

Disocijativni poremećaj i oštećenje vida

Ljubić, Duje

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:165878>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Disocijativni poremećaj i oštećenje vida

Duje Ljubić

Zagreb, rujan 2024.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Disocijativni poremećaj i oštećenje vida

Duje Ljubić

Mentori:
prof. dr. sc. Tina Runjić
izv. prof. dr. sc. Saša Jevtović

Zagreb, rujan 2024.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisao rad „Disocijativni poremećaj i oštećenje vida“ i da sam njegov autor.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima, jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Duje Ljubić

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2024.

ZAHVALE

Prvenstveno zahvale mojoj majci i mome ocu, njihovom strpljenju, ljubavi i pomoći koju su mi pokazali ovih sedam godina studiranja. Bez njih ni nakon ovih dugih sedam godina ne bih diplomirao.

Zatim se zahvaljujem svome bratu, prijateljima i obitelji koji su mi uljepšali ovo razdoblje studiranja, pomogli kada je trebalo i učinili mi ovo razdoblje vrijednim i lijepim.

Zahvaljujem se i mojim mentorima profesorici Runjić i profesoru Jevtoviću na strpljenju i uvijek brznoj pomoći tijekom pisanja ovog rada.

Zahvaljujem se profesorima i cijelom osoblju ERF-s na ovih lijepih sedam godina, tijekom kojih sam mnogo naučio i napredovao.

I na kraju hvala svima koji su mi na bilo kakav način pomogli tijekom studiranja, čak i ako sam vas zaboravio.

Najljepše hvala!

Naslov rada: Disocijativni poremećaj i oštećenje vida

Ime i prezime studenta: Duje Ljubić

Ime i prezime mentora: prof. dr. sc. Tina Runjić

Ime i prezime sumentora: izv. prof. dr. sc. Saša Jevtović

Studijski program/modul: Edukacijska rehabilitacija, modul Rehabilitacija, sofrologija, kreativne i art/ekspresivne terapije

SAŽETAK

Disocijativni i konverzivni poremećaji su poremećaji koji su nastali iz nekadašnjeg pojma histerije. Disocijativni poremećaji su poremećaji kod kojih dolazi do prekida i/ili diskontinuiteta u normalnoj, subjektivnoj integraciji u jednom ili više aspekata psihološkog funkcioniranja. Neki od aspekata mogu biti pamćenje, identitet, svijest, percepcija. Konverzivni poremećaj je definiran kao pojava i trajanje jednog ili više simptoma koji su uzrokovani psihološkim konfliktima i potrebama koji utječu na voljne motoričke i perceptivne funkcije, bez ikakve prisutnosti organskog oštećenja. Klasifikacija konverzivnih i disocijativnih poremećaja, kao i njihov odnos, ostaju jako kontroverzno područje, pa tako neki autori i klasifikacije zagovaraju njihovo odvajanje, dok drugi smatraju konverzivni poremećaj tipom disocijativnih poremećaja. Uzrok ovim nesuglasticama je duga i turbulentna povijest histerije i nedostatak znanstvenog koncensusa oko etiologije disocijativnih i konverzivnog poremećaja. Pokazano je u znanstvenim istraživanjima kako je nastanak simptoma često povezan s nekom vrstom traume ili psihološkim konfliktom, ali ima etioloških modela koji negiraju ovu poveznicu. Disocijativni poremećaji uključuju: disocijativni poremećaj identiteta, depersonalizacijski/derealizacijski poremećaj, disocijativnu amneziju i poremećaj transa. Za njihov tretman se u većini slučajeva koriste psihoterapeutske metode i farmakoterapija.

Jedno od područja na koje disocijativni poremećaj može imati negativan utjecaj je i vizualno funkcioniranje. Nekoć se u literaturi koristio naziv histerična sljepoća ili histerična ambliopija kako bi se opisalo oštećenje vida kod osoba bez organskih oštećenja kojima je dijagnosticirana histerija, a danas se koriste pojmovi poput funkcionalni poremećaj vida, nefiziološki gubitak vida, neorganski gubitak vida, psihogenični gubitak vida, medicinski neobjašnjeni gubitak vida i konverzivni poremećaj vida. Simptomi uključuju: sljepoću, slabovidnost, tunnelski vid, diplopiju, fotofobiju, vizualne distorzije i vizualne halucinacije. U ovom preglednom radu će biti prikazana literatura vezana uz oštećenje vida kod osoba s dijagnosticiranom histerijom, disocijativnim ili konverzivnim poremećajem. Oštećenje vida kod ovih poremećaja uzrokuje značajne probleme u svakodnevnom funkcioniranju, ali usprkos tome postoji veliki nedostatak istraživanja koja se bave ovom temom i oštećenje vida živi u sjeni drugih simptoma disocijativnih poremećaja.

Ključne riječi: Disocijativni poremećaj, konverzivni poremećaj, oštećenje vida, histerični gubitak vida, konverzivno oštećenje vida

Title of the work: Dissociative disorder and visual impairment

Name and surname of the student: Duje Ljubić

Name and surname of the mentor: prof. dr. sc. Tina Runjić

Name and surname of the comentor: izv. prof. dr. sc. Saša Jevtović

The modul where the thesis is taken: Educational Rehabilitation, modul Rehabilitation, Sophrology, Creative and Art/Expressive Therapies

ABSTRACT

Dissociative and conversive disorders are disorders which originate from the former concept of hysteria. Dissociative disorders are disorders which are characterized by a disruption of and/or discontinuity in the normal, subjective integration in one or more facets of psychological processes. Some of these facets can be memory, identity, consciousness emotion, perception. Conversion disorder is defined as the emergence and course of one or more symptoms that are caused by psychological conflicts or needs affecting the voluntary motor or perceptual functions, without the presence of an organic impairment. Classification of dissociative and conversive disorders, same as their relationship, remain a very controversial domain, and so some authors and classifications advocate their seperation, while others cosider conversive disorder a type of a dissociative disorder. The cause of these disagreements is the long and turbulent hystory of hysteria and the lack of the scientific consensus around the etiology of dissociative and conversive disorders. It has been shown in scientific research that the emergence of the syptoms is usually connected with some kind of trauma or pschychological conflict, but there are etiological models that deny this connection. Dissociative disorders include: dissociative identity disorder, depersonalisation/derealization disorder, dissociative amnesia and trance disorder. Psychotherapeutic methods and farmacotherapy are in most cases used for their treatment.

One of the domains in which dissociative disorder can have negative influence is also the visual functioning. Before the term in literature used to be hysterical blindness or hysterical amblyopia to describe the visual impairment in persons with visual impairment without the organic cause which were diagnosed with hysteria. Today the terms used include: functional vision loss, non-physiological vision loss, non-organic vison loss, psychogenic vision loss, medically unexplained vision loss and conversive visual disorder. Symptoms include: blindness, tunell vison, diplopia, photophobia, visual distorsions and visual hallucinations. In this paper the scientific literature will be presented connected to visual impairment of people which are diagnosed with hysteria, dissociative or conversive disorder. Visal impairment in these disorders causes severe problems in everyday functioning, but despite that there is a significant lack of research which explores this topic and visual impairment lives in the shadow of other symptoms of dissociative disorders.

Key words: Dissociative disorder, conversive disorder, visual impairment, hysterical vision loss, conversive visual impairment

Sadržaj

1.Uvod.....	1
2. Problemsko područje.....	2
3.Povijest disocijativnih i konverzivnih poremećaja	3
3.1 Povijest histerije.....	3
3.2 Postupno napuštanje histerije.....	6
3.3. Suvremene klasifikacije	7
4. Tipovi disocijativnih poremećaja	9
4.1.Disocijativni poremećaj identiteta.....	9
4.2 Depersonalizacija/derealizacija.....	10
4.3. Disocijativna amnezija i disocijativna fuga	10
4.4.Poremećaj Transa	11
4.5 Konverzivni poremećaj	12
5.Disocijacija	14
6.Dijagnoza	16
7. Etiologija.....	17
8. Epidemiologija	20
9. Tretman disocijativnih poremećaja	21
10. Neorgansko oštećenje vida	23
11. Oštećenje vida i disocijativni poremećaji	24
11.1 Histerično oštećenje vida	24
11.2 Konverzivno oštećenje vida	29
11.3. Disocijativni poremećaji i oštećenja vida	31
12. Metode liječenja oštećenja vida kod disocijativnih poremećaja	34
12. Zaključak	35

1.Uvod

Od kada su prvi put sistematski opisani u 19 stoljeću do danas, disocijativni poremećaji su bili, i ostaju, jedno od najkontroverznijih područja psihijatrije (Loewenstein, 2018). Disocijativni poremećaj i konverzivni poremećaj su nekad postojali pod jednim pojmom histerije, označujući različite neurološke sindrome i simptome koji se javljaju u nedostatku organske ozljede (Putnam, 2015). Ova definicija ne znači da nemaju nikakvu organsku podlogu jer je svo mentalno funkcioniranje utemeljeno na neurološkoj aktivnosti, ali ističe činjenicu da nisu uzrokovani ozljedom ili oštećenjem živčanog sustava. Nakon prestanka korištenja pojma histerije u dijagnostičkim priručnicima i razlaganja tog koncepta na više različitih poremećaja došlo je do niza rasprava, debata i kontroverzi o klasifikaciji i konceptualizaciji različitih poremećaja koji imaju zajedničko podrijetlo iz histerije, a disocijativni poremećaji i konverzivni poremećaj su dva glavna poremećaja koja su proizašla iz tih rasprava (Loewenstein i Putnam, 2017).

Disocijativni poremećaj je naziv za poremećaj kod kojeg dolazi do prekida i/ili diskontinuiteta u normalnoj, subjektivnoj integraciji u jednom ili više aspekata psihološkog funkcioniranja (Spiegel i sur.,2013). Neki od aspekata mogu biti pamćenje, identitet, svijest, percepcija. Aspekti psihobiološkog funkcioniranja koji trebaju biti udruženi, koordinirani i povezani kod disocijativnog poremećaja gube tu povezanost. Disocijacija može biti potpuna, ali u većini slučajeva varira iz dana u dan, iz tjedna u tjedan. Često je povezan sa nekom vrstom traume ili nesvjesnog psihološkog konflikta koji se očituje u funkcioniranju osobe (Brand i sur.,2009). Ovakve promjene u funkcioniranju remete svakodnevno funkcioniranje i osjećaj selfa osobe, a simptomi koji uzrokuju tu promjenu mogu biti pozitivni, kod flashbacka ili kada aspekt identiteta koji osobi do tada nije poznat iznenada prekine svjesno funkcioniranje, i negativni, kada osoba ima deficite u pamćenju ili nemogućnost osjeta i kontrole različitih dijelova tijela (Spiegel i sur.,2013).

Konverzivni poremećaj je poremećaj kod kojeg dolazi do simptoma i deficita u motoričkom i osjetnom funkcioniranju, bez da ti simptomi mogu biti objašnjeni neurološkim ili nekim drugim medicinskim stanjem (Ali i sur.,2015). Česti simptomi uključuju: sljepoću, paralizu, distoniju, psihogene neepileptične napadaje, nemogućnost gutanja, motoričke tikove, teškoće u hodanju, halucinacije i amneziju. Smatra se kako je u pozadini ovog poremećaja nekakva trauma ili psihološki konflikt, ali etiologija poremećaja još ostaje nerazjašnjena i sporna.

Jedno od područja na koje disocijativni i konverzivni poremećaji imaju negativan utjecaj je i vizualno funkcioniranje. Nekad se koristio naziv histerično oštećenje kako bi se opisalo oštećenje vida kod osoba bez organskih oštećenja kojima je dijagnosticirana histerija, a danas se koriste pojmovi konverzivno oštećenje vida, disocijativni neurološki simptomatski poremećaj ili funkcionalno oštećenje vida (Egan & LaFrance, 2015). Kod osoba s ovim poremećajima se znaju javljati gubitak oštine vida, promjene u vidnom polju, smanjena vizualna konstruktivna sposobnost i vizualna organizacija.

2. Problemsko područje

Disocijativni i konverzivni vporemećaji se nalaze između psihijatrije i neurologije, a kroz povijest su prošli mnoge različite klasifikacije i terminologiju. Predstavljaju jako bitno, ali i kontroverzno područje koje ima velike implikacije za koncepciju odnosa između tijela i uma. Njihov odnos sa raznim oštećenjima vida je dokumentirano, ali i često nepravedno ignorirano područje. Cilj ovoga diplomskog rada je dati pregled literature vezane uz definiciju, povijest, etiologiju, klasifikaciju, dijagnozu i terapijske intervencije disocijativnog poremećaja, kao i pregled literature vezane uz poveznicu disocijativnog poremećaja i oštećenja vida, te mogućnosti i metode poboljšanja vizualnog funkcioniranja kod osoba s disocijativnim poremećajem i oštećenjem vida. Pregledom dosadašnjih znanstvenih i stručnih spoznaja pokušat će se odgovoriti na sljedeća pitanja:

- a) Kako su danas i kroz povijest definirani disocijativni poremećaji i njihova ključna obilježja?
- b) Koji je odnos između disocijativnih poremećaja i oštećenja vida?
- c) Koje su mogućnosti i metode poboljšanja vizualnog funkcioniranja kod osoba s disocijativnim poremećajima i oštećenjem vida?

3. Povijest disocijativnih i konverzivnih poremećaja

3.1 Povijest hysterije

Povijest disocijativnih poremećaja počinje dugom i kompleksnom povijesti hysterije. U Grčkoj hysterija je bila povezana s maternicom, a označavala je više simptoma i bolesti, često ginekoloških i vezanih uz trudnoću, kao i simptome uzrokovane navodnim pritiskom maternice na druge organe (Trimble & Reynolds, 2016). Tako ju je Hipokrit objasnio kao gušenje maternice koje se dešava kod žena koje nisu imale seksualne odnose (De Bustos, Galli, Haffen i Moulin, 2014). Ova klasifikacija je dugo utjecala na koncepciju hysterije kao ženske bolesti povezane s maternicom. U srednjem vijeku hysterija je bila način za identifikaciju vještica i izvan znanstvenog vidokruga (De Bustos i sur., 2014).

Willis je u 17 stoljeću opisao mozak kao glavni organ zaslužan za hysterične simptome, ali je njegovo poimanje hysterije još bilo daleko od bilo kakvog modernijeg poimanja (Trimble & Reynolds, 2016). On je i među prvima izjavio da je i muškarcima moguće dijagnosticirati hysteriju (Trimble & Reynolds, 2016). Sydenheim je krajem 17. stoljeća također pripisao kao uzrok hysterije um, opisao emocionalnu nestabilnost i nemogućnost kontrole bijesa kao crte ličnosti koje su česte kod osoba sa hysterijom i stavio prevalenciju hysterije na šestinu svih pacijenata (Trimble & Reynolds, 2016). Njegova koncepcija hysterije je da je to iluzija pomoću koje pacijent od sebe i doktora skriva ono što ne zna ili ne želi znati o svojoj patnji, seksualnosti i tajnama (De Bustos i sur., 2014). Sve ove brojke i informacije treba uzeti sa zadržkom kada se uzme u obzir tadašnji način dijagnosticiranja klasifikacije hysterije koji je bio jako širok i uključivao velik broj različitih današnjih bolesti i stanja. Tako je Willis polovicu kroničnih bolesti stavio pod ime hysterija (De Bustos i sur., 2014).

19. stoljeće je prekretnica u razvoju hysterije. Hysteriju je bilo potrebno staviti u znanstvene okvire i preciznije definirati (De Bustos i sur., 2014). Tek tada su teza da je hysterija povezana s umom i mozgom, a ne maternicom, i teza da i muškarci mogu patiti od hysterije postale općeprihvaćene, iako je još uvijek bilo nekih koji su zagovarali staru teoriju maternice (Bogousslavsky, 2020). Briquet je bio jedan od njih koji su zagovarali prisutnost muške hysterije i odvojili je od maternice (Kanaan, 2016). Faktore koje je povezivao s pojavom hysterije su bili: mladost, ženski spol, afektivni temperament, obiteljska povijest bolesti, lošije socioekonomsko stanje, migracije, seksualna razuzdanost, loše fizičko zdravlje i zlostavljanje u djetinjstvu (Kanaan, 2016).

Charcot, jedan od najistaknutijih neurologa 19. stoljeća, je svoje prve radove o histeriji napisao u 1871. i 1872. godini, vjerojatno ponukan slučajevima histerije kod sudionika događaja Pariške komune i opsade Pariza (Bogousslavsky, 2020). Charcot je smatrao da je histerija rezultat “dinamične lezije” koja je nevidljiva pod mikroskopom, tako pretpostavljajući da je histerija uzrokovana organskim oštećenjem (De Bustos i sur., 2014). Simptome histerije je podijelio u dva tipa kliničkih manifestacija (Bogousslavsky, 2020): stigmatе koje su bile kronične manifestacije (tunelski vid, hemianestezija i paraliza) i paroksimalne napadaje, od kojih je najpoznatiji tip bio tzv. Velika histerična kriza u 4 faze. Njegova definicija je glasila da je histerija manifestacija organske bolesti mozga, ali bez vidljivog prisutnog oštećenja (Bogousslavsky, 2020). Kasnije u svom radu je Charcot naglasio i važnu ulogu traume u nastanku poremećaja i postavio da je i podložnost hipnozi bitna karakteristika osobnosti histeričara (Bogousslavsky, 2020). Koristeći hipnozu Charcot je pokušavao stvoriti histerične napadaje kod pacijenata, a hipnoza je također bila jedan od načina liječenja pacijenata sa histeričnim napadajima, a najčešće su bili pacijentima preporučeni izolacija i odmor (Broussele i sur., 2014). Ovakav tip tretmana je najčešće uključivao izolaciju od drugih ljudi, ograničenje osobe na ležanje u krevetu, promjenu prehrane, elektroterapiju i masažu (Broussele i sur., 2014).

Charcotov učenik Janet je smatrao da u histeriji dolazi do konstantnog dijeljenja osobnosti, gdje se odvojeni dijelovi međusobno ignoriraju, što dovodi do smanjenja opsega svijesti (De Bustos i sur., 2014). Janet je smatrao da se mentalni život osobe može podijeliti na velik broj psiholoških automatizama koji uključuju percepciju i akciju. Uobičajeno ti automatizmi rade skupa u ujedinjenom tijeku svijetu, ali nakon povećeg stresa jedan od tih mehanizama se može odvojiti od ostalih i tada on nastavlja sa svojim radom, utječući na svijest, ali podsvjesno i bez svjesne kontrole. Prvi je postavio disocijativno stanje uma kao mogući uzrok različitih simptoma histerije poput amnezije, fuge i transa (Broussele i sur., 2014). Smatrao je da su stres i trauma uzroci histerije, ali i da postoje osobe koje imaju veće predispozicije za disocijaciju. Takve osobe bi genetski imale slabiju mogućnost očuvanja jedinstva psiholoških automatizama. Mnogi danas smatraju Janeta pravim ocem histerije i disocijativnog poremećaja (Loewenstein i Putnam, 2017).

U Francuskoj je Antoine Despine opisao više slučajeva osoba s višestrukim identitetima kod odraslih i djece, a mnogi od njih su pokazivali i konverzivne simptome poput sljepoće, gluhoće i paralize (Putnam, 2015).

Freud, kojeg je također neko vrijeme Charcot podučavao oko histerije i hipnoze, ju je dalje konceptualizirao pod konverziju, gdje se intrapsihički simptom “konverzira”, odnosno pretvara, u fizički simptom (Bustos i sur., 2014). Njegov model je imao dva dijela: prvo potiskivanje traumatične ideje s kojom se ego ne može nositi u podsvjesni dio svijesti, i onda izbacivanje afektivne energije koju je ta ideja uzrokovala u fizički simptom, tako držeći ideju potisnutom i udaljenom od naše svjesne percepcije (Kanaan, 2016). Kao mogući urok cijelog ovog procesa je smatrao traumatična seksualna iskustva u djetinjstvu, za tretman je koristio hipnozu i psihoanalizu (Broussele i sur., 2014). Još jedan simptom histerije koji je Freud opisao je “la belle indifference”, koji opisuje ravnodušnost histeričnog pacijenta prema njegovim simptomima (Broussele i sur., 2014).

Još jedan od Charcotovih učenika Joseph Babinski je smatrao kako su Charcotove ideje histerije previše široke i sveobuhvatne. Smatrao je kako su među dijagnozama histerije nalazi mnogo organskih oštećenja i simuliranja, a da se mnogi simptomu mogu stvoriti i izliječiti kod pacijenta pukom sugestijom (Broussele i sur., 2014). Iako je dao veliki doprinos dijagnostici histerije, njegovo ignoriranje psiholoških aspekta bolesti ga je spriječilo da da veći doprinos liječenju ovog poremećaja (Broussele i sur., 2014).

Tijekom prvog svjetskog rata dijagnoza koja se davala vojnicima je bila konverzijska histerija. S obzirom da je postojala velika nužnost vratiti te vojnike natrag na prve linije što brže za liječenje različitih disocijativnih simptoma, poput amnezije, fuge, raznih disocijativnih oštećenja vida i paralize, Babinski i njegovi suradnici su koristili elektrošokove i uvjeravanje (Putnam, 2015, Broussele i sur., 2014). Metoda se sastojala od toga da se elektrošokira pacijent dok ga doktor nagovara da se odmah izliječi, a druga sporija metoda koju je zagovarao Paul Solier je uključivala psihoterapijske postupke s ciljem ozdravljenja pacijenta (Broussele i sur., 2014). Već krajem rata je zbog svoje brutalnosti i otpora vojnika elektrošokiranje napušteno kao metoda liječenja psiholoških i fizičkih žrtvi ratovanja.

Kroz povijest histerije može se pratiti i povijest razvoja psihodinamične psihijatrije. Kroz proučavanje raznih pojava i stanja u kojima bi osoba pokazivala ponašanje potpuno nekarakteristično za njezin uobičajeni karakter, došlo se do razumijevanja da postoji cijeli svijet nevidljiv našoj svakodnevnoj svijesti, što je dovelo do postupnog otkrivanja podsvijesti (Putnam, 2015).

3.2 Postupno napuštanje histerije

U prvom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-1) 1952. napuštena je dijagnoza histerije i ovi poremećaji su stavljeni pod posebne kategorije disocijativnih poremećaja i konverzivnih poremećaja. Pod disocijativne su spadali depersonalizacija, višestruke osobnosti, fuga, psihogenična amnezija i somnambulizam, a pod konverzivne su spadali anestezija raznih osjetnih modaliteta, paraliza i diskinezija. Iako su ti poremećaji u prvom DSM-u odvojeni, njihova zajednička psihoanalitička pozadina u histeriji je ostala netaknuta. Tako su oba stavljena pod psihoneurotske poremećaja i opisana kao poremećaji kod kojih se anksioznost kontrolira podsvjesno i automatski preko raznih obrambenih mehanizama, poput konverzije i disocijacije, bez da se svjesno osjeti (Putnam, 2015).

DSM-2 stavlja ove poremećaje natrag pod histeričnu neurozu, koja je onda bila podijeljena na disocijativni i konverzivni podtip (Putnam, 2015). Konverzivni je obuhvaćao deficite u voljnom ili nevoljnom motoričkom funkcioniranju ili disfunkcije u osjetnom funkcioniranju, poput paraliza, sljepoće, gluhoće i diskinezije, dok je deficitni obuhvaćao disfunkcije u području identiteta i pamćenja (Putnam, 2015).

DSM-3 je prvi potpuno zamijenio histeriju disocijativnim poremećajima, argumentirajući da je histerija toliko široko i raznovrsno korišten pojam da ga je potrebno zamijeniti preciznijima (Simeon i Loewenstein, 2009). Konverzivni poremećaj je stavljen u kategoriju Somatoformnih poremećaja, dok su disocijativni poremećaji odvojeni i stavljeni kao zasebna kategorija poremećaja zajedno s drugim poremećajima pamćenja, percepcije i identiteta. Ovdje su konverzivni i disocijativni poremećaj prvi put opisani deskriptivno u teorijski neutralnom jeziku (Putnam, 2015). Pod disocijativne poremećaje spadali su psihogenična amnezija, psihogenična fuga, višestruke osobnosti, depersonalizacija, derealizacija i atipični disocijativni poremećaj. Stavljanje konverzivnog poremećaja pod somatoformne poremećaje je trebalo naglasiti važnost uzimanja u obzir neuroloških i drugih medicinskih stanja prije davanja dijagnoze.

DSM-4 je uz određene terminološke promjene zadržao klasifikaciju iz prethodne verzije. Psihogenična amnezija i psihogenična fuga su postale disocijativna amnezija i disocijativna fuga, poremećaj višestrukih osobnosti je postao disocijativni poremećaj identiteta, a ostala dva su bila depersonalizacijski poremećaj i disocijativni poremećaji inače nespecificirani (Loewenstein i Putnam, 2017).

3.3. Suvremene klasifikacije

U DSM-5 pod disocijativne poremećaje stavljeni su : Disocijativni poremećaj identiteta, disocijativna amnezija, depersonalizacijski/derealizacijski poremećaj, drugi specificirani disocijativni poremećaji i drugi nespecificirani disocijativni poremećaji. Disocijativna fuga je klasificirana kao podtip disocijativne amnezije, a ne kao zasebni disocijativni poremećaj (Loewenstein,2018). Derealizacija je stavljena u naziv zajedno s depersonalizacijom zbog njihove tendencije da se dogode zajedno (Spiegel i Simeon, 2015). DSM-4 i DSM-5 stavljaju disocijativni poremećaj transa u ne drukčije specificirane disocijativne poremećaje (Bhavsar, 2016). Konverzivni poremećaj je i u DMS-4 i DSM-5 ostao pod somatoformnim poremećajma

MKB- 10 je također imao slične razloge za izbacivanje pojma histerija, argumentirajući da je pojam jako neprecizan (Loewenstein,2018). MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseto izdanje) je pod disocijativne poremećaje stavio disocijativnu amneziju, disocijativnu fugu, disocijativni stupor, disocijativne poremećaje transa i stupora i disocijativne poremećaje pokreta i osjeta, koji su približni ekvivalent konverzivnih poremećaja u DSM-4 (Loewenstein & Putnam, 2017). U MKB- 10 je iz disocijativnih poremećaja izbačen depersonalizacijski poremećaj s objašnjenjem da u njemu ne dolazi do gubitka osjeta, pamćenja ili pokreta, a prvi puta dodan poremećaj transa (During i sur., 2011). U DSM-5 istaknuto je da se disocijativni poremećaji često javljaju iza nekakve traume, dok je u MKB-10 eksplicitno naglašeno da su simptomi disocijativnih poremećaja povezani sa stresnim događajima, problemima ili potrebama (Staniloiu & Markowitsch, 2014).

Klasifikacije ovih poremećaja otežava i sama njihova priroda. U raspravi o disocijativnim poremećajima se ulazi u kompleksne teme poput pamćenja, slobodne volje, prirode svijesti, oko kojih i istraživači imaju svoja mišljenja (Loewenstein & Putnam, 2017). Otvara se i pitanje traume i kompleksnih pitanja oko tabu tema.

MKB-11 (Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, jedanaesto izdanje) je najsuvremenija klasifikacija disocijativnog poremećaja (Svjetska zdravstvena organizacija,2018). U njoj su disocijativni poremećaji karakterizirani nevoljnim ometanjem ili diskontinuitetom u normalnoj integraciji jednog ili više od sljedećih područja: identitet, osjeti, percepcije afekti, misli, sjećanja, kontrola nad dijelovima dijela i pokretima. Diskontinuitet može biti potpun, ali je češće djelomičan, gdje varira iz dana u dan. Simptomi disocijativnog poremećaja nisu uzrokovani direktnim utjecajem lijekova ili raznih supstanci, uključujući i

učinke skidanja s određene supstance i nisu bolje objašnjeni nekim drugim psihičkim, bihevioralnim ili neurorazvojnim poremećajem, kao ni „Sleep-wake“ poremećajem, bolesti središnjeg živčanog sustava ili drugim zdravstvenim stanjima, i nisu dio prihvaćene kulturne, religiozne ili spiritualne prakse. Disocijativni simptomi u disocijativnim poremećajima dovoljno negativno utječu na funkcioniranje osobe da osoba ima značajnih teškoća u obiteljskom, socijalnom, obrazovnom, profesionalnom polju i drugim važnim poljima funkcioniranja. U MKB-11 je potpuno napušten pojam konverzije i somatoformnih poremećaja, a konverzivni poremećaji su definirani kao disocijativni poremećaji s disocijativnim neurološkim simptomom (Avdibegović, 2023).

Podjela disocijativnih poremećaja u MKB-11(Svjetska zdravstvena organizacija, 2018) je sljedeća:

- Disocijativni poremećaj s neurološkim simptomom
- Disocijativna amnezija
- Poremećaj s transom
- Poremećaj s transom opsjednutosti
- Disocijativni poremećaj identiteta
- Djelomičan disocijativni poremećaj identiteta
- Depersonalizacijski-Derealizacijski poremećaj
- Drugi određeni disocijativni poremećaji

4. Tipovi disocijativnih poremećaja

4.1. Disocijativni poremećaj identiteta

Kroz knjige i filmove javnosti najpoznatiji tip disocijativnog poremećaja. Kompleksni posttraumatski razvojni poremećaj kod kojeg osoba nije u mogućnosti održati ujedinjeni osjećaj selfa i kroz promjene identiteta izbjegava suočavanje s traumatskim događajem (Sar, Dorahy i Kruger, 2017).

Kako je disocijativni poremećaj identiteta često povezan s nekom vrstom traumatičnog događaja ili dugotrajnog zlostavljanja, često u djetinjstvu, kao i izbjegavanja psihološkog suočavanja s tim traumama, osobe često ne žele ili ne mogu iskreno govoriti o svojim iskustvima (Dorahy i sur., 2014). Neki istraživači ističu kako i proučavanje zlostavljanja djece dovodi u pitanje općepriznate institucije poput obitelji i raznih organizacija koje se bave brigom o djeci, što dodatno otežava iskrena istraživanja u tom području (Dorahy i sur., 2014.). Disocijativni poremećaj se teško rješava kratkotrajnim intervencijama i farmakoterapijom, što ga odmah čini manjim prioritetom kod dosta istraživača.

Simptomi u DSM- 5 uključuju zbunjenost identiteta, promjenu identiteta i amneziju. Depersonalizacija i derealizacija su česti, ali nisu nužni za dijagnozu. Ovih pet simptoma predstavlja najčešće simptome disocijativnog poremećaja identiteta i često su prisutni u jako teškom obliku (Spiegel i Simeon, 2015). Različiti identiteti imaju svoja iskustva i sjećanja, vlastitu perspektivu i različite osjećaje selfa (Sar, Dorahy i Kruger, 2017) Promjena identiteta i specifična amnezija, kod koje se jedan identitet ne sjeća događaja koji se dogodio drugom identitetu, omogućuju disocijativnom poremećaju identiteta razlikovanje od drugih disocijativnih i psihijatrijskih poremećaja (Dorahy i sur., 2014). Različiti identiteti imaju "vlasništvo" nad različitim sjećanjima, različitim aspektima istog doživljaja i zajedničke osjećaje ili sjećanja s različitim procjenama i narativima vezanim uz njih, a razlike među identitetima se često pokazuju i u fiziološkim razlikama i razlikama u osjetilnom funkcioniranju (Sar, Dorahy, Kruger, 2017). Tijekom razgovora s različitim identitetima osobe stručnjaci mogu razgovarati prema njima kao da razgovaraju s različitim ljudima s ciljem smanjenja disocijacije te usmjeravanju prema unifikaciji osobe u koherentnu cjelinu (Brand i sur., 2012).

4.2 Depersonalizacija/derealizacija

Kod depersonalizacije/derealizacije nemogućnost integracije osjeta se kod osobe manifestira subjektivnim osjećajem odvojenosti od selfa i/ili svijeta. Depersonalizacija i derealizacija su simptomi koji se mogu dogoditi i kod zdravih osoba u doba velikog stresa i/ili nedostatka sna (Maslach & Jackson, 1981. prema Yang i sur., 2021). Kada simptomi postanu kronični osoba često počinje imati problema s pamćenjem, emocionalnim odgovorima, koncentracijom, depresivnim raspoloženjem i anksioznosti (Salami i sur., 2020).

Simptomi su često osobama jako uznemirujući i stvaraju velike probleme u svakodnevnom funkcioniranju pa je potrebno ispitati postoje li samoubilačke misli i namjere kod osobe (Gentile, 2014). Kod depersonalizacije i derealizacije je osobama jako teško opisati svoje simptome, što često dovodi do toga da je često potrebno dugo vrijeme od pojave simptoma do dijagnoze (Salami i sur., 2020, Hunter i sur., 2017). U opisu svojih simptoma osobe najčešće opisuju kako se osjećaju kao da žive u snu, kao da svijet i/ili oni više ne postoje, kao da gledaju život na ekranu ili kroz maglu, imaju osjećaj da dijelovi njihovog tijela ili njihov glas ne pripadaju njima, često simptomi znaju biti popraćeni zamućenim vidom ili vidnim distorzijama (Hunter i sur., 2017). Osobe s depersonalizacijskim/derealizacijskim poremećajem je moguće prepoznati i po tome što su odsutne zablude i halucinacije (Salami i sur., 2020). Nije potpuno jasno što je zapravo okidač za ovu vrstu poremećaja, ali ima indikacija da se javlja u kod jakog akutnog stresa. Kod nepatološkog oblika derealizacija/depersonalizacija služi kao obrambeni mehanizam koji osobi omogućuje da stvori udaljenost od prevelikog stresa.

U pregledu 23 različita istraživanja provedena između 2002. i 2020 Yang i sur. (2020) su standardnu prevalenciju depersonalizacijskog(derealizacijskog poremećaja u općoj populaciji stavili oko 1 posto. Češći je kod studenata i adolescenata.

4.3. Disocijativna amnezija i disocijativna fuga

Disocijativna amnezija označava heterogeni skup poremećaja s različitim kliničkim i neuropsihološkim prikazivanjima, tijekomima bolesti i prethodnim uzrocima (Staniloiu & Markowitsch, 2014). Zajednička crta im je nemogućnost prisjećanja autobiografskih informacija koja se ne može objasniti uobičajenim zaboravljanjem, a ta nemogućnost može biti lokalizirana na određeni događaj ili vremenski period, može se selektivno odnositi na samo neke aspekte događaja, ili može biti generalizirana na identitet i životnu povijest (Spiegel i

Simeon, 2015). U nekim slučajevima pacijentu nedostaje sjećanje više godina njegovog života, dok u drugim slučajevima je amnezija vezana samo uz određene dojmove ili pojmove (Staniloiu & Markowitsch, 2014). Neke osobe su svjesne da se ne mogu sjetiti određenih stvari i da imaju rupe u sjećanju, dok druge osobe nisu uopće svjesne vlastite amnezije (Spiegel i Simeon, 2015). Znanje generalnih informacija iz opće kulture i školsko znanje u većini slučajeva ostaju netaknuti, osim ako su vezani uz potisnuti dio sjećanja (Staniloiu & Markowitsch, 2014).

Disocijativna fuga uključuje iznenadno i neplanirano putovanje ili lutanje od uobičajene okoline osobe, a to lutanje može trajati satima i danima, a u nekim težim slučajevima mjesecima i godinama (Carota i Calabrese, 2014). Fugi često prethodi stresno ili traumatično iskustvo, a nakon što se osoba oporavi od fuge, sjećanja prije fuge se vraćaju, a kod sjećanja tijekom fuge se javlja amnezija. Pacijenti s disocijativnom fugom pokazuju normalno kognitivno funkcioniranje i nepostojanje psihotičnog ponašanja (Carota i Calabrese, 2014).

4.4.Poremećaj transa

Poremećaj transa označava epizode promijenjenog stanja svijesti koje nisu prihvaćene kao dio opće kulture i prakse u nekoj sredini i gledaju se kao patološke (During i sur., 2011). Potrebno je da osoba ulazi u epizode promijenjenog stanja svijesti nevoljno i da joj je ozbiljno narušeno svakodnevno funkcioniranje (During i sur., 2011). Osoba ponekad očuva vlastiti identitet tijekom ovih epizoda ili ponekad ima subjektivno iskustvo opsjednutosti od strane nekog etnita. U pregledu literature During i sur. (2011) su našli 6 kategorija subjekta odgovornih za posjedovanje osobe: Bog, bogovi, anđeli ili Duh Sveti u 43 % slučajeva, umrla rodbina ili duhovi predaka u 29 % slučajeva, zlobni duhovi i demoni u 18 % slučajeva, životinje poput kornjača ili zmija u 5 posto slučajeva, vrag u 4 posto slučajeva i u jednom slučaju lokalni svetac. Također su nađene auditivne i/ili vizualne halucinacije u 44 do 56 % pacijenata, somatski simptomi kod trećine, amnezija kod svakog petog, a halucinacije u 56 % slučajeva Psihoterapija je postavljena kao najčešći i najuspješniji oblik tretmana, a razni lijekovi su pripisani 30 % sudionika. U nekim kulturama se ovaj poremećaj još liječi lokalnom alternativnom medicinom ili egzorcizmom. During i sur. (2011) su dodali i kako nema dobrih istraživanja o prevalenciji ovog poremećaja bilo u zapadnoj, bilo u nezapadnoj populaciji.

4.5 Konverzivni poremećaj

Konverzivni poremećaj je definiran kao pojava i trajanje jednog ili više simptoma koji su uzrokovani psihološkim konfliktima i potrebama koji utječu na voljne motoričke i perceptivne funkcije (Yayla i sur.,2015). Najčešći komorbideti konverzivnog poremećaja prema istraživanjima uključuju: poremećaje raspoloženja, anksiozne poremećaje, disocijativne poremećaje, depresivne poremećaje i somatoformne poremećaje. Stresori se smatraju najvažnijim faktorom u razvoju konverzivnog poremećaja, a mogu biti nedavni događaji u životu prije nastupa simptoma ili događaji iz povijesti osobe koji su uzrokovali traumu, poput seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu (Ludwig i sur., 2018)

Kod osoba s neobjašnjenim gubitkom nekog osjetilnog modaliteta dolazi do nemogućnosti svjesnog procesiranja informacija koje taj osjetni modalitet prima, ta nemogućnost integriranja različitih perceptivnih procesa ukazuje na disocijaciju kao moguću podlogu simptoma. Konverzijski simptomi mogu biti generalni, što znači da utječu na cijeli afektirani osjet, ili selektivni, što znači da utječu na percepciju samo određene kategorije objekata ili događaja. Dijagnoza se bazira na isključenju drugih mogućih uzroka poremećaja i prema prisutnim simptomima, ne prema prisutnosti psiholoških konflikata. Bitna stavka je i da konverzivni simptomi nisu simulirani od strane pacijenta. Izvan okvirne povezanosti s psihološkim konfliktima i životnim stresorima etiologija konverzivnog poremećaja ostaje nerazriješena (Ejareh dar & Kanaan, 2016). To neslaganje u etiologiji je dovelo do neslaganja u kategorizaciji između DSM priručnika, koji ističe somatsku disfunkciju i svrstavaju konverzivni poremećaj pod somatoformne poremećaje, i MKB-a, koji ističe disocijaciju kao zajednički uzrok obje vrste poremećaja i koji klasificira konverzivni poremećaj kao jednu od vrsta disocijativnog poremećaja.

U MKB-11 (Svjetska zdravstvena organizacija, 2023) konverzivni poremećaj nosi ime disocijativnog poremećaja s neurološkim simptomom, a ti neurološki simptomi mogu biti vezani uz: vizualne smetnje, auditivne smetnje, vrtoglavicu, druge osjetne smetnje, neepileptične napadaje, smetnje u govoru, parezu ili slabost, smetnje u hodaњу i kognitivne simptome.

Na prvi pogled postoji logika u odvajanju disocijativnih poremećaja kod kojih dolazi do diskontinuiteta u psihološkim procesima vezanih uz pamćenje, self i identitet od konverzivnog poremećaja kod kojeg se javljaju somatske disfunkcije bez organskog uzroka. Argument za

vraćanje konverzivnog poremećaja disocijativnim poremećajima se bazira na dva argumenta: visoka razina zajedničkog pojavljivanja disocijativnih i konverzivnih simptoma i postojanja zajedničkih pozadinskih psiholoških procesa koji vode do oba poremećaja (Stone i sur.,2011). Treba naglasiti da usprkos sličnosti i jedan i drugi naziv nisu etiološki neutralni i impliciraju psihološki mehanizam kao etiologiju, ali ta etiologija nije dokazana i postoje druga psihobiološka objašnjenja koja se trebaju uzeti u obzir (Stone i sur., 2011). Kod velikog broja osoba koje pate od disocijativnog poremećaja nađeni su simptomi koji spadaju pod konverzivni poremećaj. Sve više autora i najnovije izdanje MKB-a zagovaraju vraćanje konverzivnog poremećaja pod disocijativne poremećaje, a takav potez bi izjednačio DSM sa najnovijim MKB-11. Tako bi se izjednačila globalna klasifikacija i smanjila zbunjenost oko ovih poremećaja kod stručnjaka i javnosti.

5. Disocijacija

U suvremenoj psihijatriji i psihologiji Carden i Carlson (2011) su izdvojili tri stvari na koje disocijacija ukazuje u literaturi:

1. Na simptome uzrokovane intrapsihičkim procesima
2. Na pretpostavljeni uzrok simptoma
3. Normalne i patološke fluktuacije svijesti

Tu vidimo kako se disocijacija rabi kao i opis intrapsihičkog procesa prilagodbe na izazove i traume, i kao opis psihopatologije. U ovom slučaju se i disocijativni i konverzivni poremećaji razlikuju od drugih poremećaja, poput depresivnog, anksioznog ili shizofrenije jer je disocijativnim poremećajima uzrok disocijacija, a konverzivnim konverzija (Loewenstein i Putnam, 2017). Disocijativni poremećaj nije definiran samo simptomima koje osoba prikazuje jer se dosta simptoma disocijativnog poremećaja javlja i kod osoba koje nemaju nikakav poremećaj, ali intenzitet i učestalost simptoma su kod disocijativnog poremećaja značajno česti. Mnogi autori naglašavaju kako pojam još ostaje nepotpuno definiran i kako je nužno naći konzistentnu definiciju.

Usprkos toj nedosljednosti oko definicije disocijacije sve veći broj znanstvenika, psihologa i psihijatara pridaje disocijaciji važno mjesto kao utjecajnom posredujućem faktoru za razvoj mnogih različitih vrsta psihopatologije, kao i bitnom faktoru u razvoju selfa (Putnam, 2015). To potvrđuje i pronađena veza između disocijacije i simptoma psihoze, pogotovo raznih vrsta halucinacija, slušnih i vidnih, te paranoje i deluzija (Longden i sur., 2020).

Većina upitnika vezanih uz disocijaciju se fokusira na prisutnost i učestalost raznih neobičnih iskustava. Vrste disocijativnih iskustava koje različiti upitnici mjere su (Putnam, 2015):

- Amnezije i izgubljeno vrijeme
- Izmjene u osjećaju identiteta
- Depersonalizacija i derealizacija
- Osjećaji intenzivne udubljenosti u vlastite mentalne slike
- Iskustva pasivnog utjecaja

Svaki od 5 vrsta disocijativnog poremećaja ima jedan disocijativni simptom koji je dominantan u kliničkoj slici, ali i drugi disocijativni simptomi su prisutni u većini slučajeva (Putnam, 2015).

Ove vrste disocijativnih simptoma se mogu podijeliti u dvije kategorije (Holmes i sur.,2005, prema Dalenberg i sur., 2012):

- Psihološka kompartmentalizacija u kojoj dolazi do diskontinuiteta između različitih psiholoških procesa
- Odvojenost u kojoj se osoba otuđuje od svoga selfa i/ili drugih

Zaštitne funkcije disocijacije uključuju (Putnam, 2015):

1. Automatizaciju određenih ponašanja
2. Rješenje nepomirljivih sukoba
3. Bijeg od stvarnosti
4. Izolaciju osobe od katastrofičnih događaja
5. Katarzično ispuštanje određenih osjećaja
6. Analgeziju

Osobe s disocijativnim poremećajima su često svjesne vlastite disocijacije i pokazuju bolji kognitivni uvid od osoba sa shizofrenijom, često na razini osoba sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem, kao i više kapacitete za samo-refleksiju od nekih drugih psihijatrijskih poremećaja (Sar i sur., 2012).

6. Dijagnoza

Neki od instrumenata koji se koriste za dijagnozu i probiranje disocijativnih poremećaja su:

1. Skala disocijativnih iskustava (The Dissociative Experiences Scale) koja se sastoji od 28 čestica, na kojima osobe od 0 (nikad) do 100 (uvijek) trebaju odgovoriti na pitanje koliko se često nešto događa u njihovom životu (Dalenberg i sur., 2012). Pitanja o učestalosti pokrivaju širok spektar disocijativnih iskustava poput amnezije (“Nekim ljudima znaju prilaziti ljudi koje ne poznaju, koji ih zovu drugim imenom ili koji inzistiraju da su ih već upoznali”), fuge (“Neki ljudi imaju iskustvo da se nađu na nekom mjestu, bez da imaju ideju kako su tu došli”), različitih identiteta (“Neki ljudi se u određenim situacijama ponašaju toliko drukčije u usporedbi sa drugim situacijama da imaju osjećaj da su dvije različite osobe”), depersonalizacije (“Neki ljudi imaju iskustvo da im njihovo tijelo ne pripada”), derealizacije (“Neke osobe imaju osjećaj da druge osobe, objekti i svijet oko njih nisu stvarni”) i duboke udubljenosti u aktivnosti („Neki ljudi su tijekom gledanja televizije i filma toliko udubljeni u priču, da uopće nisu svjesni drugih događaja koji se događaju oko njih”). Skala se koristi za probiranje i znanstvena istraživanja, te nije samostalno dovoljna za dijagnozu.
2. Strukturirani klinički intervju za disocijativne poremećaje (SCID, Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders) se smatra jednim od najpouzdanijih dijagnostičkih instrumenata za disocijativne poremećaje (Mychailyszyn i sur., 2021). Koristi se polustrukturirani intervju koji procjenjuje pet vrsta simptoma: zbunjenost identiteta, promjenu identiteta, amneziju, depersonalizaciju i derealizaciju, kao i zbrojeni rezultat. Primjeri pitanja su: “Jesu li vam drugi ljudi ikada rekli da imate rupe ili problema sa pamćenjem”, “Jesu li ikada postojali sati ili dani koji su Vam nedostajali ili za koje niste imali objašnjenje”, “Jeste li ikada imali osjećaj da vam je dio tijela ili cijelo tijelo nestalo”, “Jeste li se ikada osjećali kao da vaše okruženje ili drugi ljudi blijede ili kao da su iz snova”, “Jeste li se ikada osjećali kao da u Vama postoje različiti dijelovi ili strane”, “Jeste li se ikada osjećali ili ponašali kao da ste druga osoba” (Steinberg, 2022).
3. Multiskalni inventar disocijacije (Multiscale dissociation inventory) je samoispunjavajući test koji sadržava 30 čestica koje mjere 6 tipova disocijativnih odgovora: razduživanje, depersonalizaciju, derealizaciju, emocionalno suženje, smetnje pamćenja i disocijaciju identiteta (Briere, Weathers, Runtz, 2005). Kod svakog

simptoma se gleda učestalost pojavnosti u zadnjih mjesec dana, na skali od 1 (nikad) do 5 (jako često).

4. Raspored intervjua disocijativnih poremećaja (The dissociative disorders interview schedule) se koristi za dijagnozu disocijativnih poremećaja, poremećaja sa somatskim simptomom, graničnim poremećajem ličnosti i velike depresivne epizode (Ross i Browning, 2017). Istražuje i postojanje seksualnog zlostavljanja i zlostavljanja u djetinjstvu i ekstrasenzoričku percepciju. Za dijagnozu se koriste kriteriji iz DSM-5 (Ross i Browning, 2017)

Traumatski stresor se javlja u velikom broju slučajeva, ali nije nužan za postavljanje dijagnoze (Spiegel & Simeon, 2015).

7. Etiologija

Povezanost između disocijativnih simptoma i zlostavljanja u djetinjstvu je dobro dokumentirana. U većini slučajeva disocijativnog poremećaja kod osobe je pronađena neka vrsta traume i/ili zlostavljanja u djetinjstvu (Brandt i sur., 2009). Tako se u jednom istraživanju pokazalo da kod 90 posto ispitanika koji su imali klinički značajan rezultat na Multiscale Dissociation Inventoryju je postojala povijest traume u njihovim životima (Briere, 2006 prema Kate, Hopwood i Jamieson, 2020). U istraživanju kliničkih pacijenata je utvrđeno da je prisutnost seksualnog zlostavljanja i traume češća kod pacijenata s disocijativnim poremećajima u usporedbi sa drugim poremećajima poput anksioznog, depresivnog poremećaja i PTSP-a (Loewenstein i Putnam, 2017). Disocijativni poremećaji se često pojavljuju zajedno sa PTSP-om i graničnim poremećajem osobnosti. Postotak osoba kojima je dijagnosticiran disocijativni poremećaj i koja imaju povijest zlostavljanja u djetinjstvu je između 57% i 90% (Sar, 2011). Osobe s dijagnosticiranim disocijativnim poremećajem često imaju povijest samoozljeđivanja i pokušaja samoubojstva, čak i u usporedbi s drugim psihijatrijskim poremećajima (Foote i sur., 2008). Emocionalno zlostavljanje i nesigurni stilovi povezivanja su također pozitivno povezani s razvojem disocijativnog poremećaja (Mueller-Pfeiffer i sur., 2014). Razvoj disocijacije se ne događa kod svake osobe koja je žrtva zlostavljanja u djetinjstvu, već je posredovano mnogim drugim faktorima poput težine

zlostavljanja, broja zlostavljača, žrtvinog načina nošenja s traumom, utjecaja na osjetne modalitete i najčešće se događa kod osoba koje imaju i dodatne rizične faktore za razvoj disocijativnih simptoma. Jedan od rizičnih faktora je i prisutnost disocijativnih simptoma u obitelji. U istraživanju u kojem su sudjelovala 54 člana obitelji osoba s disocijativnim sindromom pronađena je znatno povišena razina disocijativnih simptoma i povijesti zlostavljanja kod članova obitelji nego u kontrolnoj skupini (Ozturk & Sar, 2008). Također je bila i veća prisutnost čestih promjena raspoloženja, intenzivnog bijesa, nemogućnosti kontrole ljutnje i paranoidnih ideja nego u kontrolnoj skupini (Ozturk & Sar, 2008).

Neke od drugih trauma, osim zlostavljanja u djetinjstvu, koje su povezane s razvojem disocijativnih simptoma su: požari, prirodne katastrofe, rat, interpersonalno nasilje u odrasloj dobi, otmice, trgovina ljudima, genocid (Putnam, 2015).

Postoji više različitih modela koji objašnjavaju etiologiju disocijativnih poremećaja. Trauma model etiologije disocijacije smatra disocijaciju bitnom psihobiološkom reakcijom na traumatične događaje, gdje se u percipiranoj prijetnji i opasnosti organizmu omogućuje automatizam ponašanja, analgezija, depersonalizacija i izolacija od traumatičnih događaja kako bi se pospješilo preživljavanje tijekom i nakon tih događaja (Dalenberg i sur., 2012). Česta koncepcija disocijacije postavlja disocijaciju kao kontinuum između nepatološke prema patološkoj. Tako će zamišljenost zbog koje promašimo tramvajsku stanicu na kojoj smo trebali izaći biti na jednoj, a disocijativni poremećaj identiteta na drugoj strani kontinuuma (Loewenstein, 2018). Taxon model nasuprot postavlja dva kontinuuma: normalnu i patološku disocijaciju, gdje razlika između patološke i svakodnevne disocijacije nije kvantitativna, nego kvalitativna.

Fantasy model, za razliku od trauma modela, tvrdi da je disocijacija psihološki model koji uzročno nije povezan sa traumom, već da su disocijativni simptomi većinski fantazije uzrokovane naklonosti fantazijama, sugestibilnosti i kognitivnim distorzijama (Dalenberg i sur., 2012). Umjesto objektivne traume koja preko različitih posredničkih faktora dovodi do disocijacijskih simptoma, Fantasy model tvrdi da disocijacijski model stvara fantazije o zlostavljanju koje onda zamjenjuje za prave uspomene (Dalenberg i sur., 2012). Sličan njemu je i Iatrogenični model kod kojega se na disocijativni poremećaj identiteta gleda kao ishod uzrokovan utjecajem kliničara, koji vjeruju u represirana sjećanja i višestruke osobnosti, na jako sugestibilne i fantaziji sklone pacijente, koji onda stvaraju lažna sjećanja koja zamjenjuju za stvarna. Sociokognitivni model ističe utjecaj kulture kao ključan, pogotovo

sjevernoameričke. Prema njemu fokus te kulture na represirana zlostavljanja u djetinjstvu i višestruke osobnosti u jednoj osobi je dovoljan da kod jako sugestibilnih osoba stvori vjerovanje da imaju disocijativne simptome. Zajedničko svim tim modelima je vjerovanje da osobe imaju disocijativne simptome jer su uvjerenе da imaju disocijativne simptome i ističu sugestibilnost i sklonost fantaziji kao najbitnijim faktorom za razvoj disocijativnih simptoma, kao i ostatak navodno zastarjelih Freudovskih ideja, poput konverzije psiholoških trauma u fizičke simptome, kod stručnjaka i javnosti (Loewenstein, 2018, Kate i sur., 2020). Lynn i sur. (2014) si istaknuli nedostatak i neregularnost sna kao jedan od mogućih uzroka za disocijativne simptome.

Kate i sur. (2020) su na metanalizi 98 istraživanja prevalencije disocijativnih poremećaja i disocijativnih iskustava kod studentskih populacija pokazali da su češći u državama s nižom razinom osobne sigurnosti, da prisutnost disocijativnog poremećaja identiteta nije viša u Sjevernoj Americi i Engleskom govornom području kako bi trebalo biti prema hipotezi Fantasy modela, te da se disocijativna iskustva nisu smanjivala tijekom zadnjih nekoliko desetljeća što bi bio slučaj da je društveni utjecaj toliko bitan u razvoju disocijativnih simptoma. Zaključili su da je Trauma model bolje objašnjenje disocijativnog poremećaja od Fantasy modela, a Trauma model je općenito dominantni model, što pokazuju i priručnici poput MKB-11 i DSM-5 koji ističu traumu i zlostavljanje kao ključne komponente u razvoju disocijacije.

8. Epidemiologija

Disocijativni poremećaji su dugo bili nedovoljno dijagnosticirani, a neki stručnjaci su uopće sumnjali u njihovo postojanje. Korištenje različitih upitnika za probir disocijativnih poremećaja, poput Dissociative Experiences Scale, Dissociative Disorders Interview Schedule, Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders, Multidimensional Inventory of Dissociation, i Diagnostic Drawing Series, pokazalo je da su disocijativni simptomi i disocijativni poremećaji češći nego što se to očekivalo (Carota & Calabrese, 2014).

O općoj populaciji je pokazano da je prevalencija disocijativne amnezije oko 3% depersonalizacijskog/derealizacijskog poremećaja između 1% i 2%, slično je i sa disocijativnim poremećajem identiteta koji ima pojavnost od 1% (Brand i Loewenstein, 2010). Tijekom vremenskih razdoblja u kojima je veliki broj određene populacije izložen traumatskim događajima ovi postotci se povećavaju, pa je tako tijekom Drugog svjetskog rata prevalencija disocijativne amnezije iznosila između 5% i 14.4% (Putnam, 2015). U turskom istraživanju se pokazalo da je pojavnost disocijativnih poremećaja kod žena u općoj populaciji čak 18.9 % disocijativni poremećaj inače nespecificiran je bio najčešći s 8.3%, zatim disocijativna amnezija s 7.3 % depersonalizacija/deralizacija s 1.4 %, a disocijativni poremećaj identiteta 1.1 % (Sar, Akyuz i Dogan, 2007)

Prisutnost disocijativnih poremećaja kod psihijatrijskih pacijenata varira ovisno o istraživanju i metodologiji. Tako je najniža prevalencija nađena u Nizozemskoj, Njemačkoj i Švicarskoj, između 4 i 8 %, a najviša u Turskoj, čak 35 %, dok je neka prosječna prevalencija 10 % a 5 % predstavlja disocijativni poremećaj identiteta (Sar, 2011).

9. Tretman disocijativnih poremećaja

Tretman disocijativnih poremećaja se sastoji od multimodalnog, faznog, psihoterapeutskog pristupa koji se fokusira na traumu i različite manifestacije simptoma (Brand & Loewenstein, 2010). Tretman disocijativnih poremećaja je jako kompliciran zbog širokog opsega kroničnih i intenzivnih simptoma koje osobe pokazuju, kao i niske razine povjerenja koju osobe sa disocijativnim poremećajima imaju prema stručnjacima (Cronin, Brandt & Mattanah, 2014). Farmakoterapija nije primarni način liječenja disocijativnih poremećaja, ali se često koristi za stabilizaciju raspoloženja i omogućivanje osobi da sudjeluje u psihoterapiji. Iako se aspekti jedne faze mogu pojavljivati i u drugima, fazna psihoterapija kod disocijativnih poremećaja se generalno odvija kroz tri faze (Brand & Loewenstein, 2010):

- Prva faza: u ovoj fazi je naglasak na stabilizaciji i sigurnosti osobe. Osobe s disocijativnim poremećajima su često sklone agresiji, samoozljeđivanju, korištenju alkohola i narkotika i zlostavljačkim odnosima, pa je u prvoj fazi potrebno poraditi na kontroli simptoma i impulsa, edukaciji oko tretmana traume i uspostavljanja pozitivnog suradničkog odnosa pacijenta s terapeutom. Prva faza je najvažnija i mnoge osobe s disocijativnim poremećajem u njoj ostanu i godinama
- Druga faza: Nakon stabilizacije u drugoj fazi se počinju prorađivati traume i povezani osjećaji. Proučava se značenje i utjecaj traumatskih iskustava, identificiraju se i rješavaju kognitivne distorzije vezane uz traumu, i omogućuje se osobi da izrazi i prepozna potisnute emocije poput tuge, srama, bijesa, izdaje i bespomoćnosti, što osobi omogućuje da razvije koherentni narativ oko svojih traumatskih i ne-traumatskih iskustava, kao da i ovlada svojim sjećanjima. Potrebno je osobi pomoći da razvije pozitivni pogled na sebe i orijentaciju na rast
- Treća faza: u trećoj fazi se osobu reintegrira nazad u život. Osoba reintegrira aspekte selfa koje je izbjegavala i odvajala te se počinje fokusirati na trenutno svoje stanje i budućnost. Razvija dublju svijest o načinu na koji je njihova ranija trauma utjecala na njih i njihov razvoj, a to dublje razumijevanje svoje prošlosti i sadašnjosti omogućuje osobi veći osjećaj mirnoće i slobode.

U anketi 36 stručnjaka iz područja disocijacije koju su proveli Brand i suradnici (2012) najčešće intervencije koje su korištene u ovim fazama su psihoedukacija, popravljjanje i stvaranje zdravog “saveza” između terapeuta i osobe, procesiranje reakcija na psihoterapiju, procjena učinkovitosti lijekova, poboljšanje svjesnosti emocija kod osobe, poboljšanje

tolerancije na afekte i poboljšanje kontrole impulsa, poboljšanje i održavanje svakodnevnog funkcioniranja i međuljudskih odnosa, i stabiliziranje osobe nakon stresnih životnih događaja. Pozitivan terapijski savez je ključan u cijelom tretmanu i pozitivno koreliran s nizom pozitivnih ishoda, poput niže razine disocijacije, PTSP simptoma, bolje adaptivnosti i bolje kontrole simptome (Cronin i sur., 2014).

Pokazalo se da postoji veliki nedostatak istraživanja o različitim vrstama i učinkovitosti tretmana za disocijativne poremećaje, posebno istraživanja iz kojih je moguće izvući generalizirane zaključke (Brandt i sur.,2009), ali neka istraživanja i studije slučaja daju dokaze u prilog nekih vrsta tretmana koji su se pokazali pozitivnima u poboljšanju stanja osoba koje pate od disocijativnog poremećaja. Tijekom tih tretmana pokazalo se smanjenje depresivnih simptoma, anksioznih simptoma, disocijativnih simptoma i simptoma PTSD-a (Brandt i sur., 2009, Brand i sur.,2013), kao i raznih destruktivnih i samo destruktivnih ponašanja (Brand i sur.,2013). Isto istraživanje (Brand i sur., 2013) je pokazalo da usprkos svim tim pozitivnim ishodima, prosječni rezultat disocijacije se kod pacijenata nije smanjio nakon 30 mjeseci psihoterapeutskog tretmana. U „follow up“ istraživanju provedenom 6 godina nakon inicijalnog istraživanja pronađeno je daljnje smanjenje u broju hospitalizacija, učestalosti samoozljeđivanja i obiteljskim stresorima (Myrick i sur.,2017). Tretman je potrebno izvoditi personalizirano za svaki slučaj, a preferiraju se psihoterapeutske strategije.

10. Neorgansko oštećenje vida

Ovakvo oštećenje vida se kroz povijest zvalo funkcionalni poremećaj vida, histerični gubitak vida, nefiziološki gubitak vida, neorganski gubitak vida, psihogenični gubitak vida, medicinski neobjašnjeni gubitak vida i konverzivni poremećaj vida (Egan & LaFrance, 2015). U MKB-11 (Svjetska zdravstvena organizacija, 2018) je stavljeno u kategoriju disocijativnih poremećaja pod disocijativni neurološki simptomatski poremećaj s vizualnim smetnjama. Karakteriziran je simptomima poput sljepoće, slabovidnosti, tunelskog vida, diplopije, vizualnih distorzija. Funkcionalni gubitak vida je zamijenio termin histerično oštećenje vida u oftalmologiji 21. stoljeća i naglašava neutralni pristup etiologiji (Raviskanthan i sur., 2022).

Funkcionalni gubitak vida označava subnormalni vid ili promjenu u vidnom polju gdje nije moguće otkriti bilo kakvu patologiju sustava za vid (Raviskanthan i sur., 2022). Funkcionalno oštećenje vida se ne dijagnosticira samo isključivanjem drugih mogućnosti uzroka oštećenja vida, već se traži potvrda da pacijent ima bolji vid od navedenog. Ovo se potvrđuje korištenjem različitih testova i traženjem nedosljednosti među njima. Kako bi osobi bio dijagnosticiran funkcionalni gubitak vida ili neorganski gubitak vida potrebno je da osoba prođe oftalmološki pregled, da se pokaže nedostatak prisutnosti abnormalnih laboratorijskih vrijednosti koje mogu uzrokovati oštećenje vida i normalna slika mozga (Datillo i sur., 2016). Potrebno je promatranje pacijentovih kretnji u prostoru; osoba koja glumi sljepoću može pretjerano naglašavati svoje kretnje i zabijati se u objekte, vidno glumeći za promatrača, dok će osoba s oftalmološkim oštećenjem vida šetati jako oprezno i nagnuta prema natrag (Egan i LaFrance, 2015). Kao još jedan test može se pacijentu dati uputa da dotakne vrhovima svoja dva kažiprsta. Stvarno slijepa osoba to može učiniti bez velikog problema, dok funkcionalno slijepa osoba ovdje često naglašava svoju nemogućnost da izvrši zadatak ((Raviskanthan i sur., 2022). Kada stručnjak posumnja da ga pacijent vara, može doći do negativnih osjećaja i sumnje usmjerenih prema pacijentu, bez da se uzme u obzir jesu li uzroci svjesni ili podsvjesni (Egan & LaFrance, 2015). Liječnik može i verbalno napasti osobu i pokušati je uvjeravati da njezino oštećenje nije stvarno, ali je ovakvo ponašanje kontraproduktivno jer će osoba vjerojatno reagirati obrambeno ako joj je rečeno da simulira bolest ili da joj je bolest samo u glavi (Raviskanthan i sur., 2022).

Kao najčešći uzroci funkcionalnog gubitka vida su (Pasol, 2019):

- Simuliranje pacijenta kako bi se dobila određena dobit, npr. u sudskom postupku ili u poslovnom okruženju
- Konverzivni poremećaj

- Munchausenov sindrom kod kojeg osoba sama kod sebe stvara simptome neke bolesti, tipično samoozljeđivanjem.

Još jedna kategorija osoba koje pokazuju funkcionalno oštećenje vida su vizualno preokupirani pacijenti (Pula, 2012). Ovaj tip pacijenta ne simulira bolest niti ima nekakav psihološki konflikt koji uzrokuje oštećenje vida, već je toliko zaokupljen stanjem vlastitog vida da sam sebe uvjeri da ima nekakvo oštećenje.

Kod funkcionalnog gubitka vida najčešće je oštećenje bilateralno, oštećenje vidnog polja je češće od smanjene oštine vida, a često se javlja i zamučeni vid i diplopija (Raviskanthan i sur., 2022). Trajanje oštećenja vida jako varira, od jednog dana do nekoliko godina, a najčešće traje oko pola godine. Najčešće se pojavljuje u drugom desetljeću života, pogotovo u tinejdžerskim godinama, i češći je kod žena.

Funkcionalni gubitak vida je širi pojam koji uključuje i oštećenja vida koja nisu povezana sa disocijativnim poremećajima, stoga će u idućem poglavlju biti prikazan pregled literature vezane uz istraživanja koja su proučavala oštećenje vida koje je vezano uz histeriju, konverzivni i disocijativne poremećaje.

11. Oštećenje vida i disocijativni poremećaji

11.1 Histerično oštećenje vida

Članci o histeričnom oštećenju vida u znanstvenim časopisima se mogu naći još krajem 19. stoljeća kada je Hubel (1897) opisao tri slučaja ovog stanja. U ovom istraživanju je vidljiv utjecaj antičke koncepcije histerije jer Hubel još uvijek smatra bitnim naglasiti menstrualno stanje i stanje maternice osobe prije opisa samog slučaja.

1. Na početku opisuje slučaj osamnaestogodišnjakinje koja se žalila na bol na lijevoj strani glave uključujući uho i oko. Bol je jako brzo prestala, ali se dva dana nakon početka bolesti pacijentica probudila to jutro bez ikakvog vida na lijevom oku. Oftalmološki pregled nije pokazao nikakve abnormalnosti i Hubel je pacijentici dijagnosticirao histeričnu sljepoću. Pacijentici je bila nanesena pijavica na lijevu sljepoočnicu i nekoliko je dana provela u mračnoj sobi, a svakodnevno joj je dano 5 zrnaca kalijevog jodida. Kroz nekoliko tjedana vid se pacijentici poboljšao, ali u trenutku pisanja

izvještaja još nije u potpunosti vratio. Ovaj slučaj je potrebno uzeti sa zadržkom jer su kod pacijentice bili prisutni i nedostatak lučenja suza na lijevoj strani i nemogućnost razlikovanja boja, što su neobični simptomi za ovu vrstu oštećenja vida i možda upućuju na neki drugi uzrok.

2. U drugom slučaju opisuje pedesetogodišnju gospođu koja je nakon prehlade unutar tri dana izgubila skoro u potpunosti vid u lijevom oku. Imala je percepciju svjetlosti, ali nije mogla razaznati broj prstiju ili velike objekte. Reakcija na svjetlost je u oba oka bila dobra i nije pronađen nikakav organski uzrok oštećenja. Opet je pacijentici pripisana mala doza kalijevog jodida i nakon dva mjeseca joj se vid vratio u potpunosti
3. Treći slučaj opisuje tridesetogodišnjakinju koja se nosila sa nespecificiranom bolesti svoga muža i umorom vođenja kućanstva bez njegove pomoći. Jedno popodne tijekom pripreme za večeru je osjetila vrtoglavicu, izgubila svijest i udarila glavom o željezni rub kreveta. Dovedena je u bolnicu gdje je osjećala veliku bol, napadaje u cijelom tijelom, delirij, mučninu i povraćanje. Ovi simptomi su potrajali nekih deset dana, da bi zatim postupno u potpunosti nestali. Dva dana nakon simptoma pacijentica je u potpunosti izgubila vid, ali i kada su drugi simptomi u potpunosti nestali gubitak vida je ostao potpun. Nikakva lezija mozga ili oštećenje lubanje nije pronađeno, a zjenice, kapci, pokreti očiju i očne strukture nisu pokazivali nikakvu abnormalnost. Dijagnosticirana je histerična sljepoća i liječenje je bilo usmjereno na opću dobrobit pacijenta i na korištenje elektriciteta. Nakon pet tjedana je prvi put imala opet percepciju svjetlosti, dva dana kasnije je mogla prepoznati velike objekte, dan kasnije lica, a nekoliko tjedana kasnije joj se vid u potpunosti vratio.

Gradle (1909) opisuje 3 različita slučaja histeričnog oštećenja vida:

1. Pacijent nakon teškog emocionalnog šoka razvija bilateralnu sljepoću. Korištenjem blage struje primijenjene na sljepoočnice i nekoliko minuta gledanja u udaljeni sat stanje se brzo poboljšalo i vid je vraćen u normalno stanje.
2. Dvadesetogodišnji muškarac se žalio na sljepoću u desnom oku nakon što je bio pogođen porculanskom ručkom u glavom. Oftalmološki pregled nije pokazao nikakve abnormalnosti, a rana od udarca je bila samo površna i nije mogla uzrokovati oštećenje vida. Pacijent je pokazivao veliku želju za ozdravljenjem i simuliranje je isključeno. Sugestija i elektricitet nisu polučili nikakve rezultate, a autor je kasnije izgubio kontakt s pacijentom pa ne zna ishod daljnjeg liječenja.

3. Opisan je slučaj jako boležljivog jedanaestogodišnjeg dječaka koji se žalio kako iznenada lijevim okom samo percipira svjetlost. Dječak je imao povijest mnogih dječjih bolesti, ali je u trenutku pregleda bio zdrav i oftalmološki pregled nije našao nikakvo objašnjenje za njegovo iznenadno pogoršanje vida. Djetetu su propisani elektricitet i povećani unos željeza, uz prijetnju da će u nedostatku napretka električna struja morati biti intenzivirana. Nakon 2 dana dijete je lijevim okom moglo brojati prste sa 3 metra udaljenosti i vid se vratio na stanje prije naglog pogoršanja.

Ironside i Bachelor (1945) su u analizi simptoma histerije kod vojnih pilota pronašli da je kod jedne petine slučajeva histerije postojalo histerično oštećenje vida, a najčešći simptomi su bili: zamućeni vid, fotofobija, diplopija, „defective night vision“ (manjkavi noćni vid), vidne halucinacije i gubitak vida s amnezijom. Sve dijagnoze su bile utvrđene s psihijatrom.

Mann (1960) isto opisuje širok niz slučajeva histeričnog oštećenja vida, za koje koristi naziv histerična ampliopija. Neki od njih su:

1. Slučaj djevojčice od 10 godina sa smanjenom oštrinom vida i tubularnim vidnim poljem. Obitelj je davala veliku pažnju njezinoj novorođenoj mlađoj sestri, što je kod djeteta uzrokovalo veliki psihološki stres i naglo pogoršanje vida. U suradnji s obitelji i korištenjem sugestije djevojčici se vid u potpunosti vratio nakon nekoliko tjedana.
2. Druga devetogodišnja djevojčica je također imala psihološke konflikte vezane uz njezin odnos sa obitelji, što je dovelo do smanjenja vidne oštrine. Korišten je placebo tako da su djevojčici stavili kapi za oči i rekli da će joj to izliječiti vid. Placebo je bio uspješan i vid se vratio djevojčici u potpunosti.
3. Pedesetčetverogodišnji crnac kojem se vid prvotno pogoršao tijekom drugog svjetskog rata, a zatim još dodatno nakon što ga je žena ostavila 1957. Na oftalmološkom pregledu nije pronađeno nikakvih abnormalnosti, a pacijent je pokazivao značajno smanjenu oštrinu vida. Dijagnosticirana je histerična konverzija uzrokovana stresom, a pacijentova osobnost je procijenjena od strane psihijatra kao jako reaktivna na vanjske stimulacije i sklona represiji, što ga je činilo pogodnom osobom za razvoj histerije.

Wilkins i Field (1968) su prikazali dva slučaja histeričnog oštećenja vida. Još su bili pod utjecajem klasičnog psihoanalitičkog stajališta gdje je sljepoća kazna koja podsvjesno predstavlja strah od kastracije, a osoba sama sebi ovu kaznu nanosi iz krivnje zbog potisnutih neprijateljskih i neprimjerenih seksualnih impulsa, ali su i u svoju koncepciju histerije uključili kao moguće uzroke i osjećaj bespomoćnosti i međuzavisnost o drugim osobama te osjećaj

napada na ličnost. Opisali su dva slučaja muških pacijenta u tridesetim godinama u bolnici za veterane u New Yorku:

1. Prvi pacijent se žalio na nemogućnost podizanja kapaka i otvaranja očiju i na nemogućnost uopće percepcije svjetla dok je iščekivao operaciju katarakte na lijevom oku. Tijekom prvog razgovora s psihijatrom ležao je u bolničkoj postelji u stanju potpunog šoka, prolazio prstima po krunici i mrmljao sam sebi nerazumljive molitve. Korištene su psihoterapija i hipnoza, a sugestije tijekom hipnoze su mu trebale pomoći u izražavanju osjećaja i sjećanja iz djetinjstva i trebale su biti sredstvo sugestije da bi polako stekao sposobnost otvaranja očiju. Nakon tri tjedna tijekom hipnoze je ispričao traumatičnu priču iz djetinjstva: kada je imao tri godine njegovi su roditelji imali nasilnu svađu tijekom koje je se kipuća voda prolila po njegovoj majci i teško je ozlijedila. U napadu bijesa on i njegov brat su napali oca i počeli ga udarati i gristi, na što je on uzvratio tako da ga je bacio na pod i udario nogom. Nedugo nakon toga oči su mu se djelomično otvorile, ali se vid još nije vratio. Druga traumatična epizoda koju je ispričao u hipnozi je bila: kada je imao pet godina crni auto je došao na mjesto gdje su se on i brat igrali. Čovjek je podigao njegovog mlađeg brata i počeo ga nositi u automobil, ali pacijent se bacio i uhvatio čovjeka za nogu, sve dok ga njegova maćeha nije odnijela i to je bio zadnji put da je vidio svog brata. Ubrzo nakon ove seanse čovjek je u potpunosti otvorio oči i obznanio da vidi, ali je histerično sljepilo još uvijek ostalo u desnom oku. Nakon operacije i odlaska iz bolnice, psihoterapija i hipnoza su nastavljene još nekoliko tjedana nakon čega je unilateralna sljepoća u potpunosti nestala.
2. Pacijent je bio potpuno slijep na desnom oku zadnjih 12 godina nakon automobilske nesreće, a histerično slijep na lijevom oku zadnjih godinu dana. Pacijent je tvrdio da nema nikakav vid, a optokinetički bubanj je pokazivao i horizontalni i vertikalni nistagmus, Imao je jako turbulentnu biografiju koja je uključivala palež kuće u djetinjstvu, izbacivanje iz škole, sukobe sa zakonom, izljeve bijesa i nasilja i razvod. Svjesna simulacija je isključena jer je pacijent koristio vizualne informacije koje navodno nije vidio, što osoba koja svjesno glumi ne bi nikada učinila. Tako bi “pogodio” što druga osoba nosi, koje je visine i težine, koliko otprilike ima godina i jako se slobodno i samouvjerenno kretao po bolnici. Sve to je jednostavno opravdao time što slijepo osobe navodno razvijaju druga osjetila. 6 idućih tjedana je korištena

psihoterapija zajedno s hipnozom, ali nisu polučili nikakve rezultate i pacijent je otpušten iz bolnice. Nakon dva mjeseca je obznanio da mu se vid spontano vratio.

Friesen i Mann (1968) su pozvali 11 pacijenata kojima je bila dijagnosticirana histerija na ponovnu procjenu vida, a vrijeme između dvije procjene je variralo između 4 do 31 godinu. Petero je pokazalo u potpunosti oporavljeni ili poboljšani vid, troje je ostalo na istoj razini bez poboljšanja ili pogoršanja, a tri osobe su imale lošiji vid nego na početnoj procjeni.

Sletenberg, Bertelsen i Hovding (1989) su pozvali 54 pacijenta iz perioda od 1962-1986 s oftalmološkog odjela na rješavanje upitnika vezanog uz njihovo trenutno stanje vida i dolaska na ponovnu procjenu vida. Da bi sudjelovali u istraživanju bilo je potrebno da im bude dijagnosticirana histerična ambliopija, da im je oštrina vida 6/12 ili manje u jednom oku i/ili da im je vidno polje suženo na manje od dvadeset posto na jednom oku. Medijan godina na inicijalnoj procjeni je bio 23.6, s muško-ženskim omjerom od 1:2.6. Najčešće oštećenje vida je bila samo smanjena vidna oštrina (43%), zatim i oštrina vida i vidno polje (37%), a najrjeđe samostalno suženje vidnog polja (20%). Na upitnik je odgovorila 41 osoba, a na „follow-up“ procjenu je došlo njih 29. Razdoblje između prvotne procjene vida i ispunjavanja upitnika je variralo između 2 mjeseca i 24 godine, s medijanom od 8 godina. U upitniku je 21 osoba rekla da joj je vidno funkcioniranje sada dobro, dok je čak 20 svoje trenutno vidno funkcioniranje opisalo kao loše. Kod 29 pacijenata koji su pristali doći na ponovnu procjenu vida njih 16 je još uvijek ispunjavalo kriterije za histerično oštećenje vida, dok se 13 potpuno oporavilo. Oštećenje vida je u ovom istraživanju u 70% slučajeva bilo binokularno. Istraživanje je pokazalo skoro potpuni oporavak kod svih pacijenata kojima se histerija javila prije 15 godine.

U istraživanju koje su proveli Barris, Kaufman i Barberio (1992) istraživači su pozvali na intervenciju 72 pacijenta s dijagnosticiranom histerijom koji imaju različite teškoće u vidnom polju i oštećenju vida, a organsko oštećenje je bilo isključeno. 27 pacijenata se nije vratilo na „follow up“ tako da je sudionika u istraživanju bilo 45. Na početku se koristilo pozitivno uvjeravanje i pacijentima je bilo rečeno da ne postoji organsko oštećenje i da je prognoza za oporavak jako pozitivna. Pacijenti su bili upućeni da se fokusiraju na centar naslovnice novina i da pokušaju proširiti vidno polje i vidjeti sve više slova naslovnice. Ovaj proces su monokularno trebali ponavljati dva puta dnevno. Kod osoba koje su imale smanjenu oštrina vidu vježba se sastojala od fokusiranja na velike naslove novina i pokušaja čitanja sve manjeg i manjeg fonta s vremenom. Rečeno im je da će im ove strategije poboljšati vidno funkcioniranje za tri do šest tjedana. U istraživanju je sudjelovalo 36 žena i 9 muškaraca. 78%

je sudionika pokazalo poboljšanje nakon intervencije, dok je 22 posto pokazalo nikakvo ili jako minimalno poboljšanje. Osobe mlađe od 16 su imale značajnu bolju prognozu i u većini slučajeva im se vid potpuno oporavio.

11.2 Konverzivno oštećenje vida

Wynick, Hobson i Jones (1997) su istraživanjem obuhvatili 15 adolescenata s vizualnim simptomima konverzivnog poremećaja i kontrolnu skupinu 15 adolescenata s organskim oštećenjem vida. Htjeli su provjeriti jesu li kod osoba s konverzivnim poremećajem bili češći psihološki stresori prije pojavljivanja simptoma, jesu li percipirali svoje roditelje kao pretjerano zaštitnički nastrojene, jesu li kod njih češće anksiozne i opsesivne crte ličnosti i imaju li psihološke poteškoće u prilagodbi na adolescenciju. Obavljeni su jednosatni polustrukturirani intervjui s adolescentima i odvojeno s roditeljima, a zatim su i jedni i drugi ispunjavali dva upitnika od 25 čestica, jedan kod adolescenata koji je mjerio njihovu percepciju brige i zaštite koju su im roditelji pružili u djetinjstvu, jedan kod roditelja koji je mjerio samopercepciju njihovog roditeljstva. Još su korištena i dva upitnika, od kojih je jedan mjerio simptome anksioznosti, socijalne disfunkcije i depresije, a drugi osobine ličnosti asertivnosti i anksioznosti. Rezultati su pokazali da su svi u skupini adolescenata sa konverzivnim simptomima doživjeli makar jedan veći stresor zadnjih godinu dana prije pojavljivanja simptoma, za razliku od troje u kontrolnoj skupini. 14 adolescenata u konverzivnoj skupini je reklo da je imalo probleme u školi, 7 su doživljavali zlostavljanje u školi, 11 je doživjelo neki gubitak u obitelji koji je prethodio simptomima. U devet slučajeva to je bila smrt ili smrtna bolest djedova i baka, u pet slučajeva to je bila bolest ili dugotrajno izbivanje roditelja. 12 od 15 adolescenata je izjavilo da ima probleme u školi i/ili međuljudskim odnosima, a samo jedan u kontrolnoj skupini. Majke su u kontrolnoj skupini bile značajno manje pretjerano zaštitnički nastrojene prema svojoj djeci.

Pula i sur. (2015) opisuju slučaj 8 pacijenata, 1 muškarca i 7 žena kojima je dijagnosticiran konverzivni poremećaj i koji su imali oštećenje vida. Dob je bila između 11 i 30 godina, s medijanom od 16.6. Šest pacijenata je imalo oštećenje oštine vida, a dvoje vidnog polja, kod pet je oštećenje bilo bilateralno. Troje pacijenata je imalo povijest fizičkog zlostavljanja koja je direktno prethodila simptomima. Pacijentima je dana Tumblin E 20/200 kartica da je ponesu kući i rečeno im je da će im se vid poboljšati ako budu pratili upute dane od stručnjaka. Neki njihov ukućanin im je trebao držati kartice na udaljenosti od 30 cm od njihovog lica i okrenuti karticu u jednu od strana, a osoba bi trebala pogoditi na koju stranu je E okrenut. Svaki dan bi

de udaljenost kartice trebala povećati za 15 do 30 cm, sve dok udaljenost ne dođe do 6 metara. Svi pacijenti su izjavili da je došlo do poboljšanja vizualnog funkcioniranja, a 3 od 5 koji su došli na ponovnu procjenu vida su imali normalne testove.

Mulugeta i sur. (2015) opisuju slučaj gdje im je u pratnji majke došla 21 godišnja ženska osoba koja se žalila kako je prije tjedan dana izgubila vid na oba oka. Sve vidne funkcije su bile normalne, a liječnici su na početku na pregledu sumnjali na simuliranje. U suradnji s psihijatrom ta mogućnost je otklonjena i pacijentici je dijagnosticiran konverzivni poremećaj. Tijekom razgovora s psihijatrom i na neurološkom pregledu osoba je pokazala dobru koncentraciju, dobro snalaženje u vremenu i prostoru, dobro pamćenje i ravnodušnost prema vlastitim simptomima. Osam mjeseci prije njezinog gubitka vida je izgubila na 45 dana mogućnost govora. Tada je primljena na psihijatrijsko liječenje i korištena je farmakoterapija i psihoterapija. Nakon tri dana terapije bila je u mogućnosti proizvoditi zvukove poput kašljanja, nakon četiri dana je bila sposobna izgovoriti nekoliko riječi i peti dan joj je govor bio normalan. Mjesec dana prije njezinog iznenadnog gubitka vida posjetila je psihijatra zbog drugog problema. Nakon što ju je majka obavijestila o životno ugrožavajućoj bolesti njezinog oca, pacijentica je u roku od nekoliko sati izgubila mogućnost govora. Uz pomoć prijateljice govor joj se vratio nakon 2 tjedna bez medicinske ili psihijatrijske intervencije. Za tretman gubitka vida bile su korištene farmakoterapija i psihoterapija zajedno sa vođenom imaginacijom, progresivnim opuštanjem mišića i vježbama disanja. Nakon tjedan dana pacijentica se počela postupno oporavljati. Prvo je vidjela samo svjetlo, zatim je počela prepoznavati osobe u svojoj okolini, počevši sa njezinom majkom, a nakon tri tjedna joj se vid potpuno oporavio.

Chang, Bateman i Capo-Aponte (2015) opisuju kako je tridesetogodišnja medicinska sestra iz američke vojske dovedena na neurooptometričnu procjenu, a žalila se na fotofobiju u desnom oku i zamućeni vid. Problemi s vidom osobe su se prvi put pojavili 28 mjeseci prije dolaska nakon njezinog služenja u Iraku gdje je bila izložena desetominutnom napadu iz ručnih bacača granata. Njenom kolegi vojniku amputirane su obje ruke, a drugi je ubijen. Tijekom iduća 24 mjeseca došlo je do postupnog pogoršanja vida osobe, zajedno s dijagnozom PTSP-a i postraumatske insomnije. Nakon 24 mjeseca dijagnosticiran joj je konverzivni poremećaj i fotosenzitivnost. Osobi je preporučeno psihijatrijski i psihoterapeutski tretman nakon što je isključena mogućnost simulacije.

Bezerra i sur. (2018) su opisali tridesetodevetogodišnjeg muškarca koji je došao u bolnicu na operaciju kralježnice, tijekom koje je došlo do komplikacija i gubitka krvi. Dva dana nakon

operacije je pokazivao mentalnu zbunjenost i slabost u ekstremima za koji se nije mogao naći uzrok. Treći dan je pacijent pokazivao još veću motoričku slabost, retrogradnu amneziju i potpuni gubitak vida. Za nijedan od ovih simptoma nije pronađeno organsko objašnjenje. Četvrti postoperativni dan je pacijent počeo pokazivati nesanicu, uznemirenost i emocionalnu nestabilnost, poteškoće u govornom izražavanju i još uvijek potpuni gubitak vida. Dijagnosticiran mu je gubitak vida uzrokovan konverzivnim poremećajem. Korištena je farmakoterapija i psihoterapija i pacijent je dvanaesti dan poslije operacije pušten iz bolnice s blagim simptomima, a na ponovnoj procjeni 60 dana nakon operacije nije pokazivao niti jedan konverzivni simptom.

Agarwal (2019) prezentira slučaj 11-godišnje djevojčice s vrućicom, kašljem i dispnejom. Tijekom administracije intravenska kanila joj je bila smještena u antecubitalnu fosu. Tijekom administracije antibiotika cefalosporina žalila se na bol na mjestu kanile s utrnutosti u istoj ruci. Otkriveno je da joj je kanila slučajno smještena u brahijalnu arteriju. Sestrinsko je osoblje zvalo u pomoć, brzo se odazvalo još sestrinskog osoblja i liječnik hitne pomoći, a majka pacijentice se jako uznemirila. Unutar minute od uklanjanja kanile pacijentica se žalila na iznenadni gubitak vida na oba oka. Pregled je pokazao normalnu veličinu zjenice i očuvani svjetlosni refleksi, ali pacijentica nije mogla percipirati kretanje ruke nego je samo vidjela žarko svjetlo. Nije pronađen nikakvi organski uzrok oštećenja, već je nakon konzultacije s više stručnjaka zaključeno da je njezina anksioznost tijekom stavljanja i uklanjanja kanile, povezana sa separacijom od majke uzrokovala konverzivni poremećaj s funkcionalnim gubitkom vida. Bila je uključena u kognitivno-bihevioralnu terapiju i nakon četiri mjeseca nije pokazivala nikakve konverzivne simptome.

11.3. Disocijativni poremećaji i oštećenja vida

Waldvogel, Ullrich, & Strasburger (2007) opisuju slučaj disocijativnog poremećaja identiteta kod kojeg je postojalo različito vizualno funkcioniranje u različitim stanjima identiteta. Osobi je bila dijagnosticirana kortikalna sljepoća. Tijekom psihoterapeutskog tretmana su u početku samo određeni identiteti pokazali poboljšanje, dok su neki ostali slijepi. Do završetka psihoterapije vid se potpuno oporavio.

Bhuvaneshwar i Spiegel (2013) opisuju slučaj tridesetpetogodišnje samohrane majke koja je bila slijepa od rođenja s nejasnom patogenezom, a u medicinskoj anamnezi joj je pisalo da ima bilateralno oštećenje vidnog živca uzrokovano traumom tijekom rođenja.

Pacijentica je dovedena na psihijatrijsko liječenje kako bi se provelo hipnotičko savjetovanje. Pacijentica si je kuhinjskim nožem urezala riječi “debeli svinja” i “mrzim te (svoje ime)” na ruku i tvrdila je kako se ne sjeća da je to učinila. Također se nije mogla sjetiti kako je dobila opekline na rukama. Dva mjeseca prije je bila hospitalizirana radi pokušaja samoubojstva, a godinu dana prije je na sličan način urezala „dumb shit” i „mad” na ruku bez svjesnog sjećanja te epizode. Ranije je bila dijagnosticirana sa nespecificiranim disocijativnim poremećajem, anoreksijom, depresijom i graničnim poremećajem raspoloženja. Imala je široku povijest traume vezanu uz majku iz najranijeg djetinjstva. Tijekom hipnoze je pokazala više identiteta koji su pokazivali različito vizualno funkcioniranje, verbalnu ekspresiju i spontano pisanje različitim rukama. U follow up hipnotičnom savjetovanju deset godina nakon prvog pregleda različiti identiteti osobe su opet pokazali različitu vizualnu oštrinu i prisutnost/neprisutnost nistagmusa.

Strasburger i Waldvogel (2015) opisuju sljedeću situaciju: B.T., slijepa osoba ženskog spola, 33 godine, je bila referirana na psihoterapiju kod jednog od autora. 13 godina ranije je proživjela nesreću nakon koje je došlo do teškog oštećenja vida koje je postupno prešlo u punu sljepoću. Osoba je na psihoterapiju došla zbog disocijativnog poremećaja identiteta. U tijeku psihoterapije je pokazala 10 različitih identiteta različite dobi, roda, stavova, temperamenata, sklonosti i drugih aspekata ličnosti. Glas, gestikulacija, verbalno izražavanje, jezik izražavanja su bili različiti za svaku osobnost. Na psihoterapije je uvijek dolazila sa psom vodičem. Nakon 4. godine psihoterapije je počela u jednom od svojih muških identiteta vizualno prepoznavati neke riječi. U tijeku psihoterapije se broj videćih identiteta sve više povećavao, a broj slijepih sve više smanjivao. U videćim identitetima je oštećenje vida gotovo potpuno nestalo. Videći i slijepi identiteti su se mogli mijenjati iz sekunde u sekundu.

Adesanya i sur. (2020) opisuju slučaj petnaestogodišnje djevojčice koja se žalila na unilateralni potpuni gubitak vida u lijevom oku i istovremeno pogoršanje vida u desnom. Mjesec dana prije dolaska počela je doživljavati epizode diplopije kada bi zatvorila oči na nekoliko minuta, nakon čega bi joj se vid vratio u normalu. Ovo su primijetili i njezini roditelji i kolege u školi i to je trajalo sve dok to nije vidio jedan od njezinih učitelja koji joj je onda prisilno otvorio oči, uzrokujući joj značajnu psihološku bol i nemir. Tjedan dana nakon ovog događaja došla je na oftalmološki odjel s već prije spomenutim simptomima. Oftalmološki pregled nije pokazao nikakve abnormalnosti pa je poslana na razgovor psihijatru. Psihijatar joj je dijagnosticirao konverzivni poremećaj. Vođen je razgovor s obitelji gdje je njoj i njezinoj obitelji rečeno da će

joj se s dovoljno odmora i potpore vid definitivno vratiti. Poslana je kući i nakon dva tjedna je doživjela potpuni oporavak.

Ganesh i sur. (2021) opisuju slučaj djevojčice od 11 godina koja se žalila na nagli i bezbolni gubitak vida na lijevom oku dva dana prije dolaska. Djevojčica je, uz gubitak vida, počela doživljavati sinkopalne napade, abnormalne pokrete udova i napadaje anksioznosti nakon što se jedan dan tijekom puta iz škole doma susrela s, kako je ona to opisala mračnom prikazom. Oftalmološki i neurološki pregled nisu uspjeli naći nikakvo objašnjenje za njezin gubitak vida. Nakon dužeg nagovaranja, roditelji su prihvatili da im dijete prođe psihijatrijsku procjenu, ponukani nedostatkom poboljšanja djetetovog vida. Dijagnosticiran joj je disocijativni poremećaj s konverzijom, a dijete je uključeno u psihoterapiju. Nakon mjesec dana psihoterapije, došlo je do potpunog oporavka vida.

Sahu i sur. (2021) su prikazali slučaj trinaestogodišnjakinje koja je pokazivala naglo značajno smanjenje vida na desnom oku. Oftalmološki pregled nije našao nikakvo objašnjenje za njezine simptome. Nagli nastup bolesti, njena ravnodušnost prema simptomima i nedostatak organskog objašnjenja za njezine simptome je upućivao na disocijativni poremećaj. U razgovoru s psihijatrom se pokazalo da je dan prije njezinu prijateljicu iz razreda kaznio učitelj i da je bio najavljen test za koji ona nije bila spremna, a oba događaja su je jako pogodila. Korištenjem uvjeravanja i objašnjavanja njezinih simptoma došlo je do naglog poboljšanja vida i uskoro se vid u potpunosti oporavio.

Znanstvenici su prikazali i mnoga istraživanja koja su se bavila konverzivnim simptomima bez da je vid bio primarni fokus istraživanja. Tako su Falik i Sigal (1971) pronašli da je dvoje od 40 osoba s dijagnosticiranom histerijom pokazalo vidne histerične konverzivne simptome. Kod Hafeiza (1980) je od 61 pacijenta sa histeričnim konverzivnim simptomima samo 2 pokazalo simptome histeričnog oštećenja vida. Murase i suradnici (2000.) su pronašli da je u Japanu kod 40 % djece (17 od 44) s konverzivnim poremećajem pronađeno određeno oštećenje vida. Par istraživanja u Indiji koje su proveli Dixit i sur.(2019) i Ranjan i sur. (2016) u radu s djecom i adolescentima kojima je dijagnosticiran disocijativni poremećaj su pokazala smanjenje vizuokonstruktivne i vizualno organizacijske sposobnosti, ali bez smanjenja vidnog polja ili vidne oštine.

12. Metode liječenja oštećenja vida kod disocijativnih poremećaja

Kroz pregled istraživanja su vidljive različite manifestacije oštećenja vida uzrokovano disocijativnim poremećajem: sljepoća, slabovidnost, tunelski vid, diplopije, fotofobija, vizualne distorzije, vizualne halucinacije. Njihove metode liječenja u svim prikazanim istraživanjima su bile raznovrsne. Isključujući zastarjele i odbačene metode poput pijavica, cinka ili elektriciteta, metode liječenja oštećenja vida kod disocijativnih poremećaja uključuju:

1. Sugestiju i uvjeravanje (Mann, 1960, Adesanya i sur. 2020, Sahu i sur., 2021).
2. Placebo (Mann, 1960)
3. Vidne vježbe (Barris i sur., 1992, Pula i sur., 2015)
4. Psihoterapiju (Wilkins i Field, 1968, Mulugeta i sur. 2015, Barrera i sur., 2018, Agarwal, 2019, Waldwogel i sur., 2007, Gamesh i sur., 2021, Bezerra i sur.,2018)
5. Hipnozu (Wilkins i Field, 1968, Bhuvaneshwar i Spiegel,2013)
6. Farmakoterapiju (Mulugeta i sur.,2015, Bezerra i sur.,2018)

Iako postoji mnogo različitih studija slučajeva koje pokazuju liječenje i tijek bolesti, postoji jako malo sistematskih istraživanja s većim brojem sudionika i kontrolnom skupinom koje bi dale znanstveno utemeljene podatke o učinkovitosti različitih intervencija. Psihoterapija je najčešće korištena metoda liječenja u literaturi, ali specifično za oštećenja vida nema istraživanja koja se bave vrstom psihoterapeutskog pristupa koji je najučinkovitiji i najprikladniji.

12. Zaključak

Povijest i sadašnjost disocijativnih poremećaja je ispunjena kontroverzom i nesuglasicama. Od duge i turbulentne povijesti histerije do današnjih nesuglasica između DSM-a i MKB-a, stručnjaci raznih struka su raspravljali o etiologiji, klasifikaciji i obilježjima ovih poremećaja. Danas je prihvaćeno da su disocijativni poremećaji najčešće povezani s nekim oblikom traume i opisani su različiti simptomi koji su dio ovoga poremećaja, poput depersonalizacije/derealizacije, promjena u identitetu, stanja transa, amnezije, konverzije, ali kako točno klasificirati ove poremećaje i kako koncipirati njihovu etiologiju ostaje još neriješeno.

Negativan utjecaj koji disocijativni poremećaji imaju na vid je dobro dokumentiran. Već 150 godina unatrag zabilježeni su detaljni opisi slučajeva u kojima su opisane situacije u kojima osoba naglo, i naizgled neobjašnjivo, razvije oštećenje vida. Nejasnoća oko točne etiologije i točnih obilježja se odrazila i u raznim nazivima koje je ovo oštećenje nosilo kroz povijest: histerični gubitak vida, histerična sljepoća, funkcionalni gubitak vida, konverzivno oštećenje vida, nefiziološki gubitak vida, neorganski gubitak vida, psihogenični gubitak vida, medicinski neobjašnjeni gubitak vida. Vrste oštećenja vida koje ovo stanje uzrokuje uključuju: diplopiju, sljepoću, zamućeni vid, smanjenje oštine vida, suženje vidnog polja, fotofobiju i vizualne halucinacije.

U većini slučajeva nastanku simptoma prethodi neki traumatski događaj ili konflikt, ali ne uvijek. Često, pogotovo kod mlađih osoba, simptomi se naglo pojave i jako brzo i nestanu, ali kod osoba kojima simptomi traju duže i koje duže imaju dijagnozu disocijativnih poremećaja, simptomi mogu trajati godinama i desetljećima. S obzirom na ozbiljnost ovoga stanja postoji jako malo suvremenih istraživanja s većim uzorkom i mogućnosti generalizacije koja se specifično bave oštećenjima vida kod disocijativnih poremećaja. Većina dostupnih suvremenih istraživanja u ovom području su još uvijek studije slučaja. Može se reći da oštećenja vida žive u sjeni drugih simptoma ovih poremećaja. Tako je i s raznim intervencijama koje su opisane u tim studijama slučaja. Tako se za liječenje oštećenja vida kod disocijativnih poremećaja koriste: psihoterapija, sugestija i uvjeravanje, placebo, vidne vježbe, hipnoza i farmakoterapija, a suvremena istraživanja koja se bave učinkovitošću ovih metoda specifično kod osoba oštećena vida su nepostojeća.

Potrebna su daljnja istraživanja o etiologiji i metodama liječenja specifično ovog oštećenja vida kako bi se omogućila što preciznija dijagnostika, što bolje liječenje, i na kraju što optimalniji oporavak i funkcioniranje osoba s disocijativnim poremećajem i oštećenjem vida.

13. Literatura

1. Adesanya, O. A., Adewale, B. A., Oduguwa, I. O., & Onumeguolor, J. A. (2020). Sudden Mono-ocular Vision Loss in An Adolescent Female: A Case Report and Review of the Literature. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 2(3).
2. Agarwal, H. S. (2019). Conversion disorder manifesting as functional visual loss. *The Journal of Emergency Medicine*, 57(1), 94-96.
3. Ali, S., Jabeen, S., Pate, R. J., Shahid, M., Chinala, S., Nathani, M., & Shah, R. (2015). Conversion disorder—mind versus body: a review. *Innovations in clinical neuroscience*, 12(5-6), 27.
4. Avdibegović, E. (2023). MKB-11 klasifikacija duševnih poremećaja – izazov za integraciju psihodinamičkog pristupa. *Psihoterapija*, 37 (1-2), 37-82.
5. Barris, M. C., Kaufman, D. I., & Barberio, D. (1992). Visual impairment in hysteria. *Documenta ophthalmologica*, 82, 369-382.
6. Bezerra, D. M., Bezerra, E. M., Silva Junior, A. J., Amorim, M. A. S., & Miranda, D. B. D. (2018). Postoperative visual loss due to conversion disorder after spine surgery: a case report. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 68, 91-95.
7. Bhavsar, V., Ventriglio, A., & Bhugra, D. (2016). Dissociative trance and spirit possession: Challenges for cultures in transition. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(12), 551-559.
8. Bhuvaneshwar, C., & Spiegel, D. (2013). An eye for an I: a 35-year-old woman with fluctuating oculomotor deficits and dissociative identity disorder. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61(3), 351-370.
9. Brand, B., Classen, C., Lanins, R., Loewenstein, R., McNary, S., Pain, C., & Putnam, F. (2009). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(2), 153.
10. Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 646-654.
11. Brand, B., & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomenology, and treatment. *Psychiatric Times*, 27(10), 62-69.
12. Brand, B. L., Myrick, A. C., Loewenstein, R. J., Classen, C. C., Lanius, R., McNary, S. W., ... & Putnam, F. W. (2012). A survey of practices and recommended treatment

- interventions among expert therapists treating patients with dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(5), 490.
13. Brand, B. L., McNary, S. W., Myrick, A. C., Classen, C. C., Lanius, R., Loewenstein, R. J., ... & Putnam, F. W. (2013). A longitudinal naturalistic study of patients with dissociative disorders treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research*,
 14. Briere, J., Weathers, F. W., & Runtz, M. (2005). Is dissociation a multidimensional construct? Data from the Multiscale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(3), 221-231.
 15. Briere, J. (2006). Dissociative symptoms and trauma exposure: Specificity, affect dysregulation, and posttraumatic stress. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 78-82.
 16. Broussolle, E., Gobert, F., Danaila, T., Thobois, S., Walusinski, O., & Bogousslavsky, J. (2014). History of physical and 'moral'treatment of hysteria. *Hysteria: The rise of an enigma*, 35, 181-197
 17. Carota, A., & Calabrese, P. (2014). Hysteria around the world. *Hysteria: The rise of an enigma*, 35, 169-180.
 18. Chang, A., Bateman, J., & Capó-Aponte, J. E. (2015). Conversion Disorder Presenting with Unilateral Photophobia and Vision Loss. *Optometry & Visual Performance*, 3(3).
 19. Cronin, E., Brand, B. L., & Mattanah, J. F. (2014). The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 22676.
 20. Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., ... & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological bulletin*, 138(3), 550.
 21. De Bustos, E. M., Galli, S., Haffen, E., & Moulin, T. (2014). Clinical manifestations of hysteria: an epistemological perspective or how historical dynamics illuminate current practice. *Hysteria: The rise of an enigma*, 35, 28-43.
 22. Dattilo, M., Biousse, V., Bruce, B. B., & Newman, N. J. (2016). Functional and simulated visual loss. *Handbook of clinical neurology*, 139, 329-341.

23. Ding, J. M., & Kanaan, R. A. A. (2017). Conversion disorder: a systematic review of current terminology. *General hospital psychiatry*, 45, 51-55.
24. Dixit, A., Singh, S., Kar, S. K., Arya, A., & Agarwal, V. (2019). Neuro-Cognition in adolescents with dissociative disorder: A study from a Tertiary Care Center of North India. *Indian journal of psychological medicine*, 41(3), 246-251.
25. Durning, E. H., Elahi, F. M., Taieb, O., Moro, M. R., & Baubet, T. (2011). A critical review of dissociative trance and possession disorders: etiological, diagnostic, therapeutic, and nosological issues. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(4), 235-242.
26. Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., ... & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402-417.
27. Egan, R. A., & LaFrance Jr, W. C. (2015, October). Functional vision disorder. In *Seminars in neurology* (Vol. 35, No. 05, pp. 557-563). Thieme Medical Publishers.
28. Ejareh dar, M., & Kanaan, R. A. (2016). Uncovering the etiology of conversion disorder: insights from functional neuroimaging. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 143–153.
29. Fallik, A., & Sigal, M. (1971). Hysteria—the choice of symptom site: A review of 40 cases of conversion hysteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 19(5), 310-318.
30. Foutch, B. K. (2015). An atypical presentation of visual conversion disorder. *Journal of Optometry*, 8(4), 273-275.
31. Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(1), 29-36.
32. Friesen, H., & Mann, W. A. (1966). Follow-up study of hysterical amblyopia. *American Journal of Ophthalmology*, 62(6), 1106-1115.
33. Ganesh, S. C., Narayanasamy, V., Thaliath, L. P., & Rao, S. G. (2021). Psychogenic Blindness as a Rare Cause of Presumed Vision Loss. *TNOA Journal of Ophthalmic Science and Research*, 59(1), 83-84.
34. Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., & Emrich, H. M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(4), 249-257.

35. Gentile, J. P., Snyder, M., & Gillig, P. M. (2014). Stress and trauma: Psychotherapy and pharmacotherapy for depersonalization/derealization disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(7-8), 37.
36. Gradle, H. (1909). The blindness of hysteria. *Journal of the American Medical Association*, 52(17), 1308-1310.
37. Hafeiz, H. B. (1980). Hysterical conversion: a prognostic study. *The British Journal of Psychiatry*, 136(6), 548-551.
38. Hubbell, A. A. (1897). Hysterical or functional blindness. *Transactions of the American Ophthalmological Society*, 8, 200.
39. Hunter, E. C., Charlton, J., & David, A. S. (2017). Depersonalisation and derealisation: assessment and management. *Bmj*, 356.
40. Ironside, R., & Batchelor, I. R. C. (1945). The ocular manifestations of hysteria in relation to flying. *The British Journal of Ophthalmology*, 29(2), 88
41. LaFrance Jr, W. C. (2014). 'Hysteria' Today and Tomorrow. *Hysteria: The Rise of an Enigma*, 35, 198-204
42. Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(3), 229-242.
43. Loewenstein, R. J., & Putnam, F. W. (2017). Dissociative disorders. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, 1, 1866-1952.
44. Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & Varese, F. (2020). The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 46(5), 1104-1113.
45. Ludwig, L., Pasman, J. A., Nicholson, T., Aybek, S., David, A. S., Tuck, S., ... & Stone, J. (2018). Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 307-320.
46. Kanaan, R. A. (2016). Freud's hysteria and its legacy. *Handbook of clinical neurology*, 139, 37-44.
47. Kate, M. A., Hopwood, T., & Jamieson, G. (2020). The prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 16-61.
48. LaFrance Jr, W. C. (2014). 'Hysteria' Today and Tomorrow. *Hysteria: The Rise of an Enigma*, 35, 198-204

49. Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(3), 229-242.
50. Loewenstein, R. J., & Putnam, F. W. (2017). Dissociative disorders. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*, 1, 1866-1952.
51. Longden, E., Branitsky, A., Moskowitz, A., Berry, K., Bucci, S., & Varese, F. (2020). The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 46(5), 1104-1113.
52. Ludwig, L., Pasma, J. A., Nicholson, T., Aybek, S., David, A. S., Tuck, S., ... & Stone, J. (2018). Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis of case-control studies. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 307-320.
53. Mangiulli, I., Otgaar, H., Jelicic, M., & Merckelbach, H. (2022). A critical review of case studies on dissociative amnesia. *Clinical Psychological Science*, 10(2), 191-211.
54. Mann, W. A. (1960). Hysterical amblyopia. *Quarterly Bulletin of the Northwestern University Medical School*, 34(3), 215.
55. Manning, M. L., & Manning, R. L. (2009). Convergent paradigms for visual neuroscience and dissociative identity disorder. *Journal of trauma & dissociation*, 10(4), 405-419.
56. Merckelbach, H., Boskovic, I., Pesy, D., Dalsklev, M., & Lynn, S. J. (2017). Symptom overreporting and dissociative experiences: A qualitative review. *Consciousness and Cognition*, 49, 132-144.
57. Mueller-Pfeiffer, C., Moergeli, H., Schumacher, S., Martin-Soelch, C., Wirtz, G., Fuhrhans, C., ... & Rufer, M. (2013). Characteristics of child maltreatment and their relation to dissociation, posttraumatic stress symptoms, and depression in adult psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(6), 471-477.
58. Mulugeta, S., Tesfay, K., Frank, R., & Gruber-Frank, C. (2015). Acute loss of vision in a young woman: a case report on psychogenic blindness. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 25(1), 99-104.
59. Murase, S., Sugiyama, T., Ishii, T., Wakako, R., & Ohta, T. (2000). Polysymptomatic conversion disorder in childhood and adolescence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 132-136.
60. Mychailyszyn, M. P., Brand, B. L., Webermann, A. R., Şar, V., & Draijer, N. (2021). Differentiating Dissociative from Non-Dissociative Disorders: A Meta-Analysis of

- the Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders (SCID-D) *Journal of Trauma and Dissociation*, 22(1), 19-34.
61. Myrick, A. C., Webermann, A. R., Loewenstein, R. J., Lanius, R., Putnam, F. W., & Brand, B. L. (2017). Six-year follow-up of the treatment of patients with dissociative disorders study. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1344080.
 62. Nicholson, T. R., Stone, J., & Kanaan, R. A. (2011). Conversion disorder: a problematic diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(11), 1267-1273.
 63. Ironside, R., & Batchelor, I. R. C. (1945). The ocular manifestations of hysteria in relation to flying. *The British Journal of Ophthalmology*, 29(2), 88.
 64. Öztürk, E., & Sar, V. (2008). Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(6), 662-668.
 65. Pasol, J. (2019). Nonorganic visual disorders. *International ophthalmology clinics*, 59(3), 141-152.
 66. Pula, J. H., Fischer, M., Yuen, C. A., & Kattah, J. C. (2015). Using the theories of Joseph Babinski to manage functional vision loss. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 28(2), 46-52.
 67. Putnam, F. W. (2015). Dissociative disorders. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*, 657-695.
 68. Ranjan, R., Mehta, M., Sagar, R., & Sarkar, S. (2016). Relationship of cognitive function and adjustment difficulties among children and adolescents with dissociative disorder. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 7(02), 238-243.
 69. Raviskanthan, S., Wendt, S., Ugoh, P. M., Mortensen, P. W., Moss, H. E., & Lee, A. G. (2022). Functional vision disorders in adults: a paradigm and nomenclature shift for ophthalmology. *Survey of ophthalmology*, 67(1), 8-18.
 70. Renard, S. B., Huntjens, R. J., Lysaker, P. H., Moskowitz, A., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. (2017). Unique and overlapping symptoms in schizophrenia spectrum and dissociative disorders in relation to models of psychopathology: a systematic review. *Schizophrenia bulletin*, 43(1), 108-121.
 71. Ross, C. A., & Browning, E. (2017). The self-report dissociative disorders interview schedule: A preliminary report. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(1), 31-37.
 72. Sahu, S., Mishra, S., Ranjan Mishra, B., Nath, S., & Mohapatra, D. (2021). Acute Painless Visual Loss: What the eyes cannot see, the mind should know. *Psychiatria Danubina*, 33(broj 4), 591-592.

73. Salami, A., Andreu-Perez, J., & Gillmeister, H. (2020). Symptoms of depersonalisation/derealisation disorder as measured by brain electrical activity: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *118*, 524-537.
74. Şar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, *149*(1-3), 169-176.
75. Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology research international*, *2011*(1), 404538.
76. Şar, V., Dorahy, M. J., & Krüger, C. (2017). Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. *Psychology research and behavior management*, 137-146.
77. Sletteberg, O., Bertelsen, T., & Høvding, G. (1989). The prognosis of patients with hysterical visual impairment. *Acta ophthalmologica*, *67*(2), 159-163
78. Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, *9*, 299-326.
79. Spiegel, D., & Simeon, D. (2015). Dissociative disorders. *Study Guide to DSM-5*, 195-210.
80. Staniloiu, A., & Markowitsch, H. J. (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*, *1*(3), 226-241.
81. Steinberg, M. (2022). *The SCID-D interview: Dissociation assessment in therapy, forensics, and research*. American Psychiatric Pub.
82. Stone, J., LaFrance Jr, W. C., Brown, R., Spiegel, D., Levenson, J. L., & Sharpe, M. (2011). Conversion disorder: current problems and potential solutions for DSM-5. *Journal of psychosomatic research*, *71*(6), 369-376.
83. Strasburger, H., & Waldvogel, B. (2015). Sight and blindness in the same person: Gating in the visual system. *PsyCh Journal*, *4*(4), 178-185.
84. Trimble, M., & Reynolds, E. H. (2016). A brief history of hysteria: from the ancient to the modern. *Handbook of clinical neurology*, *139*, 3-10.
85. Yang, J., Millman, L. M., David, A. S., & Hunter, E. C. (2023). The prevalence of depersonalization-derealization disorder: a systematic review. *Journal of Trauma & Dissociation*, *24*(1), 8-41.
86. Yayla, S., Bakım, B., Tankaya, O., Ozer, O. A., Karamustafalioglu, O., Ertekin, H., & Tekin, A. (2015). Psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder and prevalence of dissociative symptoms. *Journal of Trauma & Dissociation*, *16*(1), 29-38.

87. Waldvogel, B., Ullrich, A., & Strasburger, H. (2007). Sighted and blind in one person: a case report and conclusions on the psychoneurobiology of vision. *Der Nervenarzt*, 78, 1303-1309.
88. Weller, M., & Wiedemann, P. (1989). Hysterical symptoms in ophthalmology. *Documenta ophthalmologica*, 73, 1-33.
89. Wilkins, L. G., & Field, P. B. (1968). Helpless under attack: hypnotic abreaction in hysterical loss of vision. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 10(4), 271-275.
90. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) (2018). Dostupno na <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
91. Wynick, S., Hobson, R. P., & Jones, R. B. (1997). Psychogenic disorders of vision in childhood ("visual conversion reactions"): perspectives from adolescence: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3), 375-379.