenim događajima. Detalje o svom djetinjstvu O.K. je čula od rođakinje u Izraelu koja je svjedočila tim tragičnim događajima, ali ni razgovori s njom nisu doveli do povratka sjećanja. Postojala je potpuna disocijacija djetinjstva od njenog trenutnog života. Pokušaj konfrontacije s prošlošću, posjet imigrantskom brodu, doveo je do manične epizode koja je praćena dubokom depresijom i pokušajem samoubojstva. Nisu se javili deficiti u proceduralnom i semantičkom pamćenju.

Mondai (2000; prema Van den Hart i Nijenhuis, 2001) zaključuje kako je u ovom slučaju kontinuiranim radom i uspostavljanjem odnosa empatije s terapeutom kod klijentice povećano

povjerenje te da je s vremenom došlo do smanjenja simptoma, ali ne i do povratka izgubljenih sjećanja. Navodi da je bolje klijenticu ne izlagati amnestičnoj povijesti nego povećati njezin kontakt s realnošću u svrhu oporavka i poboljšanja funkcioniranja.

Ovaj slučaj ilustrira gubitak svih sjećanja koja O.K. vežu za izrazito traumatično djetinjstvo i neuspjelu samozaštitnu funkciju amnezije, budući da osoba manifestira brojne druge psihičke poremećaje koji se dijelom mogu pripisati teškim uvjetima odrastanja i neuspješnim strategijama nošenja sa traumatskim iskustvom. Van den Hart i Brom (2000) navode da u gotovo svim opisanim slučajevima povezanim s iskustvom Holokausta amnezija postoji u vremenu izvještavanja i iako se ponekad spominje povratak „zaboravljenog“ materijala, u literaturi je rijetko opisan proces povratka sjećanja.

3.3. Disocijativni poremećaj identiteta

Disocijativni poremećaj identiteta, odnosno poremećaj višestruke ličnosti, uključuje pojedinca koji ima dva ili više odvojena ega koji se pojavljuju neovisno jedan o drugom i upravljaju sviješću u različitim razdobljima, najčešće nesvjesni postojanja onog drugog (Davison i Neale, 1999). Često iskrivljen prikaz ovog poremećaja u kinematografiji i romanima doveo je do prepoznatljivosti, pa čak i popularizacije ovog poremećaja u društvu, ali s nedovoljnim naglaskom na ozbiljnost ovog poremećaja i slabu mogućnost oporavka oboljelih. Mnogo je češći kod ženskih nego kod muških osoba i obično se javlja u razdoblju ranog djetinjstva, ali dijagnoza disocijativnog poremećaja identiteta se rijetko postavlja prije adolescencije (Davison i Neale, 1999). Nakon proživljene duboke, a posebno opetovane traume u djetinjstvu, javljanje alter-ega ima ulogu svojevrsnog zaštitnika djeteta koje nema druga sredstva zaštite od stresnog događaja. Podaci o učestalosti ovog poremećaja nisu jednoznačni, ali sigurno je da se javlja iznimno rijetko, s prevalencijom od 1,5 % u općoj, do 5 % u psihijatrijskoj populaciji (Johnson i sur., 2006; prema Begić, 2016).

Prema DSM-V, dijagnostički kriteriji za dijagnosticiranje ovog poremećaja su: a) prisutna dva ili više posebnih stanja ličnosti, prekid identiteta uz diskontinuiran doživljaj *selfa* i doživljaj kontrole, b) ponavljajuće rupe u prisjećanju svakodnevnih događaja koje se ne mogu pripisati svakodnevnom zaboravljivošću, c) simptomi koji dovode do patnje i oštećenja u socijalnom, radnom i ostalim važnim područjima funkcioniranja, d) smetnje koje nisu dio kulturnih ili religioznih obrazaca ponašanja, a kod djece se ne mogu objasniti igrom ili zamišljenim prijateljima, e) simptomi koji se ne mogu objasniti djelovanjem psihoaktivnih tvari ili drugim zdravstvenim stanjima.

U Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (APA, 2014) navode se i odrednice disocijativne amnezije kod osoba s disocijativnim poremećajem identiteta, odnosno njihove manifestacije su grupirane na tri načina. Prvi je nedostatak sjećanja za neke životne događaje, primjerice događaje u djetinjstvu ili adolescenciji, sjećanja na važne događaje kao što je smrt članova obitelji i slično. Ova manifestacija disocijativne amnezije može se opisati kao lokalizirana za određeni vremenski period ili događaj. Drugi oblik su propusti u međusobno povezanim sjećanjima, odnosno za događaje u danu, vještine koje su uobičajeno dobro naučene kao što je čitanje ili vještine potrebne za posao, odnosno proceduralno znanje. Treći oblik su nesjećanja obavljanja svakodnevnih zadataka, odnosno pronalaženje osobnih stvari na drugim mjestima, nesjećanje zapisa koje su osobe same morale napraviti, pa čak i ozljeda, kao i zaticanje usred nekog posla bez sjećanja da su ga započeli. Ova nesjećanja su rezultat amnezije za periode u kojima je u svijesti bio prisutan drugi alter-ego, odnosno druga ličnost osobe.

Svaki alter-ego se opisuje kao integriran i složen, s vlastitim načinom ponašanja, djelovanja, osobinama ličnosti, i na svoj način usmjerava ponašanje osobe kada je „na vlasti“ (Davison i Neale, 1999). Često se spominju slučajevi u kojima je jedna ličnost dešnjak, a druga ljevak, o različitim alergijama, različitom rukopisu... Kada postoji više od 2 alter-ega, oni mogu biti u određenoj mjeri svjesni drugih ličnosti, mogu čuti glasove drugih u svojoj svijesti, pa čak i razgovarati (Davison i Neale, 1999). Međutim, prevladava slučaj u kojem domaćinski identitet nije svjestan samih alter-ega, već primjećuje rupe u sjećanju, ostale simptome disocijacije, pa čak i glasove u glavi, ali nije svjestan prirode tih problema.

Važno je naglasiti da se klinička slika može javiti u bilo kojem životnom razdoblju, od ranog djetinjstva do kasne životne dobi, što uvelike utječe na manifestaciju simptoma ovog poremećaja. Ovisno o dobi, osobe s poremećajem traže pomoć zbog različitih teškoća. U ranoj dobi oboljeli se najčešće žale na diskontinuitet iskustva, kod adolescenata na izražene promjene identiteta, a kod starijih osoba na stanja koja se doimaju poremećajima raspoloženja, ili kognitivne teškoće zbog disocijativne amnezije. U APA-inom priručniku (2014) navodi se nekoliko situacija u kojima je kod osoba oboljelih od disocijativnog poremećaja identiteta dolazilo do promjene identiteta: a) napuštanje traumatske situacije, b) vlastita djeca u istoj dobi kao osoba kada je bila traumatizirana ili zlostavljana, c) kasnije traumatsko iskustvo (na primjer, prometna nesreća), d) smrt ili bolest zlostavljača.

Od rizičnih čimbenika ponovno je najvažniji okolinski, već navedeno proživljeno fizičko i seksualno zlostavljanje, ali i brojni medicinski postupci u djetinjstvu, rat, dječja prostitucija i terorizam (APA, 2014).

I kod ovog poremećaja postoji prisutnost suicidalnih ideja i suicidalnih pokušaja, a često se javlja praćen depresijom, graničnim poremećajem ličnosti i somatizacijom (Ross i sur., 1990; prema Davison i Neale, 1999).

3.3.1. Obilježja gubitka pamćenja kod disocijativnog poremećaja identiteta – studija slučaja

Istraživanje Nissena, Rossa, Willinghamama, Mackenziea i Schactera (1988) prati slučaj pacijentice oboljele od disocijativnog poremećaja identiteta. Interpersonalna amnezija navodi se kao glavna odrednica ovog poremećaja i uočena je i u ovom slučaju, odnosno različiti identiteti tvrde kako se ne sjećaju događaja u prisutnosti drugih identiteta i negiraju svijest o drugima. U tom istraživanju proveden je širok spektar implicitnih i eksplicitnih testova pamćenja kako bi se odredilo u kojoj mjeri zasebni identiteti imaju pristup znanju drugih i uvjete u kojima se to znanje javlja.

Pacijentica je 45-godišnja žena koja je u trenutku istraživanja bila nezaposlena i živjela sama, rastavljena je pet puta i majka dviju kćeri. Do tad je hospitalizirana u psihijatrijsku ustanovu u pet navrata i po DSM-III zadovoljavala je kriterije višestrukog poremećaja ličnosti (disocijativnog poremećaja identiteta). Po rođenju ju je usvojila ujna, koja je imala još dvojicu usvojenih posinaka. Obitelj do pete godine opisuje njeno ponašanje kao tiho i popustljivo, ali nakon pete godine javlja se agresivno i nasilno ponašanje prilikom kojeg se opisivala drugim imenima kada bi se to ponašanje javilo. Premda u istraživanju nije naveden uzrok i razdoblje u kojem se poremećaj javio, navedena promjena u ponašanju upućuje na to da je u dobi od pet godina pacijentica doživjela traumatsko iskustvo koje je dovelo do razvoja poremećaja. Pacijentica nije imala drugih medicinskih problema ili povijest ozljeda glave ili neuroloških problema. Jedan od alter-ego identiteta spominje probleme zlouporabe alkohola u zadnjih 15 godina, praćene povremenim korištenjem marihuane i LSD-a. Neurološke procjene, uključujući EEG i CAT snimke, pokazuju rezultate u skladu s uobičajenim kognitivnim funkcioniranjem.

Do trenutka u kojem je provedeno istraživanje kod pacijentice se manifestiralo 22 različita alter-ega u rasponu dobi od 5 do 45 godina. Tri identiteta predstavljaju se kao muške osobe, tri su ljevaci. Premda većina identiteta nisu direktno svjesna drugih i amnestični su za događaje kada su drugi prisutni, tri mlađa identiteta izvještavaju da primaju savjete i upute od nekih starijih identiteta o tome kako se trebaju ponašati, dok jedan identitet tvrdi da ona ima potpunu svijest o drugima i

promatra i sluša njihovo ponašanje. U ovom istraživanju sudjelovalo je 8 različitih identiteta, i u ovoj grupi svi su nesvjesni i amnestični za druge, odnosno pokazuju interpersonalnu amneziju. Testiranje je provedeno u 10 navrata tijekom tromjesečnog perioda. Seanse su odvojene u razmacima od najmanje 4 dana, a promjene identiteta su učinjene na zahtjev klijentičinog psihijatra i prijelazi su trajali manje od 1 minute. U tri navrata tijekom testiranja do promjene je došlo spontano.

Provedeni su eksplicitni testovi pamćenja u kojima su jednom identitetu prezentirani podražaji, a nakon perioda od 5 do 10 minuta drugom je identitetu prezentiran zadatak osjetljiv na informacije prezentirane prethodnom identitetu. Također, trenutno prisutan alter-ego je pitan da se prisjeti ili prepozna informacije prezentirane drugom identitetu, što nije rezultiralo uspjehom. I provedeni implicitni testovi su pokazali kako nema pristupa znanju između različitih identiteta. Navedenim istraživanjem nisu potvrđene ranije pretpostavke da interpersonalna amnezija postoji za eksplicitno pamćenje, a ne za implicitno. Rezultati istraživanja pokazuju da dostupnost informacija između identiteta ovisi o svojstvima prezentiranog materijala i mjeri u kojoj je različita reinterpretacija materijala ovisna o osobinama ličnosti. Kod materijala koji dozvoljavaju različite interpretacije i kod kojih se smatra da ovise o raspoloženju i vjerovanjima osobe, nema dostupnosti informacija između identiteta, dok je kod materijala čija interpretacija ne ovisi o osobinama pojedinca i manje je ovisna o njima postoji veći pristup informacijama (Nissen, Ross, Willingham, Mackenzie i Schacter, 1988).

3.4. Disocijativna fuga

Disocijativna fuga definira se kao neobično ponašanje u kojem dolazi do neočekivanog putovanja u udaljeno mjesto prilikom kojeg osoba potpuno ili djelomično zaboravlja svoj identitet (Begić, 2016). Uobičajeno se pojavljuje nakon zlostavljanja u djetinjstvu ili aktualnih traumatskih događaja kao što su rat, katastrofe, financijski slom ili partnerski problemi (Coons, 1999; prema Begić, 2016). Prema DSM-V priručniku, disocijativna fuga nije klasificirana kao zaseban poremećaj. Rijetko se javlja zajedno s disocijativnom amnezijom, a nešto češće s disocijativnim poremećajem identiteta (APA, 2014). Učestalost javljanja disocijativne fuge je 0,2% u općoj populaciji (Johanson i sur., 2006; prema Begić, 2016).

Ponašanje osobe na tim putovanjima je nenametljivo, a socijalni kontakt je smanjen na minimum. Ipak, osoba u stanju fuge ponekad preuzima novi identitet, koji može biti nepotpun ili do detalja izrađen, i započinje novi život (Begić, 2016). Iako se ne sjeća svoje prošlosti, zadržava znanja i vještine koje je ranije stekla (Petz, 2005), odnosno semantičko i proceduralno znanje.

Osoba u stanju fuge sposobna je uspostaviti novi društveni život i odnose, bez propitkivanja o nesposobnosti prisjećanja prošlosti (Davison i Neale, 1999). U toj mjeri razrađen novi identitet i život ipak je rijedak i fuga je češće kratkotrajna, nakon čega dolazi do potpunog oporavka u vremenskom periodu različitom od slučaja do slučaja, a javlja se amnezija za razdoblje trajanja fuge (Davison i Neale, 1999). Nakon prestanka stanja fuge mogu se javiti depresija, osjećaj krivnje i srama (Begić, 2016). Takva reakcija slična je kao kod oporavka od disocijativne amnezije, odnosno nakon završetka fuge i povratka svom životu osoba se najčešće prisjeća traumatskog iskustva koje je dovelo do stanja fuge i disocijacije. Povratak sjećanja dovodi do depresivnih misli, dok osjećaj krivnje i srama zbog samog udaljavanja od svog života i putovanja u nepoznato pridonose negativnom raspoloženju osobe.

3.4.1. Obilježja gubitka pamćenja kod disocijativne fuge – studija slučaja

Istraživanje Helmesa, Browna i Elliotta (2015) prati slučaj 54-godišnje pacijentice, udane i majke dvoje odrasle djece, koju autor naziva gospođom X. Primljena je u psihijatrijsku kliniku nakon što je iznenada dobila retrogradnu amneziju za sve događaje u zadnjih 33 godine i vlastiti identitet. Policija ju je pronašla u blizini željezničke pruge koja prolazi kroz zajednicu u kojoj je trenutno živjela, gdje je navodno tražila svoj dom iz djetinjstva koji se zapravo nalazi u drugoj zajednici nekoliko stotina kilometara dalje. Prema izvještajima, nije prepoznala muža ni djecu, kao niti svoju fotografiju s vozačke dozvole te je vjerovala kako ima 18 godina. Ovi simptomi i činjenica da je gospođa X pronađena kako luta udaljena od mjesta stanovanja odgovaraju stanju disocijativne fuge.

Gospođa X je u razdoblju djetinjstva pretrpjela je stresne događaje u obliku seksualnog zlostavljanja od strane članova obitelji, kao i smrt dvaju bliskih prijatelja u prometnoj nesreći. Odmah nakon napuštanja škole radila je na brojnim radnim mjestima gdje je pokazivala uredno funkcioniranje i napredovala s porastom radnog iskustva. Radila je kao samostalni agent za nekretnine što je dovelo do financijskih problema koji su rezultirali bankrotom nedugo prije javljanja amnezije. Vezano uz bračni život, pacijentica je bila u prvom braku, u kojem je rođena i njena prva kćer koja je u to vrijeme imala 11 godina. Prvi suprug je prema gospođi X bio fizički i emocionalno nasilan te je imao nekoliko izvanbračnih afera tijekom braka. Incidenti obiteljskog nasilja nastavili su se do rastave. Pet godina nakon rastave ponovno se udala te je s drugim suprugom imala stabilan odnos, iako se on u vrijeme incidenta odselio kako bi joj dao prostora za oporavak. Prije nego što se stanje fuge javilo, gospođa X imala je povijest fizičkih bolesti kao što su karcinom maternice, uklanjanje žučnog mjehura, uklanjanje ciste na jajniku, dijabetes, visok

krvni tlak i razinu kolesterola. Osim zdravstvenih poteškoća imala je i problema vezanih uz stanovanje. Općenito, životna povijest uključivala je brojne stresne događaje koji su prethodili gubitku sjećanja. Gospođa X i njezin suprug izvještavaju kako su se anksiozna i depresivna raspoloženja kod nje javila 6 mjeseci prije gubitka sjećanja, kada je pretrpjela prometnu nesreću nakon koje je patila od glavobolje.

Nakon što su je u stanju fuge pronašli policajci, provela je 3 tjedna u regionalnoj psihijatrijskoj ustanovi nakon čega je prebačena u lokalnu ustanovu za mentalno zdravlje. Po hospitalizaciji magnetskom rezonancom nisu utvrđene nikakve abnormalnosti i ozlijede mozga, a psihološkom procjenom je utvrđena visoka razina depresivnosti, beznada i anksioznosti. Otpusna dijagnoza psihijatra bila je disocijativna amnezija.

Na inicijalnoj procjeni gospođa X ostvarila je ispodprosječne rezultate na mjerama pažnje i pamćenja, što je uobičajeno za disocijaciju i visoku razinu emocionalnog stresa koja je postojala kod pacijentice, i naglašava ulogu stresa u ograničavanju pažnje u procesiranju informacija. Nesreća koju je gospođa X doživjela bila je otežavajući čimbenik koji je pogodovao pojavi disocijativne fuge, ali nije doveo do gubitka svijesti ili ozljeda koje zahtijevaju hospitalizaciju, što ukazuje kako amnezija nije uvjetovana ozljedom glave.

Nakon perioda od 11 godina, kad je učinjena ponovna procjena, stanje gospođe X ostalo je u velikoj mjeri nepromijenjeno u dva aspekta. Sjećanja za veliki period njenog života nisu se vratila i rehabilitirana su samo učenjem događaja iz njenog života. Također, simptomi PTSP-a koje je pokazivala pri inicijalnoj procjeni ostali su nepromijenjeni. Značajno je napomenuti kako je gospođa X zadržala sjećanja zlostavljanja iz djetinjstva, a izgubila novija sjećanja svog odraslog života, bez obzira što su sjećanja iz djetinjstva ona koja su je traumatizirala i uvjetovala nastanak PTSP-a. U tom smislu je način gubitka sjećanja neuobičajen za disocijativnu fugu. Uspjeh na ostalim mjerama pamćenja i pažnje kod gospođe X se s vremenom poboljšao.

4. REHABILITACIJA PAMĆENJA KOD DISOCIJATIVNIH POREMEĆAJA

Disocijativni se poremećaji bolje od bilo kojih drugih uklapaju u Freudov koncept potiskivanja, što ih čini prigodnima za liječenje psihoanalitičkom terapijom (Davison i Neale, 1999). Drugim riječima, prekid potiskivanja sjećanja glavni je cilj terapijskog postupka, u svrhu ponovnog integriranja osobe u cjelovitu ličnost i adaptivnog nošenja s traumatskim iskustvima koja su uzrokovala poremećaj. Upravo zbog toga, rehabilitacija pamćenja najvažniji je dio terapije disocijativnih poremećaja te će biti detaljnije opisana u nastavku. Bit će opisane najznačajnije

tehnike korištene za rehabilitaciju pamćenja i općenito za liječenje osoba oboljelih od disocijativne amnezije, disocijativnog poremećaja identiteta i disocijativne fuge.

4.1. Rehabilitacija kod disocijativne amnezije

Postoji vrlo mali broj kontroliranih istraživanja kojima se ispitivao način i učinak liječenja disocijativne amnezije, stoga većina informacija o terapijskim tehnikama dolazi iz iskustava kliničara i studija slučaja njihovih pacijenata (Maldonado, Butler i Spiegel, 2002).

Prije početka tretmana s osobom oboljelom od disocijativne amnezije potrebno je utvrditi je li stanje amnezije uvjetovano disocijacijom, budući da se amnezija može javiti i kao simptom temporalne epilepsije (Kapur, 1991; prema Maldonado i sur., 2002). Poznato je kako kod psihogenih stanja, usporedno s onima uvjetovanim epilepsijom, amnezija traje duže. Također, ponašanje pacijenata s disocijativnom amnezijom je više svrsishodno i integrirano nego ono kod osoba kod kojih amnezija nastaje kao posljedica epileptičnih napada. Tretman je uobičajeno uvjetovan vrstom amnezije, odnosno razlikuje se za pacijente s akutnom i kroničnom amnezijom. Liječenje osoba s akutnom amnezijom uglavnom je agresivnije od onog kod kroničnog oblika i uključuje prvenstveno udaljavanje osobe iz stresne situacije, odnosno osiguravanje sigurnog okruženja (Maldonado i sur., 2002). Kako se disocijativna amnezija javlja kao posljedica traumatskih iskustava, ako je takvo stanje uvjetovano trenutnom opasnošću, udaljavanje iz traumatske i opasne situacije samo po sebi može omogućiti spontani povratak sjećanja i uklanjanje disocijativnih simptoma. Ukoliko nema uvjeta za spontani povratak, može se koristiti metoda kao što je hipnoza i lijekovi poput barbiturata i benzodiazepina (Maldonado i sur., 2002).

Kod kroničnog oblika disocijativne amnezije, odnosno osoba koje imaju prazninu u pamćenju za duži period u svom životu, najčešće zbog doživljenog opetovanog fizičkog ili seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu, facilitiranje sjećanja lijekovima nije preporučljivo (Maldonado i sur., 2002). Suprotno tomu, hipnoza se pokazala kao vrlo korisna i učinkovita metoda u oporavku i procesiranju traumatičnih iskustava. Proces hipnoze je prigodan jer omogućava osobi kontroliran pristup sjećanjima, a potpuno preplavljanje sjećanjima na traumatsko iskustvo nije potrebno niti preporučljivo (Maldonado i sur., 2002). Loewenstein (1991) sugerira kako kod osoba s ovakvim amnezijama psihoterapija treba biti dugotrajna, zbog kompleksnosti cjelokupne reakcije na traumatsko iskustvo i njegovog uspješnog reintegriranja.

4.2.Rehabilitacija kod disocijativnog poremećaja identiteta

Kod liječenja disocijativnog poremećaja identiteta, također postoji mali broj kontroliranih znanstvenih studija. Saznanja o uspješnim ishodima liječenja uglavnom su prikupljena u praksi. Sama terapija ovog poremećaja koncentrirana je na uspješnu reintegraciju svih ličnosti u jednu i uvjeravanje klijenta da razdioba ličnosti nije adaptivan način nošenja sa stresom i traumatskim iskustvom, a ne na sam povratak sjećanja i osvještavanje o tome što se događalo u izgubljenom vremenu koje se pojavljuje u prisutnosti drugih ličnosti (Davison i Neale, 1999). Terapija je također usmjerena na podučavanje klijenta adaptivnim tehnikama za nošenjem sa stresom i svakodnevnim izazovima. Time se može zaključiti kako je cilj terapije da se klijent upotrebom naučenih tehnika nauči nositi sa stresnim situacijama i time zamjeni samozaštitnu funkciju koju vrši stvaranje dodatnih alter-ega.

U literaturi se navode sljedeća osnovna načela liječenja disocijativnog poremećaja ličnosti: a) cilj liječenja je integriranje svih ličnosti u jednu, b) uvjeravanje svakog zasebnog alter-ega u činjenicu da je dio jedne cjelovite ličnosti, c) imena alter-ega spominju se samo kad je u razgovoru pogodno, ali ne treba sugerirati potvrđivanje postojanja različitih ličnosti, već klijenta treba usmjeravati prema saznanju kako postoji opća odgovornost cjelovite osobe za učinjene postupke, d) prema svim ličnostima treba se odnositi sa suosjećanjem, e) treba poticati suradnju i suosjećanje između različitih ličnosti, f) potrebno je osigurati suosjećanje za klijenta i podršku u razmatranju traume iz djetinjstva koja je vjerojatno dovela do rascjepa ličnosti (Bowers i sur., 1971; Caddy, 1985; Klufft, 1985; Ross, 1989; sve prema Davison i Neale, 1999).

4.3.Rehabilitacija kod disocijativne fuge

U terapijski postupcima liječenja disocijativne fuge, sugerirano je da odmor, osiguravanje sigurnosti i uspostavljanje odnosa povjerenja s terapeutom potpomažu oporavku identiteta, integriranju traumatskih iskustava u osobnu povijest i povratak klijenta svom životu (Maldonado, i sur., 2002). Kako bi došlo do povratka osjećaja osobnog identiteta i autobiografskog pamćenja koriste se lijekovi i hipnoza, odnosno tehnike ranije navedene kod liječenja disocijativne amnezije. Općenito, liječenje disocijativne fuge i akutnog stanja disocijativne amnezije generalno je slično (Loewenstein, 1991). Važno je napomenuti da je terapiju kod ovog poremećaja potrebno započeti što prije, dok su potisnuta sjećanja još uvijek dostupna. Također je moguće da u ovim slučajevima dođe do spontanog povratka sjećanja nakon udaljavanja iz stresne situacije, kada su klijenti izloženi podražajima koji podsjećaju na njihovu prošlost, ili kad se osjećaju sigurno i izvan opasnosti (Loewenstein, 1991).

5. ZAKLJUČAK

Pamćenje je jedna od najvažnijih funkcija kognitivnog sustava i sposobnost koja osim stvaranja sjećanja i usvajanje znanja omogućuje i oblikovanje vlastitog identiteta i usmjerenje vlastitih životnih puteva. Upravo zbog toga, smetnje u pamćenju, od kojih su najučestalije amnezije, otežavaju funkcioniranje osobe i povezanost osobe s vlastitim identitetom. Psihogene amnezije, za koje je karakteristično da nemaju ozljedu ili jasnu fiziološku disfunkciju u podlozi, uglavnom su potaknute teškim traumatskim iskustvom i uključenošću osobe u stresnu situaciju s kojom se ona nije mogla suočiti na adaptivan način. Upravo to psihogene amnezije čini specifičnim i izazovnim za liječenje jer osim povratka samih sjećanja zahtijevaju i suočavanje s njihovim uzrokom, odnosno traumatskim iskustvom.

Kod disocijativnih poremećaja, od kojih su u ovom radu razmatrana disocijativna amnezija, disocijativni poremećaj identiteta i disocijativna fuga, psihogena amnezija jedna je od glavnih odrednica i jedan od kriterija za njihovo dijagnosticiranje. Najvažnija poveznica disocijativnih poremećaja i psihogene amnezije zasigurno je traumatsko iskustvo, koje je ujedno i njihov pokretač. Traumatsko iskustvo glavni je uzročnik navedenih poremećaja te njegovo uspješno integriranje u osobnu povijest klijenta treba biti misao vodilja svih terapijskih postupaka.

Istraživanja liječenja disocijativnih poremećaja još uvijek su u povojima i temelje se na iskustvima kliničara u radu s pacijentima, ali i u ovoj fazi nude saznanja o mogućnosti uspješnog liječenja ovih poremećaja i povratku izgubljenih sjećanja. Intenzivan rad s terapeutom, potpomognut lijekovima i tehnikom hipnoze pokazali su se uspješni u liječenju disocijativne amnezije, fuge i disocijativnog poremećaja identiteta. Ono što se naglašava u terapijskom postupku je odnos povjerenja s terapeutom, osiguravanje sigurne okoline za klijenta i povezivanje klijenta s podražajima iz njegovog života. Osiguravanje ovih uvjeta temelj je za povratak autobiografskog pamćenja, uklanjanje simptoma disocijacije, osiguravanje ponovne povezanosti sa samim sobom i integracije ličnosti u jednu cjelinu.

6. LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Anderson, C. M., Teicher, M. H., Polcari, A., Renshaw, P. F. (2002). *Abnormal T2 relaxation time in the cerebellar vermis of adults sexually abused in childhood: potential role of the vermis in stress-enhanced risk for drug abuse*. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 231–244.
- Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Davison, G. C., i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Helmes, E., Brown, J., i Elliott, L. (2015). A Case of Dissociative Fugue and General Amnesia with an 11-Year Follow-Up. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16, 100-113.
- Loewenstein, R. J. (1993). Psychogenic amnesia and psychogenic fugue: A comprehensive review. U A. Tasman i S.M. Goldfinger (Ur.) *American Psychiatric Press review of psychiatry* (str. 189-222). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Maldonado, J., Butler, L., i Spiegel, D. (2002). Treatments for Dissociative Disorders. U P. E. Nathan i J. M. Gorman (Ur.) *A Guide to Treatments That Work* (str. 463-496). New York, Oxford: Oxford University Press.
- Markowitsch, H. J. (2003). Psychogenic amnesia. *Neuroimage*, 20, 132-138.
- Markowitsch, H.J., Kessler, J., Frohlich, L., Schneider, B., i Maurer, K., (1999). Mnestic block syndrome. *Cortex*, 35, 219–230.
- Nissen, M. J., Ross, J. L., Willingham, D. B., Mackenzie, T. B., i Schacter, D. L. (1988). Memory and Awareness in a Patient with Multiple Personality Disorder. *Brain and Cognition*, 8, 117-134.
- Petz, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Van der Hart, O., i Brom, D. (2000). When the victim forgets: Trauma-induced amnesia and its assessment in Holocaust survivors. *International handbook of human response to trauma*, 233–248.

- Van den Hart, O., i Nijenhuis, E. (2001). Generalized dissociative amnesia: episodic, semantic and procedural memories lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 589–600.
- Yasuno, F., Nishikawa, T., Nakagawa, Y., Ikejiri, Y., Tokunaga, H., Mizuta, I., i sur. (2000). Functional anatomical study of psychogenic amnesia. *Neuroimaging*, 99, 43–57.
- Zarevski, P. (2007). *Psihologija pamćenja i učenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.