

Diagnosis dan Tatalaksana *Dissociative Identity Disorder* Atau *Multiple Personality Disorder* : Sebuah Tinjauan Puskatka

Kadek Rusjaya

UPTD Puskesmas Tabanan I Kabupaten Tabanan Provinsi Bali

SUBMISSION TRACK

Submitted : 15 November 2024
Accepted : 20 November 2024
Published : 21 November 2024

KEYWORDS

Dissociative Identity Disorder(DID), Personality disorders, Psychotherapy

CORRESPONDENCE

E-mail: rusjaya.sinatra@gmail.com

A B S T R A C T

Dissociative Identity Disorder (DID), commonly known as Multiple Personality Disorder (MPD), is a mental health condition that usually arises as a result of a traumatic event to help people avoid unpleasant memories. One of the signs of personality disorder is inflexible and destructive thought patterns. Personality disorders are more commonly found in clinical patients compared to the general population. The etiology of (DID) includes a confluence of biological, psychological, and environmental factors. Based on the DSM-5, there are 5 criteria for the diagnosis of DID. Treatment approaches for DID consist of psychotherapy, pharmacotherapy and integrated approaches.

2024 All right reserved

This is an open-access article under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license

PENDAHULUAN

Gangguan Identitas Disosiatif (DID) adalah kondisi mental yang berhubungan dengan trauma dengan dengan prevalensi terdiagnosis sebesar 1,5% di seluruh dunia. Hal ini berasal dari trauma berulang di masa kecil dan bermanifestasi sebagai pemisahan kepribadian, menciptakan kepribadian yang terpecah atau alternatif yang dikenal sebagai "mengubah" pandangan mereka tentang diri mereka sendiri dan dunia. Dissociative Identity Disorder karena sifatnya yang luar biasa dan kesulitan dalam identifikasinya, jarang untuk dapat di diagnosis [1].

Dissociative Identity Disorder (DID), umumnya dikenal sebagai *Multiple Personality Disorder* (MPD), adalah kondisi kesehatan mental yang diperdebatkan yang biasanya muncul sebagai akibat dari peristiwa traumatis untuk membantu orang menghindari ingatan yang tidak menyenangkan. Gangguan kepribadian lebih banyak ditemukan pada pasien klinis dibandingkan dengan populasi umum [2].

Orang dapat dibedakan berdasarkan nama, pola asuh, dan karakteristik kepribadian mereka. Selama perilaku patologis telah ada selama satu tahun atau lebih, semua gangguan kepribadian dapat didiagnosis pada anak-anak, kecuali gangguan kepribadian antisosial atau *Antisocial Personality Disorder* (ASPD). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition, Text Revised (DSM-5-TR)* mencantumkan sepuluh gangguan kepribadian yang dikategorikan ke dalam tiga kelompok.

Konsep ketidak bertanggungjawaban sosial merupakan inti dari ASPD, yang ditandai dengan perilaku eksploitatif, kenakalan, dan kriminal tanpa rasa bersalah [3].

Adanya dua atau lebih identitas kepribadian yang terpisah adalah salah satu tanda (DID), bersama dengan faktor neurobiologis potensial seperti perubahan struktur dan fungsi otak, terutama di daerah-daerah seperti hipokampus dan amigdala, serta gangguan pada ingatan, identitas, dan mekanisme pengaturan emosi [4].

DID tidak dapat berkembang tanpa terpenuhinya keempat kondisi ini. Gangguan spektrum trauma adalah istilah yang mengacu pada beberapa penyakit, termasuk post-

traumatic stress disorder (PTSD), subtipe depresi berat, borderline personality disorder (BPD), dan dissociative disorders (DD) [5].

ETIOLOGI dan FAKTOR RESIKO

Etiologi dari (DID) mencakup pertemuan antara faktor biologis, psikologis, dan faktor lingkungan:

A. Faktor Biologi

1. Faktor Genetik

Meskipun penyebab utama DID adalah trauma selama perkembangan, beberapa bukti menunjukkan bahwa faktor genetik dapat meningkatkan kerentanan terhadap gangguan ini. Kemampuan hipnotis yang tinggi (sifat non-patologis non-patologis dengan dasar genetik) telah diusulkan sebagai diatesis potensial untuk DID. Oleh karena itu, individu dengan sifat hipnotis yang lebih tinggi mungkin lebih rentan mendapat DID ketika terpapar faktor lain yang diperlukan seperti pelecehan atau pengabaian masa kanak-kanak yang parah. Individu dengan penyakit pasca-trauma yang refrakter kronis juga memiliki tingkat kemampuan hipnotis yang lebih tinggi. Oleh karena itu, hal ini menunjukkan bahwa hal ini mungkin bukan merupakan penanda spesifik untuk DID, melainkan faktor risiko umum untuk kondisi yang berhubungan dengan trauma [6].

2. Kelainan Neurologi

Faktor neurobiologis juga berperan dalam etiologi DID. Henning (2013) mengusulkan bahwa individu dengan DID dapat menunjukkan kelainan pada struktur dan fungsi otak yang berkaitan dengan memori, regulasi emosi, dan identitas diri. Perubahan neurobiologis ini dapat berkontribusi pada fragmentasi identitas dan adanya kondisi kepribadian yang berbeda [7].

B. Trauma dan Pelecehan Masa Kecil

Trauma masa kecil merupakan faktor penyebab yang signifikan terhadap DID. Pengalaman traumatis, biasanya dimulai pada masa kanak-kanak, mengarah pada disosiasi identitas sebagai mekanisme koping [6].

Model pascatrauma menunjukkan bahwa DID terutama disebabkan oleh pelecehan fisik dan seksual pada masa kanak-kanak, yang terkotak-kotak sebagai mekanisme koping untuk melindungi individu dari pengalaman yang luar biasa [8].

C. Faktor Psikososial

Pola asuh yang tidak terorganisir dapat berkontribusi pada perkembangan DID. Pembentukan berbagai gambaran mental tentang diri sendiri dan figur pengasuh / kelekatan utama dapat dikaitkan dengan hubungan masa kecil yang tidak terorganisir atau tidak memadai. Wilkinson dan DeJong (2021) mengklaim bahwa ada korelasi antara kelekatan yang tidak teratur dan pengalaman pengabaian dan pelecehan masa kanak-kanak yang dilakukan oleh figur relasional. Akibatnya, hal ini dapat menjadi dasar untuk DID [7].

Keluarga, masyarakat, dan budaya secara signifikan mempengaruhi tingkat DID. Menurut Şar dkk. (2017), dinamika keluarga yang disfungsi, penyangkalan, pelanggaran batas, dan tradisi budaya yang menindas berkontribusi pada lingkungan yang kondusif untuk pelecehan dan penelantaran masa kanak-kanak, yang terkait dengan perkembangan DID [4].

KRITERIA DIAGNOSIS

A. Kriteria Diagnosis Berdasarkan DSM-5

Di antara gangguan disosiatif, DID menonjol dengan kriteria spesifik yang diuraikan dalam DSM-5. Menurut Spiegle dkk (2013), kriteria DSM-5 untuk DID

mebutuhkan setidaknya dua atau lebih kepribadian yang berbeda dalam diri satu orang. Setiap kepribadian dicirikan oleh keunikan pola perilaku, kesadaran, ingatan, dan persepsi yang unik terhadap dunia luar. Juga, Individu dengan DID biasanya mengalami episode amnesia, yang bermanifestasi sebagai kesenjangan yang signifikan dalam ingatan dan ingatan mereka tentang peristiwa kehidupan sehari-hari dan pengalaman traumatis [9].

Salah satu tantangan utama dalam mendiagnosis DID adalah kemiripannya dengan gangguan kejiwaan lainnya. DID sering kali terkait dengan gangguan psikologis lainnya. Gambaran klinis dan gejala yang tumpang tindih membuat pembedaan kondisi ini menjadi sulit. Akibatnya, hal ini dapat menyebabkan diagnosis yang kurang tepat atau salah diagnosis. Diagnosis DID juga masih diperdebatkan dan menantang karena berbagai makna yang dikaitkan dengan istilah “disosiasi. Oleh karena itu, ambiguitas dalam definisi ini dapat mempersulit proses diagnostik dan menyulitkan untuk mengidentifikasi sifat disosiasi yang tepat pada pasien. Selain itu, etiologi DID masih diperdebatkan. Kemiripan gejala ini berdampak pada cara dokter mendekati dan memahami gangguan ini. Akibatnya, hal ini berpotensi memengaruhi keputusan diagnostik [10].

Kriteria Diagnosis DID Berdasarkan DSM-5 [11]

KRITERIA DIAGNOSIS

- A. Gangguan identitas yang ditandai dengan dua atau lebih kondisi kepribadian yang berbeda, yang dapat digambarkan dalam beberapa budaya sebagai pengalaman kerasukan. Gangguan dalam identitas melibatkan diskontinuitas yang ditandai dalam rasa diri dan rasa agensi, disertai dengan perubahan terkait dalam pengaruh, perilaku, kesadaran, ingatan, persepsi, kognisi, dan/atau fungsi sensorik-motorik.
 - B. Kesenjangan yang berulang dalam mengingat kejadian sehari-hari, informasi pribadi yang penting, dan/atau peristiwa traumatis yang tidak konsisten dengan lupa biasa.
 - C. Gejala-gejala tersebut menyebabkan gangguan yang signifikan secara klinis dalam bidang sosial, pekerjaan, atau bidang fungsi penting lainnya.
 - D. Gangguan ini bukan merupakan bagian normal dari praktik budaya atau agama yang diterima secara luas. Catatan: Pada anak-anak, gejalanya tidak dapat dijelaskan dengan lebih baik oleh teman bermain khayalan atau permainan fantasi lainnya.
 - E. Gejala-gejala tersebut tidak disebabkan oleh efek fisiologis suatu zat (misalnya, pingsan atau perilaku yang kacau atau perilaku yang kacau selama keracunan alkohol) atau kondisi medis lainnya (misalnya, kejang parsial yang kompleks).
-

Identifikasi DID melibatkan penilaian yang komprehensif dengan menggunakan berbagai metode dan alat. Alat-alat ini mengukur pengalaman disosiatif dan gejala fisik yang terkait dengan disosiasi, masing-masing. Dokter juga menggunakan Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS) dan Structured Clinical Interview (SCI) untuk Gangguan Disosiatif dengan melakukan wawancara klinis terstruktur dan observasi. Selain itu, kriteria DSM-5 untuk DID juga digunakan. Penilaian yang tepat oleh profesional kesehatan mental yang berkualifikasi sangat penting untuk diagnosis yang akurat dan perawatan yang tepat untuk DID [10].

PENDEKATAN TERAPI

A. Psikoterapi

Psikoterapi adalah landasan untuk mengobati DID, yang bertujuan untuk mengatasi trauma yang kompleks dan karakteristik disosiasi tingkat tinggi dari kondisi ini.

Rencana perawatan terdiri dari pendekatan terapi tiga tahap. Fase awal berfokus pada membangun keamanan, menstabilkan pasien, dan mengurangi gejala seperti keinginan untuk bunuh diri dan perilaku melukai diri sendiri [12].

Fase kedua melibatkan pengintegrasian ingatan traumatis. Hal ini terutama memanfaatkan teknik pemaparan/reaksi dengan cara yang hati-hati. Selain itu, fase terakhir berfokus pada hubungan pasien dengan diri sendiri dan dunia luar, bekerja untuk mengintegrasikan berbagai kondisi kepribadian yang berbeda dan mencapai identitas yang kohesif.

Pendekatan terbaru seperti CBT yang berfokus pada trauma dan terapi perilaku dialektis (DBT) telah menunjukkan harapan dalam mengelola gejala yang tumpang tindih antara DID dan gangguan kepribadian ambang [13].

B. Farmakoterapi

Obat bukanlah terapi utama untuk DID. Namun, berbagai obat dapat digunakan untuk mengobati gejala DID tertentu. Gentile dkk. (2013) menekankan peresepan antidepresan dan obat ansiolitik untuk tujuan mengelola Post Traumatic Disorder (PTSD) pada individu yang didiagnosis DID [12].

Selain itu, ada baiknya mempertimbangkan penggunaan obat antipsikotik yang menghambat aktivitas reseptor dopamin (D2) dan serotonin (5-HT_{2A}) dalam terapi pasien yang menunjukkan gejala psikotik. Intervensi farmakologis, seperti naltrexone (untuk mengatasi perilaku melukai diri sendiri yang berulang) dan prazosin (untuk mengurangi mimpi buruk), juga digunakan. Penyedia layanan kesehatan harus secara hati-hati menilai dan memantau penggunaan obat pada pasien DID karena adanya potensi variabilitas gejala pada berbagai kondisi kepribadian yang berbeda [14].

C. Pendekatan Terintegrasi

Terapi komplementer dan alternatif dapat berperan dalam pengobatan DID. Hipnosis, khususnya, telah digunakan, karena pasien DID cenderung lebih mudah dihipnotis daripada populasi klinis lainnya. Terapi ini terutama direkomendasikan untuk pasien yang stabil dengan kemampuan koping yang memadai. Aspek penting dalam menangani DID adalah mengoordinasikan tim perawatan multidisiplin, termasuk psikiater, psikolog, pekerja sosial, dan profesional kesehatan lainnya. Mereka berkolaborasi untuk memberikan perawatan yang komprehensif menangani beragam aspek kondisi pasien [12].

ARAH MASA DEPAN DAN KEBUTUHAN PENELITIAN LAINNYA

A. Mengidentifikasi kesenjangan dalam pengetahuan saat ini tentang DID

Penelitian perlu mengatasi beberapa kesenjangan utama dalam pengetahuan saat ini untuk memajukan pemahaman kita tentang DID. Salah satu aspek penting adalah menentukan prevalensi dan kejadian DID yang akurat melalui studi epidemiologi yang komprehensif di berbagai populasi dan budaya. Perkiraan yang ada mungkin tidak sepenuhnya mendiagnosis tingkat gangguan yang sebenarnya. Selain itu, penelitian mengenai penyebab utama DID masih belum lengkap. Ada kebutuhan untuk mengeksplorasi peran trauma masa kanak-kanak, faktor genetik, kimiawi otak, dan kontributor potensial lainnya terhadap gangguan ini. Hal ini sangat penting untuk memastikan upaya deteksi dini dan pencegahan. Menurut Romanos dkk. (2021), membedakan DID dari kondisi kesehatan mental lainnya dengan gejala yang tumpang tindih adalah tantangan kritis lain yang membutuhkan alat dan kriteria diagnostik yang lebih baik [15].

Selain itu, memahami hubungan antara DID dan gangguan kejiwaan lainnya seperti PTSD dan BPD sangat penting untuk penyelidikan lebih lanjut.

B. Kemajuan Neuroimaging dan Biomarker

Kemajuan dalam neuroimaging sangat menjanjikan dalam memajukan pengetahuan kita tentang DID. Untuk Sebagai contoh, teknik neuroimaging modern dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif tentang perbedaan struktural dan fungsional otak yang terkait dengan DID. Teknik-teknik ini terdiri dari tensor difusi pencitraan tensor difusi, MRI fungsional, dan PET Scan [16].

Mengidentifikasi daerah atau jaringan otak tertentu yang terlibat dalam disosiasi dan gejala terkait dapat membantu para peneliti mendapatkan wawasan yang berharga tentang mekanisme DID. Selain itu, Reinders dkk. (2019) mencatat bahwa mengeksplorasi biomarker potensial, seperti indikator neurokimia atau genetik, dapat menawarkan alat diagnostik yang berharga dan berkontribusi lebih banyak pendekatan pengobatan yang dipersonalisasi dan ditargetkan untuk pasien DID [17].

KESIMPULAN

Menjelajahi etiologi, diagnosis, pengobatan, dan kontroversinya menawarkan pemahaman yang lebih dalam tentang kondisi kejiwaan yang langka namun signifikan ini. Trauma masa kecil dan stres berat di masa awal kehidupan muncul sebagai faktor kunci yang berkontribusi terhadap perkembangan kondisi identitas yang berbeda, atau “perubahan,” dalam diri individu. Mendiagnosis dan mengobati DID mencakup berbagai tantangan. Meskipun demikian, tinjauan ini menyoroti pentingnya perawatan berbasis trauma, pendekatan integratif, dan tim perawatan multidisiplin untuk memastikan hasil yang lebih baik. Penelitian lebih lanjut juga diperlukan untuk mengatasi kesenjangan dalam pengetahuan, mengembangkan intervensi yang efektif, dan mengurangi stigma seputar DID. Khususnya, orang dapat mendukung pasien DID dan bekerja untuk meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup mereka dengan mendorong pendekatan yang penuh kasih dan informasi. dan pendekatan yang terinformasi.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] Cudzik M, Soroka E, Olajossy M. Dissociative identity disorder as a wide range of defense mechanisms in children with a history of early childhood trauma. *Curr Probl Psychiatry* 2019;20:117–29. <https://doi.org/10.2478/cpp-2019-0006>.
- [2] Biskin RS. The lifetime course of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2015;60:303–8. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>.
- [3] Bremner JD, Wittbrodt MT. Stress, the brain, and trauma spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol* 2020;152:1–22. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2020.01.004>.
- [4] Şar V, Dorahy MJ, Krüger C. Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: A biopsychosocial perspective. *Psychol Res Behav Manag* 2017;10:137–46. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113743>.
- [5] Henning AM. The legitimacy and etiology of Dissociative Identity Disorder. *Concept* 2013;36.
- [6] Millard LN. *Dissociative Identity Disorder: Etiology, Media, and Stigma*. Student Publ 2020.
- [7] Wilkinson S, DeJong M. Dissociative identity disorder: a developmental perspective. *BJPsych Adv* 2021;27:96–8. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.35>.
- [8] Reinders AATS, Veltman DJ. Dissociative identity disorder: Out of the shadows at last? *Br J Psychiatry* 2021;219:413–4.

- <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.168>.
- [9] Spiegel D, Lewis-Fernández R, Lanius R, Vermetten E, Simeon D, Friedman M. Dissociative disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:299–326. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531>.
- [10] Thooloori S, Lokesh K, Shaik F, J SS, G P, D D. A review on dissociative identity disorder. *UPI J Pharm Med Heal Sci* 2021;3:12–6. <https://doi.org/10.37022/jpmhs.v3i1.17>.
- [11] del Barrio V. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. vol. 1. 2004. <https://doi.org/10.1016/B0-12-657410-3/00457-8>.
- [12] Gentile JP, Dillon KS, Dillon M, Gilling PM. Psychotherapy and psikotripsi in DID (2) (1) 2013;10:22–9.
- [13] International Society for the Study of Trauma. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: Summary version. *J Trauma Dissociation* 2011;12:188–212. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537248>.
- [14] Loewenstein RJ. Rational psychopharmacology in the treatment of multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 1991;14:721–40.
- [15] Romanos I, Preve M, Traber R. The gordian knot of overlapping symptoms between dissociative identity disorder and borderline personality disorder, the need for a clear cut: A case report. *Eur Psychiatry* 2021;64:S770–S770. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2039>.
- [16] Advincula RC. MRS 50th anniversary issue. *MRS Commun* 2023;13:673. <https://doi.org/10.1557/s43579-023-00483-7>.
- [17] Reinders AATS, Marquand AF, Schlumpf YR, Chalavi S, Vissia EM, Nijenhuis ERS, et al. Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: Pattern recognition study of brain biomarkers. *Br J Psychiatry* 2019;215:536–44. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.255>.