

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA

DISOCIATIVNA MOTNJA IDENTITETE IN  
TRAVMATSKI STRES

KRIVEC

ŽIVA KRIVEC

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Disociativna motnja identitete in travmatski stres**

(Dissociative Identity Disorder and Traumatic Stress)

Ime in priimek: Živa Krivec

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, december 2014

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Živa KRIVEC

Naslov zaključne naloge: Disociativna motnja identitete in travmatski stres

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 42

Število referenc: 44

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: disociacija, travma, identiteta, osebnost, disociativna motnja identitete.

Izvelek: Disociativna motnja identitete (DID) je stanje, pri katerem je značilna prisotnost dveh ali več različnih identitet oziroma osebnostnih stanj. Travma je definirana kot neznosna, neizogibna in življenjsko nevarna izkušnja, pri kateri je oseba nemočna. Najprej smo predstavili pojav disociacije in predstavili njen razvoj skozi zgodovino. Z natančnim preučevanjem relevantne literature smo skušali dokazati povezavo med disociativno motnjo identitete in travmatskim stresom, kar je bil osrednji cilj naloge. To so potrdile številne raziskave, ki kažejo, da je veliko oseb doživelo neke vrste disociacijo kot odziv na travmatični dogodek. Navedli smo klasifikacijo in epidemiologijo disociativnih motenj. Prav tako smo našli in opisali različne vrste disociativnih motenj. Posvetili smo se tudi različnim teorijam in modelom disociacije ter največji poudarek namenili teoriji strukturne disociacije osebnosti. Omenili smo tudi povezavo med navezanostjo in disociacijo. Nalogo smo sklenili s predstavitvijo zdravljenja. Menimo, da je za podrobnejše razumevanje preučevanega pojava potrebnih še več nadaljnjih raziskav na tem področju.

## Key words documentation

Name and SURNAME: Živa KRIVEC

Title of the final project paper: Dissociative identity disorder and traumatic stress

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 42

Number of references: 44

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: dissociation, trauma, identity, personality, dissociative identity disorder.

Abstract: Dissociative identity disorder (DID) is a condition, in which two or more distinct identities or personality states are present. Trauma is defined as an unbearable and inescapable life-threatening experience in the face of which a person is powerless. In the beginning, the phenomenon of dissociation and its development throughout history was presented. With precise study of relevant literature, we tried to prove a relationship between dissociative identity disorder and traumatic stress, which was the main objective of this paper. Numerous studies have confirmed this relationship, as they show that many people experienced some kind of dissociation as a response to a traumatic event. We also listed and described various types of dissociative disorders. What is more, we focused on different theories and models of dissociation, but the main focus was given to the theory of structural dissociation of the personality. We also mentioned the relationship between attachment and dissociation. At the end, we described the relevance of treatment. We think that it would be necessary to do more research in this area.

## **ZAHVALA**

Najprej bi se rada zahvalila doc. dr. Gregorju Žvelcu, ki me je s svojim strokovnim znanjem usmerjal pri pripravi zaključne naloge. Zahvaljujem se mu za njegovo vodenje, nasvete in čas, ki mi ga je nudil pri nastajanju naloge.

Največja zahvala pa gre moji družini, ki mi je študij omogočila in verjela vame, ter prijateljem za potrpežljivost in spodbudo.

## KAZALO VSEBINE

1 UVOD .....	1
2 ZGODOVINA RAZISKOVANJA DISOCIACIJE .....	3
3 DISOCIACIJA IN TRAVMA.....	6
3.1 Razvoj teorije travme skozi zgodovino .....	6
3.2 Disociacija kot odgovor na travmo.....	8
4 KLASIFIKACIJA .....	10
5 EPIDEMIOLOGIJA.....	11
6 VRSTE DISOCIATIVNIH MOTENJ .....	12
6.1 Disociativna amnezija.....	12
6.2 Disociativna fuga.....	12
6.3 Disociativna motnja identitete .....	13
6.4 Depersonalizacijska motnja.....	13
7 SIMPTOMI .....	14
8 TEORIJA STRUKTURNE DISOCIACIJE OSEBNOSTI.....	15
8.1 Primarna strukturna disociacija .....	17
8.2 Sekundarna strukturna disociacija .....	17
8.3 Terciarna strukturna disociacija.....	17
9 KOGNITIVNE TEORIJE .....	19
10 TEORIJA NORMALNE IN PATOLOŠKE DISOCIACIJE .....	20
11 RAZVOJNI MODEL DISOCIACIJE.....	21
12 TEORIJA NAVEZANOSTI IN DISOCIACIJA.....	22
13 ZDRAVLJENJE DISOCIACIJE.....	24
13.1 Cilji zdravljenja .....	25
13.2 Zdravljenje po fazah .....	26
13.3 Načini zdravljenja.....	27
14 SKLEPI .....	32
15 VIRI IN LITERATURA .....	34

## 1 UVOD

Disociativna motnja identitete (DID), ki je bila v preteklosti znana kot multipla osebna motnja, je stanje, pri katerem je značilna prisotnost dveh ali več različnih identitet oziroma osebnostnih stanj. Vsako osebno stanje ima lastno ime, preteklost, osebnost in samopodobo. Občasno ena od teh osebnostnih stanj prevzame nadzor nad pacientovim vedenjem, ta pa se kasneje določenih dogodkov in pomembnih informacij ne spominja (Erić, 2012). Še več, disociacija je kompleksen psihofiziološki proces, ki spreminja dostopnost do spomina in znanja, integracijo vedenja in samopodobo (Dell in O'Neil, 2009).

Disociativne motnje so skupina nevrotskih psihopatoloških stanj psihogenega izvora. Zanje je značilna nenadna, prehodna sprememba normalne integracije zavestnih funkcij, spomina, opazovanja in občutka identitete. Obstaja več različnih vrst disociativnih motenj: disociativna amnezija, disociativna fuga, disociativna motnja identitete in depersonalizacijska motnja. Disociacija je proces, pri katerem oseba sebe mentalno odstrani iz travmatske situacije oziroma neprijetne situacije (Loue in Sajatovic, 2004).

Zanimanje za disociacijo se je v zadnjih dvajsetih letih povečalo tako na raziskovalnem kot kliničnem področju. Prav tako se je povečala potreba po jasni opredelitvi tega izraza. V tem obdobju so se definicije disociacije razlikovale v mnogih dimenzijah (Friedman, Keane in Resick, 2007).

Konec 18. stoletja, v času animalističnega magnetizma in hipnoze, je Marquis de Puységur (1784) opisal prvi primer posameznika z dvema ločenima eksistencama (Crabtree, 1992). Francoski psihiater Jacques-Joseph Moreau de Tours pa je leta 1845 prvi uporabil termin »disociacija«, ki se v preučevanju uporablja še danes (Kennedy, Kennerly in Pearson, 2013).

Kasneje so se z disociacijo pričeli ukvarjati številni pomembni teoretiki. Ključen je nedvomno Pierre Janet, ki je prvi predstavil najbolj natančno povezavo med razdelitvijo osebnosti ali zavesti in histerijo (Elder, Evans in Nizette, 2009). Prav tako je govoril o vplivu travme na histerijo ter prvi uporabil koncepte travme in disociacije za pojasnitev različnih simptomov histerije. Njegova teorija je relevantna še danes (Nijenhuis in Van der Hart, 1999, Van der Kolk in Van der Hart, 1989, po Howell, 2011). Alfred Binet je eksperimentalno podprl Janetov model. Ugotovil je, da lahko pride do izmenjave informacij med različnimi stanji zavesti, tudi ko ta ne vedo druga za drugo (Van der Hart in Dorahy, 2009, po Kennedy, Kennerly in Pearson, 2013), medtem ko je William James govoril o disociaciji, kot o delitvi zavesti, z normalnimi in nenormalnimi manifestacijami (Taylor, 1983, po Kennedy, Kennerly in Pearson, 2013).

V 19. stoletju je na Dunaju disociacijo preučeval tudi Sigmund Freud, ki je govoril o represiji povezani z nastankom histerije (Bremner in Marmar, 1998).

Po letu 1980 sta Frank W. Putnam (1989) in Richard P. Kluft (1985) doprinesla ogromno k področju disociacije. Pripomogla sta k novim ugotovitvam na področju dinamike in zdravljenja disociacije (Downs, 2006).

Onno Van der Hart in Bessel Van der Kolk sta kasneje predlagala naziv strukturna disociacija osebnosti in jo hierarhično razdelila na: primarno, sekundarno in terciarno disociacijo (Kennedy, Kennerly in Pearson, 2013).

Naše razumevanje nastanka disociativnih simptomov, njihov odnos do travme in njihova vloga na pacientovo življenje se je v sodobnem času zelo spremenila (Putnam, 1997). Richard Loewenstein je ogromno število simptomov, ki so se pojavili pri pacientih z disociativno motnjo, prvi razdelil v smiselne razrede (Solomon, Gerrity in Muff, 1992, po Putnam, 1997).

Za zdravljenje disociativne motnje osebnosti uporabljamo različne oblike terapevtskih pristopov in različne skupine zdravil. Pierre Janet je razvil usmerjen terapevtski pristop, ki sestoji iz treh faz: stabilizacija in redukcija spominov, zdravljenje travmatičnih spominov ter (re)integracija in rehabilitacija osebnosti (Van der Hart, Brown in Van der Kolk, 1989).

Sigmund Freud je disociacijo razumel kot mehanizem obrambe, saj je menil, da je razcep zavesti vedno rezultat potlačitve (Erić, 2012).

V 80. letih 20. stoletja so opravili prve raziskave, s katerimi so dokazali, da se disociativne motnje povezujejo s predhodno travmo (Simeon in Loewenstein, 2009). Travma je v psihopatologiji definirana kot neznosna, neizogibna in življenjsko nevarna izkušnja, pri kateri je oseba nemočna (Farina in Liotti, 2013). Bistvo le-te je nemoč, izguba nadzora nad lastnim telesom in okoljem, v času, ko je povzročena bolečina ali poškodba (Tasman in Goldfinger, 1992).

Povezavo med travmo in duševno boleznijo je prvi preiskoval francoski zdravnik Jean Martin Charcot (Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).



## 2 ZGODOVINA RAZISKOVANJA DISOCIACIJE

Začetki preučevanja pojava disociacije segajo v konec 18. stoletja, ko je Marquis de Puységur, francoski raziskovalec animalnega magnetizma in hipnoze (1784) izvedel in opisal primer posameznika z razdeljeno zavestjo. S poskusom je odkril, da se oseba pri prehajanju v stanje zavesti ne zaveda nikogar drugega kot zgolj magnetizerja in da pri tem uboga vsak njegov ukaz. Ko je Puységur preizkušanca zbudil, se ta ni spominjal ničesar, kar se je dogajalo v času poskusa (Puységur, 1784, po Crabtree, 1992). To stanje je poimenoval umetni somnambulizem, saj je spominjalo na naravni somnambulizem. Somnambulizem je motnja, ki jo označuje hoja v spanju. Zanj so značilne epizode kompleksnega motoričnega obnašanja, ki se sprožijo med spanjem, vključno z vstajanjem iz postelje in hojo (Remulla in Guilleminault 2004, po Raja in Raja, 2013). Kasneje je James Braid (1795-1890), angleški kirurg, to stanje označil s pojmom hipnoza (Van der Hart in Dorahy, 2009).

Puységur in njegovi kolegi so ugotovili, da je disociacija oziroma razdelitev zavesti osnova tako pravega kot umetnega somnambulizma (Erić, 2012). S tem so opozorili, da je demarkacijska meja pri osebnosti med trajanjem umetnega somnambulizma tako izrazita, da se ta stanja lahko opiše kot skoraj dve ločeni eksistenci (Forrest, 1999).

Benjamin Rush (1745-1813), ameriški zdravnik, pisatelj in humanist, je leta 1812 enega izmed svojih del imenoval *Disociacija*, kar verjetno priča o najzgodnejši rabi tega izraza. Toda ga ni uporabil na način, ki ustreza sodobni opredelitvi pojma (Erić, 2012).

Francoski psihiater Jacques-Joseph Moreau de Tours je leta 1845 prvi uporabil pojav »disociacija«, ki se v preučevanju uporablja še danes (Kennedy, Kennerley in Pearson, 2013).

Kasneje so se z disociacijo pričeli ukvarjati številni pomembni teoretiki. Najpomembnejša sta bila brata Jules Janet in Pierre Janet (Elder, Evans in Nizette, 2009). Leta 1888 je namreč Jules Janet uporabil model dvojne osebnosti z namenom pojasniti disociativni psihološki pojav, s tem pa ponudil glavni model za histerijo. Jules Janet je trdil, da ima vsak posameznik dve osebnosti. Od tega je ena zavestna, druga pa nezavedna. Pri normalnem posamezniku sta ti dve osebnosti enakopravni in v medsebojni harmoniji, medtem ko je pri histerikih prva osebnost nepopolna (Van der Hart in Dorahy, 2009).

Alfred Binet, avtor prvega formalnega testa intelektualnih sposobnosti, je bil pionir tudi na področju disociacije (Erić, 2012). Prav tako je ugotovil, da lahko pride do izmenjave informacij med različnimi stanji zavesti, tudi ko ta ne vedo druga za drugo (Van der Hart in Dorahy, 2009).

Med številnimi teoretiki, ki so preučevali pojav disociacije, je Pierre Janet navedel verjetno najbolj natančno razlago tega pojava ter pojasnil podrobno povezavo med razdelitvijo osebnosti ali zavesti in histerijo (Elder, Evans in Nizette, 2009). Disociacijo je namreč opredelil kot proces, kjer se mentalne funkcije, ki so normalno integrirane razcepijo in delujejo avtomatično izven zavestnega zavedanja. Posledično oseba ni zmožna spominskega priklica teh mentalnih funkcij (Van der Hart in Horst, 1989). Govoril je tudi o vplivu travme na histerijo ter kot prvi uporabil koncepte travme in disociacije za pojasnitev različnih simptomov histerije (Nijenhuis in Van der Hart, 1999, Van der Kolk in Van der Hart, 1989, po Howell, 2012). Njegovo doktorsko delo z naslovom: *Psihološki avtizem: Esej iz eksperimentalne psihologije o inferiornih oblikah človeške aktivnosti* (1889) tako obravnavamo kot najpomembnejše delo na področju disociacije v zgodovini (Dell in O'Neil, 2009).

William James je v Ameriki govoril o disociaciji kot o delitvi zavesti, z normalnimi in nenormalnimi manifestacijami (Taylor, 1983, po Vermetten, Dorahy in Spiegel, 2007).

Vzporedno je na Dunaju, v 19. stoletju disociacijo preučeval tudi Sigmund Freud. Sprva je problem histerije preučeval skupaj z Josefom Breuerjem, ki je zatrjeval, da travmatska histerija nastane preko procesa avtohipnoze. Prav tako je predlagal vpeljavo pojma hipnoidna stanja. Kasneje je Freud zaradi nestrinjanja z njegovimi hipotezami prekinil sodelovanje z Breuerjem (Erić, 2012). Freud je namreč menil, da se disociacija pojavi, ko ego zatre spomine travmatičnega dogodka in se s tem izogne srečanju intenzivnih bolečih občutkov. Idejo, da je disociacija obrambni mehanizem za razvoj travme, je kasneje zavrnil. Menil je namreč, da je za to odgovorna represija (Bremner in Marmar, 1998).

Po letu 1980 je opaziti velik premik na področju raziskovanja pojava disociacije (Kennedy, Kennerley in Pearson, 2013). Frank W. Putnam (1989) in Richard P. Kluft (1985) sta takrat pripomogla k novim ugotovitvam na področju dinamike in zdravljenja disociacije (Downs, 2006).

Putnam je definiral multiplo osebnostno motnjo (Multiple personality disorder - MPD) kot kronično disociativno stanje in ne kot nekaj prehodnega. Skupaj z Eve Bernstein Carlsovo je razvil lestvico disociativnih izkušenj (angl. *Dissociative experiences scale-DES*), ki se uporablja za merjenje disociacije (Wright in Loftus, 1999), medtem ko je Kluft (1996) izvedel raziskavo na področju zdravljenja travmatičnih spominov. Zdravljenje slednjih namreč igra eno izmed najpomembnejših in bolečih vlog pri terapiji. Te spomine je potrebno obravnavati zelo previdno, saj so lahko v nasprotnem primeru posledice za pacienta škodljive. Kot ugotavlja, se lahko pacient počuti preobremenjenega, ko se pojavijo spomini. Kluft skupaj s številnimi drugimi raziskovalci meni, da ni dobro, če se terapevt takoj spopade s travmo. Prvi korak je vzpostavitev varnosti, kjer pacient začne terapevtu zaupati. Šele nato, ko je zaupanje vzpostavljeno, v ospredje stopijo travmatični spomini. Takrat pride do ponovne vzpostavitve

osebnostnih stanj. Kluft je prav tako opozarjal na tri kategorije disociativne motnje osebnosti: nizka, srednja in visoka (Kluft, 1996, po Costello, 2005).

Na podlagi teoretičnih analiz, kliničnih opazovanj in številnih raziskav so mnogi avtorji preučevanemu pojmu kasneje predlagali naziv *strukturna disociacija osebnosti* (Van der Hart, Nijenhuis in Steele, 2005). Mednje sta spadala tudi Onno Van der Hart in Bessel Van der Kolk, ki sta strukturno disociacijo osebnosti hierarhično razdelila na: primarno, sekundarno in terciarno disociacijo (Kennedy, Kennerley in Pearson, 2013). Van der Hart je zasnoval dva pojma: psihoformna disociacija in somatoformna disociacija, ki ju je potrebno razumeti v kontekstu psihičnih procesov. Van der Kolk (1996) se je intenzivno ukvarjal z raziskavo, kjer je skušal ugotoviti, kakšen vpliv ima travma na razvoj. Opozoril je na povezavo z disociativnimi problemi, borderline motnjo osebnosti, samopoškodovanjem itd. Prav tako je raziskoval področje, kako travma vpliva na spomin (Kennedy, Kennerley in Pearson, 2013).

## 3 DISOCIACIJA IN TRAVMA

### 3.1 Razvoj teorije travme skozi zgodovino

Povezavo med travmo in duševno boleznijo je prvi preiskoval nevrolog Jean Martin Charcot, francoski zdravnik, ki je zdravil travmatizirane ženske v bolnišnici Salpêtrière. V 19. stoletju je na Charcotove študije imela velik poudarek histerija, motnja, ki je bila najpogosteje diagnosticirana pri ženskah. V tem času je veljalo, da simptomi histerije izvirajo iz maternice. Kasneje je Charcot prišel do odkritja, da izvor histeričnih simptomov ni fiziološki, temveč psihične narave (Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

Pierre Janet, študent Charcota, je nadaljeval z raziskovanjem disociativnih pojavov in travmatskih spominov. Raziskoval je vpliv pacientove travmatske izkušnje na razvoj osebnosti in vedenja. Ugotovil je, da so pacientovi intenzivni afekti odzivni na dojetje travmatskih dogodkov, ki so se jim zgodili. Dognal je tudi, da lahko s pomočjo hipnoze in ponovnega izpostavljanja travmatskim spominom ublažimo pacientove simptome (an der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

Freud in Breuer sta imenovala travmatsko disociacijo »hipnoidna histerija« in poudarila njeno povezavo s travmatsko preteklostjo. Leta 1896 je Freud predlagal, da je prezgodnja izkušnja s spolnim odnosom (pri tem cilja na spolno zlorabo, ki jo je povzročila druga oseba) poglaviti vzrok histerije in ne zgolj provokator (Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996). Leta 1880 sta skupaj z Janetom ugotovila, da je histerija tudi posledica psihološke travme. Strinjali so se, da neznosne reakcije na travmatske izkušnje proizvajajo spremenjeno stanje zavesti, ki jo je Janet poimenoval »disociacija«. Janet je menil, da se disociacija kaže v histeričnih simptomih (Herman, 1992, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996), Freud pa je kasneje trdil, da niso travmatski spomini tisti, ki povzročijo histerične simptome, temveč nesprejemljivi izvor spolnih in agresivnih želja (Diamond, 2004, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

Med prvo svetovno vojno so psihiatri opazili, da so se vojaki vračali s posttravmatsko stresno motnjo oziroma takrat imenovanim bombnim šokom (angl. shell shock sindrom). Psihološka prva pomoč je bila sprva razvita z namenom, da skuša vojakom pomagati oziroma premagati njihove simptome neobvladljivega joka in kričanja, izgube spomina, telesne paralize in pomanjkanja odzivnosti (Herman, 1992, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996). Leta 1923 je Abraham Kardiner začel zdraviti travmatizirane ameriške vojake (Kardiner, 1941, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996). Ugotovil je, da se osebek obnaša, kot da travmatska situacija še vedno obstaja in uporablja obrambne mehanizme, ki so bili v izvorni situaciji neuspešni (Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996). Kardiner je

predvidel tudi pomembno spornost, ki še vedno bega terapevte, in sicer, ali naj prikličejo travmatske spomine v pacientovo zavest ali se naj osredotočijo na stabilizacijo (Van der Kolk, van der Hart in Marmar, 1996, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

Med drugo svetovno vojno so psihiatri pri zdravljenju travme ponovno uvedli hipnozo, ameriška vojska pa je ustanovila skupino poročanja stresnih dogodkov (Shalev in Ursano, 1990, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

Po drugi svetovni vojni je psihoanalitik Henry Krystal (1968, 1978, 1988) preučeval izide dolgotrajne travmatizacije na preživele posameznike koncentracijskega taborišča. Ugotovil je, da travmatizirani pacienti doživijo čustveno reakcijo zgolj kot somatsko stanje, pri čemer niso zmožni interpretirati, kaj so občutili (Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996). Opisal je vpliv travme na sposobnost občutenja, identificiranja in ubesedenja občutkov, kot tudi fiziološke potrebe in težnje teh bolnikov do zaznamovanja afektivnih izkušenj, izražanja sebe na preveč konkreten način in njihovo pomanjkanje zmogljivosti pri simboliziranju in sanjanju. McDougallova, ki je prav tako delala s travmatiziranimi pacienti, je bila mnjenja, da njeni pacienti niso trpeli zaradi nezmožnosti doživetja ali izražanja čustev, temveč zaradi nezmožnosti vsebovanja in izražanja presežka čustvenih izkušenj (McDougall, 1989, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

Sodobna teorija travme se je razvila leta 1942, po požaru v bostonski diskoteki Coconut Grove. Dr. Lindemann je zdravil veliko preživelih in med njimi opazil podobne odzive (Lindemann, 1944, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996). Caplan je prav tako delal s preživeli in bil prvi, ki je sistematično opisal komponente krize (Caplan, 1961, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

Med vietnamsko vojno so mnogi vojaki in veterani začeli zlorabljati drogo in alkohol, postali so nasilni do sovojakov, nekateri pa so postali brezdomci ali brezposelni. Lifton in Shatan (1970) sta izvajala skupine za veterane, kjer so lahko delili svoje izkušnje s tovariši in tako prejeli podporo (Lifton, 1973, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996). Figley in Shay sta prav tako pripomogla k novim teoretskim prispevkom na področju razumevanja učinkov travme na vietnamske veterane (Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

Leta 1980 je Diana Russell izmed 900 naključno izbranih žensk, ki živijo na območju San Francisca, ugotovila, da je bila ena izmed štirih žensk posiljena ter ena izmed treh žensk spolno zlorabljena v njenem otroštvu. Statistike so bile šokantne in zato v tem času dobro skrite ter zanikane (Russell, 1984, po Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996). K dodatnim pomembnim prispevkom k razumevanju travme in njenega vpliva je doprinesla tudi Lenore Terr (1979) (Van der Kolk, Weisaeth in Van der Hart, 1996).

### 3.2 Disociacija kot odgovor na travmo

Koncept psihološke travme je bil v literaturi predstavljen leta 1878. Nemški nevrolog Albert Eulenburg (1878) je menil, da bi bilo »psihični šok«, takratni koncept, ki se je navezoval na intenzivna čustva, kot sta jeza ali groza, bolje opredeliti kot psihično travmo (Van der Hart in Brown, 1990).

Moreau de Tours (1845), je bil prvi, ki je uporabil disociacijo kot izraz, ki je skladen s sodobnim razumevanjem (Crabtree 1993; Van der Hart in Dorahy, 2009; Van der Hart in Horst, 1989, po Vermetten idr., 2007). Čeprav je bila povezava med travmatičnimi izkušnjami in disociacijo predstavljena v 19. stoletju (Breuer in Freud, 1893, po Vermetten idr., 2007), so se raziskovalci disociacije razlikovali v svojih pogledih na ta odnos. Prav tako so imeli različne poglede na naravo disociacije, kar je posledično zmedlo preučevanje travme in disociacije (Vermetten idr., 2007).

Prispevki iz 19. stoletja, med katere spadajo dela Jean-Martina Charcota, Sigmunda Freuda in še posebej Pierrea Janet, vključujejo tudi pojem delitve osebnosti ali zavesti (t.j. disociacije), kot psihološko posledico travme. Kljub vsemu pa odnos med travmo in disociacijo v travmatološki literaturi ostaja v veliki meri neraziskan. Nasprotno, pa so strokovnjaki s področja disociacije namenili bistveno več pozornosti povezavi med travmo in disociacijo. Zgodovinsko gledano, ti dve spremenljivki nista bili vedno povezani v literaturi o preučevanju disociacije (Vermetten idr., 2007).

Največ dokazov izhaja iz kliničnih uvidov, ki jih je objavil Janet. Za vsako disociativno motnjo obstaja več primerov, ki prikazujejo prisotnost travme pri osebah z disociativno motnjo pri različnih kulturah, kar dokazuje, da je povezanost med disociacijo in travmo univerzalna (Erić, 2012).

V 80. letih 20. stoletja so opravili prve raziskave, s katerimi so dokazali, da se disociativne motnje povezujejo s predhodno travmo (Simeon in Loewenstein, 2009). V psihopatologiji je travma definirana kot neznosna, neizogibna in življenjsko nevarna izkušnja, pri kateri je oseba nemočna (Farina in Liotti, 2013). Bistvo te je nemoč, izguba nadzora nad lastnim telesom in okoljem, v času bolečine ali poškodbe. Ko je izgubljen fizični nadzor, mentalna kontrola postane bistvenega pomena. Eden izmed načinov za ohranitev takšnega nadzora je distancirati samega sebe od lastnega telesa (Tasman in Goldfinger, 1992). Prav tako so pri posameznikih, ki so izpostavljeni travmi, pogoste ekstremne spremembe v percepciji (Tasman in Goldfinger, 1992).

Različne publikacije so se osredotočile na zgodovino travme. V večini prevladujejo opisi travm iz vojne, vendar najdemo tudi opise o naravnih nesrečah in industrijski travmi

(Vermetten idr., 2007). Raziskave kažejo, da je več kot četrtnina vseh oseb doživela disociacijo kot odziv na travmatski dogodek (Elzinga, Bermond in Van Dyck, 2002). Zlasti posamezniki, ki se redno poslužujejo fantaziji in tisti, z zgodovino seksualne ali fizične zlorabe v otroštvu, so bolj podvrženi disociiranju kot drugi. Omenjenim osebam disociacija omogoča obrambo pred velikim strahom, bolečino in nemočjo (Chu, Frey, Ganzel in Matthews, 1999).

Številne žrtve posilstva poročajo, da so doživele posilstvo, kot da bi lebdele nad svojim lastnim telesom, pri tem pa se jim je napadena oseba smilila (Hilgard in Hilgard, 1975; Spiegel in Bloom 1983, po Tasman in Goldfinger, 1992). Mnoge žrtve prav tako poročajo o diskontinuiteti v njihovi zavesti, ki odraža nenadno prekinitev njihove fizične realnosti. Ta sprememba je lahko prehodna in prilagodljiva ali pa se stopnjuje od predhodne depersonalizacije skozi psihogeno amnezijo in fugo v disociativno motnjo identitete (Tasman in Goldfinger, 1992).

Leta 1991 je ameriška psihologinja Jennifer Freyd oblikovala teorijo o travmi izdajstva. Teorijo je izpeljala iz načela socialne psihologije in razvojne teorije čustvene navezanosti, da bi pojasnila, zakaj in kako so ljudje odlični pri odkrivanju izdajstva (Freyd, 1998). Travma izdajstva skuša amnezijo pojasniti z intenzivnostjo travme in na način, v kolikšni meri negativni dogodek predstavlja izdajstvo osebe, katero subjekt potrebuje in ji zaupa (Erić, 2012). To na primer pomeni, da bo otrok, ki je zlorabljen s strani družinskega člana ali druge osebe, ki ji zaupa oziroma je od nje odvisen, razvil amnezijo. Amnezija otroku omogoča ohranjanje čustvenega in kognitivnega razvoja kljub zlorabi ter varuje njegovo razvojno posredovano potrebo po navezanosti (Erić, 2012).

## 4 KLASIFIKACIJA

Danes se disociativne motnje klasificira na podlagi osnovnih diagnostičnih kriterijev v MKB-10 in DSM-V. V MKB-10 so disociativne motnje pod nazivom *Disociativne (konverzivne) motnje* uvrščene v večjo skupino psihičnih motenj – *nevrotske, stresne in somatoformne motnje*, medtem ko so v DSM-V umeščene v posebno skupino motenj pod tem nazivom (Erić, 2012).

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (četrti izdaja, text rev. [DSM–IV–TR]; American Psychiatric Association, 2000) navaja naslednje diagnostične kriterije za disociativno motnjo identitete (angl. Dissociative identity disorder - DID) (300.14; str. 529):

- »Prisotnost dveh ali več različnih identitet oziroma osebnostnih stanj (vsak s svojim relativno trajnim vzorcem zaznavanja, ki se nanj nanaša ter razmišljanjem o okolju in sebi);
- vsaj dve izmed teh identitet ali osebnostnih stanj ponavljajoče prevzame nadzor nad vedenjem osebe;
- nezmožnost priklica pomembnih osebnih podatkov, saj so preveč obsežni, da bi bili pojasnjeni z običajno pozabljivostjo;
- motnja ni posledica neposrednih fizioloških učinkov snovi ali splošnega zdravstvenega stanja.«

Pacient z DID je oseba, ki sebe doživlja z več ločenimi identitetami, ki imajo med sabo relativno psihološko samostojnost. Te identitete lahko prevzamejo nadzor nad pacientovim telesom in vedenjem. Vendar vse ločene identitete skupaj tvorijo identiteto in osebnost človeka z DID. Kljub temu da pacienti ter zdravniki za pojmovanje pacientovega subjektivnega občutka za njegov jaz ali identitete uporabljajo številne termine, pa termin ločene identitete povezujejo s terminologijo, uporabljeno v DSM-V (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).



## 5 EPIDEMIOLOGIJA

Disociativna motnja identitete in disociativne motnje niso redka stanja. Klinične raziskave so pokazale, da 1 % do 3 % posameznikov splošne populacije ter 1 % do 5 % posameznikov, ki živijo v Evropi in Severni Ameriki in so vključeni v psihiatrične programe, izpolnjuje diagnostične kriterije za disociativno motnjo identitete DID. Veliko izmed teh pacientov, ki so bili zajeti v te študije, predhodno niso bili klinično diagnosticirani za disociativno motnjo. Težave pri diagnosticiranju DID se pojavijo zaradi pomanjkanja izobrazbe med zdravniki na področju disociacije, disociativnih motenj in učinkov psihološke travme, kot tudi zaradi kliničnih pristranskosti. Namesto da bi pokazal vidno ločene izmenjujoče se identitete, tipični pacient z DID predstavlja polisimptomatsko mešanico simptomov disociacije in posttravmatske stresne motnje (PTSD), ki so povezani v matrico simptomov, ki na prvi pogled niso povezani s travmo (kot so depresija, napadi panike, zloraba substanc, somatoformni simptomi, simptomi motenj hranjenja). Poudarjanje teh slednjih, zelo znanih simptomov pogosto vodi zdravnike do diagnoze le-teh komorbidnih pogojev. Kadar se to zgodi, gre lahko nediagnosticiran DID pacient skozi dolgotrajno in zelo pogosto neuspešno zdravljenje teh drugih stanj (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

## **6 VRSTE DISOCIATIVNIH MOTENJ**

Po Firstu in drugih (2004) so disociativne motnje skupina nevrotskih psihopatoloških stanj psihogenega izvora. Zanje je značilna nenadna, prehodna sprememba normalne integracije zavestnih funkcij, spomina, opazovanja in občutka identitete. Ko se spremembe dogajajo na področju zavesti, se oseba ni sposobna spomniti pomembnih osebnih občutij, ali prevzame novo identiteto, običajno tudi začasno pozabi. S tem posameznik izgubi občutenje lastne realnosti (First, Frances in Pincus, 2004). Obstaja več vrst disociativnih motenj.

### **6.1 Disociativna amnezija**

Pacienti z disociativno motnjo so nesposobni priklica pomembnih osebnih podatkov, navadno travmatične in stresne narave, kar je v nasprotju z običajno pozabljivostjo (Brand in Loewenstein, 2010). V nekaterih primerih amnezija zadeva samo izbrane dogodke v času omenjenega travmatičnega obdobja, najpogosteje pa se tiče vseh dogodkov v času omejenega obdobja po travmatičnem dogodku (Kihlstrom, Tatarzyn in Hoyt, 1993).

Zaradi izgube spomina lahko pride do izgube orientacije ali brezciljnega tavanja, vendar pa sprememb v vedenju skorajda ni. Pri popolni amneziji oseba ne prepozna sorodnikov, prijateljev, vendar je še vedno sposobna pogovarjanja, branja, razmišljanja, po vsej verjetnosti ohrani talente in predhodno pridobljena znanja (Erić, 2012).

Epizoda amnezije lahko traja nekaj ur ali celo nekaj let. Po navadi izgine hitro in nenadoma, tako kot se je tudi pojavila. Okrevanje je popolno, možnost da bi se amnezija ponovila pa zelo majhna (Erić, 2012).

### **6.2 Disociativna fuga**

Disociativna fuga je izmed vseh oblik disociativnih motenj najmanj preučena in najslabše razumljena motnja. Gre za obliko disociativne motnje, za katero je značilna izguba spomina, povezana z nenadnim in nepričakovanim odhodom od doma, delovnega mesta ali odhodom na potovanje. To privede do zmede glede identitete in včasih do oblikovanja nove identitete, bodisi delno ali v celoti (Coons, 1999). Pri osebah, ki prevzamejo novo identiteto, motnja traja samo nekaj dni, pri nekaterih pa motnja traja zelo dolgo (Erić, 2012).

Pacient si po prevzemu nove identitete pripiše novo ime in priimek, si zamisli nov dom, novo zaposlitev itd. Vendar pa se to novo življenje pogosto ne kristalizira, saj je fuga dokaj kratkotrajna (Erić, 2012).

### **6.3 Disociativna motnja identitete**

Disociativna motnja identitete je kompleksna, kronična disociativna motnja. Pacienti, ki trpijo za slednjo, se pogosto srečujejo tudi s simptomi, ki so značilni za druge disociativne motnje (amnezija, fuga, depersonalizacija, derealizacija in druge) (Simeon in Loewensten, 2009).

Disociativna motnja identitete je stanje, pri katerem je značilna prisotnost dveh ali več različnih identitet oziroma osebnostnih stanj. Vsako osebnostno stanje ima lastno ime, preteklost, osebnost in samopodobo ter kaže svoj lasten relativno trajen vzorec zaznavanja, vedenja in mišljenja o okolici in sebi. Občasno ena od teh osebnostnih stanj prevzame kontrolo nad pacientovim vedenjem, ta pa se kasneje določenih dogodkov in pomembnih informacij ne spominja. Ta nezmožnost je preveč obsežna, da bi se jo dalo pojasniti z običajno pozabljivostjo (Erić, 2012).

### **6.4 Depersonalizacijska motnja**

Depersonalizacijska motnja je oblika disociativnih motenj, za katero sta značilna dva psihopatološka pojava: depersonalizacija in derealizacija (Erić, 2012). Depersonalizacija je psihiatrično stanje, za katerega je značilna sprememba v zaznavanju in doživljanju sebe, za derealizacijo pa doživljanje spremembe v okolju. Pri obeh primerih je prisoten občutek izgube realnega zaznavanja, odnos do realnosti pa ostane ohranjen. Doživeta sprememba se lahko spreminja od enostavnega, sanjavega stanja v glavi, ki pri pacientu ne vzbudi vznemirjenja, do bolečega in vznemirjujočega občutka spremembe v osebnosti ali okolici (Kennedy, Kennerly in Pearson, 2013).

## 7 SIMPTOMI

Naše razumevanje o nastanku disociativnih simptomov, odnosu slednjih do travme ter njihovi vlogi na pacientovo življenje se je v sodobnem času zelo spremenilo (Putnam, 1997).

Richard Loewenstein je prvi, ki je simptome, ki so se pojavili pri pacientih z disociativno motnjo, razdelil v smiselne razrede. Čeprav še vedno obstajajo nestrinjanja, so disociativni simptomi zdaj obravnavani na bolj sistematičen način, intervencije pa usmerjene k specifičnim skupinam simptomov (Solomon, Gerrity in Muff, 1992, po Putnam, 1997).

Loewenstein je predlagal skupino primarnih disociativnih simptomov, ki so pogosto povezani s posttravmatskimi simptomi, skupino sekundarnih simptomov in terciarnih simptomov. Primarni disociativni simptomi so odraz neposrednih učinkov disociacije na kognicijo in vedenje; ti se delijo na amnezije in spominske simptome ter na disociativne procesne simptome. Povezani posttravmatski simptomi si z disociativnimi delijo skupni, s travmo povezani izvor (Putnam, 1997).

Afektivni simptomi, somatizacija in določene motnje selfa, pogosto prisotni pri osebi s travmo, so sekundarni odzivi na disociacijo. Ta hierarhična porazdelitev simptomov ponazarja, da je zdravljenje, ki je usmerjeno proti sekundarnim simptomom, blažilno le, dokler so obravnavani primarni disociativni in s travmo povezani simptomi (Putnam, 1997).

Teoretiki verjamejo, da osebe s patološko disociacijo kažejo terciarno vedenje, ki odraža neprilagojeno obvladovanje odzivov proti primarnim in sekundarnim simptomom (Putnam, 1997).

## 8 TEORIJA STRUKTURNE DISOCIACIJE OSEBNOSTI

Nekateri posamezniki uspejo po izpostavljenosti potencialnega travmatiziranega dogodka integrirati izkušnjo v njihovo osebnost. Ta ohranja njihovo duševno zdravje in vključuje različne duševne dejavnosti. Najprej sestavijo različne komponente izkušnje. Večinoma nezavedno povežejo občutke, vizualne in slušne percepcije, emocije, misli, fantazije in telesne gibe, da bi ustvarili koherentno izkušnjo. To kasneje vodi do zavedanja, da se jim je ta dogodek dejansko zgodil, kar imenujemo personifikacija (Janet, 1929; Van der Hart, Nijenhuis in Steele, 2006, po Van der Hart, Nijenhuis in Solomon, 2010). Sledi zavedanje, da se je ta dogodek zgodil v preteklosti in da je njihova sedanost bolj resnična. Janet je to dejanje poimenoval prezentifikacija (Janet, 1928; Van der Hart idr., 2006, po Van der Hart idr., 2010). Personifikacija in prezentifikacija skupaj predstavljata duševno delovanje realizacije. Travmatizirani posamezniki niso integrirali njihovih travmatskih spominov. Slednji so kategorizirani na podlagi določene stopnje nezavedanja o travmi (Janet, 1919, 1935, 1945; Laub in Auerhahn, 1993; Van der Hart, Steele, Boon in Brown, 2003, po Van der Hart idr., 2006). Po mnenju Janeta (1919) teh izkušenj niso bili spodobni umestiti v lastno avtobiografijo. Bolj ali manj popolna odsotnost sinteze personifikacije in prezentifikacije, predstavljata bistvo travme in sta osrednji del psiholoških, psihobioloških in psihosocialnih, s travmo povezanih simptomov. Da bi posameznik okreval od travme, ki je njegova »poškodba«, mora sodelovati pri integrativnih dejavnostih, ki so mu do sedaj bile neizvedljive (Van der Hart idr., 2010).

To pomanjkanje integracije se kaže na dva načina, in sicer v obliki manj ali bolj intenzivnih simptomov (Janet, 1904, po Van der Hart idr., 2010). Po eni strani so njihove travmatske izkušnje zanje premalo resnične, če sploh. Denimo, morda se lahko oseba nanaša na te izkušnje, vendar na način, kot da te izkušnje pripadajo nekemu drugemu. Lahko so omejeno ozaveščeni o njihovi travmatizaciji in ne morejo ubesediti njihovih travmatskih izkušenj in spominov ali pa se celo nikoli ne sklicujejo na dogodke travme. Tako se jim zdi, kot da tega dogodka sploh nikoli ni bilo (Janet, 1945, po Van der Hart idr., 2010).

Po drugi strani ima lahko pacient spominske prebliske ali sanje o travmatskem dogodku oziroma podoživi te dogodke, kot da se odvijajo tukaj in zdaj. Pacient še vedno živi v »času travme«. Takšne izkušnje se pojavijo zlasti, ko se pacient sooči s pogojenimi dražljaji (sprožilci). Spominski prebliski in podoživljanje travmatskih izkušenj se imenujejo travmatski spomini (Janet, 1904, 1928; Van der Hart idr., 2006, po Van der Hart idr., 2010).

Janet je menil, da se pacienti niso zmožni zavedati duševnih in vedenjskih dejanj, ki so se jim zgodili v času travme. Pacienti s travmatskimi spomini tako niso sposobni poročati in deliti svoje osebne izkušnje. Ko podoživljajo travmatske spomine, so bolj ali manj nesposobni

sodelovati pri priklicu ostalih izkušenj ter izvajati dejanja, s katerimi se zavedajo sedanosti (Van der Hart idr., 2010).

Paciente, ki so preživeli travmo, ločimo glede na dva pomanjkljivo vključena seta nagnjenj k dejanjem. Eden vključuje ponavljajoče uprizoritve travmatične izkušnje, drugi pa se nanaša na delovanje v vsakdanjem življenju (Lang, 1995; Nijenhuis in Den Boer, 2009; Panksepp, 1998; Van der Hart idr., 2006, po Van der Hart idr., 2010). Eden izmed glavnih akcijskih sistemov je obrambne narave in vključuje različna prizadevanja, da preživi neposredno grožnjo celovitosti telesa in življenja (Fanselow in Lester, 1988, po Van der Hart idr., 2010). Drugi akcijski sistemi pa se ukvarjajo z interesi implicitnih funkcij v vsakdanjem življenju (Panksepp, 1998).

Vsak akcijski sistem tako vključuje svoje lastne funkcije, vrednote in akcijske tendence (Van der Hart idr., 2010).

Po teoriji strukturalne disociacije osebnosti (angl. Theory of structural dissociation of the personality – TSDP), različni sklopi akcijskih tendenc in akcijskega sistema, opredeljujejo dva osnovna tipa psihobiološkega podsistema osebnosti. Značilnost teh podsistemov je, da vsak vključuje svojo, vsaj osnovno prvoosebno perspektivo (Nijenhuis in Van der Hart, 2011, po Van der Hart idr., 2010). To pomeni, da ti podsistemi osebnosti ustvarijo modele o tem, kdo so, kakšen je svet in kako so povezani s svetom (Nijenhuis in Van der Hart, 2011, po Van der Hart idr., 2010).

TSDP predpostavlja, da je v travmi pacientova osebnost razdeljena, sicer ne v celoti, na dva ali več disociativnih podsistemov oziroma delov. Ti disociativni deli so pri njihovih funkcijah in dejanjih disfunkcionalno stabilni in med seboj zaprti, kar se odraža v prilagojenem kompromisu (Van der Hart idr., 2010).

Prvi prototip osebnostnega podsistema se imenuje *čustveni del osebnosti* (angl. Emotional part of the personality – EP) (Myers, 1940; Van der Hart idr., 2006, po Van der Hart idr., 2010). Pri tem velja, da je pacient ujet v senzomotorični in čustveni vlogi travmatične izkušnje ter posledično močno povezan s travmatičnimi spomini (Van der Hart idr., 2010). To nadalje pomeni, da je čustveni del osebnosti, ki ga lahko krajše imenujemo EP, prisoten v travmatičnih spominih. Slednji pogosto vključujejo otroško čustveno, fizično in spolno zlorabo, čustveno zanemarjenje ter zastrašujočo vzgojo s strani staršev ali posameznikov, ki nadomeščajo otrokove biološke starše ali pa jim pomagajo pri vzgoji otrok (Liotti, 1999, po Van der Hart idr., 2010).

Drugi prototip se imenuje *na videz normalni del osebnosti* (angl. Apparently normal part of the personality – ANP), pri čemer velja, da pacient doživlja čustveni del osebnosti (EP) ali vsaj določena dejanja in vsebine EP kot egodistonične in se izogiba travmatičnim spominom

ter notranjim izkušnjam na splošno. Na videz normalni del osebnosti, ki ga lahko krajše imenujemo ANP, se osredotoča na funkcije akcijskih sistemov, ki omogočajo delovanje v vsakdanjem življenju. Posameznik v tem primeru za pridobitev sprejetosti, zaščite in ljubezni s strani skrbnikov išče njihovo potrditev. Ko so v določeni situaciji izpolnjeni vsi cilji navezanosti, se takrat utrdi na videz normalni del osebnosti in ne njegova avtentičnost. Pacient se lahko zaveda svoje duševne motnje, vendar se skuša vesti »normalno«. Dejstvo je, da je ta normalnost le očiten manifest z negativnimi simptomi, kot je otopelost in, v nekaterih primerih, amnezija travmatičnega dogodka. Na videz normalna osebnost se kaže tudi v ponavljajočem podoživljanju travmatičnih spominov iz čustvenega dela osebnosti (Van der Hart idr., 2006).

### **8.1 Primarna strukturna disociacija**

Delitev osebnosti na ANP in EP vključuje primarno strukturno disociacijo in opisuje preproste posttravmatske disociativne motnje, vključno s PTSD. Ko v določeni situaciji pride do pomanjkanja zmogljivosti ali nujne socialne podore za integracijo travmatičnih izkušenj in spominov, lahko takrat disociacija med ANP in EP pomaga pri prilagoditvi. Kakorkoli pa ta delitev osebnosti povzroča nastanek negativnih disociativnih simptomov, kot so depersonalizacija in včasih tudi nastanek disociativne amnezije in anestezijske, kot tudi nastanek pozitivnih disociativnih simptomov, kot je ponavljajoče vsiljevanje travmatičnih spominov (Van der Hart idr., 2010).

### **8.2 Sekundarna strukturna disociacija**

Ko se neki travmatični dogodki zgodijo v življenju zelo zgodaj, so izredno težko premostljivi, in/ali dolgotrajni ali kronični, je strukturna disociacija bolj kompleksna. Tudi tukaj je samo ena na videz normalni del, vendar več čustvenih delov. Ta delitev EP lahko temelji na neuspešni integraciji med relativno diskretnimi podsistemi akcijskega sistema obrambe, na primer napad, umik, predaja in kolaps, ki je opisan tudi kot paraliza ali popolna podreditev (Nijenhuis in Den Boer, 2009; Porges, Doussard-Roosevelt in Maiti, 1994, po Van der Hart idr., 2010). Ti različni podsistemi so povezani z različnimi komponentami centralnega živčnega sistema (Porges, 2007, po Van der Hart idr., 2010).

### **8.3 Terciarna strukturna disociacija**

Terciarna strukturna disociacija vključuje ne le več EP, temveč tudi več kot eno ANP. Delitev ANP se lahko pojavi, kadar določeni vidiki vsakdanjega življenja postanejo zelo opazno povezani s travmatičnimi dogodki, ki pa ponovno oživijo travmatične spomine. Pacientova osebnost postane še bolj razdvojena, saj pacient poskuša še naprej delovati normalno in se izogibati travmatičnih spominov ali pa takšen pacient sploh nikoli ni vključil povezovanje akcijskih sistemov za delovanje v vsakdanjem življenju ali za obrambo. Ta delitev ANP se v

vsakdanjem življenju zato pojavlja skozi različne akcijske sisteme. Terciarna strukturna disociacija se nanaša samo na bolnike z disociativno motnjo identitete. Pri nekaj primerih pacientov z DID, ki imajo izjemno nizke integracijske zmogljivosti in pri katerih je disociacija osebnosti postala običajna, se nova ANP lahko razvije za spopadanje z manjšimi življenjskimi frustracijami. Disociacija osebnosti je pri teh pacientih postala način življenja, njihova prognoza pa je splošno slaba (Horevitz in Loewenstein, 1994, po Van der Hart idr., 2010).



## 9 KOGNITIVNE TEORIJE

Raziskave na področju travme in disociacije so pomembno prispevale k razlikovanju med eksplicitnim-deklarativnim-semantičnim in implicitnim-proceduralnim-neverbalnim spominom (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009). Z razvojnega vidika je posebej pomemben implicitni spomin, ki dozori precej prej kot eksplicitni. Otrok si lahko že v zgodnjih letih njegovega življenja, preko implicitnega spomina ustvari nekakšno obliko notranje reprezentacije travmatičnega dogodka za daljše časovno obdobje. Raziskave kažejo, da je desna možganska hemisfera povezana s procesiranjem implicitnih spominov, medtem ko je leva možganska hemisfera odgovorna za procesiranje eksplicitnih (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009).

S kognitivnim raziskovanjem disociacije se je ukvarjala Wilma Bucci, ameriška znanstvenica, psihologinja in psihoanalitičarka. Menila je, da je disociacija ključnega pomena za psihoanalitični proces (Erić, 2012).

Menila je, da je potrebno Freudovo pojmovanje analize kot metode zdravljenja, ki temelji na potlačitvi, nekoliko pretehtati. Zanj je za cilj psihoanalitičnega zdravljenja potrebno postaviti integracijo disociranih shem (Erić, 2012).

## 10 TEORIJA NORMALNE IN PATOLOŠKE DISOCIACIJE

Vsi modeli in teorije o disociaciji predpostavljajo obstoj normalne in patološke disociacije (Putnam, 1997).

Značilnost normalne disociacije je, da se oseba počuti kot enoviti self, hkrati pa jo istočasno tvorijo multiple oblike selfa. Vsak self mora funkcionirati optimalno in pri tem ne sme izključiti komunikacije ter usklajevanje med posameznimi oblikami selfa. Ko vse deluje pravilno, se oseba trenutno ali nekoliko nejasno zaveda individualnih stanj selfa in njihove realnosti (Erić, 2012).

Vsako stanje selfa je del funkcionalne celote, na katero ima vpliv proces notranje skladnosti z realnostjo, afekti in vidiki drugih. Vsak vidik selfa ima prav tako lastno stopnjo pristopanja k različnim domenam psihičnega funkcioniranja (Erić, 2012).

Patološka disociacija nastane s preobrazbo fleksibilne dinamike v rigidno strukturo. Smisel te disociacije je, da se uporablja za obrambo in ne z namenom prilagoditve (Erić, 2012). Pri posamezniku povzroči oslabitev na socialnem področju in/ali oslabi funkcioniranje pri delu (Putnam, 1997).

Nevrološke raziskave so dokazale, da gre za obrambno disociacijo, ki je del evolucijskega odziva, namen katerega je preživetje. Ne le da omogoča varnost pred travmo, temveč tudi predvidi povratek le-te. Torej lahko to vrsto disociacije označimo kot zgodnji alarmni sistem, katerega cilj je preprečiti psihično destabilizacijo, ki se pojavi kot posledica travme (Erić, 2012).

## 11 RAZVOJNI MODEL DISOCIACIJE

Konec 80. let 20. stoletja so klinični zdravniki primere otrok z disociativnimi motnjami povezovali s pojmom incest in družinska travma (Simeon in Loewenstein, 2009). V tem času so se začele raziskave disociativnih motenj. Posebej so pozornost usmerili na disociativno motnjo identitete. Raziskovalci so z disociacijo povezovali zlorabo, spolno zlorabo, neustrezno ravnanje s predšolskimi otroki, itd. (Erić, 2012).

Prišli so do ugotovitev, da je pri starejših otrocih in adolescentih mogoče zaznati več simptomov kot pri mlajših otrocih, ker imajo starejši otroci sposobnost lažje izražati subjektivno trpljenje in imajo več priložnosti za manifestacijo psihopatologije v različnih okoliščinah (Erić, 2012).

Otroci so vzporedno z disociativnimi simptomi izražali tudi nekatere druge simptome, kot so disociativna amnezija, stanja, podobna transu, nenavadno ali čudno vedenje, samomorilne ideacije, samopoškodovanje in somatizacija. Ti simptomi so se z leti stopnjevali, med dečki in deklicami pa glede simptomov niso zaznali razlik. Vendar pa se je pri deklicah pojavljalo bistveno več simptomov anksioznosti in fobij, posttravmatske motnje spanja, več spolnega odigravanja in somatizacije (Erić, 2012).

Richard Kluft je v tem obdobju prišel do pomembne ugotovitve, da je disociativna motnja identitete pravzaprav najtežja oblika disociativne motnje (Erić, 2012).

## 12 TEORIJA NAVEZANOSTI IN DISOCIACIJA

Navezanost je sistem vedenja, ki motivira dojenčka, da išče bližino ter vzpostavi komunikacijo s primarnim skrbnikom, najpogosteje mamo (Siegel, 1999, po Žvelc, 2011). Ta odnos je ključen za njegov optimalen duševni in telesni razvoj (Schore, 2001a, po Dell in O'Neil, 2009). Poznamo štiri stile navezanosti: izogibajoča navezanost (tip A), varna navezanost (tip B), ambivalentna navezanost (tip C) in dezorganizirana navezanost (tip D).

Najpomembnejša naloga v prvem letu življenja je vzpostavitev varne navezanosti med dojenčkom in materjo. Njena naloga je, da oceni neverbalne izraze otroka o njegovi notranji vznurjenosti in jih sporoči otroku. Da to doseže, mora uspešno uravnati visoke in nizke stopnje vzdraženosti (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009).

Za razvoj zmogljivosti učinkovitega procesiranja obraznih izrazov je odgovorna desna možganska hemisfera. Raziskave so dokazale, da na razvoj desne hemisfere vpliva predvsem varna navezanost (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009).

Pomembno je, da otrok odrašča v spodbujajočem čustvenem okolju, s čimer uravnava nivo notranje vznurjenosti in razvoj mehanizmov za spopadanje s stresom (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009).

V primerih zlorablajočih ali zanemarjajočih staršev, na katere se otrok naveže, oni pa so emocionalno nedostopni ali se nanj ne odzivajo, pri otroku povzročajo visoko stopnjo negativnega vznurjenja. Če otrok živi v takšnih okoliščinah dlje časa, to pripelje do povišanega nivoja notranje vznurjenosti ali do disociacije. Disociacija povzroči, da otrok ne zazna več dražljajev iz zunanjega sveta. Travmatski situaciji se na vsak način želi izogniti in poskuša postati »neviden« (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009).

Disociacijo najbolj povezujejo z dezorganiziranim stilom navezanosti. Slednji je posledica zastrašujočega vedenja starša nad otrokom ter neobčutljivosti staršev na otrokove potrebe (Van Ijzendoorn in Bakermans-Kranenburg, 2009).

Liotti (v Liotti, 2009) je poudaril, da obstaja povezanost med dezorganizirano navezanostjo pri otroku in disociacijo. Ni zagovarjal dejstva, da je dezorganizirana navezanost edini dejavnik za disociacijo. Domneval je namreč, da dezorganizirana navezanost predstavlja prvi korak, ki napravi posameznika dovzetnega za razvoj disociacije kot odgovor na kasnejšo izkušnjo s travmo (Lyons-Ruth, Dutra in Bianchi, 2006). Otrok bo najpogosteje razvil ta stil navezanosti, če njegov starš trpi za nerazrešenimi travmatskimi spomini. S takšnim vedenjem starš otroka prestraši in s tem postane otrokov primarni stresor. Otrok postane nezmožen organizirati svoje spomine in zaznave v neko celoto, kar vpliva na njegovo pozornost in vedenje (Liotti, 2009, po Dell in O'Neil, 2009).

Otrok najprej prehaja v to stanje samo, kadar naleti na travmatično izkušnjo, kasneje pa vedno bolj pogosto. Disociacija mu kasneje omogoči, da se izogne travmatični izkušnji, brez da bi pri tem psihično trpel (Liotti, 2009, po Dell in O'Neil, 2009). Posledica tega stanja je, da se otroku oslabi možnost komunikacije in oblikovanja navezanosti (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009).

### 13 ZDRAVLJENJE DISOCIACIJE

Zdravljenje oseb z disociativno motnjo identitete je težko in včasih tudi razočara, zato zahteva izkušenega in potrpežljivega terapevta (Erić, 2012). V času zdravljenja je slednji dolžen pojasniti pacientu njegovo stanje, zato da lahko ta razume svoje okoliščine in se začne terapevtsko spopadati z menjavanjem osebnosti (Kluft, 1985). Le redki pacienti sprejmejo pravo psihoterapevtsko obravnavo, večina pa jih ne zmore potrpežljivosti in vztrajnosti pri zdravljenju. Kljub vsemu pa ti pacienti povzročajo frustracije in zaradi nejasnih simptomov pri terapijah zbujejo odpor, uspeh pa je zato pri odpravljanju motenj minimalen ali pa ga sploh ni (Erić, 2012).

Obstajajo različne metode zdravljenja, ki veljajo kot priporočljive in se v določeni meri uspešno uporabljajo. Za zdravljenje motnje uporabimo tudi različne skupine zdravil: benzodiazepini, antidepresivi, beta adrenergični blokatorji. Vendar se na njih obrnemo le v primerih, ko je to res nujno, pri tem pa moramo biti izredno pazljivi, saj ti pacienti zelo hitro razvijejo odvisnost od zdravil. Reakcije na zdravila so pogosto paradoksalne in namesto pomiritve pripeljejo do agitacije ter razdraženosti pa vse do napadov panike (Erić, 2012).

Pierre Janet je kot prvi razvil usmerjen terapevtski pristop, ki sestoji iz treh faz: stabilizacije, redukcije simptomov, katere cilj je izboljšanje pacientove integrativne sposobnosti, ter zdravljenja travmatskih spominov, s ciljem razrešiti ali dokončati nedokončane duševne in vedenjske postopke, ki so del travmatskih spominov (Van der Hart, Brown in Van der Kolk, 1989, po Van der Hart in Boon, 1997).

Sigmund Freud je v svojem psihodinamičnem modelu z zavrnitvijo teorije disociacije v tehničnem smislu poudaril prisilo ponavljanja in odpor pri razreševanju nezavednih psihičnih konfliktov, ki ležijo v osnovi disociativnih motenj. Disociacijo je razumel kot mehanizem obrambe, saj je menil, da je razcep zavesti vedno rezultat potlačitve (Erić, 2012). Kasneje je uvedel prvi hipnotični pristop (Freud, 1914a, po Dell in O'Neil, 2009), s poudarkom na zdravljenju in na katerega sta močno vplivala Nancyjska šola in Bernheim. To sta dosegla z izločitvijo simptomov, in sicer z uporabo lažnih hipnotičnih sugestij (kot denimo predlog, da se nek travmatski dogodek v resnici sploh ni zgodil). Kasneje se je ta metoda izkazala kot neuspešna. Freud je metodo lažnih hipnotičnih predlogov obžaloval, saj ni zahtevala le laganja do pacienta, tudi delovala ni (Dell in O'Neil, 2009). Druga hipnotična faza izhaja iz zdravljenja klasičnega primera Anne O., ki je Freudu pomagala pri tem, da je histerični simptom razumel kot produkt kompromisa med željami in prepovedmi, kjer se telo uporablja kot kraj figurativne predstavitve potlačenega osnovnega konflikta (Erić, 2012). Pa vendar Freud opusti hipnozo (Dell in O'Neil, 2009). Tako zavrne oba hipnotična pristopa, čeprav iz različnih razlogov: prvič zaradi ohranitve resnice, in drugič zato, ker ni bil tako kompetenten na tem področju (Dell in O'Neil, 2009).

### 13.1 Cilji zdravljenja

Cilj zdravljenja disociativne motnje identitete je integrativno funkcioniranje. Na človeka z DID je treba gledati kot na celovito odraslo osebnost z identitetami, ki si delijo odgovornost v vsakdanjem življenju. Kljub pacientovem subjektivnem doživljanju ločenosti, morajo psihoterapevti imeti v mislih, da je pacient ena oseba in morajo na splošno razumeti celotno osebo (t.j. sistem izmenjavanja identitet) odgovorno za obnašanje nekaterih ali vseh identitet, tudi v prisotnosti amnezije ali občutka pomanjkanja nadzora nad njihovim vedenjem. Pri večini pacientov se zdi, da ima vsaka identiteta svojo »lastno« perspektivo prve osebe in občutek svojega »lastnega« jaza, kakor tudi perspektivo, da druge identitete niso del tega »lastnega jaza«. Izmenjavanje identitet se pojavi kot odziv na spremembe v čustvenem stanju ali na okoljske zahteve kot posledica druge identitete, ki prevzame vodilni nadzor. Ker imajo različne identitete različne vloge, izkušnje, čustva, spomine in prepričanja, se terapevti nenehno spopadajo z njihovimi konkurenčnimi stališči. Identiteta, ki je na vodilnem položaju govori v prvi osebi in lahko zataji druge ali pa se jih v celoti ne zaveda (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Pomagati identitetam, da se zavedajo druga druge kot legitimnih delov samega sebe in pogojevati ter razreševati njihove konflikte, je bistvo terapevtskega postopka. Terapevt mora spodbujati idejo, da vse identitete predstavljajo prilagojene poskuse za pacientovo spopadanje ali obvladovanje problemov, s katerimi se sooča. Zatorej je nezaželeno povedati pacientu, naj ignorira ali se »znebi« identitet ali za terapevta, da zdravi katero izmed identitet, kot da bi bila ta bolj realna ali pomembnejša kot katera druga. Terapevt si med terapijo ne sme izbrati »najljubše« identitete ali izključiti navidezno nesimpatično. Prav tako ni zaželeno predlagati bolniku, da si ustvari alternativne identitete, da jih imenuje, če te še nimajo imen, ali predlagati, da identitete delujejo na bolj izpopolnjen in avtonomen način, kot že delujejo. Zaželen izid zdravljenja je povezovanje vseh ločenih identitet med seboj na način, ki deluje (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

## 13.2 Zdravljenje po fazah

V zadnjih dveh desetletjih se strokovnjaki strinjajo, da je kompleksne travmatske motnje, vključno z DID, najbolj primerno zdraviti v zaporednih fazah. Faze zdravljenja opisujejo dominantni poudarek terapevtskega dela skozi vsako fazo. Na splošno pomagajo pacientu pri razvoju varnosti, stabilnosti in boljšem prilagajanju v vsakdanjem življenju (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

### *1. faza: Vzpostavitev varnosti, stabilizacija in redukcija simptomov*

V začetni fazi zdravljenja se je potrebno osredotočiti na vzpostavitev terapevtskega odnosa, izobraziti bolnika o diagnozi in simptomih in pojasniti proces zdravljenja. Cilji prve faze zdravljenja vključujejo vzdrževanje osebne varnosti, nadzorovanje simptomov, prilagajanje vplivom, zgraditi toleranco na stres, izboljšati osnovno življenjsko delovanje ter graditi oziroma izboljšati relacijske sposobnosti (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

### *2. faza: Soočanje, predelava in povezava s travmatičnimi spomini*

V tej fazi zdravljenja se pozornost preusmeri na pacientov spomin na travmatično izkušnjo. Ta faza vključuje spominjanje, dopuščanje, predelavo in integracijo preteklih dogodkov. Vključuje proces podoživljanja izkušenj-sprostitev močnih čustev v povezavi z izkušnjo ali percepcijo. Klinične študije so pokazale, da so mnogi pacienti pokazali velike simptomatske in splošne izboljšave (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

### *3. faza: Integracija in rehabilitacija*

V tretji fazi pacienti napredujejo v medsebojnem sodelovanju, usklajenem delovanju in povezovanju. Ponavadi začnejo dosegati bolj stabilen občutek jaza in občutek, kako se povezati z drugimi in z zunanjim svetom. V tej fazi lahko DID pacienti še naprej združujejo identitete in izboljšajo delovanje. Prav tako je dobro, če ponovno preučimo njihovo zgodovino travme iz bolj celostne perspektive. Ko pacienti postanejo manj razdeljeni, navadno razvijejo večji občutek mirnosti, vzdržljivosti in notranjega miru. Lahko pridobijo bolj skladen občutek o njihovi preteklosti in se bolj učinkovito soočajo s trenutnimi težavami. Pacient se začne manj osredotočati na pretekle travme, tako da usmerja energijo v smeri boljše sedanosti in razvoju nove prihodnje perspektive. Z večjo stopnjo integracije je lahko pacient bolj sposoben pregledati travmatične spomine in se odločiti, da so nekateri bolj simbolični (ki so se v preteklosti zdeli resnični, vendar se v objektivni realnosti niso nikoli pojavili) (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).



## **13.3 Načini zdravljenja**

### **Ambulantno zdravljenje**

Primarna oblika zdravljenja DID je individualna ambulantna psihoterapija. Pogostost srečanj in trajanje zdravljenja je odvisna od številnih spremenljivk, vključno z bolnikovimi lastnostmi, sposobnostmi in preferencami psihoterapevtov ter od zunanjih dejavnikov, kot so zavarovanje in drugi finančni viri ter razpoložljivost usposobljenih terapevtov. Zdravljenje je dolgotrajno in običajno zahteva več let in ne le nekaj mesecev ali tednov (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Pogostost srečanj je odvisna od ciljev zdravljenja in funkcionalnega stanja pacienta ter njegove stabilnosti. Minimalna pogostost srečanj za večino pacientov z DID je enkrat na teden, strokovnjaki na tem področju pa priporočajo vsaj dvakrat. Večina terapevtov še vedno prisega na 45 do 50-minutno terapijo, medtem ko se mnogim zdi podaljšana (75 do 90 minut) bolj koristna. Terapevt mora pacientu pomagati, da se preusmeri na zunanjo realnost pred predvidenim koncem vsakega srečanja in tako ne odide s srečanja v dekompenziranem ali disociativnem stanju (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

### **Bolnišnično zdravljenje**

Zdravljenje DID običajno poteka ambulantno. Vendar pa je bolnišnično zdravljenje lahko nujno potrebno v času, ko so pacienti v nevarnosti za samopoškodovanje, ko so nevarni za druge ali kadar je njihova posttravmatska ali disociativna simptomatika prevelika oziroma izpod nadzora. Bolnišnično zdravljenje je ciljno usmerjeno k obnovitvi delovanja pacienta, tako da bodo lahko čim prej nadaljevali z ambulantnim zdravljenjem. Tovrstno zdravljenje se pogosto uporablja za krizno stabilizacijo in obnovitev spretnosti ter strategij za preživetje (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

### **Delno bolnišnično zdravljenje ali zdravljenje na domu**

Pacienti z DID lahko prejmejo pomoč na podlagi splošnega delnega bolnišničnega programa po prenehanju zdravljenja. Specializirano delno bolnišnično zdravljenje ali zdravljenje na domu je za bolnike DID lahko zelo koristno ali ob prenehanju nege bolnika ali pa kot bolj intenziven način preventive hospitalizacije bolnika ter spodbujanje intenzivnega učenja veččin. Na splošno ti specializirani programi uporabljajo skupino (večkrat na dan), z namenom izobraziti o boleznih povezanih s travmo, naučiti veččin spoprijemanja in zagotoviti učenje v odnosih ter drugih življenjskih veščin (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

## Skupinska terapija

Pacienti z DID se na splošno izkažejo slabo v skupinskih terapijah, ki vključujejo posameznike s heterogenimi diagnozami in kliničnimi težavami. Mnogi pacienti imajo težave pri toleriranju močnih vplivov, ki jih vzbudijo tradicionalne procesno usmerjene skupinske psihoterapije ali tiste, ki spodbujajo razpravo o posameznikovi travmatski izkušnji (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Skupinska psihoterapija ni izvedljiva kot primarni način zdravljenja DID. Vendar pa so nekatere vrste skupin, ki so časovno omejene za določene paciente z DID ali PTSD lahko pomembni podatki za individualno psihoterapijo. Te vrste skupin lahko pomagajo izobraziti pacienta o travmi in disociaciji, pomagajo pri razvoju določenih spretnosti ter pomagajo pacientu razumeti, da niso edini, ki se soočajo z disociativnimi simptomi in travmatskimi spomini (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

## Farmakoterapija

Specifične informacije v zvezi z uporabo psihotropnih zdravil in individualnih sredstev je mogoče najti v celotnih smernicah. Zdravljenje s psihotropnimi zdravili ni primarna tehnika zdravljenja disociativnih procesov, vendar jih strokovnjaki pogosto uporabljajo kot obliko zdravljenja DID. Farmakoterapija pri pacientih z DID običajno cilja na moteče simptome PTSD ter zdravstvene razmere, kot so med drugimi tudi afektivne motnje in obsesivno kompulzivni simptomi (Loewenstein, 1991b; Torem, 1996, po International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Psihofarmakološko upravljanje zahteva pozornost in aktivno komunikacijo med terapevtom, člani zdravstvene skupine in psihiatrom, da se izogne razdvajanju/delitvi zdravstvene skupine (še posebno, ko psihiater ni primarni terapevt). Pomembno je, da so naloge terapevta in psihiatra jasno opredeljene. Redna izmenjava informacij med člani tima je pomembna, saj s tem zagotovijo tekoče dogajanje za intervencije in prilagoditve zdravljenja (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Identitete znotraj DID lahko bolniku sporočajo različne odzive na isto zdravilo. Do slednjega lahko pride zaradi različnih ravni fiziološke aktivnosti vsake identitete, somatoformnih simptomov in/ali subjektivne izkušnje razdvojenosti identitete bolj kot zaradi kakšnega dejanskega biološkega učinka zdravil. Na splošno so zdravila bolj učinkovita, ko so ciljni simptomi prepoznani kot celota/celostno v človeku. Pacientom lahko simptomi nihajo iz dneva v dan, kar je posledica modulacije disociativnih obramb kot tudi osebnih zadreg in življenjskega stresa. Zdravila pa so običajno zasnovana kot »blažilci« in ne kot kurativni posegi (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

## Hipnoza kot blažilec psihoterapije

Nekaj utemeljitev, ki podpirajo uporabo hipnotične strategije kot dodatek k zdravljenju DID:

(a) pacienti so bolj hipnotični od ostalih kliničnih populacij in višja hipnotičnost korelira z verjetnostjo terapevtskega uspeha s hipnozo (Frischholz, Lipman, Braun in Sachs, 1992, po International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011); (b) hipnotično delo lahko potencira različne terapevtske strategije (Cardeña, Maldonado idr., 2009, po International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011); (c) hipnoza lahko prevzame obliko spontanega transa, avtohipnoze ali heterohipnoze (Spiegel in Spiegel, 1978, 2004, po International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Določena oblika hipnoze lahko neizogibno prevzame vlogo pri terapevtskem delu s skupino pacientov, primernih za izvajanje hipnoze (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Pacienti, običajno nezavedno, uporabljajo različne avtohipnotične strategije na spontan, nenadzorovan in dezorganiziran način. Učenje izvajanja določenega nadzora skozi spontano hipnozo in avtohipnozo jim lahko omogoči obvladovanje vznemirjajočih simptomov (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Mnogo tehnik, ki se nanašajo na pacientove avtohipnotične sposobnosti, uvrščamo med načine zdravljenja disociativne motnje identitete. Tovrstne tehnike vključujejo dostop do drugih identitet, ki niso takoj na razpolago; ukrepanje, ki lahko olajša pojav identitet, kritičnih za terapevtski proces ali pa razreši pojav otroške, zmedene ali disfunkcionalne identitete, ki 'obtiči' na koncu terapije. Preoblikovanje je sorodna tehnika, pri kateri je sistem drugih identitet v disfunkcionalnem neravnovesju lahko preurejen tako, da različne identitete prevzamejo pomembne vloge v varnejšem in stabilnejšem razmerju (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Druge hipnoterapevtske tehnike združujejo podobe iz preteklosti ter nadzor pri podoživljanju travmatičnih spominov. Z njimi uravnavamo afekte, raziskujemo in razrešujemo moteče psihološke in somatoformne simptome, odpravljamo nestabilne identitete, s čimer ščitimo funkcionalnost in varnost (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Pacient se lahko nauči uporabljati vsaj nekaterih izmed tehnik izven terapij. To je lahko izredno koristno, saj omogoči sprostitev, pacientu nudi imaginarno varno mesto za pomiritev, ublaži različne simptome, zagotovi boljše obvladovanje obstoječih veščin, omogoča »ozemljitev« v sedanost (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

## **EMDR**

Desenzitizacija in ponovna predelava z očesnim gibanjem (angl. Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR) je metoda, ki je bila razvita leta 1989 in postala znana za omogočanje hitre in lažje resolucije travmatskih spominov. Pomaga ponovno predelati neprimerno shranjena doživetja, ki so se osebi zgodila v preteklosti in jo v sedanjosti ovirajo pri ustreznem vedenju, mišljenju in čutenju (Shapiro, 1995, 1997, 1999, po Cvetek, 2002). Pri tej metodi se večina oseb med premikanjem oči spominja določenega dogodka. Očesno gibanje naj bi pomagalo spremeniti pacientovo doživljanje sebe in dogodka. Terapevt običajno premika dva prsta na isti roki levo in desno v vodoravni smeri, oseba pa s pogledom prstoma sledi (Shapiro, 1995, po Cvetek 2002).

Sprva so razvijalci te metode menili, da je očesno gibanje njen bistveni del, vendar so kasneje ugotovili, da z uporabo EMDR očesno gibanje ni nujno pri doseganju ciljev. Lahko uporabimo druge dražljaje, kot so slušni dražljaji, izmenjavanje rok, tapkanje ... (Shapiro, 1995, po Cvetek 2002).

Za začetnico in najpomembnejšo utemeljiteljico te metode velja Francine Shapiro. Shapiro poudarja, da pri EMDR ne gre samo za očesno gibanje ali alternativni dražljaj, temveč za celovit pristop, ki združuje različne vidike glavnih teoretičnih smeri (vedenjske, kognitivne, fiziološke, psihodinamične, usmerjene na klienta in na telo). Vsi ti vidiki so del pristopa EMDR, vsak pa pomembno prispeva k učinkom metode. EMDR poleg tega dodaja še dražljaje za dvojno pozornost ali dvojno stimulacijo (Shapiro, 1995, 1997, 1999, 2002, po Cvetek 2002).

## **Ekspresivni in rehabilitacijski načini zdravljenja**

Ekspresivne in rehabilitacijske terapije so pogosto sestavni del zdravljenja pacientov z DID (Jacobson, 1994; Kluft, 1993, po International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Načini, kot so umetnostna, vrtnarska, glasbena, gibalna, delovna terapija, terapija s poezijo, psihodrama in terapevtska rekreacija, pacientu zagotovijo reševanje številnih vprašanj o zdravljenju v strukturiranem in spodbudnem kontekstu. Neverbalni procesi in izdelki (umetnine, pisanje, glasbeno izražanje ipd.) lahko služijo kot vizualna ali pisna evidenca izkušenj notranjega sistema izmenjujočih identitet in se lahko preučijo na kateri koli točki zdravljenja (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Ekspresivna skupinska terapija in individualno zdravljenje prav tako izboljšata koncentracijo, realno razmišljanje, notranjo organizacijo in sodelovanje, sposobnost reševanja problemov in tehnike obladovanja. Kreativne terapije lahko spodbujajo uvid, sublimacijo besa in druga

intenzivna čustva in delovanje skozi travmatično izkušnjo (Mills in Cohen, 1993, po International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Rehabilitacijske terapije, vključno z delovno terapijo, vrtnarsko terapijo in terapevtsko rekreacijo, so še posebej koristne pri izboljšanju splošnega funkcioniranja pri pacientu z DID. S pomočjo delovne terapije pojasnujemo, kako lahko disociativni simptomi negativno vplivajo na vsakodnevno življenje pacienta, na njegovo osebno higieno, pripravo obrokov, upravljanje z denarjem, delo, šolo, prosti čas in družabno življenje (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

## 14 SKLEPI

Glavni namen tega zaključnega dela je bil raziskati povezave med disociativno motnjo osebnosti in travmo ter s tem lažje razumeti osebe s to motnjo.

V začetnih poglavjih smo se posvetili predstavitvi pojava disociacije in njenega razvoja skozi zgodovino ter s tem prikazali podlago, ki je ključna za razumevanje končnih ugotovitev.

Kasneje smo se ukvarjali s povezavo med disociativno motnjo identitete in travmatskim stresom, kar je bil osrednji cilj zaključne naloge. Iz navedenih raziskav in obstoječe literature je Pierre Janet nedvomno navedel najbolj natančno povezavo med razdelitvijo osebnosti ali zavesti in histerijo. Prav tako je bil prvi, ki je uporabil koncept travme in disociacije, da bi pojasnil določene simptome histerije. S pomočjo pregleda raziskav, ki so bile opravljene na tem področju, smo ugotovili, da obstaja povezava med disociacijo in travmo. Travma namreč povzroči nemoč in ko je izgubljen nadzor nad lastnim telesom in okoljem, oseba distancira samo sebe od lastnega telesa. Raziskave kažejo, da je velik odstotek oseb doživel neke vrste disociacijo kot odziv na travmatski dogodek.

Kasneje smo se osredotočili na klasifikacijo in epidemiologijo, kjer smo ugotovili, da 1 % do 3 % posameznikov splošne populacije ter 1 % do 5 % posameznikov, ki živijo v Evropi in Severni Ameriki in so vključeni v psihiatrične programe, izpolnjuje diagnostične kriterije za disociativno motnjo identitete DID (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011).

Nadaljevali smo z vrstami disociativnih motenj ter jih opredelili kot: disociativno amnezijo, disociativno fugo, disociativno motnjo identitete in depersonalizacijsko motnjo.

Nato smo se osredotočili na simptome oziroma na področje, h kateremu je veliko doprinesel Richard Loewenstein. Slednji je simptome, ki so se pojavili pri pacientih z disociativno motnjo, razdelil v smiselne razrede (Putnam, 1997).

Poudarili smo teorijo strukturne disociacije osebnosti, katero sta razvila Onno Van der Hart in Bessel Van der Kolk in jo hierarhično razdelila na: primarno, sekundarno in terciarno disociacijo (Kennedy, Kennerly in Pearson, 2013).

Nekateri posamezniki uspejo po izpostavljenosti potencialnega travmatiziranega dogodka integrirati izkušnjo v njihovo osebnost. Pojav, ko se oseba zaveda, da se ji je ta dogodek dejansko zgodil, imenujemo personifikacija (Janet, 1929; Van der Hart, Nijenhuis in Steele, 2006, po Van der Hart idr., 2010). S prezentifikacijo označimo zavedanje, da se je ta dogodek zgodil v preteklosti in da je njihova sedanost bolj resnična. Personifikacija in prezentifikacija skupaj predstavljata duševno delovanje realizacije (Janet, 1928; Van der Hart idr., 2006, po

Van der Hart idr., 2010). Da bi posameznik okreval od travme, mora sodelovati pri integrativnih dejavnostih, ki se jih je do sedaj bal izvršiti (Van der Hart idr., 2010).

Na področju kognitivnih teorij smo ugotovili, da so raziskave na področju travme in disociacije prispevale k razlikovanju med eksplicitnim-deklarativnim-semantičnim in implicitnim-proceduralnim-neverbalnim spominom (Schore, 2009). Z razvojnega vidika je posebej pomemben implicitni spomin, ki dozori dokaj prej kot eksplicitni. Otrok si lahko že v zgodnjih letih svojega življenja preko implicitnega spomina ustvari nekakšno obliko notranje reprezentacije travmatičnega dogodka za daljše časovno obdobje (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009).

Manjši del smo posvetili normalni disociaciji, za katero je značilno, da se oseba počuti kot enoviti self, hkrati pa jo sestavljajo multiple oblike selfa, ter patološki disociaciji, ki se uporablja za obrambo in ne z namenom prilagoditve (Erić, 2012).

Z razvojnim modelom so raziskovalci disociacijo povezovali z zlorabo, spolno zlorabo, neustreznim ravnanjem s predšolskimi otroki, itd. (Erić, 2012).

Nadaljevali smo z povezavo med navezanostjo in disociacijo ter ugotovili, da je najpomembnejša naloga v prvem letu življenja vzpostavitev varne navezanosti med dojenčkom in materjo. Pomembno je, da otrok odrašča v spodbujajočem čustvenem okolju, s čimer uravnava nivo notranje vzbujenosti in razvoj mehanizmov za spopadanje s stresom, saj lahko v nasprotnem primeru pripelje do povišanega nivoja notranje vzbujenosti ali do disociacije. (Schore, 2009, po Dell in O'Neil, 2009). Disociacijo najbolj povezujejo z dezorganiziranim stilom navezanosti (Van Ijzendoorn in Bakermans-Kranenburg, 2009). Zadnje poglavje naloge smo namenili zdravljenju.

Predstavljeno temo sem izbrala, ker menim, da je v Sloveniji opaziti primanjkljaj raziskav in strokovnih člankov na področju preučevanja disociacije. Na tem področju je dobrodošlih še več raziskav, predvsem na področju povezave med disociativno motnjo identitete in travmatskim stresom. Ker je disociativna motnja identitete izredno zapletena in še vedno precej nova motnja, je za paciente, zdravnike, terapevte in družbo težko razumljiva. Z nalogo želimo prispevati k boljšemu poznavanju disociacije ter hitrejšemu razvoju tovrstnih znanj tudi pri nas.

## 15 VIRI IN LITERATURA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn Washington. DC: American Psychiatric Association.

Brand, B., in Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: an overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 27(10), 62-69.

Bremner, J. D. in Marmar, C. R. (1998). *Trauma, memory and dissociation* (str. 11). Washington: American Psychiatric Press, Inc.

Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., in Matthews, J. A. (1999). Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 749-755.

Coons, P. M. (1999). Psychogenic or dissociative fugue: a clinical investigation of five cases. *Psychological reports*, 84(3), 881-886.

Costello, J. (2005). Dissociative Identity Disorder: an Analytical Overview. *Diss. York College of Pennsylvania*, 3.

Crabtree, A. (1992). Dissociation and memory: A two-hundred-year perspective. *Dissociation*, Vol. 5, No 3: 150 – 154.

Cvetek, R. (2002). Obravnava disfunkcionalno shranjenih izkušenj z metodo desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem–EMDR. *Psihološka obzorja*, 11(3), 55-79.

Dell, P. F. in O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (str. 11 in 39). New York: Routledge.

Downs, L. (2006). Working with Dissociative Disorders in the Clinic. Pridobljeno 31. 3. 2014, dostopno prek: [http://www.counseling.org/resources/library/vistas/vistas06\\_online-only/Downs.pdf](http://www.counseling.org/resources/library/vistas/vistas06_online-only/Downs.pdf)

Elder, R., Evans, K. in Nizette, D. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing* (str. 382). Australia: Elsevier.

Elzinga, B. M., Bermond, B., in van Dyck, R. (2002). The relationship between dissociative proneness and alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(2), 104-111.

Erić, L. (2012). Psihodinamična psihiatrija V. del. Somatoformne, disociativne in razpoloženske motnje (str. 32, 169 in 223). Ljubljana: Hermes IPAL.

Farina, B. in Liotti, G. (2013). Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 10, 1, 11-18.

First, M., Frances, A. in Pincus, H. (2004). *DSM-IV-TR Guidebook*. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, D.C., London.

Forrest, D. (1999). *The Evolution of Hypnotism* (str. 95). Black Ace Books. Scotland: Forfar.



Freyd, J. J. (1998). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.

Friedman, M. J., Keane, T. M. in Resick, P. A. (2007). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. (str. 136). New York: Guilford Press.

Howell, E. F. (2012). *Understanding and treating dissociative identity disorder: A relational approach*. New York: Routledge.

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(2), 188-212.

Kennedy, F., Kennerley, H. in Pearson, D. (2013). *Cognitive Behavioural Approaches to the Understanding and Treatment of Dissociation*. New York: Routledge.

Kihlstrom, J. F., Tataryn, D. J., in Hoyt, I. P. (1993). Dissociative disorders. In *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 203-234). Springer US.

Kluft, R. P. (1985). *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. United States of America: American Psychiatric Publishing.

Loue, S. in Sajatovic, M. (2004). *Encyclopedia of Women's Health* (str. 224 in 225). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., in Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptations or traumatic experiences?. *The Psychiatric clinics of North America*, 29(1), 63.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York/Oxford: Oxford University Press.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.

Raja, M., & Raja, S. (2013). Sleepwalking in four patients treated with quetiapine. *Psychiatria Danubina*, 25(1), 80-83.

Schore, A. N. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. V P. F. Dell in J. A. O'Neil (ur.), *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (107-143). New York: Routledge.

Simeon, D., in Loewenstein, R. J. (2009). Dissociative disorders. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 1, 1965-2026.

Tasman, A., in Riba, M. B. (Eds.). (1992). *American psychiatric press review of psychiatry* (Vol. 11). American Psychiatric Pub.

Van der Hart, O., & Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: Two Dutch case examples. *Dissociation*, 10, 157-165.

Van der Hart, O., Brown, P., in Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 379-395.

Van der Hart, O., & Brown, P. (1990). Concept of psychological trauma. *The American journal of psychiatry*.

Van der Hart, O., in Dorahy, M. J. (2009). History of the concept of dissociation. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, 3-26.

Van der Hart, O., in Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397-412.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., in Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413-423.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: W. W. Norton.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., in Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76-92.

Van Ijzendoorn M. H. in Bakermans-Kranenburg M. J. (2009). Attachment security and disorganization in maltreating families and orphanages. *Encyclopedia on early childhood development*.

Van der Kolk, B. A., Weisaeth, L., in Van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. V B. A. Van der Kolk, A. McFarlane, in L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 47-76). New York: Guilford.

Vermetten, E., Dorahy, M. J., & Spiegel, D. (Eds.). (2007). *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*. American Psychiatric Pub.

Wright, D. B., in Loftus, E. F. (1999). Measuring dissociation: Comparison of alternative forms of the dissociative experiences scale. *American Journal of Psychology*, 112(4), 497-519.

Žvelc, G. (2011). *Razvojne teorije v psihoterapiji: Integrativni model medosebnih odnosov*. Ljubljana: Založba IPSA.