

Kontroverza disocijativnog poremećaja identiteta

Ena Magdić

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

ORCID: 0000-0002-4763-3871

Sažetak

Spektar disocijativnih poremećaja (DD) i danas predstavlja kontroverzno područje brojnih neslaganja u pogledu definiranja DD-a, njihove dijagnoze i tretmana pri čemu je kompleksnost tih pitanja najveća u slučaju disocijativnog poremećaja identiteta (DID). U početnom dijelu ovoga radu, u okviru biopsihosocijalnog modela, prikazani su etiološki čimbenici razvoja DID-a: razvojna traumatizacija kao najvažniji faktor, zatim utjecaj obitelji, društva i kulture i na koncu kognitivni i neuralni čimbenici. Nadalje, u središnjem dijelu rada objašnjeno je s kojim je poremećajima DID najčešće u komorbiditetu te je detaljnije razmotrena njihova diferencijalna dijagnoza s naglaskom na shizofreniju i granični poremećaj ličnosti. Iako neki znanstvenici i dalje osporavaju DID kao validnu dijagnozu, u radu su opisani instrumenti pomoću kojih se DID može validno i pouzdano razlikovati od ostalih poremećaja. Zaključno, u završnom dijelu predstavljene su mogućnosti tretmana DID-a s naglaskom na fazični model, osmišljen prema preporukama stručnjaka koji se za sada pokazao djelotvornim i obećavajućim. Sukladno rečenome, cilj je ovoga rada napraviti pregled istraživanja etiologije, dijagnoze i tretmana DID-a koji bi pridonio razjašnjavaanju do danas aktualne kontroverze postojanja i validnosti ovog poremećaja.

Ključne riječi: disocijativni poremećaji, disocijativni poremećaj identiteta

Uvod

Prepoznavanje, definiranje, dijagnoza i tretman predstavljaju izazovan put kojim moraju proći svi psihički poremećaji — uključujući disocijativni poremećaj identiteta, disocijativnu amneziju i poremećaj depersonalizacije/derealizacije koji prema DSM-V (2013) predstavljaju primarne poremećaje spektra disocijativnih poremećaja. U DSM-V (2013) istaknuto je da poremećaji ovog spektra ne podrazumijevaju pad u nekoj individualnoj konkretnoj funkciji, nego narušenost percepcije, pamćenja, svijesti identiteta i ponašanja kao i njihovog integriranog funkcioniranja.

Rijetki su slučajevi da unatoč istaknutoj ozloglašnosti i interesu opće populacije, poremećaj ostane poprilično neistražen, ostavljajući prostora za kontroverze koje opstaju do daljnega. Možda najviše populariziran, ali svakako najkompliciraniji poremećaj iz spektra disocijacije jest disocijativni poremećaj identiteta (DID), prethodno poznat kao poremećaj višestruke ličnosti. Forrest (2001) definira DID kao neurorazvojni poremećaj uzrokovan traumatičnim događajima u djetinjstvu koji su suzbili integraciju djetetovih iskustava i interakcija. Osoba koja ima ovaj poremećaj izmjenjuje dva ili više identiteta koji naizmjenično preuzimaju kontrolu nad ponašanjem osobe te se javlja amnezija za periode u kojima je kontrolu preuzeo jedan od ostalih identiteta (Leigh, 2015). Autorica napominje i da alternativni identiteti često nisu svjesni jedni drugih, no kod nekih ta svijest može biti prisutna. Paris (2012) navodi zanimljivu činjenicu da je popularna kultura, a ne znanost, imala najviše utjecaja na početnu popularizaciju koncepta višestruke ličnosti. Godine 1954. američki psihijatri Thigpen i Cleckley opisali su slučaj višestruke osobnosti koji je kasnije pretvoren u knjigu i film — *The Three Faces of Eve*, a 1973. objavljena je i književna uspješnica *Sybil* koja je također pretvorena u film te upravo ovo djelo Paris (2012) smatra okidačem popularizacije ovog poremećaja. U skladu s time, autor ističe važnost toga da je u DSM-IV verziji (1994) termin višestrukog poremećaja ličnosti/podvojene ličnosti zamijenjen manje dramatičnim i znanosti bližem pojmom — disocijativni poremećaj identiteta.

Kako bi se disocijativni poremećaj identiteta mogao dijagnosticirati, koriste se sljedeći kriteriji: kod osobe su prisutna dva ili više različitih, individualnih, neovisnih identiteta/stanja osobnosti/altera, svaki sa svojim relativno trajnim obrascem opažanja i razmišljanja o okolini i sebi, javlja se amnezija, tj. običnom zaboravljivošću ne može se objasniti nemogućnost prisjećanja važnih osobnih podataka ili praznine u sjećanju na svakodnevne događaje, zbog poremećaja se kod osobe javlja uznemirenost i teškoće funkcioniranja u jednom ili više životnih područja, karakteristike poremećaja nisu dio normalnih kulturnih ili vjerskih običaja, poremećaj nema uzrok u narušenom fiziološkom funkcioniranju ili općem zdravstvenom stanju te se kod djece uočeni simptomi ne mogu pripisati imaginarnim prijateljima (DSM-V, 2013).

Gillig (2009) opisuje tipičnog pacijenta s dijagnozom DID-a. Pacijentica je žena od oko trideset godina kod koje su se disocijativni simptomi prvi put pojavili u dobi od pet do deset godina te sada u odrasloj dobi prijavljuje do šesnaest različitih identiteta od kojih će većina postupno nestajati nakon početka liječenja. Pacijentica je u djetinjstvu bila fizički ili seksualno zlostavljana te kao neke od trenutnih poteškoća navodi smanjeni libido i nemogućnost doživljavanja orgazma. Izvještava i o „ekstrasenzornim iskustvima“ povezanim s disocijativnim simptomima (ponekad smatrani halucinacijama) poput javljanja glasova. Pacijentica ukazuje na određena razdoblja amnezije (susretanje ljudi koji ju poznaju, ali ih ona ne prepoznaje, odjeća za koju se ne sjeća da ju je kupila ili koju inače ne bi nosila i sl.) kao i na razdoblja depersonalizacije te koristi množinu („mi“ umjesto „ja“) govoreći o sebi. Ovaj kratki opis pobuđuje interes za razumijevanjem različitih aspekata disocijativnog poremećaja identiteta poput osnove njegova razvoja, razlikovanja od drugih poremećaja, prevalencije i potencijalno rizičnih skupina. U skladu s rečenim, cilj je ovoga rada razmatranje moguće etiologije DID-a, problematike uspostave njegove dijagnoze te različitih mogućnosti tretmana.

Etiologija disocijativnog poremećaja identiteta

Razvojna traumatizacija. Sar i suradnici (2017) ističu da je disocijativni poremećaj identiteta multifaktorski u svojoj etiologiji, odnosno ne možemo pripisati uzrok poremećaja samo jednom izoliranom faktoru. Etiološki čimbenici ovog poremećaja razmotrit će se u okviru biopsihosocijalnog modela te će ih se staviti u međuodnos s trenutno najšire prihvaćenim primarnim pokretačem ovog poremećaja – razvojnom traumatizacijom. Većina stručnjaka kao moguće uzroke javljanja disocijativnog poremećaja identiteta navodi izloženost nasilju i situacijama ekstremne ambivalentnosti u ranom djetinjstvu. U takvim situacijama djeca mogu razviti složeni obrambeni mehanizam poricanja kako bi uvjerali sami sebe da se nasilje događa nekom drugome (Gillig, 2009). Gentile i suradnici (2013) disocijaciju objašnjavaju kao „mehanizam gašenja“ koji se pokreće kada osoba ne može nastaviti biti emocionalno prisutna prilikom proživljavanja neke traume – traumatična situacija percipira se kao nepopravljiva i pojedinac se zaštićuje pomoću disocijacije, tj. procesa svjesnog ili nesvjesnog odvajanja od dijela svog doživljavanja, ponajprije osjećaja. Važno je napomenuti da disocijaciju treba razlikovati od derealizacije koja se odnosi na narušen doživljaj stvarnosti vanjskoga svijeta. Djeca su najranjivija i najosjetljivija upravo u periodu ranog djetinjstva jer tada dolazi do razvoja simboličkog mišljenja i simboličkih igara što potiče korištenje disocijacije kao obrambenog mehanizma (Gentile i sur., 2013). Liotti (2006) upozorava da su za razvoj disocijativne patologije najrizičnija djeca neorganiziranog

stila privrženosti koja su odrasla u okolini ekstremne ambivalentnosti. Štoviše, po autoru je sama neorganizirana privrženost disocijativni proces. Takva djeca različite aspekte svoje privrženosti koji „ne idu jedno s drugim“ uklapaju u različite osobnosti što povećava rizik od patološke disocijacije kao obrane od kasnijih životnih trauma. Neadekvatne interakcije traženja skrbi s primarnim skrbnicima mogu dovesti do toga da dijete razvije višestruke interne reprezentacije (interne radne modele) sebe i figura privrženosti. Kontradiktorni interni radni model figure privrženosti predstavlja ju kao opasnu i sigurnu u isto vrijeme – model se aktivira u kontekstu nesigurnosti ili opasnosti kako bi motivirao zaštitu od primarnog skrbnoga od kojeg se također traži sigurnost. (Sar i sur., 2017). Autori također ističu da je rani početak zlostavljanja i/ili zanemarivanja od strane figure privrženosti povezan s neorganiziranom privrženosti. Sukladno tome, dijete koje se razvija u disfunkcionalnoj okolini i doživljava sukobe svojih potreba i emocija, ne može stvoriti koherentan i integriran pojam o sebi. Sumirano, neorganizirana privrženost može se smatrati jednim od temelja razvoja DID-a. S navedenim se slažu i Doorah i suradnici (2014) koji tvrde da je DID povezan s nasilnim i traumatskim iskustvima iz djetinjstva čiji je inicijator obično djetetova figura privrženosti. Kao povoljne uvjete za razvoj DID-a navode izloženost fizičkom ili seksualnom zlostavljanju i formiranje neorganiziranog stila privrženosti za skrbnika koji potiče takve oblike zlostavljanja. U skladu s time, Leigh (2015) izvještava da više od 90% pacijenata s DID-om navodi da su u djetinjstvu doživjeli fizičko ili seksualno zlostavljanje. Nadovezujući se na prethodno rečeno, DePrince i suradnici (2015) proveli su istraživanje razlikovanja DID-a od PTSP-a na temelju kognitivne procjene. Dok su procjene srama, izdaje, samooptuživanja, ljutnje i straha bile slične kod oba poremećaja, sudionici s DID-om imali su značajno višu procjenu sebe kao onih koji doživljavaju alijenaciju (otuđenje) koja se povezuje s osjećajem usamljenosti, izoliranosti i različitosti. Zlostavljanje i zanemarivanje može aktivirati i održavati navedene osjećaje što dugoročno pogoduje razvoju DID-a.

Obitelj. Istraživanje Öztürka i Şara (2006) pokazalo je da su česte promjene raspoloženja, intenzivan bijes i nemogućnost kontrole bijesa, prolazna disocijativna iskustva, paranoidne ideje i konfuzija identiteta češći kod članova obitelji pacijenata s DID-om i povezanim disocijativnim poremećajima nego kod članova obitelji kontrolne skupine. U obitelji s takvim disocijativnim karakteristikama članovi mogu s vremenom izmjenjivati svoje uloge te naizmjenično biti žrtva, zlostavljač ili spasitelj. Promjenjivi stavovi roditelja i nesloga u braku često će kod djece izazvati kontradiktorne osjećaje. Autori ističu da nakon izravne traumatizacije u ranoj dobi, ovakve stalno promjenjive uloge u trajnom obiteljskom sustavu nastavljaju poticati djecu i adolescente da koriste disocijativne mehanizme prilagodbe. S time se slaže i Korol (2008), naglašavajući

da ako dijete nema socijalnu i obiteljsku podršku, veća je vjerojatnost da će biti sklonono korištenju disocijacije. Freyd (1994) iznosi tzv. teoriju traume izdaje u čijem je središtu koncept traume koju je izazvao netko na koga se žrtva oslanjala, često njezin primarni skrbnik. Ova teorija sugerira da je disocijativna amnezija adaptivni odgovor na zlostavljanje u djetinjstvu koji omogućuje preživljavanje na način da omogućuje djetetu da ostane privrženo svom zlostavljaču koji je nužan za djetetovo preživljavanje i razvoj. U kontekstu obitelji, također treba uzeti u obzir da roditelji često negativno reagiraju na djecu koja su drugačija od njihovih očekivanja, primjerice dijete koje je dosta neresponzivno ili ambivalentno. Ustrajanje u svojim očekivanjima dovodi do toga da roditelji dijete pokušavaju natjerati da se prilagodi okvirima njegove okoline umjesto da okolinu prilagode djetetovu temperamentu (Berk, 2007). Takvo ustrajanje dovodi do djetetova otpora i pojačavanja karakteristika koje roditeljima ne odgovaraju čemu slijedi stvaranje dodatnog pritiska na dijete. Taj se ciklus nastavlja, održavajući vrlo neadekvatan i problematičan kontekst djetetovog razvoja što u nekim slučajevima može prerasti u patologiju.

Kultura i društvo. Prilikom opisivanja etiologije DID-a, važno je osvrnuti se na utjecaje kulture i kulturalnih normi. Iako Stein i suradnici (2013) ističu da su patološki oblici disocijacije pronađeni u svim oblicima kulture, Dorahy i suradnici (2014) smatraju kulturu velikim izvorom izazova za empirijsku provjeru disocijativnog poremećaja identiteta. Kao glavni razlog navode neujednačenost međunarodnih dijagnostičkih klasifikacija – DSM-a i MKB-a (ICD-a) koja često onemogućuje smislene kros-kulturalne usporedbe. Primjerice, DSM-V sadrži kriterije i definicije klasifikacije isključivo za psihičke poremećaje dok ICD-10 uz psihičke poremećaje sadrži i kriterije i definicije klasifikacije stanja i bolesti povezane s cjelokupnom ljudskom fiziologijom te ne pokriva psihičke poremećaje jednako detaljno kao DSM-V (First, 2009). Nadalje, Dorahy i suradnici (2014) ukazuju i na razliku u definiranju pojma o sebi između individualističkih društava koja više naglašavaju autonomiju i nezavisnost te kolektivističkih u kojima se naglašava međuovisnost i grupna pripadnost. U disocijativnoj patologiji dimenzija individualizam-kolektivism pokazala se potencijalno utjecajnom u percepciji izvora alternativnih identiteta – jesu li oni nešto internalizirano što izvire iz osobe ili pak nešto eksternalizirano što „opsjeda“ osobu? Istraživanje Cardene i suradnika (2009) pokazuje da u nezapadnjačkim državama (npr. Uganda, Butan, Nigerija, Mozambik, Brazil, Havaji, Kuba) DID ima oblik patoloških iskustva opsjednutosti – zle vanjske sile uzrokuju promjene u svijesti i identitetu. S obzirom na to da se DID javlja kao oblik obrane od traumatičnih događaja koji se odvijaju u određenom socijalnom kontekstu koji je pod utjecajem kulture i kulturalnih normi, teško je odvojiti njihov utjecaj od procesa disocijacije. Ross (2011) izvještava da su u Turskoj i Sjevernoj Am-

erici također zabilježeni slučajevi u kojima pojedinci s DID-om porijeklo barem nekih od svojih alternativnih identiteta pripisuju određenoj spiritualnoj opsjednutosti. Autor naglašava da se DID ne može jasno dihotomno podijeliti na zapadnjački i ne-zapadnjački oblik. Drugim riječima, ne možemo zaključiti da pripadnici zapadnjačkih kultura svoje alternativne identitete doživljavaju kao nešto što izvire iz njih samih, a da pripadnici ne-zapadnjačkih kultura alternativne identitete smatraju vanjskim entitetima koji ih opsjedaju. DID je primarno povezan s time kako osoba doživljava samu sebe što može biti u manjoj ili većoj mjeri pod utjecajem kulture, primarno njene individualizam/kolektivizam komponente. Nadovezujući se na do sada rečeno, Lynn i suradnici (2012) predstavljaju sociokognitivni model (model fantazije) koji sugerira da medijski izvještaji, visoka razina društvenog znanja o DID-u, utjecajni i sugestivni terapeuti, sugestivnost pacijenata te kognitivne distorzije dovode do toga da ljudi pogrešno pretpostavljaju da imaju disocijativni poremećaj identiteta. Ovo stajalište u suprotnosti je s prethodno opisanim posttraumatskim modelom DID-a. Dok posttraumatski model uzrok DID-a pronalazi primarno u ranoj traumi i njezinim relacijskim, kognitivnim, emocionalnim i neurobiološkim posljedicama, sociokognitivni model uzrok pronalazi u društvenim i kognitivnim utjecajima. Međutim, Sar i suradnici (2013) ističu da dodirna točka ova dva modela leži u tome da model traume priznaje određeni utjecaj društvenih u kulturalnih čimbenika – ne na stvaranje disocijativnog identiteta, nego na njegovu prezentaciju. Dalenberg i suradnici (2012) proveli su istraživanje s ciljem provjere modela traume i modela fantazije. U istraživanju ovih autora, disocijacija je bila povezana s traumom i liječenjem traume te je bila povezana s poviješću traume i u slučaju kada je sklonost maštanju bila kontrolirana. Veličine učinka odnosa proživljenih trauma i disocijacije bile su velike među svim pojedincima s disocijativnim poremećajima, no odnos je najviše bio izražen kod pojedinaca s DID-om. Najjača povezanost pronađena je između disocijacije i seksualnog i fizičkog zlostavljanja. Nadalje, disocijacija nije bila pouzdano povezana sa sugestibilnošću, no bila je pozitivno povezana s poviješću oporavka sjećanja na traumu. Drugim riječima, rezultati ovog istraživanja idu u prilog modelu traume prema kojem pojava disocijacije predstavlja regulatorni mehanizam preživljavanja proživljavanja traume.

Kognitivni čimbenici. Sar i suradnici (2017) navode da su dva ponajviše narušena kognitivna procesa kod osoba s DID-om pamćenje i konstrukcija vlastitog identiteta što je u skladu s dijagnostičkim kriterijima postojanja dva ili više izdvojena identiteta te razdoblja amnezija za periode u kojima je jedan od identiteta preuzeo glavnu riječ (APA, 2013). Ova dva kognitivna procesa usko su povezana. Naša iskustva i spoznaje organiziraju se u dugoročnom pamćenju te se naše procjene i uvjerenja temelje na pohranjenim informacijama. Konstrukcija vlastitog identiteta temelji se na u pamćenju

pohranjenoj zbirci naših iskustava i spoznaja (primarno semantičko i autobiografsko pamćenje) koji su kodirana kao da su se dogodili sebstvu (Conway, 2005). Drugim riječima, osoba se prisjeti nekog događaja, zapamtila je da se to iskustvo dogodilo njoj i kad se prisjeća ima osjećaj da je to zaista i doživjela. Sar i suradnici (2017) dalje objašnjavaju da su kognitivni etiološki faktori DID-a povezani sa stvaranjem jaza između kodiranja doživljenih događaja (pohrana u pamćenje) i osobne percepcije tog događaja kao autobiografskog iskustva. Autori navode da je podrijetlo disocijativnih identiteta upravo u sjećanju na doživljene događaje koje doživljavaju autobiografski, tj. kao da su se dogodili njima. Ti se identiteti mogu oslanjati na različita sjećanja ili različite aspekte istog iskustva. Na temelju Beckove teorije, Kennedy i suradnici (2004) objašnjavaju kognitivnu perspektivu etiologije DID-a. Beck (1996) je predložio da je ličnost sastavljena od „modova“ koji sadrže kognitivne, afektivne, bihevioralne i fiziološke reprezentacije ili sheme za kodiranje iskustva te odgovaranje na interne zahtjeve i zahtjeve okoline. Svi modovi obuhvaćeni su „sustavom svjesne kontrole“ koji omogućuje integriranje modova u jedinstveni osjećaj sebstva, tj. osjećaj „ja“. DID nastaje kada modovi prestani biti pod sustavom svjesne kontrole te se odvoje i postoje u manjim, izoliranim jedinicama (npr. modovi privatnog života poput roditeljstva i partnerstva postaju razdvojeni od modova povezanih s profesionalnim funkcioniranjem). Te manje, izolirane jedinice svaka za sebe predstavljaju sustav svjesne kontrole koji obuhvaća određene modove te svaki od njih predstavlja određeni aspekt sebstva. Dakle, prema ovoj perspektivi, uzrok DID-a leži u razdvajanju jedinstvenog sustava svjesne kontrole na nekoliko zasebnih od kojih svaki obuhvaća određene modove, zbog čega se gubi povezanost između modova obuhvaćenih različitim sustavima. U skladu s razdvojenošću sustava svjesne kontrole, modovi se integriraju u nekoliko zasebnih osjećaja sebstva.

Neuralni čimbenici. Istraživanja neuralne osnove DID-a još su u povojima, međutim, dovela su do velikih pomaka u razumijevanju ovog kompleksnog poremećaja. Reinders i suradnici (2003), koristeći metodu PET snimanja (pozitronska emisijska tomografija), proveli su istraživanje specifičnih promjena lokalizirane moždane aktivnosti kod pojedinaca s DID-om. Rezultati ukazuju na to da, ovisno o prisutnom alternativnom identitetu, postoje različiti regionalni uzorci cerebralnog protoka krvi za svaki od identiteta. U skladu s time, autori su izveli zaključak da kod osoba s DID-om postoje specifične moždane funkcionalne razlike u medijalnom prefrontalnom korteksu (MPFC) i posteriornim asocijativnim područjima ovisno o alternativnom identitetu koji je prisutan u danom trenutku. Reinders i suradnici (2019) proveli su još jednu studiju – u ovom slučaju analizirali su mogućnost prepoznavanja uzoraka moždanih biomarkera kod osoba s DID-om. Promatrane su strukturalne slike mozga 75 sudioni-

ka od čega ih je 32 imalo DID, a ostatak je predstavljao kontrolnu skupinu zdravih pojedinaca. Rezultati su pokazali da se na temelju strukturalnih slika mozga, korištenjem metode prepoznavanja uzoraka moždanih biomarkera, s vrlo visokom osjetljivošću i specifičnošću, može razlikovati osobe s DID-om od kontrolne skupine. Autori preporučuju upotrebu ove metode u budućnosti kako bi osobe s DID-om dobile što točniju dijagnozu i kako bi ih se uspješno razlikovalo od osoba koje nemaju ovaj poremećaj. Iako neki stručnjaci pokazuju otvoren skepticizam po pitanju valjanosti i općeg postojanja ovoga poremećaja, smatrajući ga ozbiljnijom simulacijom bolesti (Davison i Neale, 2002), neuroznanost i njeni rezultati pobijaju taj skepticizam i daju niz potvrda validnosti disocijativnog poremećaja identiteta. Dvije strukture u kojima se uočavaju najdosljednije razlike su amigdala i hipokampus. Vermetten i suradnici (2006) izvještavaju da su pojedinci koji su se oporavili od DID-a imali veće hipokampuse od onih koji se nisu oporavili ili nisu završili terapiju. Poprilično dosljedno se pronalazi da su hipokampus i amigdala kod pacijenata s DID-om manji nego kod zdravih pojedinaca (Vermetten i sur., 2006; Ehling i sur., 2007; Chalavi i sur., 2015b). Pregledni rad Blihora i suradnika (2020) pokazuje da su dosadašnja istraživanja usporedbe mozgovca pacijenata s DID-om i zdravih pojedinaca kod osoba s DID-om pronašla manje kortikalne i subkortikalne volumene u hipokampusu, amigdali, parijetalnim strukturama koje su uključene u percepciju i osobnu svijest te u frontalnim strukturama koje su uključene u izvođenje pokreta i učenje straha. Manje veličine različitih frontalnih regija kod DID pacijenata, uključujući Brocino područje i prednji cingularni korteks podupiru ideju da trauma negativno utječe na frontalni korteks. Kod DID pacijenata je također pronađen veći volumen bijele tvari koja je odgovorna za informacijsku komunikaciju između somatosenzornih asocijacijskih područja, bazalnih ganglija i prekuneusa. U kontekstu povezanosti hormonalnih i neurotransmiterskih promjena i DID-a, pronađeno je da farmakološka manipulacija serotonergičkim prijenosom može izazvati disocijativne simptome (Simeon i sur., 1995), (Lacy i Mathis, 2003). Također se pokazalo da su disocijativni poremećaji povezani s višim razinama oksitocina i prolaktina (Roydeva i Reinders, 2021) te da su razine noradrenalina i dopamina povišene u određenim disocijativnim stanjima (Kawai i sur., 2001). Ukazuje se i na to da su i patološka i nepatološka disocijativna iskustva povezana s posebnim promjenama u lučenju kortizola (Boulet i sur., 2022). Rajkumar (2022) nudi pregled dosadašnjih otkrića genetskih istraživanja disocijativnih poremećaja te naglašava da je ovaj spektar poremećaja nedovoljno proučavan iz genetske perspektive. U ovom radu prikazani su preliminarni dokazi o povezanosti disocijativne simptomatologije i varijacija u pojedinim genima. Genetske studije disocijativnog poremećaja (primarno obiteljske studije i studije blizanca) sugeriraju da disocijativna stanja imaju jasnu nasljednu komponentu (Jang i sur., 1998; Becker-Blease i sur., 2004). Geni za koje se pretpostavlja da imaju određenu povezanost s disocijativnim simptomima povezani su s monoaminergičkim

prijenosom (5-HTT, COMT), neuralnom plastičnošću (BDNF), neuropeptidnim receptorima (OXTR) i regulacijom osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (FKBP5). Međutim, ovi rezultati nisu dosljedni (Grabe i sur., 1999; Waller i Ross, 1997) te je na budućim istraživanjima da razjasne opseg mogućnosti identificiranja bioloških mehanizama povezanih s ranjivošću na disocijativne simptome.

Diferencijalna dijagnoza

U kontekstu teškoća razlikovanja DID-a od ostalih poremećaja, Coons (1998) objašnjava da je DID najčešće u komorbiditetu s depresivnim poremećajima, somatskim poremećajima ličnosti i post-traumatskim stresnim poremećajem (PTSP-om). Istraživanje Ellasona i suradnika (1996) također je ispitalo komorbiditet DID-a s drugim poremećajima. Prema ovom istraživanju, DID je najčešće u komorbiditetu s depresijom, posttraumatskim stresnim poremećajem, paničnim poremećajem, opsesivno-kompulzivnim poremećajem, socijalnom fobijom, jednostavnom fobijom i somatizacijskim poremećajem. Detaljnije razmatrajući komorbiditet DID-a s anksioznim poremećajima u istraživanju Ellasona i suradnika (1996), najčešći je s PTSP-om, zatim paničnim poremećajem, opsesivno-kompulzivnim poremećajem i socijalnom fobijom, jednostavna fobija i agorafobija bile su srednje po učestalosti dok je DID najrjeđe u komorbiditetu s generaliziranom anksioznošću. Ovakvi rezultati u skladu su nalazima drugih istraživanja (Boon i Draijer, 1993). Čest je bio i komorbiditet sa somatoformnim poremećajima i poremećajima prehrane – gotovo polovica uzorka patila je od neke vrste somatoformnog poremećaja. Ovi rezultati idu u prilog nalazima prethodnih studija o somatskim simptomima osoba koje su preživjele seksualno zlostavljanje (Coons, 1984; Boon i Draijer 1993). Od poremećaja ličnosti, DID je najčešće u komorbiditetu s graničnim poremećajem, zatim izbjegavajućim i samoporažavajućim (u klasifikaciji DSM-III-R). Nadalje, kod velikog udjela osoba s dijagnozom DID-a pronađena je ovisnost o alkoholu i/ili drogama te je kod mnogih zlouporaba droga bila teška što je također u skladu s prethodnim istraživanjima (Putnam i sur., 1986). Mnogi su pacijenti prijavili početnu zlouporabu droga ili alkohola u adolescenciji, a dio je navodne zlouporabe droga ili alkohola započeo u ranom djetinjstvu. Zanimljiv je kontradiktorni nalaz turskog istraživanja Ilhana Yargıça i suradnika (1998) u kojem je u DID skupini sudionika, samo jedan sudionik bio ovisan o drogama te se DID skupina nije razlikovala od skupina schizofrenije, epilepsije i paničnog poremećaja po učestalosti i zloupotrebi alkohola i supstanci. Autori sugeriraju potencijalnu ulogu kulture i kulturoloških normi u osnovi ove razlike. Wing (1997) ukazuje na to da se zbog učestale povezanosti DID-a i zlouporabe alkohola, rupe u sjećanju često objašnjavaju gubitkom

svijesti zbog alkohola što u startu izolira opciju mogućnosti dijagnoze DID-a. Uzrok učestale zlouporabe supstanci pripisuje se dubokoj emocionalnoj boli koju domaćin (osnovni identitet) doživljava i želi iskorijeniti. Autor objašnjava da, s jedne strane, moguće je da se DID razvije nakon što pacijent započne liječenje alkoholizma jer bez alkohola pacijent može osjećati da mu treba drugi „zaštitnik“ dok s druge strane, ako je dijagnoza DID-a domaćinu već poznata, on može koristiti alkohol kako bi blokirao potencijalne okidače u okolini i tako spriječio disocijaciju.

Diferencijalna dijagnoza velika je prepreka pri uspostavljanju dijagnoze disocijativnog poremećaja identiteta. U jednu ruku zbog skeptičnosti znanstvenika i kliničara po pitanju postojanja ovog poremećaja, u drugu zato što je ovaj poremećaj u komorbiditetu s velikim brojem drugih kako je prethodno i opisano. U DSM-V (APA, 2013) objašnjene su najvažnije razlike DID-a i poremećaja s kojima je u komorbiditetu. Osobe s disocijativnim poremećajem identiteta često s vremenom mogu razviti i depresivne simptome koji mogu izgledati kao da zadovoljavaju kriterije za dijagnozu velike depresivne epizode. Ti kriteriji su: depresivnost većine dana gotovo svaki dan, kontinuiran izostanak interesa i užitka za bilo koju aktivnost, značajan gubitak/porast težine/apetita, svakodnevna insomnija ili hipersomnija, svakodnevna psihomotorička agitacija ili usporenost, kontinuiran umor i nedostatak energije, osjećaj bezvrijednosti ili izrazite krivnje, narušena sposobnost razmišljanja i koncentracije te razmišljanje o smrti, suicidalne misli, planovi i pokušaj suicida. Rigorozna procjena pokazuje da depresija kao popratni faktor DID-a u nekim slučajevima ne ispunjava sve navedene kriterije za veliki depresivni poremećaj. Specifičnost depresivnog poremećaja kod pojedinaca s disocijativnim poremećajem identiteta jest ta da depresivno raspoloženje i razmišljanja fluktuiraju i nisu konzistentna jer se doživljavaju u nekim stanjima identiteta, ali ne i u drugim. Primjerice, domaćin (osnovni identitet) može imati depresivne simptome, ali njegovi alteri ne ili neki od altera može imati simptome koje i okolina može zamijetiti, ali domaćin nije svjestan toga jer, kako je prethodno spomenuto, stanja identiteta nisu svjesna jedna drugih. Nadalje, umjesto dijagnoze disocijativnog poremećaja identiteta pojedincima se često pogrešno dijagnosticira bipolarni poremećaj, najčešće bipolarni poremećaj II. Primarna je razlika to što kod ovog poremećaja pronalazimo relativno brze promjene raspoloženja – obično unutar nekoliko minuta ili sati, dok kod osoba s bipolarnim poremećajem uočavamo sporije promjene raspoloženja. Uzrok promjena su brze, subjektivne promjene raspoloženja koje se obično javljaju u disocijativnim stanjima i koje su ponekad popraćene fluktuacijama u razinama aktivacije. Nadalje, kod DID-a izmjena identiteta može podrazumijevati i izmjenu raspoloženja u povišeno ili depresivno zbog čega jedno ili drugo raspoloženje može potrajati relativno dugo (često danima) ili se može pomaknuti unutar nekoliko minuta.

Kako je u osnovi i PTSP-a i DID-a iskustvo traume, neki pojedinci imaju i posttrau-

matsko stresni poremećaj i disocijativni poremećaj identiteta. Zbog toga je važno razlikovati osobe koje imaju samo PTSP i osobe koje imaju i PTSP i disocijativni poremećaj identiteta. Temelj diferencijalne dijagnoze jest utvrditi prisutnost ili odsutnost disocijativnih simptoma koji nisu karakteristični za akutnu stresni poremećaj ili PTSP. Neki disocijativni simptomi javljaju se i kod DID-a i kod PTSP-a: (a) amnezija za neke aspekte traume, (b) disocijativni *flashbackovi* (tj. ponovno proživljavanje traume, sa smanjenom sviješću o trenutnom stanju) i (c) simptomi nametljivosti i izbjegavanja, negativne promjene u kogniciji i raspoloženju te hiperuzbuđenost u fokusu koje je traumatski događaj. Međutim, s druge strane imamo disocijativne simptome koji se javljaju samo kod DID-a, odnosno nisu manifestacije PTSP-a: (a) amnezije za mnoge svakodnevne (netraumatske) događaje, (b) disocijativni *flashbackovi* koji mogu biti praćeni amnezijom za sadržaj *flashbacka*, (c) snažne intruzije altera (nepovezane s traumatskim materijalom) u individualni osjećaj sebe i d) rijetke, potpune promjene među različitim identitetskim stanjima. Konverzivni poremećaj jest poremećaj funkcionalnih neuroloških simptoma. Primarno se razlikuje od DID-a po odsutnosti poremećaja identiteta koji karakteriziraju dva ili više različitih stanja osobnosti ili iskustvo opsjednutosti. Također, disocijativna amnezija u konverzionom poremećaju je više ograničena (npr. amnezija za neepileptički napadaj). Jedan od kriterija dijagnoze DID-a jest da se simptomi ne mogu pripisati fiziološkim učincima tvari (npr. nesvjestica ili kaotično ponašanje tijekom opijanja alkoholom) ili drugom medicinskom stanju (npr. složeni parcijalni napadaji) Simptomi povezani s fiziološkim učincima tvari mogu se razlikovati od disocijativnog poremećaja identiteta ako se procijeni da je dotična supstanca etiološki povezana s poremećajem.

Alteri u disocijativnom poremećaju identiteta često predstavljaju identitete za koje se čini da sažimaju niz značajki teškog poremećaja osobnosti, što bi upućivalo na diferencijalnu dijagnozu poremećaja ličnosti, posebno graničnog poremećaja ličnosti. Važna razlika između ova dva poremećaja je u konzistentnosti – poremećaj ličnosti je sveprisutna i trajna disfunkcija u upravljanju afektima i međuljudskim odnosima dok se kod DID-a zbog izmjene identiteta javlja određena varijabilnost u stilu osobnosti (zbog nedosljednosti među identitetima). Nadovezujući se na ovu skupinu poremećaja, Laddis i suradnici (2017) u svome su istraživanju uočili jasno distinktivne razlike u procesima disocijacije između DID-a i graničnog poremećaja ličnosti. Autori su primjenom Višedimenzionalnog inventara disocijacije (MID) uočili da osobe s DID-om postižu značajno više rezultate na ovom inventaru. Rezultati ukazuju na to da DID i GPL imaju naizgled slične simptome – kod oba su prisutni konfuzija identiteta i problemi s pamćenjem dok je uz to za DID karakteristična prisutnost alternativnih identiteta, a za GPL retrospekcije, tj. prikazi sjećanja i prethodno proživljenih iskus-

tava. Unatoč sličnostima, autori ističu da su u osnovi ovih simptoma različiti procesi. Kod DID-a velika većina disocijativnih procesa generirana je iz pojave alternativnih identiteta dok je kod GPL-a to slučaj kod samo otprilike 24% pacijenata. Kao glavni mehanizmi zbog kojih se kod GPL-a javljaju disocijativna iskustva jesu brze, stresom uzrokovane promjene stanja svijesti (specifične za GPL), perceptivne narušenosti koje mogu biti popraćene dezintegracijom afektivnog funkcioniranja koja nalikuje disocijaciji i obrambeno distanciranje od nevolje. Alarmantan je nalaz Branda i suradnika (2012) koji ukazuje na višu stopu samoozljeđivanja i pokušaja samoubojstva kod osoba s DID-om u usporedbi s ostalim poremećajima što potvrđuje i Leigh (2015).

Na koncu, disocijativni poremećaj identiteta može se zamijeniti sa shizofrenijom ili drugim psihotičnim poremećajima. Prvo, personificirani, unutarjni glasovi disocijativnog poremećaja identiteta, posebno djeteta (npr. „Čujem djevojčicu kako plače u ormaru i bijesnog muškarca koji viče na nju”), mogu se zamijeniti s psihotičnim halucinacijama. Drugo, disocijativna iskustva fragmentacije identiteta i percipiranog gubitka kontrola nad mislima, osjećajima, impulsima i djelima može se zamijeniti sa znakovima formalnog poremećaj mišljenja. Treće, progoniteljski i pogrdni unutarjni glasovi povezani s depresivnom simptomatologijom kod DID-a mogu se pogrešno dijagnosticirati kao velika depresija sa psihotičnim značajkama. Četvrto, pojedinci s DID-om također mogu prijaviti vizualne, taktilne, olfaktorne, okusne i somatske halucinacije, koje su obično povezane s posttraumatskim i disocijativnim čimbenicima, kao što su djelomični *flashbackovi*. Razlika je u tome da pojedinci s disocijativnim poremećajem identiteta nemaju deluzivna objašnjenja za ove fenomene te njihov uzrok pripisuju alternativnim identitetima što se očituje u personificiranom načinu opisivanja simptoma. Također, moguće je razlikovati kaotičnu promjenu identiteta i akutne intruzije koje ometaju misaone procese od kratkotrajnog psihotičnog poremećaja po tome što kod DID-a prevladavaju disocijativni simptomi i amnezije za epizode izmjene identiteta. Istraživanje Footea i Parka (2008) detaljnije objašnjava glavne simptomatološke razlike između DID-a i shizofrenije. Autori ističu tri važna faktora na osnovi kojih se diferencijalna dijagnoza ne bi trebala oslanjati jer se s manjom ili većom učestalošću javljaju kod oba poremećaja, a to su traumatična iskustva u prošlosti, formalni poremećaj mišljenja, tj. nepovezan i nelogičan tijek misli te prisutnost deluzija. Ono u čemu se DID potencijalno razlikuje od shizofrenije jest to da je za DID karakteristično da su deluzije realističnije i manje bizarne u usporedbi s onima koje se javljaju kod shizofrenije, no ta distinkcija je li deluzija bizarna ili ne nije uvijek jednostavna. Primjerice, ideja da netko želi počinuti atentat na osobu gotovo je sigurno bizarna deluzija za nekog učitelja u srednjoj školi, no za neku politički aktivnu osobu poput predsjednika države, takva ideja može biti istinita, a ako nije onda govorimo o realističnoj deluziji.

Jedna od značajnijih, jasnih razlika po kojima možemo razlikovati DID od shizofrenije jesu amnezija i rupe u vremenu koje nisu jedan od kriterija za dijagnozu shizofrenije, ali jesu za DID, kao što je i navedeno u DSM-V priručniku. Nadalje, važna razlika jest i u javljanju halucinacija – za DID su primarno karakteristične auditorne halucinacije koje se opisuju personificirano, odnosno kada bi kliničar postavio pitanja poput „Ima li glas ime?“, „Kako izgleda?“, „Koliko ima godina?“, osoba s DID-om dala bi jasne odgovore. Autori se osvrću i na nalaze poput onih Moskowitza i Corstensa (2007) prema kojima osobe s DID-om auditorne halucinacije gotovo uvijek doživljavaju u svojoj glavi dok one kod shizofrenije mogu biti i izvan i unutar osobe. Upozoravaju da ove rezultate treba razmatrati sa skepticizmom i ne donositi konačne zaključke uslijed nedovoljne jednoznačnosti rezultata istraživanja ovog diferencijalnog aspekta. Također ističu da ni prethodno opisane distinkcije nisu uvijek dovoljne za razlikovanje DID-a od shizofrenije te da je jedina mogućnost za postizanje tog cilja kontinuiran rad terapeuta s pacijentom.

Dijagnoza disocijativnog poremećaja identiteta

Uslijed slabe i nedovoljne istraženosti teško je govoriti o prevalenciji poremećaja disocijativnog identiteta, no istraživanje Branda i suradnika (2016) upućuje na to da se ovaj poremećaj može pronaći u 0,4 – 6,0 % kliničkih uzoraka na kojima su provedeni rigorozni strukturirani klinički intervjui te da taj raspon, govoreći o općoj populaciji, varira od otprilike 1,1% do 1,5%. Friedl i suradnici (2000) kao nedostatak kliničkih studija navode da se, zbog korištenja različite metodologije, u različitim državama dobivaju različiti podaci o prevalenciji DID-a (raspon od 0,4% do čak 14%). Dorahy i suradnici (2014) tvrde da je prevalencija DID-a najveća u psihijatrijskim ustanovama te da obuhvaća približno 1% opće populacije. Spitzer i suradnici (2003) na uzorku od više od 2000 sudionika nisu pronašli spolne razlike u općim ili patološkim simptomima disocijacije te su taj nalaz potvrdili nekoliko godina kasnije (Spitzer i sur., 2008). U recentnijem istraživanju, autori predlažu da privid veće učestalosti disocijativnih poremećaja kod žena ima svoju osnovu u sociokulturnom kontekstu. Žene koje imaju disocijativni poremećaj vjerojatnije će ući u opći zdravstveni sustav jer su spremnije pokazati emocije/vulnerabilnosti i tražiti pomoć. Muškarci koji imaju disocijativni poremećaj češće će ući u pravni sustav (zatvor, forenzičke ustanove) jer su skloniji potiskivanju emocija, teže traže pomoć i njihovi problemi lakše i češće eskaliraju u agresiju. Ti se podaci odnose općenito na disocijativne poremećaje te ne možemo na osnovi njih donositi konkretne zaključke u kontekstu samo DID-a, ali zbog značajnog nedostatka istraživanja spolnih razlika u prevalenciji DID-a vrijedi ove prijedloge imati na umu. Cheng i suradnici (2022) proveli su istraživanje na skoro 2000 adolescenata s

ciljem istraživanja razlika u prevalenciji adolescentnih disocijativnih simptoma (ADS) u vrijeme Covid-19 pandemije. Neki od simptoma jesu teškoće praćenja uputa, ekstremne promjene raspoloženja, depersonalizacija, ekstremne bihevioralne promjene (npr. rukopis, način govora), regresivna ponašanja (ponašanja karakteristična za neki od prethodnih stadija razvoja), opetovana zbunjenost i dezorijentacija, korištenje „mi“ umjesto „ja“. Istraživanje je pokazalo da adolescenti imaju višu stopu izraženih adolescentnih disocijativnih simptoma u odnosu na adolescentice. Nadalje, autori ističu da postoji i značajna razlika u faktorima utjecaja na razvoj disocijativnih simptoma — kod muških sudionika značajan su utjecaj imali konfliktni odnos nastavnik-učenik te nekoliko čimbenika obiteljske dinamike: ekspresivnost, sukob, kohezija i organizacija dok su kod ženskih sudionika važnu ulogu imali individualna psihološka stanja, ponajviše paranoidne ideje te somatske tegobe. Ovakvi rezultati upućuju na to da spolne razlike u prevalenciji DID-a možda postoje u određenim dobnim skupinama, no zbog nedostatka istraživanja ne možemo donositi jasne zaključke. Pitanje prevalencije te spolnih i dobnih razlika svakako je jedno od područja kojemu bi se trebalo posvetiti više pažnje i početi provoditi valjana istraživanja dovoljno velikog i reprezentativnog uzorka što je trenutno jedan od primarnih nedostataka ovog aspekta istraživanja DID-a.

Kako bi se omogućila što jasnija identifikacija prisutnosti DID-a kod neke osobe, DSM-V kao ključne simptome po kojima se DID razlikuje od ostalih poremećaja navodi konfuziju i promjenu identiteta i amneziju (Spiegel i sur., 2011) te je u priručniku revizije DSM-IV Američke psihijatrijske udruge (2000) istaknuto da simptomi derealizacije i depersonalizacije nisu nužni za dijagnozu. Empirijska analiza Dorahya i suradnika (2014) koja obuhvaća istraživanja iz Europe, Australije, Azije i Sjeverne i Južne Amerike potvrđuju konzistentnost ovih pet simptoma. Kao visoko pouzdane instrumente dijagnoze DID-a autori navode SCID-D-Revised (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised) i DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule) koji procjenjuju prethodno spomenutih pet kategorija te omogućuju dijagnozu DID-a. U skladu s time, Mychailyszyn i suradnici (2020) u svojoj meta-analizi opisuju SCID-D-R kao jedan od psihometrijski najboljih pristupa dijagnozi disocijativnih poremećaja. Prema autorima, SCID-D-R i njegov prethodnik, SCID-D, polustrukturirani su intervjui koji daju rezultate za pet subskala: amnezija, depersonalizacija, derealizacija, konfuzija identiteta i promjena identiteta te ukupni rezultat. Razlika između SCID-D i njegove revidirane verzije jest u tome što se u SCID-D verziji koristi zastarjeli termin „poremećaj višestruke ličnosti“ (prema DSM-III) dok se u SCID-D-R verziji koristi aktualan termin „disocijativni poremećaj identiteta“ (prema DSM-IV). Pitanjima se procjenjuje prisutnost ili odsutnost simptoma, kao i njihovo trajanje, učestalost, ozbiljnost i povezana oštećenja i uznemirenost. Viši rezultati ukazuju na više razine psihopatologije. Prednost SCID-D-a i SCID-D-R leži u

kombiniranju direktnih i indirektnih pitanja o prepoznavanju disocijacije u njenim različitim manifestacijama. Korištenje ovog instrumenta namijenjeno je obučanim dijagnostičarima koji su upoznati s razlikovanjem disocijativnih poremećaja od poremećaja koji se mogu zamijeniti s disocijativnima kao i lažnih i izmišljenih poremećaja. Pomoću SCID-D-R mogu se dijagnosticirati svi disocijativni poremećaji te ih i isključiti kao dijagnozu kada se disocijacija može bolje objasniti drugim fenomenom. Najčešći takvi slučajevi podrazumijevaju konzumaciju droge i alkohola, medicinsku bolest, prolazna disocijativna iskustva povezana sa stresom ili traumatsku ozljedu mozga. U prilog ovih mjernih instrumenata idu visoke procjene test-retest pouzdanosti — $\alpha = .72-.96$ (Kundakçi i sur., 2014; Şar i sur., 2013; Steinberg i sur., 1990). Međutim, Kundakçi i suradnici (2014) upozoravaju da su sudionici njihova istraživanja potencijalno imali težak oblik disocijativne psihopatologije te da bi uočeni simptomi vjerojatno bili manje izraženi kod sudionika blažeg oblika disocijativnog poremećaja. Također je zabilježena i dobra diskriminantna valjanost u razlikovanju DID-a od shizofrenije (Steinberg i sur., 1994), konverzivnih poremećaja (Bowman i Coons, 2000) i nedisocijativnih poremećaja mješovite psihijatrijske populacije (Kundakçi et al., 2014). Meta-analizom Mychailyszyna i suradnika (2020) utvrđene su velike veličine učinka za svih pet prethodno navedenih kategorija simptoma. Veličina agregiranog učinka izražena Hedgeovim g tumači se kao mala ako je g između 0,2-0,49, srednja ako je između 0,5-0,79 i velika ako je 0,8 i više. Najveće veličine učinka dobivene su za sveukupne usporedbe disocijativnih poremećaja s drugim psihijatrijskim poremećajima ($g = 3,12$), nakon čega slijede usporedbe promjene identiteta ($g = 2,87$) i disocijativne amnezije ($g = 2,16$). Ovo sugerira da općenito SCID-D intervjui mogu prilično dobro razlikovati disocijativne poremećaje od drugih poremećaja.

Nadalje, drugi predloženi instrument jest Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS). Na temelju DDIS-a uspostavlja se DSM-V dijagnoza disocijativnih poremećaja, poremećaja somatskih simptoma, graničnog poremećaja ličnosti i velike depresivne epizode te se također dobivaju informacije o fizičkom i seksualnom zlostavljanju u djetinjstvu (Ross i Browning, 2016). Pomoću DDIS-a moguće je razlikovanje disocijativnog poremećaja identiteta od niza drugih dijagnostičkih kategorije poput poremećaja prehrane, paničnog poremećaja i shizofrenije kao i od subjekata opće populacije (Ross i Ellason, 2005). Istraživanje Rossa i suradnika (2002) ukazuje na to da DDIS ima zadovoljavajuću pouzdanost kao i konkurentnu valjanost sa SCID-D-om te i da SCID-D ima jasnu pouzdanost i valjanost. Kao nedostatak DDIS-a, Mychailyszyn i suradnici (2020) navode da ovaj instrument ne daje informacije o težini, trajanju ili pojavi simptoma, niti zahtijeva toliko iskustvenog i subjektivnog opisa od pacijenata. Uzevši u obzir te nedostatke, DDIS može biti manje koristan u izazovnim dijagnostičkim kontekstima poput forenzičke procjene ili razmatranja krivotvorenja ili

lažne prezentacije. U skladu s time, meta-analiza ovih autora prednost daje SCID-D-R. Dorahy i suradnici (2014) osvrću se i na DES (Dissociative Experience Scale). DES je razvijen iz podataka intervjua koji su zadovoljili kriterije DSM-III za disocijativne poremećaje kako bi se povećala pouzdanost i učinkovitost disocijativne dijagnoze (APA, 2013). Sastoji se od skala samoprocjene za povišene disocijativne simptome koji mogu biti indikativni prisutnost disocijativnog poremećaja. Međutim, autori izvještavaju o uočenim kulturalnim razlikama u rezultatima koje vjerojatno imaju osnovu u subjektivnosti doživljaja proživljenoga i razlikama u prijevodima zbog čega favoriziraju upotrebu SCID-D-R i DDIS-a. S time se slažu i Blihar i suradnici (2020), ističući da mnogi smatraju da se ovaj instrument temelji na subjektivnom izvještavanju i tumačenju. Također, pokazalo se da DES ima zadovoljavajuću prediktivnu valjanost, ali nije utvrđena diskriminirajuća valjanost (van Ijzendoorn i Schuengel, 1996). U skladu sa svime rečenim, valja istaknuti zaključak empirijske analize Dorahyja i suradnika (2014) — disocijativni poremećaj identiteta validna je dijagnoza jer se pomoću uspješno razvijenih instrumenata poput SCID-D-R-a može pouzdano razlikovati od ostalih poremećaja, ima kompleksnu i jedinstvenu kliničku prezentaciju koja je jasno definirana te zadovoljava sadržajni, kriterijski i konstruktni aspekt valjanosti. Kao značajnu poteškoću u dijagnozi DID-a Myricka i suradnika (2012) navode podatak da je većina istraživanja u ovom području provedena na uzorku dobne skupine starijih od 35 godina te iako mlađi prijavljuju značajnije disocijativne simptome koji vode do raznih destruktivnih ponašanja, manja je vjerojatnost da će se mlađoj osobi uspostaviti dijagnoza disocijativnoga poremećaja identiteta. Coons (1998) također ističe da primarna osobnost osobe koja ima disocijativni poremećaj identiteta obično nije svjesna postojanja alternativnih identiteta dok alternativni identiteti možda imaju neku svijest jedni o drugima, međutim, manja je vjerojatnost da će se neki od njih pojaviti dok je prisutan psihijatar (vjerojatno zbog smanjene razine stresa u takvom okruženju). Autor takvo otežano opažanje alternativnih identiteta osobe smatra jednim od ključnih problema dijagnoze jer prema mišljenju većine stručnjaka o DID-u, psihijatar ne bi trebao davati dijagnozu DID-a ako ne uoči disocijacija ili ako ne dođe do pojavljivanja nekog od alternativnih identiteta. Kao dodatne komplikacije dijagnoze, pacijenti kao popratni faktor DID-a često imaju i somatske probleme poput glavobolje, pseudo-napadaja, gastrointestinalnih i genitourinarnih problema (Gentile i sur., 2013).

Tretman disocijativnog poremećaja identiteta

Farmakoterapija. Kao jedna od opcija tretmana disocijativnog poremećaja identiteta, istraženi su različiti oblici farmakoterapije. Burton i Lane (2001) daju pregled različitih mogućnosti farmakoterapije za osobe s DID-om koje u kombinaciji sa psihoterapi-

jom mogu utjecati na smanjenje simptoma. Prva opcija na koju se osvrću jesu antidepresivi i anksiolitici (npr. selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina, triciklički antidepresivi, benzodiazepini i sl.) koji stabiliziraju raspoloženje, smanjuju intruzivne simptome kao i pretjerano uzbuđenje i tjeskobu. Predlažu se i beta blokatori i antipsihotici (npr. aripiprazol, kvetiapin) koji djeluju na sličan način te naltrekson koji inhibirati samoozljeđujuće ponašanje. Također, Gentile i suradnici (2014) navode da se benzodiazepini, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i antiepileptički lijekovi vrlo često pripisan tretman za disocijativne poremećaje. Primarna prednost anksiolitika i antidepresiva jest to što stabiliziraju raspoloženje i na taj način smanjuju vjerojatnost izmjene altera. Ako se kod osobe stabilizira raspoloženje, manja je šansa da će ispoljiti neki od altera kao posljedica osjećaja ugroženosti. Sutar i Sahu (2019) osvrću se na problematičnost komorbiditeta DD-a (disocijativni poremećaj) s ostalim psihičkim poremećajima poput PTSP-a, depresije i anksioznosti te da se zbog kompleksnosti kliničke slike DD-a, pacijentima pripisuje različite terapije lijekova za neki od poremećaja s kojima je DD u komorbiditetu i s kojim ima neke iste simptome. Pregledni rad Sutara i Saha (2019) ukazuje na to da su paroksetin i nalokson jedini lijekovi proučavani kroz RCT (randomizirana placebo-kontrolirana ispitivanja) za koje je utvrđeno da mogu skromno kontrolirati simptome depersonalizacije i disocijacije koji su u komorbiditetu s PTSP-om i GPL-om. Za fluoksetin i naltrekson nije pronađena značajna djelotvornost u suzbijanju disocijativnih simptoma. Kako je i vidljivo iz ovog kratkog pregleda, većina farmakoloških terapija fokusirana je na izazivanje promjene raspoloženja, smanjenje anksioznosti i uzbuđenja, ali kako Stern i suradnici (2008) i Somer i suradnici (2013) ističu, za sada nema terapije lijekovima koja bi izravno utjecala na disocijaciju.

Mindfulness. Govoreći o smanjenju i kontroli disocijacije, treba spomenuti mindfulness (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT) — znanstveno utemeljena metoda meditacije koja poboljšava održavanje psihološke dobrobiti. Mindfulness je vrsta kognitivne psihoterapije u čijem je fokusu usredotočena svijest, odnosno svijest nastala usmjeravanjem pažnje na misli, emocije ili događaje koji su prisutni u sadašnjem trenutku (Creswell, 2017). Ova se terapija pokazala efikasnom u smanjenju disocijacije, primjerice, u istraživanju D’Antonija i suradnika (2021) u kojem su se proučavali efekti MOM treninga (Mindfulness Oriented Meditation) na disocijativno iskustvo zdravih pojedinaca i vještine mindfulnessa. Nakon sedam tjedana treninga, u usporedbi s kontrolnom skupinom, sudionici u MOM skupini pokazali su smanjenje disocijativnih tendencija i razvijanju vještinu mindfulnessa te su korelacijski rezultati pokazali da što su više MOM sudionici razvijali vještine mindfulnessa nakon treninga, to su više prijavljivali smanjeno disocijativno funkcioniranje. Zerubavel i Mess-

man-Moore (2015) ističu da mindfulness terapija klijentima može pomoći u razvijanju tehnika za poboljšanje predviđanja i kontrole nad disocijacijom kroz izgradnju svijesti o disocijativnim procesima te im pomaže ostati u sadašnjem trenutku. Također se smanjuje oslanjanje na izbjegavanje, što zauzvrat umanjuje potrebu za disocijacijom. Međutim, iako se pokazao kao efikasan tretman disocijacije, Forner (2018) ukazuje na to da za sada nema jasnih dokaza o potencijalnoj koristi mindfulness terapije u tretmanu disocijativnog poremećaja identiteta te ističe kako bi se neki benefiti mogli dobiti kada bi stručnjaci o DID-u znali više o mindfulnessu i kada bi mindfulness stručnjaci znali više toga o DID-u.

Kognitivno-bihevioralna terapija. Kao tretman DID-a, Gillig (2009) predlaže kognitivno-bihevioralnu terapiju (KBT). Kluft (2006) ističe da, s obzirom na to da su alternativni identiteti osnova DID-a, tijekom terapije im se ne treba pristupati kao preprekama koje je potrebno eliminirati, već terapeut treba raditi sa svim alternativnim identitetima. Autorica također napominje da velik broj alternativnih identiteta ne znači će osobi biti puno teže pomoći u usporedbi s onima koji imaju nekolicinu altera te da se takav kompleksan sustav alternativnih identiteta postepeno urušava kako liječenje napreduje. U situaciji koja se percipira kao određena psihosocijalna prijetnja, osobe s DID-om imaju tendenciju mijenjati identitet kako bi se onaj koji je u nevolji mogao povući na sigurno, a istupit će onaj koji je kompetentniji za suočavanje s tom situacijom (Gilling, 2009). U prethodno opisanom kontekstu, primjena KBT-a prije svega naglašava ostvarivanje učinkovite komunikacije između terapeuta i pacijenta. Cilj terapije jest pronalazak prilagodljivije strategije suočavanja od „prebacivanja“ kada je pacijent u nevolji i kada se osjeća psihosocijalno ugrožene. Terapija uključuje i podučavanje vježbi opuštanja i stjecanje kontrole nad kognitivnim distorzijama sebe i svijeta kako bi se integracija identiteta što uspješnije ostvarila.

Fazični model tretmana. Brand i suradnici (2012) pak predlažu fazični model tretmana DID-a koji je u skladu s preporukama Internacionalnog društva za proučavanje traume i disocijacije (ISSTD) (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Model sa sastoji od tri faze tretmana: (a) stabilizacija, smanjenje simptoma i izgradnja vještina, (b) tretman traumatskih sjećanja i (c) (re)integracija i rehabilitacija identiteta. U prvoj fazi naglasak je na tome da se s pacijentima uspostavi osjećaj sigurnosti i stabilnosti, tj. kliničari trebaju kroz taj proces ostvariti kvalitetno terapijsko povjerenje. Osjećaj sigurnosti i stabilnosti trebao bi se postići poboljšanjem emocionalne regulacije, kontrole impulsa, prizemljivanja i obuzdavanja intruzivnih misli. Stručnjaci u svojim preporukama upozoravaju da neuspjeh u prvoj fazi (neuspjela stabilizacija pacijenta ili prerano fokusiranje na detaljno istraživanje traumatskih sjećanja) obično rezultira pogoršanim funkcioniranjem te narušavanjem mogućnosti uspostave

osjećaja sigurnosti. U drugoj fazi, nakon što je uspostavljena sposobnost reguliranja afekata i upravljanja simptomima, pacijenti se mogu upustiti u proces tugovanja te je fokus ove faze na održavanju stabilnosti tijekom razrješavanja prethodnih traumatskih iskustava kao i problematičnih emocija, uvjerenja i ponašanja povezanih s tim traumama. U ovoj se fazi preporučuje korištenje tehnika izlaganja/abreakcije (modificiranih kako bi se izbjeglo preopterećenje pacijenata) kombiniranih s regularnim tretmanom. Konačno, u trećoj fazi, tretman naglašava integraciju disocirana stanja u jedinstven identitet, život i svakodnevno funkcioniranje bez oslanjanja na disocijaciju te povećanje društvenog angažmana. U zadnjoj fazi liječenje je više individualizirano u skladu sa simptomima i potrebama pacijenta. Nakon definiranja fazičnog modela tretmana DID-a, Brand i suradnici (2013) proveli su internacionalnu longitudinalnu studiju Top DD u kojoj su procjenjivali kako su 230 DID pacijenata i njihovi terapeuti u 19 država reagirala na tretman. Podaci su prikupljeni tokom 30 mjeseci u četiri vremenske točke te su rezultati pokazali da su pacijenti tijekom vremena pokazali značajno smanjenje disocijacije, PTSP-a, depresije, hospitalizacija, pokušaja samoubojstva, samoozljeđivanja i rizičnih ponašanja poput upotrebe droge. Međutim, i fazični model tretmana i svaka njegova faza ima svoje nedostatke koje Huntjens i suradnici (2019) opisuju u svome radu. U prvoj fazi, nemogućnost održavanja koncentracije na stabilizaciju i/ili prerano fokusiranje na detaljno izlaganje i obradu traumatskih sjećanja može imati kontra-efekt što bi se očitovalo u pogoršanju simptoma i pogoršanom svakodnevnom funkcioniranju. Nadalje, druga faza, u čijoj je osnovi fokus na traumu, započinje tek kada je osoba izložena manjem broju životnih stresora, ima dovoljno snage ega, socijalne podrške i ekonomskih resursa te je zaista predana svome liječenju kako bi se postigla neka promjena. Posljedično, pacijenti u prvoj fazi ovog tretmana mogu ostati dugo vremena, ponekad čak i tijekom cijelog tjeka liječenja što može biti i duže od 10 godina. Huntjens i suradnici (2019) ističu da su empirijski dokazi koji podupiru fazični pristup oskudni i nekvalitetani. Nadalje, autori ukazuje i na nedostatke i unutarne i vanjske valjanosti istraživanja tretmana DID-a: većina ne izvještava o tome jesu li promjene nakon liječenja klinički značajne, detalji programa liječenja su nedostatni što izrazito otežava replikaciju te se dijagnostički status često ne utvrđuje strukturiranim intervjuom. Ipak, možda najvažnije, u velikom broju studija nema usporednih skupina, tj. skupina bez tretmana ili s alternativnim tretmanom. Kao posljedica toga, ne može se jasno utvrditi bi li se pacijentu stanju poboljšalo bez liječenja i ako da, koliko točno. Drugim riječima, ne može se znati je li do promjene došlo zbog liječenja ili neke druge varijable (npr. samog protoka vremena ili čak placebo efekta).

EMDR terapija. Kao jednu od mogućnosti tretmana DID-a razmotrit ćemo i EMDR terapiju. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) terapijska je metoda tijekom koje se klijent prisjeća emocionalno uznemirujućeg sjećanja dok se

paralelno fokusira na neki vanjski podražaj. Vanjski su podražaj obično pokreti očima lijevo-desno kojima klijent prati terapeutove pokrete rukom. Svrha ove terapije jest umanjivanje neugodnih simptoma izazvanih traumatičnim sjećanjima kroz emocionalno procesiranje traumatskih sjećanja sve dok se u potpunosti ne obrade. Primarna razlika između standardnog EMDR protokola i EMDR protokola za DID je u tome što se u standardnom protokolu pokušava identificirati i desenzibilizirati bilo kakve povezanosti s traumom dok se u protokolu za DID vodi računa o tome da se pacijenta ne preplavi afektivno opterećenim materijalom (Lazrove i Fine, 1996). Van der Hart i suradnici (2014) naglašavaju da EMDR terapija DID-a mora biti ugrađena u sveobuhvatniju terapiju (fazno orijentirano liječenje čiji je tok prethodno opisan). Autori nadalje objašnjavaju da bi prema teoriji strukturalne disocijacije ličnosti (TSDP), glavni cilj tretmana trebalo bi biti prevladavanje specifičnih unutarnjih i vanjskih fobija koje održavaju disocijaciju identiteta. TSDP može osigurati učinkovitu i sigurnu praksu EMDR-a u fazno orijentiranom liječenju posebno u drugoj (tretman traumatskih sjećanja) i trećoj fazi ((re)integracija i rehabilitacija ličnosti). Suglasno tome, Twombly (2000) ističe da je EMDR prikladno uvesti tek nakon uspješno ostvarene prve faze (stabilizacija) jer se preuranjena upotreba može doživjeti kao invazivna. Općenito, što je klijentov integrativni kapacitet i energija niža to bi faza stabilizacije trebala teći sporije, a EMDR uvesti tek u fazi tretmana traumatskih sjećanja (Van der Hart i sur., 2014). Shapiro (2001) upozorava, ako disocijativni poremećaj osobe nije posljedica prethodne traume, EMDR se može smatrati neprikladnim. Nadalje, ako je traumu osoba doživjela nedavno, EMDR terapija može prebrzo osloboditi previše traumatskih osjećaja pri čemu i ova autorica naglašava važnost uspješnog prolaska kroz fazu stabilizacije prije početka bilateralne stimulacije. Nadovezujući se na prethodno spomenutu TSDP, autorica ističe AIP (adaptive information processing) model kojem je u cilju pronalazak prikladnog i prilagodljivog rješenja prezentiranih problema, uključivanje novih vještina, ponašanja i uvjerenja o sebi te optimiziranje sposobnosti klijenata za prilagođeno reagiranje. U terapiji ima važnost u identifikaciji traumatskih sjećanja i sadašnjih okidača te u konstrukciji pozitivnog budućeg predloška. Sumirano, Van der Hart i suradnici (2014) zaključuju da se, u kontekstu fazno orijentiranog tretmana vođenog AIP-om i TSDP-om, EMDR terapija može primijeniti na fleksibilan, siguran i učinkovit način. Terapijom se postiže integracija traumatskih sjećanja te disocijativni dijelovi postaju sve više i više ujedinjeni, a time i identitet u cjelini te klijent postaje sve sposobniji nositi se sa svakodnevnim životnim izazovima. Dakle, EMDR terapija, ispravno i pravovremeno provedena, može ubrzati proces liječenja DID-a, no njena preuranjena ili nepravilna upotreba može imati štetne učinke. U budućnosti bi bilo poželjno provesti istraživanja koja bi dodatno razjasnila širinu i dubinu efekata ove terapije pri tretmanu DID-a.

Shema terapija. Kao alternativu fazičnom modelu tretmana, Huntjens i suradnici (2019) predlažu shema terapiju (ST) koju je 1990. godine razvio Jeff Young. Shema terapija integrativni je pristup koji objedinjuje elemente kognitivno-bihevioralne terapije (KBT), teorije privrženosti, teorije objektnih odnosa, gestalta i iskustvene terapije te se smatra učinkovitim načinom tretmana poremećaja ličnosti. Rafaeli i suradnici (2011) objašnjavaju glavne prednosti shema terapije. Prije svega, ST, u usporedbi s tradicionalnim KBT-om, stavlja veći naglasak na razvoj trenutnih simptoma te naglašava odnos terapeut-pacijent kao i potencijal njegova utjecaja. Nadalje, cilj ST-a je pomoći pacijentima da razumiju svoje emocionalne potrebe i da nauče kako zadovoljavati te potrebe na adaptivan način. Također, ST veliki fokus stavlja na analizu sjećanja na averzivna iskustva iz djetinjstva pri čemu se koriste iskustvene tehnike kako bi se postigla promjena neugodnih emocija povezanih s takvim sjećanjima. U kontekstu tretmana DID-a, Huntjens i suradnici (2019) ističu da bi ST mogla biti efikasna opcija tretmana DID-a s obzirom na to da stavlja naglasak na posljedice zanemarivanja i zlostavljanja u ranom djetinjstvu. Za razliku od smjernica ISSTD-a prema kojima se održava ideja potpuno odvojenih identiteta koji nemaju svijest jedni o drugima, u cilju ST-a je normalizirati različite identitete osobe preoblikujući ih u moduse (ili dijelove modusa) koji su uobičajeni kod svih ljudi, iako se razlikuju u stupnju intenziteta. Kako bi se potvrdilo je li ova teorijska osnova ST-a uistinu „drži vodu“ i je li efikasna u tretmanu DID-a, u budućnosti je potrebno provesti pažljivo planirana i dobro provedena istraživanja kojima bi se to provjerilo.

Zaključak

Ovaj rad nudi pregled relevantnih saznanja o etiologiji, diferencijalnoj dijagnozi, dijagnozi i tretmanu disocijativnog poremećaja identiteta. U okviru biopsihosocijalnog modela, razmotreni su etiološki čimbenici ovog poremećaja s naglaskom na razvojnoj traumatizaciji. Predstavljeni su poremećaji s kojima je DID najčešće u komorbiditetu te je objašnjena diferencijalna dijagnoza DID-a i tih poremećaja s naglaskom na shizofreniju i granični poremećaj ličnosti. Prikazani su SCID-D-R i DDIS, trenutno najzastupljeniji dijagnostički instrumenti DID-a kao i nekoliko mogućnosti tretmana ovog poremećaja s naglaskom na fazični model kojeg stručnjaci smatraju najprikladnijom opcijom. Veliki nedostatak koji se sustavno javlja u različitim aspektima istraživanja disocijativnih poremećaja jest manjak istraživanja ovog kompleksnog spektra poremećaja. U budućnosti bi bilo poželjno provoditi što više longitudinalnih istraživanja kako bi se znanja o etiologiji DID-a dodatno proširila te kako bi se provjerila uspješnost korištenih tretmana. Većina istraživanja provedena su u prošleme stoljeću te je trenutno praktički nemoguće pronaći sustavan konsenzus po pitanju preva-

lencije disocijativnih poremećaja. Također postoji svega nekoliko istraživanja spolnih razlika u prevalenciji DID-a, a rezultati jednog od najnovijih studija ukazuju na to da bi se u obzir trebale uzeti i dobne razlike, odnosno upućuje se na mogućnost da su spolne razlike u prevalenciji DID-a pod utjecajem dobi. U kontekstu dobi, nedostatak istraživanja DD-a jest i odabir uzoraka sudionika koji su pretežno srednje odrasle dobi što predstavlja potencijalnu pristranost u uzorkovanju koja možda dovodi do nereprezentativnosti i ograničenosti interpretacija rezultata što pak neizbježno utječe na mišljenja stručnjaka i uspostavu dijagnoza. Drugim riječima, buduća istraživanja trebala bi proširiti dobni raspon odabranih sudionika te također proučavati i razlike u prevalenciji DID-a među različitim dobnim skupinama. Ono što zasigurno dovodi do ograničenosti interpretacija rezultata istraživanja jest razlika u korištenim metodama i načinima klasifikacije u različitim kulturama — postoji značajno nesuglasje zbog kojeg su otežane kros-kulturalne usporedbe rezultata studija. Potrebno je izjednačiti faktore klasifikacije simptoma u različitim kulturama te postići usklađenost u korištenoj metodologije kako bi usporedbe podataka dobivenih u različitim državama i kulturama imale određenu valjanost i omogućile zaključivanje o postojanju univerzalnosti neovisnih o kulturi ili pak o prisutnosti određenih utjecaja kulturalnih normi. Nadalje, iako je u različitim istraživanjima sustavno dokazano da je na osnovi neuralnih slika strukture mozga moguće razlikovati osobe s DID-om od onih koji nemaju ovaj poremećaj, rezultati nisu jednoznačni i ostaje nejasno jesu li posljedica razlika u korištenim metodama te bi u budućim istraživanjima bilo poželjno kombinirati različite metode. Govoreći o tretmanu DID-a, izrazit je nedostatak nepostojanje konkretne farmakološke terapije koja bi izravno utjecala na procese disocijacije, već je većina terapija lijekovima fokusirana na ublažavanje određenog aspekta DID-a koji je sličan nekom drugom psihičkom poremećaju za čiji je tretman je taj lijek primarno i osmišljen. Također, iako su prije više od deset godina predložene smjernice za terapijski tretman DID-a, trenutno nema ni približno dovoljno radova koji bi omogućili široku eksploraciju efikasnosti predloženih smjernica te potrebe za njihovim modifikacijama. U skladu s time, još uvijek nije osmišljen niti jedan efikasan tretman DID-a oko kojeg ne postoje opravdane i velike skepse. Sumirano, buduća istraživanja u području DID-a trebala bi se značajno brojačno povećati, trebalo bi prikupljati više longitudinalnih podataka, posebice o efikasnosti tretmana, koristiti međukulturalno ujednačenu klasifikaciju simptoma i metode te kombinirati više metoda kako bi se izbjegla problematika ovisnosti rezultata o korištenju specifične metode. Posvećenost farmakologa u razvijanju terapije lijekovima koja bi izravno utjecala na procese disocijacije također bi bila od ključne važnosti.

Literatura

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. U P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (str. 1–25). The Guilford Press.
- Becker-Blease, K. A., Deater-Deckard, K., Eley, T., Freyd, J. J., Stevenson, J., i Plomin, R. (2004). A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 522–532. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00242.x
- Berk, L. (2007). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.
- Blihar, D., Delgado, E., Buryak, M., Gonzalez, M., i Waechter, R. (2020). A systematic review of the neuroanatomy of dissociative identity disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 10(148). doi:10.1016/j.ejtd.2020.100148
- Boon, S. i Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in the Netherlands: A clinical investigation of 71 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 150(3), 489–494. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.489>
- Bowman, E. S., i Coons, P. M. (2000). The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 164–180.
- Boulet, C., Lopez-Castroman, J., Mouchabac, S., Olić, E., Courtet, P., Thouvenot, E., Abbar, M. i Conejero, I. (2022). Stress response in dissociation and conversion disorders: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 132, 957–967. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.10.049
- Brand, B.L., Lanius, R., Vermetten, E., Loewenstein, R. i Spiegel, D. (2012). Where are we going? An update an assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 9–31. doi: 10.1080/15299732.2011.620687
- Brand, B.L., Stadnik, R. i Savoca, A. (2013). Personality assessment inventory profile and predictors of elevations among dissociative disorder patients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(5), 546–561. doi:10.1080/15299732.2013.792310
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., i Middleton, W. (2016). Separating fact from fiction: An empirical examination of six myths about dissociative identity disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257–270. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000100>
- Burton, N. i Lane, R.C. (2001). The relational treatment of dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 21(2), 301–320. doi:10.1016/s0272-7358(99)00049-5
- Cardeña, E., Van Duijl, M., Weiner, L. i Terhune, D.B. (2009). *Dissociation and Dissociative Disorders: DSM V and Beyond*. Routledge.
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R. S., Draijer, N., Cole, J. H. i Reinders, A. A. T. S. (2014). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Human Brain Mapping*, 36(5), 1692–1704. doi:10.1002/hbm.22730
- Cheng, Q., Zhao, G., Chen, J., Deng, Y., Xie, L. i Wang, L. (2022). Gender differences in the prevalence and impact factors of adolescent dissociative symptoms during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Scientific Reports*, 12(1). doi:10.1038/s41598-022-24750-0
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*, 53(4), 594–628. <https://doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Coons, P. M. (1984). The differential diagnosis of multiple personality: A comprehensive review. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 51–67.
- Coons, P.M. (1998). The dissociative disorders: rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 637–648. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70028-9
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491–516. doi:10.1146/annurev-psych-042716-051139
- D'Antoni, F., Feruglio, S., Matiz, A., Cantone, D., i Crescentini, C. (2021). Mindfulness Meditation Leads To Increased Dispositional Mindfulness And Interoceptive Awareness Linked To A Reduced Dissociative Tendency. *Journal of Trauma & Dissociation*, 23(1), 1–16. doi:10.1080/15299732.2021.1934935
- Davison, G.C. i Neale, J.M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Naklada Slap.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., i Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- DePrince, A. P., Chu, A. T., Labus, J., Shirk, S. R., i Potter, C. (2015). Testing Two Approaches to Revictimization Prevention Among Adolescent Girls in the Child Welfare System. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), S33–S39. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.06
- Dorahy, M.J., Brand, B.L., Šar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R. i Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417. doi:10.1177/0004867414527523
- Ehling, T., Nijenhuis, E.R.S. i Krikke, A.P. (2007). Volume of discrete brain structures in complex dissociative disorders: Preliminary findings. *Progress in Brain Research*, 167, 307–310. doi:10.1016/S0079-6123(07)67029-0
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime Axis I and II Comorbidity and Childhood Trauma History in Dissociative Identity Disorder. *Psychiatry*, 59(3), 255–266. doi:10.1080/00332747.1996.1102476
- Fine, C.G. (1999). The tactical-integration model for the treatment of dissociative identity disorder and allied dissociative disorders. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3), 361–376. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1999.53.3.361
- First, M.B. (2009). Harmonisation of ICD–11 and DSM–V: opportunities and challenges. *The British Journal of Psychiatry*, 195(5), 382 – 390. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.060822>
- Foote, B. i Park, J. (2008). Dissociative identity disorder and schizophrenia: differential diagnosis and theoretical issues. *Current Psychiatry Research and Reviews*, 10(3), 217–22. doi: 10.1007/s11920-008-0036-z
- Forner, C. (2018). What Mindfulness can learn about Dissociation and what Dissociation can learn from Mindfulness. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–15. doi:10.1080/15299732.2018.1502568
- Forrest, K. A. (2001). Toward an etiology of dissociative identity disorder: A neurodevelopmental approach. *Consciousness and Cognition*, 10(3), 259–293. doi:10.1006/ccog.2001.0493
- Friedl, M. C., Draijer, N., i de Jonge, P. (2000). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: The impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(6), 423–428. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102006423.x>
- Freyd, J. (1994). Betrayal trauma: Traumatic amnesia as an adaptive response to childhood abuse. *Ethics & Behavior*, 4(4), 307–329. https://doi.org/10.1207/s15327019eb0404_1
- Gentile, J. P., Dillon, K. S., i Gillig, P. M. (2013). Psychotherapy and pharmacotherapy for patients with dissociative identity disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(2), 22–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3615506/>
- Gentile, J.P., Snyder, M., Gillig, P.M., (2014). Stress and trauma: psychotherapy and pharmacotherapy for depersonalization/derealization disorder. *Innovation in Clinical Neuroscience*, 11(7–8), 37–41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204471/>
- Gillig, P. M. (2009). Dissociative identity disorder: A controversial diagnosis. *Psychiatry*, 6(3), 24–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719457/>
- Grabe, H.J., Spitzer, C. i Freyberger, H.J. (1999). Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1811–1813. doi:10.1176/ajp.156.11.1811
- Huntjens, R. J. C., Rijkeboer, M. M., i Arntz, A. (2019). Schema therapy for Dissociative Identity Disorder (DID): rationale and study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*. doi:10.1080/20008198.2019.157137
- Ilhan Yargıç, L., Şar, V., Tutkun, H., & Alyanak, B. (1998). Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structured interview in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 39(6), 345–351. doi:10.1016/s0010-440x(98)90046-3
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(12), 88–212. doi:10.1080/15299732.2011.537248
- Jang, K.L., Paris, J., Zweig-Frank, H. i Livesley, W.J. (1998). Twin study of dissociative experience. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 186(6), 345–351. doi: 10.1097/00005053-199806000-00004

- Kawai, N., Honda, M., Nakamura, S., Samatra, P., Sukardika, K., Nakatani, Y. i Oohashi, T. (2001). Catecholamines and opioid peptides increase in plasma in humans during possession trances. *Neuroreport*, 12(16), 3419–3423. doi:10.1097/00001756-200111160-00009
- Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, C. i Waller, G. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(1), 25–48. doi:10.1016/j.jbtep.2004.01.002
- Kluft, R.P. (2006). Dealing with alters: a pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 281–304. https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.010
- Korol, S. (2008). Familial and social support as protective factors against the development of dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 249–267. https://doi.org/10.1080/152997320802048744
- Kundakçı, T., Şar, V., Kızıltan, E., Yargıç, İ. L., i Tutkun, H. (2013). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D): A Preliminary Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 24–34. doi:10.1080/15299732.2013.821434
- Lacy, T. i Mathis, M. (2003). Dissociative symptoms from combined treatment with sertraline and trazodone. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15(2), 241–242. doi:10.1176/jnp.15.2.241-a
- Laddis, A., Dell, P.F. i Korzekwa, M. (2017). Comparing the symptoms and mechanisms of “dissociation” in dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 139–173. doi:10.1080/15299732.2016.1194358
- Lazrove, S. i Fine, C.G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9(4), 289–299.
- Leigh, H. (2015). Dissociative disorders. U H. Leigh i J. Strltzer (Eds.), *Handbook of consultation-liaison psychiatry* (str. 259–264). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-3-319-11005-9_18
- Liotti, G. (2006). A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55–73. https://doi.org/10.1300/J229v07n04_04
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., i van der Kloet, D. (2012). Dissociation and Dissociative Disorders. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 48–53. doi:10.1177/0963721411429457
- Moskowitz, A. i Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*, 6(2-3), 35–63. https://doi.org/10.1300/J513v06n02_04
- Mychailyszyn, M. P., Brand, B. L., Webermann, A. R., Şar, V., i Draijer, N. (2020). Differentiating Dissociative from Non-Dissociative Disorders: A Meta-Analysis of the Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders (SCID-D). *Journal of Trauma & Dissociation*, 1–16. doi:10.1080/15299732.2020.1760169
- Myrick, A.C., Brand, B.L., McNary, S.W., Classen, C.C., Laninus, R., Loewenstein, R.J., Pain, C. i Putnam, F.W.. (2012). An exploration of young adults’ progress in treatment for dissociative disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(5), 582–595. doi:10.1080/15299732.2012.694841
- Paris, J. (2012). The Rise and Fall of Dissociative Identity Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(12), 1076–1079. doi:10.1097/nmd.0b013e318275d285
- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L. i Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(6), 285–293.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., i Young, J. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Rajkumar, R.P. (2022). The Molecular Genetics of Dissociative Symptomatology: A Transdiagnostic Literature Review. *Genes*, 13(5). https://doi.org/10.3390/genes13050843
- Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Paans, A. M., Korf, J., Willmsen, A. T., i den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20(4), 2119–2125. doi:10.1016/j.neuroimage.2003.08.021
- Reinders, A.A.T.S., Marquand, A.F., Schlumpf, Y.L., Chalavi, S., Vissia, E.L., Nijenhuis, E.R.S., Dazzan, P., Jäncke, L. i Veltman, D.J. (2019). Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: pattern recognition study of brain biomarkers. *The British Journal of Psychiatry*, 215(3), 536–544. doi:10.1192/bjp.2018.255
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., i Ellason, J. W. (2002). Prevalence, Reliability and Validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7–17. doi:10.1300/j229v03n01_02
- Ross, C.A. i Ellason, J.W. (2005). Discriminating among diagnostic categories using the Dissociative Disorders Interview Schedule. *Psychological Reports*, 96(2), 445–453. doi:10.2466/pr0.96.2.445-453
- Ross, C.A. (2011). Possession experiences in dissociative identity disorder: A preliminary study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 393–400. doi:10.1080/15299732.2011.573762
- Ross, C. A. i Browning, E. (2016). The self-report Dissociative Disorders Interview Schedule: A preliminary report. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 31–37. doi:10.1080/15299732.2016.1172538
- Roydeva, M. I., i Reinders, A. A. T. S. (2021). Biomarkers of Pathological Dissociation: A Systematic Review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 123, 120–202. doi:10.1016/j.neubiorev.2020.11
- Sar, V., i Ozturk, E. (2006). What Is Trauma and Dissociation? *Journal of Trauma Practice*, 4(1-2), 7–20. doi:10.1300/j189v04n01_02
- Şar, V., Krüger, C., Martinez-Taboas, A., Middleton, W. i Dorahy, M. (2013). Sociocognitive and posttraumatic models of dissociation are not opposed. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(5), 439–440. doi:10.1097/NMD.0b013e31828e112b
- Sar, V., Dorahy, M., i Krüger, C. (2017). Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 137–146. doi:10.2147/prbm.s113743
- Savitz, J.B., Soloms, M., Pietersen, E., Ramesar, R. i Flor-Henry, P. (2005). Dissociative identity disorder associated with mania and change in handedness. Cognitive and behavioral neurology: official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology, 17(4), 233–237.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- Simeon, D., Hollander, E., Stein, D. J., DeCaria, C., Cohen, L. J., Saoud, J. B. i Hwang, M. (1995). Induction of depersonalization by the serotonin agonist meta-chlorophenylpiperazine. *Psychiatry Research*, 58(2), 161–164. doi:10.1016/0165-1781(95)02538-8
- Somer, E., Amos-Williams, T., i Stein, D.J., (2013). Evidence-based treatment for Depersonalisation-Derealisation disorder (DPRD). *BMC Psychology*, 1(1). https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-20
- Spiegel, D., Loewenstein, R.J., Lewis-Fernández, R., Şar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E. i Dell, P.F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–52. https://doi.org/10.1002/da.20923
- Spitzer, C. i Freyberger, H.J. (2008). Gender differences in dissociative disorders. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51(1), 46–52. doi:10.1007/s00103-008-0418-8
- Spitzer, C., Klauer, T., Grabe, H.J., Lucht, M., Stieglitz, R.D., Schneider, W. i Freyberger, H.J. (2003). Gender differences in dissociation. A dimensional approach. *Psychopathology*, 36(2), 65–70. doi:10.1159/000070360
- Stein, D.J., Koenen, K.C., Friedman, M.J., Hill, E., McLaughlin, K.A., Petukhova, M., Ruscio, A.M., Shahly, V., Spiegel, D., Borges, G., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J.M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Florescu, S., Haro, J.M., Karam, E.M., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Matschinger, H., Mladenova, M., Posada-Villa, J., Tachimori, H., Viana, M.C. i Kessler, R.C. (2013). Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 73(4), 302–312. doi:10.1016/j.biopsych.2012.08.022
- Steinberg, M., Rounsaville, B. i Cicchetti, D.V. (1990). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 147(1), 76–82. doi:10.1176/ajp.147.1.76
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J. i Rounsaville, B. (1994). Distinguishing Between Multiple Personality Disorder (Dissociative Identity Disorder) and Schizophrenia Using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 495–502. doi:10.1097/00005053-199409000-00004
- Sutar, R., i Sahu, S. (2019). Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review. *Psychiatry Research*, 281, Çlanak 112529. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.11252
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR Adaptations into the Treatment of Clients with Dissociative Identity Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61–81. doi:10.1300/j229v01n02_05
- Van der Hart, O., Groenendijk, M., Gonzalez, A., Mosquera, D., & Solomon, R. (2014). Dissociation of the Personality and EMDR Therapy in Complex Trauma-Related Disorders: Applications in Phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(1), 33–48. doi:10.1891/1933-3196.8.1.33
- Van Ijzendoorn, M. H., i Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the

Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16(5), 365–382. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(96\)00006-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(96)00006-2)

- Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. i Bremner, J.D. (2006). Hippocampal and Amygdalar Volymes in Dissociative Identity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 630-636. [10.1176/appi.ajp.163.4.630](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.630)[Hippocampal](#)
- Waller, N.G. i Ross, C.A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(4), 499–510. [10.1037//0021-843x.106.4.499](https://doi.org/10.1037//0021-843x.106.4.499)
- Wing, D. M. (1997). Caring for Alcoholic Patients with Dissociative Identity Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(4), 303–313. [doi:10.3109/01612849709010333](https://doi.org/10.3109/01612849709010333)
- Zerubavel, N., i Messman-Moore, T. L. (2015). Staying present: Incorporating mindfulness into therapy for dissociation. *Mindfulness*, 6(2), 303–314. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0261-3>

Abstract

The spectrum of dissociative disorders (DD) still represents a controversial area of numerous disagreements regarding the definition of DD, their diagnosis and treatment. The complexity of these issues is greatest in the case of dissociative identity disorder (DID). The opening part of this paper considers the etiological factors of this disorder, presented within the context of the biopsychosocial model: developmental traumatization as the most important factor, then the influence of the family, society and culture and finally, cognitive and neural factors. Furthermore, the central part of the paper explains what other disorders are most frequently comorbid with DID and describes their differential diagnosis, primary schizophrenia and borderline personality disorder. Although some scientists still refuse to regard DID as a valid diagnosis, this paper describes the instruments which can validly and reliably distinguish DID from other disorders. In the final part, various possibilities of DID treatment are presented with an emphasis on the phase model, which was designed according to the recommendations of experts and has proven to be effective and promising so far. Accordingly, the aim of this paper is to provide a review of the research concerning etiology, diagnosis and treatment of DID, which would contribute to the clarification of the current controversy regarding the existence and validity of this disorder.

Key words: dissociative disorders, dissociative identity disorder