

Disocijativni poremećaj identiteta

Pribisalić, Dalia

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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:142:907187>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-18**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

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



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Preddiplomski studij psihologije

Dalia Pribisalić

Disocijativni poremećaj ličnosti

Završni rad

Mentor: dr. sc. Damir Marinić

Osijek, 2016.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Odsjek psihologije

Preddiplomski studij psihologije

Dalia Pribisalić

Disocijativni poremećaj ličnosti

Završni rad

Psihologija, psihologija ličnosti, poremećaji ličnosti

Mentor: dr. sc. Damir Marinić

Osijek, 2016.

Sažetak:

Cilj ovog rada na prvom mjestu je objasniti disocijativni poremećaj identiteta. Uz opis disocijacije općenito, te drugih blažih poremećaja disocijacije, također ću dati i kratak prikaz različitih stajališta na koji način se disocijativni poremećaji definiraju i objašnjavaju. Što se disocijativnog poremećaja identiteta tiče, objasniti će se dosadašnji nalazi uzroka ovog poremećaja te simptomi kao što su psihogenička amnezija. Uz to, prikazat ću dosadašnja istraživanja vezana za dilemu oko postojanja ovog poremećaja, navest ću razne argumente strane koja smatra da je poremećaja produkt terapeuta, kao i rezultate istraživanja koja to opovrgavaju. Na kraju, navest ću vrste terapije koje se mogu koristiti za ovaj poremećaj, kao i istraživanja, s kliničke kao i sa strane pacijenata, vezana za to na što terapeuti trebaju najviše obraćati pažnju prilikom vođenja terapije s osoba s disocijativnim poremećajem ličnosti.

Ključne riječi: disocijativni poremećaj identiteta, disocijacija, dilema, terapija

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Disocijacija i disocijativni poremećaji.....	2
2.1.Etiologija.....	2
2.2.Blaži oblici disocijativnih poremećaja.....	2
3. Disocijativni poremećaj identiteta.....	4
3.1.Pregled povijesti poremećaja.....	4
3.2.Uzroci.....	5
3.3.Amnezija i DIP.....	6
4. Dileme oko postojanja DPI-a.....	8
4.1.Glumljenje DPI-a.....	8
4.2.Sugestija	9
4.3.Porast u količini.....	10
4.4.Lažna sjećanja.....	11
4.5.Psihogenička amnezija.....	12
5. Terapija DPI-a	14
5.1.Vrste terapije DPI-a.....	15
5.2.Priprema terapeuta.....	16
6. Zaključak.....	19
7. Literatura.....	21

1. Uvod

Ljudi su emocionalna bića, i svaki čovjek ponekad doživi situacije ili probleme s kojima se ne može, ili se ne zna nositi. Tada većina želi jednostavno „pobjeći od negativnog“, što je sasvim prirodno te uobičajeno. Naravno, kao i u svemu, i ovdje postoje individualne razlike. Nešto što će jednoj osobi biti iznimna trauma zbog koje postoji mogućnost i obolijevanja od neke vrste poremećaja, za nekog drugog će isto to predstavljati puno manji problem, te tako i neće moći shvatiti zašto netko drugi oko toga radi toliku dramu. Isto tako, ljudi se razlikuju i u tome na koji se način nose sa svojim problemima, traumama i emocijama. No, postoji razlika između svjesnog, namjernog i kratkotrajnog isključivanja iz okoline kako bi se pojedinac smirio, te disocijaciju. Disocijacija se definira kao potpuni ili djelomični gubitak ujedinjavanja sjećanja, svijesti o sebi i/ili okolini, osjeta te kontrole pokreta (Begić, 2014).

Disocijacija, kao i poremećaji koji nastaju zbog nje, istraživani su upravo zbog svoje zanimljivosti kako liječnicima, tako i općoj populaciji. Interes bi se možda mogao objasniti neuobičajenosti tih poremećaja, no i čestim prikazivanjem u medijima, iako to prikazivanje nije savršeno točna replika pravih simptoma. Što se liječničke populacije tiče, velik interes dolazi vrlo vjerojatno od toga da još uvijek postoje dileme o realnosti ovog poremećaja.

Iako ću najveći naglasak u radu dati upravo disocijativnom poremećaju ličnosti, također ću ukratko objasniti što je disocijacija točno, na koji se način manifestira, kako se razlikuju poremećaji uzrokovani njome te koje su opcije liječenja istih. Isto tako, spomenuti ću i pogled različitih smjerova psihologije na ove poremećaje.

U prvom dijelu rada opisana je disocijacija, te ukratko blaži oblici disocijativnih poremećaja. Nakon toga, prelazi se na disocijativni poremećaj identiteta. Uz kratki pregled povijesti ove bolesti, opisani su uzroci te simptomi. Sljedeći dio fokusira se na sveopću dilemu oko samog postojanja ovog poremećaja. Navedeni su aspekti rasprave, odakle pojedina stajališta potječu, te argumenti za obje strane. Na samom kraju fokus se prebacuje na oblike liječenja ovog poremećaja. Odnosno, vrste terapije koju zastupaju pojedini terapeuti. Isto tako, navedena su neka zajednička obilježja terapija, te cilj koji se terapijama pokušava postići.

U zaključku, osvrnut ću se na čitavi pregled literature vezane za dilemu oko postojanja poremećaja, te na vrste terapije koje postoje.

2. Disocijacija i disocijativni poremećaji

Disocijacija je dakle nemogućnost integriranja sebe i vlastite svijesti s traumatskom situacijom, odnosno nesposobnost prihvatanja traume te „odmicanje“ od nje. Dok se primarna disocijacija odnosi na pojavu da su traumatska sjećanja odvojena od ostalih, sekundarna uključuje stanje gdje osoba „napušta“ svoje tijelo te traumatski događaj promatra „sa strane“. Tercijarna disocijacija je pak stvaranje odvojenih ego stanja, odnosno altera, pri čemu su neka od njih svjesna traumatskih događaja dok neka nisu (Begić, 2014). Nadalje, razlikuje se akutni oblik poremećaja koji traje par dana, do par mjeseci te kronični koji uključuje nerješive probleme, loše međuljudske odnose te izrazite emocionalne konflikte. Prema klasifikaciji DSM-5 u disocijativne poremećaje uvrštavaju se disocijativna amnezija, disocijativna fuga, depersonalizacija/derealizacija, disocijativni poremećaj identiteta te drugi i neodređeni disocijativni poremećaji. Zajedničko im je to što uključuju promjene bolesnikova osjećaja identiteta, pamćenja ili svijesti. Učestalost poremećaja razlikuje se s obzirom na geografske i etničke razlike; dok je u SAD-u prevalencija u općoj populaciji od 3,3% (Waller i Ross, 1997; prema Begić, 2014) do 9,1% (Johnson, Cohen, Kesen i sur., 2006; prema Begić, 2014.), u Finskoj učestalost disocijativnih poremećaja je oko 17% (Lipsanen, Korkeila, Peltola i sur., 2004; prema Begić 2014.). Ono što svi poremećaji imaju zajedničko je proživljeno traumatsko iskustvo. Razlika je u tome na koji način je osoba reagirala na njega.

2.1. Etiologija

Prema biološkom pogledu na disocijativne poremećaje, javljaju se strukturne promjene mozga. Odnosno, istraživanja pokazuju smanjen volumen hipokampusa te amigdale (Bremner i sur., 1996.; prema Begić, 2014.), kao i funkcionalna odstupanja (Hooper i sur., 2002.; prema Begić, 2014.) te biokemijske neravnoteže (Siegel, 1999.; prema Begić, 2014.). Ukoliko se disocijativni poremećaji promatraju s psihoanalitičkog stajališta, glavnu ulogu ima potiskivanje neugodnih sadržaja, koji su uglavnom vezani za neprihvatljive spolne želje edipalne faze, koje se u odrasloj dobi manifestiraju u obliku impulzivnog spolnog čina kojeg osoba pokušava zaboraviti odvajanjem jednog dijela sebe od svijesti (Buss, 1966.; prema Davison i Neal, 1999.). Prema biheviorizmu riječ je o reakciji izbjegavanja, kojom se osoba zapravo štiti od traumatskog događaja (Begić, 2014.), a s kognitivnog stajališta, riječ je o prekidu u procesu pamćenja (Dorahy, 2001.; prema Begić, 2014.).

2.2. Blaži oblici disocijativnih poremećaja

Poznata su 4 poremećaja; disocijativna amnezija i fuga, depersonalizacija i disocijativni poremećaj identiteta. Sličnost među njima je što svi uključuju promjene bolesnikova osjećaja identiteta, njegova pamćenja ili svijesti. Mogu zaboraviti bitne događaje iz svoje prošlosti, ili čak i privremeno zaboraviti tko su ili poprimiti novi identitet. (Davison i Neal, 1999.).

Kod disocijativne amnezije, javlja se gubitak pamćenja osobnih podataka te najčešće na sve događaje unutar određenog razdoblja nakon nekog traumatskog događaja, npr. smrt bliske osobe (Begić, 2014.). Osoba s ovim poremećajem ne može prepoznati bliske osobe, no još uvijek posjeduje znanje obavljanja uobičajenih aktivnosti. Ovakva vrsta amnezije može trajati satima ili godinama, a najčešće nestaje jednako brzo kao što se i pojavila. Bitno je napomenuti da ova vrsta amnezija počinje „sama od sebe“. Dakle, nije ju moguće objasniti nekom vrstom fizičke ozljede, zlouporabom psihoaktivnih stvari, a ujedno i nastupa prebrzo da bi ju se moglo svrstati pod demenciju.

S druge strane, disocijativna fuga uključuje iznenadnu amneziju koja prati naglo napuštanje doma i radnog mjesta, te stvaranje novog identiteta, koji može biti složen i razrađen, iako je u većini slučajeva prilično površan, posebice jer fuga uglavnom ne traje toliko dugo (Davison i Neal, 1999.). Fuga se najčešće sastoji od kratkotrajnog putovanja, koje je naizgled vrlo potrebno i svrhovito. Često ju uzrokuje nekakav traumatski, ili stresni događaj, od kojeg pojedinac doslovno želi pobjeći. Oporavak je najčešće potpun, osim činjenice da za razdoblje fuge postoji amnezija. Fuga traje uglavnom nekoliko dana ili tjedana, te se po povratku javlja osjećaj srama, krivnje i depresije (Begić, 2014.).

Depersonalizacija je poremećaj za koji postoji sumnja uključuje li se on zapravo u disocijativne poremećaje zbog nedostatka amnezije (Davison i Neal, 1999.). Osoba posve iznenada gubi osjećaj vlastitog ja, čini im se da njihovi udovi ne pripadaju njima i da se osjećaju poput robota kojima upravlja netko drugo.

3. Disocijativni poremećaj identiteta

Osnovna karakteristika disocijativnog poremećaja identiteta (DPI) je prisutnost dvije ili više ličnosti unutar jedne osobe koji ili znaju ili ne znaju jedni za druge (DSM-IV). Ličnosti (domaćin i alteri) međusobno se razlikuju u gotovo svim pogledima ponašanja, razmišljanja, karaktera te osobina. Najčešća je pojava da su alteri međusobno čiste suprotnosti. Također se razlikuju i po fiziologiji; dok jedni mogu biti dalekovidni, drugi su kratkovidni, neki su dešnjaci, a drugi ljevac. Razlikuju se u bolovanju od alergija, te razinama određenih hormona u krvi. Ovakav poremećaj je dugotrajan i nije ga moguće objasniti organskim uzrocima (Begić, 2014.). Ukoliko pojedinac ima više od jednog altera, ponekad dolazi do međusobne komunikacije među tim alterima, te se nekada glasovi pojedinih altera mogu pojaviti u svijesti drugih. Alteri su u određenoj mjeri uglavnom svjesni jedni drugih, dok domaćin ne zna za njih (Dorahy, 2001.; prema Begić, 2014.). DPI je pak poprilično specifičan slučaj u DSM-IV. Naime, on je jedini od ekstremnijih poremećaja koji nema preporuku za liječenje lijekovima, osim ako nije dijagnosticiran uz još neki od poremećaja (Cohen, 2004.). Ovaj poremećaj može se često javiti s akutnim stresnim poremećajem, a može pratiti i PTSP (Kozarić-Kovačić i Borovečki, 2005.; prema Begić, 2014.).

Oko 90% DPI pacijenata su žene (Lehman, 2014.). Isto tako, istraživanja su pokazala kako žene s DPI-om vrlo često imaju i veći broj altera, s prosjekom od 15 različitih osobnosti. Neki od mogućih uzroka za to su da su u povijesti simptomi DPI-a bili izrazito povezani s histerijom, bolesti koja je u velikoj većini slučajeva bila pripisivana ženama. Nadalje, prema Showalter (1997.; prema Lehman, 2014.) veći broj podvojenih ličnosti kod žena može se povezati sa većim brojem uloga za koje se očekuje da žene ispune.

3.1. Pregled povijesti poremećaja

DPI je prije bio poznat pod imenom poremećaj višestruke ličnosti, a njegova pojava može se pronaći vidjeti i u paleolitiku, gdje postoje slike koje ga prikazuju (Cohen, 2004.). Istraživanja DPI-a potiču čak iz 16-tog stoljeća. Među njima nalaze se i oni koje su proveli Alfred Binet, Benjamin Rush, William James, Sigmund Freud, kao i Morton Prince koji je osnovao časopis o abnormalnoj psihologiji (Brand, Loewensetin i Spiegel, 2014.). U novijoj prošlosti, poremećaj je postao poznatiji javnosti nakon članka u novinama 1860., no ipak je film „Tri lica Eve“ (1957.) popularizirao ovaj poremećaj.

Nakon 1920., učestalost pojave poremećaja se smanjuje, ali se ponovno povećava 1970. (Davison i Neal, 1999.). Mnoga su razmatranja što je to uzrokovalo. Prema Ross (1989; prema Davison i Neal, 1999.) nakon što je Freud, zbog utjecaja javnosti, odbacio svoju teoriju zavođenja

(kako su mnoge djevojčice bile zavođene od strane roditelja) i znanstvenici su počeli umanjivati važnost zlostavljanja u djetinjstvu – što bi, prema njemu, moglo objasniti manje dijagnosticiranje DPI-a. S druge strana, sada više zlostavljanje u djetinjstvu nije smatrano nebitnim, naprotiv, važnost njega je porasla i više nego u vrijeme Freuda, pa prema tome raste i dijagnoza DPI-a. Isto tako, treba imati na umu u promjena liječničke prakse, te da su se slučajevi DPI-a objavljivali samo kada je u javnosti postojao interes za njih. U određenom razdoblju, veću popularnost imala je shizofrenija, te postoji vjerojatnost da se dosta slučajeva DPI-a dijagnosticiralo kao shizofrenija. Kasnije je dijagnoza shizofrenija postala točnija, ali i pozornost je privukao slučaj „Sybil“ sa 16 ličnosti. Nakon njega, u mnogim slučajevima je povećan broj uočenih ličnosti, (sa 2-3 na preko 10). Isto tako, promijenile su se dijagnostički kriteriji za DPI; u DSM-III nije postojao kriterij da su ličnosti međusobno amnestičke. Što je povećalo broj slučajeva jer postoje poremećaji s visokim stupnjem varijabiliteta ponašanja.

3.2. Uzroci

Moglo bi se reći da je uzrok ovog poremećaja jedina stvar oko koje se većina istraživača slaže. Proživljeno traumatsko iskustvo u djetinjstvu, u obliku fizičkog ili seksualnog zlostavljanja, ili opće zanemarivanje od strane skrbnika dovodi do poremećaja funkcioniranja. Sama činjenica da je DPI često uzrokovan upravo seksualnim zlostavljanjem također dodatno pojašnjava zbog čega žene češće pate od ovog poremećaja. No, iako fokusiranost je na tome kako dijete proživljava traumu u obliku zanemarivanja ili fizičkog zlostavljanja bilo kojeg oblika, ono što treba imati na umu je ono što dijete zapravo ne dobiva; ljubav, potporu i dobar odgoj. Prosječna dob pojavljivanja ovog poremećaja je 6 godina (National Alliance on Mental Illness (NAMI), 2000.; prema Fox i sur., 2013.), no najčešće se ne uspije dijagnosticirati do adolescencije.

Prema teoriji privrženosti (Blizzard, 1997.; prema Hart, 2013.) DPI se može smatrati poremećajem privrženosti. Odnosno, nemar roditelja i zlostavljanje od strane roditelja od ranog djetinjstva nadalje dovodi do toga da dijete postane manje sposobno razumjeti znakove iz okoline, kao i one koji dolaze od same osobe, koji bi aktivirali normalno privrženo ponašanje. Drugim riječima, dijete postaje manje sposobno voljeti i prihvatiti ljubav od drugih. Prema toj teoriji, do rascjepa kod djeteta dolazi kada u isto vrijeme želi biti privrženo roditelju, ali i preživjeti zlostavljanje od strane istog roditelja. Rascjep dovodi do toga da jedan dio djeteta može osjećati ljubav i privrženost ocu, dok se drugi dio djeteta (najčešće alter) fokusira na preživljavanje nasilja, te zapravo poprima ulogu zaštitnika.

Upitno je vjerovati kako osobe s ovim poremećajem uopće i mogu naučiti funkcionalnom načinu življenja, kada im je „self“ vrlo slabo, ako imalo, razvijen. Naime, teško je povjerovati da je osoba koja je najranije razdoblje svoga života prošla bez imalo ljubavi ili brige od drugih ljudi, te je bila gotovo prisiljena stvoriti druge osobe, bilo u obliku izmišljenih prijatelja, ili u ekstremnijem slučaju druge altere, duboko u sebi sposobna imati zdravo razvijenu svijest o sebi.

3.3. Amnezija i DIP

Prilikom izmjene altera i domaćina dolazi do gubitka pamćenja. Odnosno, domaćin ne zna što se dogodilo za vrijeme dok je kontrolu nad tijelom imao neki od altera. Iako je u određenoj razini razumljivo kako domaćin ne može znati što se događalo dok je alter bio na vlasti, jer oni u neku ruku nisu ista osoba, postoji i biološko objašnjenje. Za vrijeme prijelaza u iz altera u druge altere u tijelu se ispuštaju visoke razine endorfina, koji mogu negativno utjecati na pohranjivanje i ponovno pronalaženje sjećanja, te tako dovesti do djelomične amnezije koja se javlja kod onih koji pate od DPI-a (Scaer, 2001.; prema Hart, 2013.).

Amnezija se isto tako može objasniti pomoću same traume. Naime, traumatska iskustva povezana su s povišenom razinom uzbuđenja i često su pohranjena u proceduralno, umjesto u deklarativno pamćenje. Prema teoriji Van der Kolka (1996.; prema Hart, 2013.) traumatsko iskustvo prvo procesira talamus, koji prenosi informacije amigdali i prefrontalnom korteksu. Amigdala je zaslužna za procjenu koliko je primjena informacija emocionalna, te tu procijenjenu informaciju šalje dalje hipokampusu kao i moždanom deblu. Informacije koje primi moždano deblo aktiviraju hormonalni odgovor, koje je ujedno i pod utjecajem jačine aktivacije hipokamusa. Hipokampus je pak odgovoran za to na koji način se informacije pohranjuju u odnosu na vrijeme, mjesto i kontekst. Do određene razine, što je jača aktivacija hipokamusa, to je bolje procesiranje iskustva u deklarativno pamćenje. No, nakon određene razine, funkcioniranje hipokamusa je privremeno blokirano, te se informacije manje pouzdano pohranjuju u deklarativno pamćenje. Prema tome, budući da su informacije traume tek djelomično procesirane, one se pohranjuju u obliku senzornih sjećanja, koje se kasnije mogu manifestirati u obliku retrospektivnih scena (engl. flashback) koje oboljeli od DPI-a ne znaju obuzdati.

Ono što Van der Kolk tvrdi je da budući da amigdala primi informaciju od talamusa prije nego primi istu tu informaciju koju je procesirao prefrontalni korteks, procesiranje i shvaćanje informacije se događa van svijesti, prije svjesnog shvaćanja konteksta. Na taj način, hormon stresa i simpatički živčani sustav aktiviraju se bez ikakvog shvaćanja situacije. Aktiviranje hormona adrenalina i kortizola dovodi do reakcije tijela u obliku „fight or flight“, dok pretjerano duga

aktivacija hormona stresa pak dovodi do „zaleđivanja“. Odnosno, sporog otkucaja srca, otupljenosti i disocijacije, te je to optimalan način nošenja s zlostavljanjem kod tako malog djeteta (Perry, 1999.; prema Hart, 2013.). Depersonalizacija je stanje svijesti koje je povezano sa niskom pobuđenosti mozga, sa simptomima kao što su otupljenost i odvajanje od tjelesnog iskustva. Na taj je način smanjena reakcija na zastrašujući događaj koji dijete proživljava. Rezultati istraživanja s fMRI (Phillips i sur., 2001.; prema Hart, 2013.) pokazao je kako osobe s poremećajem koji uključuje depersonalizaciju, kao primjerice DPI, imaju smanjeni odgovor u područjima kao što je insula koja je povezana s emocijama, dok ipak imaju povećani odgovor u kortikalnim dijelovima odgovornim za regulaciju emocija. To se može prikazati kao usvojeni mehanizam gdje su pojedinci i dalje sposobni za socijalnu interakciju (i preživjeti trenutak traume), ali su u isto vrijeme sposobni očuvati sami sebe pomoću otupljenosti.

4. Dileme oko postojanja DPI-a

Moglo bi se reći da je najveći problem ovog poremećaja stalna polemika oko toga je li on uopće postoji. Naime sama prisutnost „dviju osoba“ (ako ne i više) unutar jednog tijela kosi se sa opće prihvaćenom ideologijom jedno tijelo – jedan duh. No, to nije jedini razlog zbog čega istraživači sumnjaju na vjerodostojnost ovog poremećaja. Dvije od najčešćih kontroverzi vezane za ovaj poremećaj su je li DPI zapravo induciran od strane liječnika, te je li DPI zapravo vrlo rijetka pojava, a da je uzrok porastu učestalosti poremećaja u zadnje vrijeme zapravo pretjerano olaka dijagnoza. Isto tako, može li se sjećanje proživljenog seksualnog zlostavljanja, nakon što je bilo potisnuto toliko godina, uistinu vratiti natrag u svijest.

Postoji mogućnost da ovom problemu doprinosi i iskrivljena prezentacija ovog poremećaja u medijima. Promjena altera puno je suptilnija i rjeđa nego što to prikazuje filmska industrija, te je zapravo to krivo prikazivanje simptoma i manifestacije bolesti utječe na krivi dojam javnosti, ali nažalost i nekih terapeuta, koji onda imaju krivi dojam što očekivati od ponašanja pacijenata (Fox i sur., 2013.).

4.1. Glumljenje DPI-a

Najpoznatiji slučaj korištenja DPI-a kao načina izbjegavanja kazne je slučaj suđenja serijskom ubojici Kenneth Bianchi-u u Kaliforniji (hillsideski davitelj) početkom 1980tih. Naime, s njim je prije suđenja proveden sastanak sa stručnjacima za mentalno zdravlje, za vrijeme kojega je on bio hipnotiziran. u tom sastanku, cilj je bio utvrditi njegovu uračunljivost. Njegova obrana bila je da pati od DPI-a, te se pretvarao kako u njemu živi loša verzija koja je uz pomoć njegovog bratića ubila mnogo žena. No, na kraju Bianchi je ipak osuđen za svoje zločine, jer su nalazi očigledno pokazivali kako se njegovo glumljenje uloga bitno razlikuje od načina na koji se ponašaju osobe sa stvarnim DIP-om.

Studija koja je pokušala replicirati ovakvo ponašanje naziva se Spanos-studija, te je u njoj ispitanicima rečeno da će glumiti optuženog koji se brani da je nevin iako je protiv njega skupljeno mnogo dokaza. Isto tako da će sudjelovati u glumljenom psihijatrijskom propitivanju koje bi moglo uključivati hipnozu. Ispitanike se odvelo u prostoriju gdje su bili sa „psihijatrom“. Nakon nekoliko standardnih pitanja, ispitanike se počelo opredjeljivati u tri različite skupine. U skupini „situacije Bianchi“ ispitanike se podvrglo standardnom uvodu u hipnozu te se od njih tražilo da „na vidjelo puste svoju drugu ličnost“ – baš kao što je postupio i psihijatar koji je ispitivao Bianchia. Ispitanike u skupini „stanje Skrivenog djela“ također se hipnotiziralo te im se sugeriralo da u njima postoji „skriveni dio njih“, no ta je sugestija bila manje nametana nego u prvoj situaciji.

U trećoj situaciji ispitanike se nije hipnotiziralo, i oni su dobili najmanju količinu sugestije. Nakon toga se ispitanike ispitivalo o nekim činjenicama vezanima za ubojstvo, a oni koji su priznali postojanje druge ličnosti morali su dva puta ispuniti upitnik ličnosti – svaki put za pojedinu ličnost. 88% ispitanika usvojilo je novu ličnost u prvoj situaciji, a mnogi od tih su priznali da su ubojice. Ono što je još i čudnije, njihovi rezultati na testovima ličnosti značajno su se razlikovali. Iz toga se može zaključiti da su ljudi sposobni primiti drugu, novu ličnost, ako situacija od njih to zahtjeva. (Davison i Neal, 1999.).

Prema Spanosu i suradnicima, ljudi koje psihijatri mogu procijeniti kao da imaju DPI, mogu zapravo imati vrlo bogatu maštu, te u nekim situacijama procijeniti da bi za njih bilo puno bolje da neka druga ličnost odgovara za neke postupke. No, treba napomenuti da ovakva istraživanja ipak samo pokazuju kako je moguće odglumiti posjedovanje više ličnosti kako bi imali osobe s DPI, no to nikako ne dokazuje da su svi slučajevi DPI-a lažni. No, ta činjenica svedeno ne mijenja realnost gdje se psihijatri još uvijek ne mogu složiti je li ova bolest uopće stvarna, i koliko je točna procjena njene učestalosti. Ono što se može usporediti je ponašanje osoba koje pate od DPI i osobe koje su zamoljene da glume. Ključno u tome bila bi usporedba glavne ličnosti (domaćina) s alter-egom. Ono što se pretpostavlja je da će razlike između te dvije ličnosti biti puno veće kod stvarnog poremećaja nego kod glume. Koristeći ovakvu strategiju, Putnam, Zahn i Post (1990; prema Davison i Neal, 1999.) uspjeli su pronaći veće razlike u aktivnosti autonomnog živčanog sustava između dvije ličnosti kod osoba s DPI, nego kod onih koji glume.

Nadalje, ukoliko čak uistinu i vjerujemo kako osoba glumi DIP, te ustraje u tome duži niz godina, u najmanju ruku bilo bi opravdano upitati se zašto bi netko to radio

4.2. Sugestija

Djelomično zbog ekstravagantnog načina manifestiranja ovog poremećaja, mnogi ga ne smatraju stvarnim, već tvrde da poremećaj nije nastao zbog proživljene traume, već zbog sugestije liječnika (Merskey, 1992, Spanos, 1994.; prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.).

Jedan od glavnih vođa mišljenja kako DPI ne postoji zapravo, već je uzrokovan sugestijom liječnika je Merskey, koji smatra da je za mnogo pacijenata kojima je dijagnosticiran DPI bilo opravdano utvrditi mnoge druge bolesti, kao i da je u mnogim slučajevima moguće primijetiti pretjerano diktiranje bolesti od strane liječnika, odnosno u nekima čak i pravo treniranje pacijenta da vjeruje u altere. Prema njegovom socijalnokognitivnom modelu DPI-a, tipična manifestacija rezultat je implicitnih uputa psihoterapeuta, znanja pacijenta o poremećaju te karakteristika suptilnog očekivanja koji su prisutni u terapiji (Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.).

Daljnji dokazi za tvrdnju da DPI možda zapravo nastaje od strane psihoterapeuta, je da samo 20% pacijenata koji dolaze u terapiju iskazuju jasne znakove DPI-a, dok ostalih 80% imaju određenu „mogućnost“ bolovanja od tog poremećaja, te se simptomi DPI-a tijekom terapije sve više i više mogu uočiti. Iako bi terapija sama po sebi mogla imati dosta veliki utjecaj na to na koji način će se ova bolest manifestirati, trebalo bi se uzeti u obzir na to da pacijenti prilikom dolaska imaju ograničene sposobnosti introspekcije, život su živjeli srameći se i skrivajući simptome bolesti te su vrlo vjerojatno i poprilično nesigurni.

No, naravno, s druge strane postoje i mnogi drugi istraživači koji tvrde da postoji previše dokaza postojanja ovog poremećaja kako bi se on zanemario. Igranje uloga koje se može potaknuti psihozom nije jednako ponašanju kod DPI pacijenata koje traje godinama, ne slabi te ometa funkcioniranje (Gleaves, 1996., Drajler, 1995., Kluft, 1989; prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.).

4.3. Porast u količini

Ako maknemo na stranu razmatranje o tome postoji li poremećaj, svejedno bi trebalo razmisliti o tome zašto se pokazuje da broj altera u posljednje vrijeme sve više i više raste. Naime, iako je u početku istraživanja ove bolesti broj altera bio otprilike 10, neki više, ali većina manje, u zadnje vrijeme javili su se slučajevi koji broje i do 100 altera (APA, 1994.; prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.), što ipak logički budi određenu sumnju. Budući da je to teško pripisati prirodnom tijeku ove bolesti, opravdano je zaključiti da u terapiji ipak možda postoji pretjerana sugestija i navođenje psihoterapeuta koji možda i nesvjesno od pacijenata očekuju više ličnosti, te im oni nenamjerno ugađaju. Prema Toremu (1989.; prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.) pitanja koja psihoterapeuti nekada pretjerano često postavljaju pacijentima poput „Tko ste Vi sada, nisam Vas još upoznao, kako se Vi zovete?“ zapravo izrazito navode osobu kako se sada treba ponašati kao netko novi. S obzirom da pacijenti znaju imati tendenciju željeti ugoditi svom psihoterapeutu, pogotovo pacijenti koji su proživjeli traumu kao većina osoba koja i dolazi psihoterapeutu s simptomima sličnim DPI-u i kojima fali osjećaj da netko brine za njih, Torem tvrdi, da će na taj način pacijenti imati dojam da trebaju u sebi imati više altera nego što to uistinu je. Na taj način se isti alter može percipirati kao dva različita, dok se zapravo vjerojatno radi o istom sklopu ličnosti koje je možda jednostavno različito raspoložen/a u ta dva navrata.

Nadalje, prilikom bilo kojeg oblika liječenja ovakvih pacijenata, psihoterapeuti trebaju imati na umu da su pacijenti s DPI-om vrlo podložni sugestiji. Odnosno, i podložniji nego „normalna“ populacije. Prema istraživanjima postoji značajna pozitivna korelacija između podložnosti

sugestiji i manifestiranja simptoma DPI-a (Bliss, 1986.; prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.). Winograd (1997.;prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.) u svom istraživanju dokazao je da postoji povezanost sugestibilnosti i disocijativnih poremećaja. No isto tako je ukazao na to da je ona puno veća kod onih pacijenata koji se ne sjećaju svoje traume, nego kod onih koji ipak traumu pamte, makar to bilo i u dijelovima. S druge strane, postoji veći broj istraživanja s vrlo nedosljednim rezultatima (Putnam i sur., 1995; prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.) prema kojima je podložnost osoba s DPI-om sugestiji vrlo slaba. No, ono što treba imati na umu je da je pokazano kako su žene podložnije sugestiji od muškaraca, a velika većina populacije DPI-a su upravo žene (Lehman, 2014).

4.4. Lažna sjećanja

Isto tako, problem stvara i sam nastanak ovog poremećaja. Naime, s obzirom da se većina istraživača slaže kako poremećaj nastaje nakon proživljene traume, koji pojedina potisne, odnosno koje se „domaćin-ego“ ne sjeća, već ju proživljava određeni alter, svrha terapije bila bi ponovno vraćanje tih sjećanja u svijest. No, postoje kontroverze koliko se tim „vraćenim sjećanjima“ može vjerovati. Prema FMSF-u (False Memory Syndrome Foundation) velik dio vraćenih sjećanja su lažna sjećanja koja su stvorena, odnosno osmišljena za vrijeme terapije. Isto tako, prema istraživanjima, sjećanja se ne bi trebala definirati kao točne, detaljne i nepromjenjive informacije o prošlosti, već kao rekonstrukcije, koje su izrazito pod utjecajem shema, mišljenja i očekivanja iz sadašnjosti (Yapko, 1994.; prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.). Pridodamo li tome i istraživanja koja su pokazala izraženiju podložnost sugestiji pacijenata s DPI-om, kao i želju da se udovolji psihoterapeutu, koji može namjerno ili nenamjerno pacijentu davati do znanja što očekuje (u pacijentovim očima; želi) od njegovog iskustva u djetinjstvu, razumljivo je da se nova sjećanja trebaju ipak uzeti s dozom.

Najjednostavniji primjer lažnih sjećanja pokazali su Garry i Loftus (1994.;prema) u svom istraživanju u trgovačkom centru, gdje se osobu uvjeri u to kako je kao dijete bio/bila izgubljena u trgovačkom centru, iako se to nikada uistinu nije dogodilo. Ovo istraživanje pokazuje kako je osobu moguće uvjeriti u to da su se u njegovoj/njenoj prošlosti dogodile situacije kojih se on/ona ne sjeća, te je moguće ostvariti da on/ona u to uistinu povjeruje. No, mnogi napominju kako vjerovanje u to da se u djetinjstvu izgubila u trgovačkom centru, nije isto tome da osoba povjeruje kako ju je otac silovao u više navrata u dobi u kojoj je ona bila premlada da se sjeća. Prema tome, ovo istraživanje najviše ukazuje na to da ostatak članova obitelji može utjecati, u određenoj količini, na sjećanje osobe o njenom djetinjstvu. No, isto tako, treba imati na umu da se u

istraživanjima još nije uspjelo dokazati da je moguće osobu uvjeriti u događaj jednake emocionalne jačine kao što je seksualno zlostavljanje.

4.5. Psihogenička amnezija

Od dileme oko lažnih sjećanja, još je i kontroverzniji problem psihogeničke amnezije, odnosno gubitka sjećanja vezanog za cijeli traumatski događaj. U eksperimentalnim istraživanjima pokazalo se kako proživljavanje traumatskog događaja izaziva uzbuđenost koje ograničava kapacitet svjesne pažnje, što dovodi do toga da osoba informacije ne može procesirati centralnim putem, pa koristi periferni (Christianson, 1992.;prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998.). S obzirom da bi se traumatski događaj trebao percipirati kao nešto izrazito prijeteće, te prema tome i biti u centru pažnje, moglo bi se reći da ova teorija nije sukladna s onim što se dogodi žrtvama traumatskog događaja. No, ono što treba imati na umu je da u trenutku zlostavljanja, odluka o tome što će biti centralno, a što periferno zapravo leži u rukama žrtve. Drugim riječima, djevojčica koja u dobi od 6 godina trpi seksualno zlostavljanje od strane svog očuha može donijeti odluku da se ne fokusira na sami čin, već da pažnju usmjeri na oblik i izgled sobe i njenih zidova, te zapravo izgled tih zidova ostaje dugoročno u pamćenju, a sam čin se zaboravlja jer tada „nije bio bitan“.

Prema već spomenutoj Van der Kolkovoj teoriji, kategorizacija sjećanja se za vrijeme proživljavanja traumatskog događaja ne može izvršiti kao i inače zbog pretjerane stimulacije amigdale. Zbog toga se informacije o događaju djelomično pohranjuju u obliku osjećaja ili emocija, ali s vrlo malo shvaćanja istih. Prema njemu, ovo bi se kasnije pretvorilo u to da žrtva traumatskog događaja ne može verbalizirati ta sjećanja, no ona ipak mogu utjecati na nju putem neverbalnog i afektivnog puta (Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998-). Odnosno, istraživanja su pokazala da sjećanja koja nisu pohranjena na svjesnoj razini svejedno mogu utjecati na mentalno i emocionalno funkcioniranje osobe (Kihlstrom, 1987.;prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998), te da osobi nejasne emocionalne reakcije na određene podražaje mogu zapravo biti uzrokovane implicitnim sjećanjima zlostavljanja. Williams (1994.;prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998) je u svom istraživanju otkrio da čak 38% žrtva traumatskog događaja koji je bio dovoljno ozbiljan da prouzroči odlazak u bolnicu se apsolutno ne sjeća tog događaja. Istraživanja su također pokazala da je sjećanje jednog traumatskog događaja koji je bio zaseban za sebe, odnosno primjerice zlostavljanje od strane strance koje se dogodilo samo jednom, vrlo izraženije i detaljnije zapamćeno usporedno s opetovanim zlostavljanjem koje se potiskuje i zaboravlja (Lipschultz i sur., 1996.; prema Elzinga, van Dyck i Spinhoven, 1998).

5. Terapija DPI-a

Richard Kluft (1984.; Davison i Neal, 1999.) – susreo se s 171 slučajima DPI-a i njegovi su nalazi jedno vrijeme bili najkvalitetniji podaci, budući da je DPI često bio pogrešno dijagnosticiran. U tih svojih 10 godina, liječio je njih 117, od kojih je 68% postiglo integraciju ličnosti i to je potrajalo barem 3 mjeseca. Isto tako, s obzirom da su neki njegovi slučajevi bili djeca, on je zaključio da što se ranije poremećaj dijagnosticira, to će terapija biti uspješnija i kratkotrajnija. Jer, što poremećaj duže traje, to on postaje otporniji na terapiju. (ako bi se to pokazalo točno, i ako bi se usavršio način dijagnosticiranja ovog poremećaja – moglo bi se spriječiti pojavljivanje DPI-a kod odraslih). Što je veći broj ličnosti, to terapija dulje traje (Putnam i sur., 1986; prema Davison i Neal, 1999.), no općenito gledano, terapija uglavnom traje oko 2 godine, i to oko 500 sati po bolesniku.

Prema priručniku za liječenje disocijativnog poremećaja identiteta (ISSTD, 2011.; prema Brand, Loewenstein i Spiegel, 2014.), terapija za ovaj poremećaj sastoji se od tri dijela. U prvoj fazi, terapija se fokusira na probleme osjećaja sigurnosti kao i na stabilizaciju simptoma, uključujući simptome disocijacije, depresije, suicidalnosti te simptome PTSP-a. Ukoliko se u ovoj fazi ne fokusira dovoljno na stabilizaciju simptoma, te na osjećaj sigurnosti kod pacijenata, gotovo sigurno dolazi do emocionalnog preplavlivanja pacijenata kada se prijeđe na fazu rasprave o traumatskom događaju. Prema modelu ovog priručnika, osobe s DPI-om prvo uče regulaciju emocija i impulsa, kao i vještine komunikacije i suradnje među alterima. Tek nakon što se stabiliziraju simptomi, osigura se osjećaj sigurnosti, te se pacijenta podučava vještinama regulacije, moguće je prijeći na slijedeću fazu. U fazi 2, polagano se s pacijentom raspravlja o traumi, osjećajima vezanim uz nju, kao i razmišljanjima te impulsima. No, isto tako treba imati na umu da se, za razliku od uobičajene terapije izlaganja, treba konstantno pratiti osjećaj sigurnosti te kontrole. U trećoj i zadnjoj fazi, fokus se prebacuje na rad s prijašnjim i budućim problemima s kojima se osobe može susresti u životu, kao što su održavanje zdravog i funkcionalnog odnosa s ljudima te bavljenje značajnim aktivnostima poput posla.

Do sada najveća studija liječenja DPI-a, kao neidentificiranih disocijativnih poremećaja je TOP D.D., odnosno Terapija za pacijente s disocijativnim poremećajima. Pratio se napredak 280 pacijenata s DPI-om, ili NDP-om. Sudjelovala su 292 psihoterapeuta iz ukupno 19 zemalja diljem svijeta, te su terapeuti mogli sudjelovati čak i ako njihovi pacijenti nisu htjeli, što objašnjava malo veći broj liječnika od oboljelih. Rezultati su pokazali da su pacijenti koji tek počinju s terapijom pokazuju veće razine disocijacije, PTSP-a te općenitog lošeg funkcioniranja. U ovoj studiji, koja

je trajala 30 mjeseci, pokazalo se kako terapija s pacijentima koji boluju od DPI ili NDP pokazuje napredovanje u funkcioniranju oboljelih. Količina disocijacija se smanjuje, kao i depresija, suicidalnost, PTSP, korištenje psihoaktivnih stvari, destruktivno ponašanje, te se sveopće životno funkcioniranje popravlja. Unatoč tome, neki od slučajeva pokazali su kako oni pacijenti koji su imali iznimno izražene simptome disocijacije nisu reagirali na terapiju jednako dobro kao i ostali (D'Andrea i Pole, 2012.; prema Brand, Loewenstein i Spiegel, 2014.). No, unatoč tome da nisu pokazali jednako dobar napredak kao i ostali, svejedno je zabilježen pad u količini disocijacija te depresije. Bilo je više pacijenata koji su pokazali „iznenadno poboljšanje“ nego „iznenadno pogoršanje“, koje se definira kao smanjenje ili povećanje simptoma za 20% (Myrick, Brand i Putnam, 2013.; prema Brand, Loewenstein i Spiegel, 2014.). Oni koji su se iznenadno oporavljali imali su manji broj epizoda vraćanja u stanje žrtve, kao i stresora. Prema tome bi se moglo zaključiti da su možda upravo ta dva aspekta zaslužna za pogoršanja u terapiji. Kod pacijenata se pokazao smanjen broj izmjene altera, kao i učestalost slušanja glasova drugih altera (Whipple i Lambert, 2011.; prema Brand, Loewenstein i Spiegel, 2014.).

Iskreno pokazivanje brige za pacijenta, kao i dovoljno dobra obuka terapeuta pokazala se jednim od ključnih aspekata uspješne terapije. Nadalje, oboljelima se pomaže u osnivanju i održavanju prijateljstava i ostalih međuljudskih odnosa, jer se pokazalo da je socijalna potpora od velike koristi (Fox i sur., 2013.).

5.1. Vrste terapije DPI-a

Psihoanaliza je jedna od najrasprostranjenijih vrsta terapije ovog poremećaja. Ulogu u tome zasigurno ima i to što sami disocijativni poremećaji, poput DPI-a, prilično dobro dokazuju Freudovu teoriju o potiskivanju. Ključni cilj ove terapije je prekid potiskivanja, uz primjenu temeljnih psihoanalitičkih tehnika. (Davison i Neal, 1999.).

Combs i Ludwig (1982.; prema Davison i Neal, 1999.) predlažu da osobe s naglo nastalom amnezijom mogu u svijest prizvati izgubljeno pamćenje ako ih terapeut strpljivo potiče da svoju prošlost opisuju u što više detalja, bez preskakanja onih dijelova „kojih se ne mogu dosjetiti“. Takva tehnika može se kombinirati s tehnikom slobodnih asocijacija, usmjereno na one događaje koji su se dogodili neposredno prije onih koji su zaboravljeni. Zadatak terapeuta bio bi da stalno snažno sugerira bolesniku kako će se uspjeti dosjetiti onoga što ne može, i niti u jednom trenutku natuknuti kako misli da bolesnik laže ili se pretvara. Smatraju da kada se pacijenta odvoji od stresnih okolnosti i kada primi potrebnu podršku i ohrabrenje može doći do toga da se prisjeti potisnutih traumatskih događaja.

Hipnoza je također dosta povezana s terapijom uz ovaj poremećaj. Započeo ju je Freud, a nakon što je on odustao od nje, nastavio ju je primjenjivati Breuer (Davison i Neal, 1999.). Određeni broj terapeuta tvrdi kako da će se bolesnik najlakše dosjetiti izgubljenog u stanju pod hipnozom, isto tako da će na taj način dobiti pristup drugim ličnostima. Natrijev amital „serum istine“ – sredstvo za induciranje stanja hipnoze, kako bi došli do bolnih potisnutih uspomena. Slučajevi koji su bili liječeni na taj način pokazuju kako postoji određena korist od takve vrste metode, no da se malo toga može pouzdano tvrditi o njihovoj stvarnoj učinkovitosti – ne postoje sustavna i kontrolirana istraživanja tog područja. Dysnek (1979.; prema Davison i Neal, 1999.) je koristio placebo otopinu i pronašao da nema razlike između seruma istine i obične otopine, ukoliko se hipnoza primjenjuje na pravilan način. Ono što novija istraživanja pokazuju je da hipnoza, ukoliko se koristi ispravno, može biti korisna pri dosjećanju traumatskog događaja, kao i radu na komunikaciji među alterima, te da je terapija s onima koji odbijaju hipnozu puno teža i dugotrajnija (Kluft, 2012).

Iako postoje određena odstupanja među vrstama terapije, ipak postoje određena načela oko kojih se slažu (Davison i Neal, 1999.):

1. Cilj liječenja je integracija nekoliko ličnosti u jednu
2. Svaki alter ego treba uz pomoć terapeuta shvatiti da je samo dio cjelovite ličnosti
3. Terapeut treba spominjati imena različitih ličnosti samo kada je u razgovoru to pogodno, a ne kao način potvrđivanja postojanja zasebnih i autonomnih ličnosti, koje ne dijele opću odgovornost za djela i postupke osobe
4. Prema svim ličnostima treba se nositi pravedno i sa suosjećanjem
5. Terapeut bi trebao poticati pojavu suosjećanja i suradnje između različitih ličnosti
6. Blagost u pristupu i stvaranju prepoznatljivog osjećaja podrške prijeko su potrebni pri razmatranju traume iz djetinjstva, zbog koje je vjerojatno došlo do cijepanja osobe u nekoliko ličnosti

Odnosno, glavni cilj terapije trebao bi biti pacijenta naučiti da njegov dosadašnji način suočavanja s traumom (dijeljenje u višestruke ličnosti) nije više optimalan i jedini način da se nosi s time. Isto tako, s obzirom da je DPI neki oblik izbjegavanja problema, terapiju se može usmjeriti na učenje tehnika suočavanja s problemima.

5.2. Priprema terapeuta

Iako naravno postoje priručnici kao i službene obuke na koji način treba voditi terapiju s oboljelima od DPI-a, Ringrose (2011.) provela je istraživanje koje se više fokusiralo na to kako

kod oboljelih od ovog poremećaja postoji veliki naglasak na adaptivnost terapeuta. Odnosno, naglašava kako je potrebno da se terapeuti dobro upoznaju sa svim, ili makar većinom, aspekata ovog poremećaja i liječenja istog kako bi mogli donijeti pravovremenu odluku žele li započeti terapiju. Ističe kako bi terapeuti mogli nanijeti i još više štete klijentu ukoliko odustanu nakon počinjanja terapije, jer na taj način se klijentu mogu ponovno javiti osjećaji napuštanja koje su proživjeli kao djeca od strane roditelja. Prema njoj, neke od stavki za razmotriti prije uopće započinjanja liječenja oboljelih od baš ovog poremećaja su svijest o tome kako će terapije vrlo vjerojatno dugo trajati. U smislu više godina, kao i u smislu količine sati tjedno. Isto tako, kod oboljelih od DPI-a, od iznimne je važnosti jasna ravnoteža granica odnosa klijent – terapeut i pokazanog suosjećanja i empatije prema klijentu. Odnosno, klijent treba imati jasno određeno vrijeme kada se vidi s terapeutom, no moglo bi mu se omogućiti javljanje terapeutu u međuvremenu putem emaila, ili govorne poruke. Nadalje, razina empatije treba biti oprezno prikazana, budući da ukoliko oboljeli ne može sam prema osjećati gotovo nikakvu empatiju, ukoliko ju vidi od nekoga drugoga, moglo bi prouzročiti samoozljeđivanje ukoliko jedan od altera pomisli kako empatije nije zaslužena. Neki od terapeuta (Kluft, 2003., Putnam, 1984.; prema Ringrose, 2011.) predlažu potpisivanje ugovora s klijentom kako bi upravo ta ravnoteža bila održana. Budući da su alteri skloni nasilnom ponašanju ukoliko ne razumiju točno što se događa, ili im se ne sviđa tijek događanja, jasnim iskazivanjem u ugovoru što je dopušteno i očekivano može se smanjiti negativna reakcija altera.

Nadalje, od presudne je važnosti da domaćin ostvari komunikaciju s alterima kako bi mogao sam za sebe proživjeti, odnosno prisjetiti se traumatskog događaja. Terapeuti poput Van Der Harta (1993.; prema Ringrose, 2011.) ili Aquaronea (2009.; prema Ringrose, 2011.) smatraju kako se ovaj poremećaj ne može u potpunosti razriješiti dokle god se sva traumatska sjećanja ne procesiraju u potpunosti.

Jacobson i sur. (2015) proveli su istraživanje, koje je za razliku od većine ostalih, informacije prikupljalo od strane pacijenata, a ne terapeuta. Odnosno, osobe s DPI-om koje su bile liječene, ili se još uvijek liječe navele su neke aspekte terapije koji su njima bile od presudne važnosti. Oni su, sukladno s prijašnjim istraživanjima, naveli kako im je od velike koristi bilo kada su terapije bile više puta tjedno, te postojanje opcije produživanja jednog posjeta. Također su naveli važnost potporne grupe, koja im je omogućila osjećaj da imaju nekoga tko uistinu razumije s čime se oni nose. Za vrijeme obrade traumatskog događaja, navode kako im je osjećaj sigurnosti bio najvažniji, te da smatraju kako bi korisnije bilo procesiranje traume s domaćinom, a ne alterom. Sukladno s prijašnjim istraživanjima, navode kako je jedan od problema u terapiji bio upravo

pronalazak ravnoteže između osjećaja potpore od strane terapeuta, i jasne granice dokle ta potpora seže. Nadalje, kao najveće probleme navode slabo poznavanje njihovog poremećaja od strane terapeuta, kao i nesposobnost prilagodbe terapije njihovim osobnim potrebama. Uz to, skeptičnost terapeuta vezano za postojanje poremećaja, i vjerovanje u njihovu iskrenost, navedeni su kao jedni od glavnih razloga zašto su mnogi dobili prilično negativan stav prema terapiji, kao i mogućnosti normalnog života. Empatija je isto tako bila navedena kao važan aspekt. Odnosno, određeni balans empatije. Navodili su kako im je bilo važno vidjeti kako terapeut ipak njih vidi kao osobe, i suosjeća s njihovom boli, ali da je i u isto vrijeme sposoban obuzdati svoje emocije, kako bi se terapije uopće mogla održati.

6. Zaključak

Premda svima ponekad odgovara bijeg od stvarnosti, povlačenje u samog sebe ili jednostavno ignoriranje svijeta za vrijeme nekog teškog razdoblja, potrebno je osvijestiti kako je mogućnost toga određena privilegija. Mogućnost donošenja odluka, kao i održavanje međuljudskih odnosa ljudima s DPI-om je u određenoj razini samo puka fantazija. U današnjem svijetu, ljudi poprilično često susreću stvarne prikaze uzrečice „Čovjek je čovjeku vuk“, te svi znaju kakav je osjećaj nemogućnosti vjerovanja bližnjima. Ono kroz što osobe s DPI-om prolaze, je nemogućnost vjerovanja njima samima.

Imajući to na umu, možda bi bilo etički ispravno, kao i iskaz humanog ponašanja, malo manje iznositi nepovjerenje u poremećaj kao takav. Osobe s DPI-om, ili bilo kojim blažim oblikom disocijacije, proživjeli su stravične događaje u razdoblju kada im se život trebao svesti na odabir boje kojom obojati crtež. U vrijeme kada su trebali osnovati svoju najjaču povezanost s drugom osobom, odnos majke/oca i djeteta, oni su bili prisiljeni boriti se s unutarnjom željom bijega od boli i zlostavljanja, te potrebe za ljubavi.

Dakako, da su daljnja istraživanja ovog poremećaja potrebna, te je iznimno potrebno imati na umu kako su terapeuti ipak samo ljudi koji su, kao i svi, skloni pogreškama. No, s obzirom kako je činjenica da se određene pogriješke događaju u terapiji s DPI-om, trebalo bi se poraditi na obuci terapeuta, umjesto na fokusiranju određenih slučajeva koji bi mogli ukazati na pogrešan rad terapeuta. Bez obzira na ponekad lošiji način ophođenja od strane nekih terapeuta, nije opravdano zanemariti istraživanja koja pokazuju i biološke razlike među ličnostima. Koliko god jaku sugestiju terapeut možda pogrešno koristio, malo je teže osobu uvjeriti da ima različitu alergiju prilikom različitog altera. Isto tako, iako istraživanja pokazuju da osoba ipak može dva upitnika ličnosti riješiti na način na koji bi se ukazalo na to da ima DPI, ista ta istraživanja ipak upozoravaju na činjenicu da su ti rezultati dobiveni kratkotrajno, te ih se ne treba apsolutno uspoređivati s poteškoćama kroz koje prolaze osobe s DPI godinama.

Nadalje, ono što se na neki način ne uzima toliko u obzir u istraživanjima porasta učestalosti DPI-a je činjenica da to povećanje zapravo predstavlja činjenicu da porast zlostavljanja djece raste. Naravno, postoje debate oko toga uzrokuje li taj porast stvarni rast zlostavljanja, ili samo pretjerana pogrešna dijagnoza. No, uništavanje nečijeg života u ranom djetinjstvu, dok još nije ni počeo kako treba, je nešto što zahtjeva pažnju javnosti. Posebice što toliko veliki broj istraživanja dokazuje pojavu ozbiljnih traumatskih posljedica takvog ponašanja, bio to blaži oblik disocijacije ili upitni disocijativni poremećaj identiteta.

Umjesto debatiranja oko toga postoji li poremećaj ili ne, bilo bi od puno veće koristi priznati činjenicu da disocijacija postoji u različitim razinama. Te u bilo kojoj razini se ona pojavila, uzrokuje nemir i poteškoću u životnom funkcioniranju. Prema tome, debate oko postojanja poremećaja trebalo bi zamijeniti s onima o tome kako najučinkovitije liječiti disocijaciju, u kojem god se ona obliku javljala.

7. Literatura

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4. izdanje). Washington, DC: Author.
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija*, Medicinska naklada, Zagreb
- Brand, B. L., Loewenstein, R.J. i Spiegel, D. (2014). Dispelling Myths About Dissociative Identity Disorder Treatment: An Empirically Based Approach. *Psychiatry*, 77(2), pp 169-189.
- Cohen, A. (2004) Dissociative Identity Disorder: Perspectives and Alternatives. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 6 (3), pp 217-230
- Davison, G.C. i Neal, J.M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*, Naklada Slap, Jastrebarsko
- Elzinga, M.B., van Dyck, R. i Spinhoven, P. (1998). Three Controversies About Dissociative Identity Disorder, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, pp. 13-23.
- Fox, J., Bell, H., Jacobson, L. i Hundley, G. (2013). Recovering Identity: A Qualitative Investigation of a Survivor of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 35(40), pp 324-341. (dobra priča)
- Hart, C. (2013). Held in mind, out of awareness. Perspectives on the continuum of dissociated experience, culminating in dissociative identity disorder in children. *Journal of Child Psychotherapy*, 39(3), pp 303-318.
- Jacobson, L., Fox, J., Bell, H., Zeliman, M. i Graham, J. (2015). Survivors with Dissociative Identity Disorder: Perspectives on the Counseling Process. *Journal of Mental Health Counseling*, (37), 4, pp 308-322.
- Kluft, P.R. (2012). Hypnosis in the treatment of Dissociative Identity Disorder and Allied States: an overview and case study. *South African Journal of Psychology*, (42), 2, pp 146-155.
- Lehman, J.K. (2014). Woman, Divided: Gender, Family, and Multiple Personalities in Media. *The Journal of American Culture*, (37), pp 64 – 73.
- Ringrose, L.J. (2011). Meeting the needs of clients with dissociative identity disorder: considerations for psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counseling*, 39(4), pp 293-305.