

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



**Problematika disociativní poruchy identity**

**Míra znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity**

Bc. Eliška Dutková

vedoucí práce: Mgr. Zuzana Janotková

**Praha 2014**

**Prague College of Psychosocial Studies**

**The Issue of Dissociative Identity Disorder**  
**The Level of Knowledge of Psychotherapists**  
**about Dissociative Identity Disorder**

Bc. Eliška Dutková

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Zuzana Janotková

**Praha 2014**

Čestně prohlašuji, že jsem tuto písemnou práci k magisterské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze dne 29. července 2014



.....

Velmi děkuji vedoucí mé práce Mgr. Zuzaně Janotkové za podnětné připomínky a mému příteli Ing. Ondřeji Chloubovi za cenné rady při statistickém zpracování dat.

## Obsah:

<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1 DISOCIACE A DISOCIATIVNÍ PORUCHY</b> .....	<b>3</b>
1.1 DISOCIACE .....	3
1.1.1 Pojetí disociace .....	5
1.1.2 Disociace neznamená represe .....	5
1.2 DISOCIATIVNÍ PORUCHY .....	6
1.2.1 Definice a klasifikace disociativních poruch.....	6
1.2.2 Typy disociativních poruch dle DSM-V.....	9
1.2.2.1 Disociativní amnézie (300.12) .....	9
1.2.2.2 Disociativní amnézie s disociativní fugou (300.13).....	10
1.2.2.3 Disociativní porucha identity (300.14) .....	10
1.2.2.4 Jiná specifikovaná disociativní porucha (300.15).....	10
1.2.2.5 Nespecifikovaná disociativní porucha (300.15).....	11
1.2.2.6 Depersonalizační / derealizační porucha (300.6).....	11
1.2.3 Prevalence disociativních poruch .....	12
<b>2 DISOCIATIVNÍ PORUCHA IDENTITY</b> .....	<b>14</b>
2.1 DEFINICE A KLASIFIKACE DISOCIATIVNÍ PORUCHY IDENTITY .....	14
2.2 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA DLE DSM-IV A DSM-V .....	15
2.3 ETIOLOGIE.....	17
2.4 PROJEVY A SYMPTOMY.....	20
2.4.1 Členění symptomů disociativní poruchy identity.....	22
2.4.1.1 Amnestické příznaky.....	22
2.4.1.2 Autohypnotické příznaky (manifestovány vysokou hypnabilitou) ..	24
2.4.1.3 Symptomy procesu disociace .....	25
2.4.1.4 Symptomy posttraumatické stresové poruchy (PTSP).....	26
2.4.1.5 Somatoformní symptomy .....	27
2.4.1.6 Afektivní symptomy.....	27
2.4.2 Projevy a symptomy zanesené v DES-II .....	28
2.4.3 Alternující identity.....	30
2.4.3.1 Dětské identity .....	34
2.4.3.2 Pronásledující a násilné identity.....	34
2.4.3.3 Ochranitelské a pomáhající identity.....	35
2.4.4 Switching .....	35
2.5 METODY PRO SCREENING A DIAGNOSTIKU DISOCIATIVNÍ PORUCHY IDENTITY A JINÝCH DISOCIATIVNÍCH PORUCH .....	36
2.5.1 Screeningové dotazníky .....	37
2.5.1.1 Dissociative Experiences Scale (DES).....	37
2.5.1.2 The Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20 a SDQ-5) ..	38
2.5.2 Klinická interview.....	39
2.5.2.1 Structured Clinical Interview Dissociative Disorders (SCID-D-R) .	39

2.5.2.2	The Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS) .....	40
2.6	PREVALENCE.....	40
2.7	DISOCIATIVNÍ PORUCHA IDENTITY A PSYCHOTERAPIE.....	43
2.7.1	<i>Terapeutické přístupy v léčbě disociativní poruchy identity</i> .....	43
2.7.1.1	Integracionalismus .....	43
2.7.1.2	Na osobu zaměřený přístup.....	44
2.7.1.3	Adaptacionalismus .....	45
2.7.1.4	Na fázi orientovaný přístup.....	45
2.7.1.5	Hypnóza .....	46
2.7.2	<i>Fáze terapie dle integracionalismu</i> .....	46
2.7.3	<i>Praktické zásady pro léčbu disociativní poruchy identity</i> .....	50
2.7.4	<i>Prognóza</i> .....	51
2.8	VÝSKYT DISOCIATIVNÍ PORUCHY IDENTITY V ODBORNÉ LITERAURE A VE VÝZKUMU .....	52
<b>3</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>54</b>
3.1	CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	54
3.1.1	<i>Hypotézy</i> .....	54
3.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	55
3.3	METODIKA SBĚRU DAT.....	58
3.3.1	<i>Demografické otázky</i> .....	61
3.3.2	<i>Znalostní bodované otázky</i> .....	62
3.3.3	<i>Nebodované otázky</i> .....	69
3.4	POPIS SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	70
3.5	ZÍSKANÁ DATA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	72
3.5.1	<i>Znalostní bodované otázky</i> .....	73
3.5.2	<i>Nebodované otázky</i> .....	82
3.6	SHRUTÍ HLAVNÍCH VÝSLEDKŮ .....	86
3.6.1	<i>Diskuse</i> .....	88
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>90</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY</b> .....	<b>91</b>
	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>1</b>

*„Nejsem jako ostatní lidé, žiji ve světě, kde nic není jisté, dokonce ani to, kdo jsem. Kimberly, já, může zmizet na týdny, a místo ní tam může být ta malá pětiletá, která zoufale bojuje s flashbaky souvisejícími s tím, co se stalo během rituálů kultu, anebo jsem sedmnáctiletá rozhněvaná sarkastická teenagerka, která se prvně objevila po znásilnění chlapeckým gangem. ... Nikdy si nejsem jistá, kým budu nebo kdy budu nějakou z těch alters, které utvářejí, čím a kým jsem.“*

(Žena léčená s disociativní poruchou identity, GLASS, 1993, předmluva – s. XVI)

## ÚVOD

Pro tuto práci jsem zvolila problematiku disociativní poruchy identity, Zprostředkovaně jsem se s touto problematikou setkala na praxi v organizaci pomáhající dospělým osobám sexuálně zneužitým v dětství. Porucha mne zaujala svou složitostí a zvláštností, někdy až tajemností či netransparentností, a deklarovanou vzácností. Jelikož jsem u sebe postrádala potřebné znalosti této problematiky, začala jsem pátrat po zdrojích relevantních informací. Při pátrání jsem narážela na mnohá úskalí a dospěla jsem k závěru, že v České republice nemáme k dispozici dostatek takových zdrojů, a tedy je nutné vyhledávat studijní materiál převážně v zahraniční odborné literatuře zaměřené na disociativní poruchu identity. Tato skutečnost mne přivedla k tématu mého výzkumu.

V teoretické části zprvu osvětluji pojmy disociace a disociativní poruchy, jejichž pochopení usnadňuje cestu k hlubšímu poznání disociativní poruchy identity. Následně se zabývám přímo disociativní poruchou identity, jejím vznikem a vývojem, projevy a symptomy, diagnostikou, prevalencí a některými užívanými psychoterapeutickými přístupy.

V empirické části se věnuji výzkumu, jehož hlavním cílem bylo zjistit míru znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity. Výzkumné

šetření bylo kvantitativní, realizované za pomoci vlastního dotazníku. Empirická část dále pojednává o zpracování a analýze dat a přináší výsledky provedeného výzkumu.

Čtenář si jistě povšimne vyššího podílu citování zahraničních pramenů. V České republice doposud nebylo věnováno disociativní poruše identity tolik pozornosti, jako v jiných evropských zemích (př. Nizozemsko) nebo v USA, a z toho plyne i nižší množství příslušné domácí literatury a překladů do češtiny. Rozsah použité zahraniční literatury je tedy nesporně vyšší.



# 1 DISOCIACE A DISOCIATIVNÍ PORUCHY

## 1.1 Disociace

Cestu k pochopení disociativní poruchy identity je nutné započít vysvětlením pojmu disociace, od něhož je název poruchy odvozen. Disociaci není snadné jednoznačně vymezit. Jedná se o proces, který může být pomáhajícím mechanismem, ale i mechanismem značně ztěžujícím fungování v životě. Disociace může mít povahu jak běžného, tak patologického jevu.

*„Disociace představuje určitou formu autohypnotického stavu, který umožní traumatickou zkušenost ze vzpomínek zcela nebo částečně vydělit“* (PÖTHE, 2005, s. 116). Prožitek traumatické zkušenosti či jeho část se tak dostanou mimo kontrolu vědomí, tedy „já“ zůstává před tímto prožitkem uchráněno a získává na něj amnézii. Disociace se ale může odehrávat i ve zcela běžných situacích.

Běžná, „normální“ či **nepatologická disociace** se děje u většiny lidí a slouží pro to, abychom zvládli provádět více mentálních operací ve stejném okamžiku. Mnoho lidí dokáže například při řízení automobilu komunikovat se spolujezdcem či vyřizovat jiné záležitosti. Může se nám také stát, že někam jdeme a usilovně se zaobíráme svými myšlenkami natolik, že si posléze nevybavujeme právě absolvovanou trasu. Soustředíme se na nějakou činnost a vnímáme, že na nás mluví nějaká osoba, automaticky reagujeme, aniž bychom se v danou chvíli plně soustředili na obsah sdělení. V tomto pojetí je disociace *„schopnost mysli rozdělit pozornost na dva i více toků vědomí“* [vlastní překlad autorky této práce] (PUTNAM, 1997, s. 68).

Pokud je překročen určitý práh stupně anebo délky trvání disociativního chování (např. zapomínání informací vztahujících se k vlastní identitě), dochází k **patologické disociaci** (PUTNAM, 1997). Na počátku všeho je určitý psychický obsah, který je pro psychiku jedince tak neúnosný, že musí být odštěpen (disociován). Jedná o silnou a časnou traumatizaci plynoucí

např. ze sexuálního zneužívání v dětství, fyzického i psychického týrání a zanedbávání a emočně chladného rodinného prostředí. V takových případech se jedná o obranný mechanismus, kdy oddělení bolestivého obsahu mimo vědomí zachrání jedince před momentálním vnímáním a prožíváním a tedy přípuštěním si daného obsahu. Během traumatického zážitku dochází k vylučování glukokortikoidů, které pozastaví činnost hipokampu a znemožní v dané chvíli uložení epizodické paměti (MCWILLIAMS, 2011). Tento proces se odehrává nevědomě.

Pokud se u jedinců (zejm. u dětí), kteří již někdy disociaci provedli, traumatizující zážitky dějí opakovaně, může k disociování dojít i v případě dalších neúnosných situací. *„Disociaci poté nevědomě maladaptivně používají k vyrovnávání se s nepříjemnými zážitky a psychickými obsahy i v dospělosti“* (HERMAN aj., 2008, s. 277). Putnam je stejného názoru a naznačuje i možný vznik závažnější disociativní poruchy – pokud dítě používá obranu formu disociace opakovaně, lze do budoucna předpokládat využití v případě dalších stresových situací a následně tak může dojít k rozvoji disociativní poruchy jako je disociativní porucha identity (PUTNAM, 1991). S každou další disociací tak v podstatě může vzniknout nová oddělená identita. Disociace se tak postupně stává nežádoucím jevem.

Nesmíme však opomenout podstatný mechanismus navazující na disociaci, a tím je **konverze**. Vlivem tohoto obranného mechanismu *„je pro pacienta neúnosný psychický soubor pocitů, přání a myšlenek nahrazen tělesným příznakem“* (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2007, s. 339). V takovém případě se může jednat kupříkladu o disociativní křeče nebo disociativní poruchy motoriky. Pacient bývá přesvědčen, že trpí somatickým onemocněním, avšak lékařská vyšetření neodhalí žádnou somatickou příčinu.

### 1.1.1 Pojetí disociace

Van der Hart, Nijenhuis a Steelová rozčlenili disociaci na primární (např. jednoduchá forma akutní reakce na stres), sekundární (např. komplexní forma posttraumatické stresové poruchy) a terciární (disociativní porucha identity) (VAN DER HART, et al., 2006). Předpokládají, že primární strukturální disociace se týká osobností s relativně dobrou duševní integritou, které dosáhli před traumatizací, sekundární strukturální disociace se týká chronicky traumatizovaných, kteří v dětském věku postrádali potřebné dovednosti ke zvládnání náročnějších zážitků a terciární strukturální disociace těch nejvíce a opakovaně traumatizovaných jedinců postrádajících výše zmíněné dovednosti a jakoukoli emoční podporu ve stresujících situacích (VAN DER HART, et al., 2006).

Existuje ještě další, a v odborné literatuře často zmiňované, pojetí disociace - tzv. **disociativní kontinuum**. Tento koncept je tvořen vodorovnou škálou od běžné (jednodušší) formy disociace (př. denní snění), přes disociativní amnézii, disociativní fugu, disociativní poruchu jinak nespecifikovanou, až po nejkomplexnější patologickou formu – disociativní poruchu identity (ROSS, 1997). Pokud je diagnostikována méně závažná forma disociace (př. disociativní amnézie), není současně vyloučena potenciální možnost závažnější formy disociace (disociativní amnézie by tak mohla být i součástí např. disociativní poruchy identity). V případě, že je diagnostikována závažná patologická forma, diagnostika lehčí formy je již vyloučena (lehčí forma je v takovém případě chápána jako jeden ze symptomů formy patologické).

### 1.1.2 Disociace neznamená represe

Proces disociace je nutné odlišit od procesu represe neboli potlačení. Jak jsem již v této práci uvedla, disociace může být nápomocna k přežití nesnesitelné traumatizující události, které se jedinec nedokáže přizpůsobit –

„(...) když osoba není schopna zkušenost integrovat či syntetizovat“ [vlastní překlad autorky této práce] (HOWELL, 2011, s. 36). Ego se tříští a vznikají tak oddělené disociované části/identity, které jsou částečně autonomní. Každá ze vzniklých identit si pamatuje konkrétní zkušenosti zasazené do určitého kontextu, přičemž jedna identita většinou nemá přístup ke zkušenostem identity jiné. Pokud se jedinec dostane do situace, která v souvislostech připomíná zkušenost některé z jeho alternujících identit, je pravděpodobné, že v reakci na situaci se zjeví právě daná identita.

Při represi jedinec z vědomé oblasti odsouvá takové vzpomínky, pocity a tendence, které jsou v rozporu s jeho svědomím a sebehodnocením (ŠRUTOVÁ, 2012). Potlačení je oproti disociaci aktivní procesem. „*Během represe je dílčí duševní obsah separován od hlavního proudu vědomí, přičemž ostatní psychické procesy a sebecit zůstávají zachovány*“ (CHALUPNÍČEK, 2008, s. 15). Osoby s minimální či nulovou vrozenou disociativní schopností na prožití neúnosných a nepředvídatelných traumatizujících událostí reagují zpravidla represí, případně jiným obranným mechanismem (např. popřením).

## **1.2 Disociativní poruchy**

### **1.2.1 Definice a klasifikace disociativních poruch**

Pro disociativní poruchy je typická „*částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládání tělesných pohybů*“ (DUŠEK a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2010, s. 250). Diagnostická kritéria pro disociativní poruchy předpokládají psychogenní původ a vylučují přítomnost somatické poruchy. Pokud jsou tedy příčiny symptomů somatického rázu, nejedná se již o disociativní poruchu. „*Základním předpokladem pro zařazení do této skupiny poruch je maladaptivní nevědomé využívání hypotetických obranných psychických mechanismů disociace*“

*a konverze pacientem s následnou tvorbou psychických a/nebo tělesných příznaků“ (HERMAN aj., 2008, s. 277).*

Tato diagnostická kategorie se v klasifikacích nemocí objevuje poměrně nově. Poprvé byla zanesena teprve v evropské MKN-10/ICD-10 (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) a v americké DSM-III (3. verze Diagnostického a statistického manuálu). Do té doby se používalo pojmenování s několikatisíciletou tradicí, a to hysterie (SOUKUP, 2005). Hysterie je však spíše obecným (a v současné době poněkud pejorativním) nevyužívaným pojmem, jelikož její symptomy mohou být typické nejen u poruch disociativních, ale i u poruch somatoformních a u histriónské poruchy osobnosti.

Dle MKN-10 disociativní poruchy spadají pod kategorii F40-49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy, Konkrétně je nalezneme v subkategorii F44 Disociativní (disociační) a konverzní poruchy (WHO, 2013). Oproti tomu v DSM-IV (a nadále i v nejnovější verzi DSM-V z roku 2013) mají disociativní poruchy svou vlastní kategorii „Dissociative Disorders“ (APA, 2013). Jednotlivé typy disociativních poruch nejsou v obou klasifikacích tříděny shodně. V tabulce č. 1 jsem tedy uspořádala přehled rozdílného klasifikování mezi MKN-10 a DSM-V, přičemž zvýrazněna je disociativní porucha identity/mnohočetná osobnost, které se podrobněji budu věnovat ve 2. oddíle této práce.

**Tabulka č. 1:** Klasifikace disociativních poruch dle MKN-10 (WHO, 2013) a DSM-V (APA, 2013)

MKN-10 Disociativní a konverzní poruchy		DSM-V Disociativní poruchy
F44.0 disociativní amnézie		300.12 disociativní amnézie
F44.1 disociativní fuga		300.13 disociativní amnézie s disociativní fugou
F44.2 disociativní stupor		
F44.3 trans a stavy posedlosti		
F44.4 disociativní poruchy motoriky		
F44.5 disociativní křeče/záchvaty		
F44.6 disociativní anestezie a ztráta citlivosti		
F44.7 smíšené disociativní (konverzní) poruchy		
F44.8 jiné disociativní (konverzní) poruchy	<b>F44.81 mnohočetná osobnost</b>	<b>300.14 disociativní porucha identity</b>
	F44.89 jiná specifikovaná disociativní porucha	300.15 jiná specifikovaná disociativní porucha
F44.9 disociativní porucha jinak nespecifikovaná		300.15 nespecifikovaná disociativní porucha
		300.6 depersonalizační / derealizační por.

Jelikož využívám primárně zdrojů, které vycházejí z klasifikace DSM, přizpůsobuji tomu i členění disociativních poruch. Pevný základ pro klasifikaci disociativních poruch, ze kterého vychází mnoho v této práci citovaných autorů, je dán v DSM-IV. Vzhledem k tomu, že ve verzi DSM-V z roku 2013 došlo k některým úpravám, považuji za důležité ty nejzásadnější uvést zde (APA, 2013):

- 1) Derealizace byla přiřazena k depersonalizaci a vznikla nová kategorie nazvaná jako depersonalizační / derealizační porucha,
- 2) disociativní fuga již není samostatnou diagnózou, ale součástí disociativní amnézie, vznikla nová diagnostická kategorie disociativní amnézie s disociativní fugou,
- 3) některá diagnostická kritéria pro disociativní poruchu identity byla upravena (podrobněji viz kapitola 2.2),
- 4) disociativní porucha jinak nespecifikovaná (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified – DDNOS) byla upravena na kategorie „Jiná specifikovaná disociativní porucha“ a „Nespecifikovaná disociativní porucha.“

## 1.2.2 Typy disociativních poruch dle DSM-V

### 1.2.2.1 Disociativní amnézie (300.12)

Disociativní amnézie představuje částečnou nebo úplnou ztrátu paměti související s prožitím traumatické události či stresovým obdobím. Jedinec není schopen si vybavit zásadní (obvykle traumatické či silně stresující) zážitky z vlastního života, a to nejen z dávné minulosti, ale i ze současnosti. U některých lidí se může se vyskytnout i amnézie v případě výbuchů násilí, sebepoškození či sebevražedných pokusů (APA, 2013). Disociativní amnézie nemůže být vysvětlena běžnou zapomnětlivostí. Je nutné ji také

odlišit od nepatologických forem amnézie či od ztrát paměti souvisejících s kognitivním úpadkem (APA, 2013). V případě právě probíhající akutní stresové poruchy či posttraumatické stresové poruchy se disociativní amnézie nedagnostikuje. Objevuje se již u mladších lidí, dokonce i v raném dětském věku. Zpravidla se váže ke konkrétním událostem (selektivní amnézie), ale mohou se vyskytnout i závažnější formy – například amnézie na všechny životní události (generalizovaná).

#### **1.2.2.2 Disociativní amnézie s disociativní fugou (300.13)**

Oproti DSM-IV a MKN-10 již v DSM-V není disociativní fuga klasifikována jako samostatná diagnóza, ale spíše jako projev úzce svázaný s disociativní amnézií. Disociativní fuga se projevuje jako „*epizody pseudoúčelného cestování na delší vzdálenosti*“ (OREL aj., 2012, s. 148). Toto cestování probíhá zpravidla náhle a nečekaně a jedinec má na něj amnézii. „Probudí“ se zmatený na nějakém (mnohdy neznámém) místě, aniž by si vybavoval podniknutou cestu a její účel.

#### **1.2.2.3 Disociativní porucha identity (300.14)**

Disociativní porucha identity (známá též pod pojmem mnohočetná porucha osobnosti či mnohočetná osobnost) je tou nejkomplexnější a nejzávažnější z disociativních poruch a její vznik je dán specifickými podmínkami. Ač právě disociativní amnézie a disociativní fuga jsou pro ni typické, zahrnuje v sobě tato porucha nesčetné množství dalších projevů. Vzhledem k primárnímu zaměření této práce je disociativní poruše identity věnován celý 2. oddíl.

#### **1.2.2.4 Jiná specifikovaná disociativní porucha (300.15)**

Za jinou specifikovanou disociativní poruchu je možno označit tu poruchu, při které je vykazován nějaký disociativní symptom, klientův stav je



po stránce osobní i sociální zhoršen, avšak současně nejsou splněna všechna diagnostická kritéria pro zařazení do kategorie některé z ostatních disociativních poruch. Aby dle podmínek DSM-V mohla být zvolena tato diagnóza, musí klient vykazovat některý z následujících projevů (APA, 2013): chronické a opakované syndromy smíšených disociativních symptomů (např. stavy posedlosti bez přítomnosti disociativní amnézie), narušení osobnosti plynoucí z dlouhodobých a intenzivních nátlakovým forem (např. indoktrinace jedince sektou či teroristickou organizací), akutní disociativní reakce na stresující události (např. poruchy vnímání, drobné amnézie), disociativní trans (jedinec není schopen částečně či vůbec reagovat na okolní podněty).

#### **1.2.2.5 Nespecifikovaná disociativní porucha (300.15)**

Výchozí podmínky pro stanovení této diagnózy jsou velmi podobné jako u jiné specifikované disociativní poruchy. I zde platí, že jsou přítomny symptomy charakteristické pro disociativní poruchu, které způsobují výrazné útrapy či zhoršení stavu, ale přitom nejsou splněna všechna kritéria některé z ostatních disociativních poruch (MALDONADO a SPIEGEL, 2014). Spadá sem i disociativní stupor a trans a stavy posedlosti (ty jsou v MKN-10 oproti tomu kategorizovány na stejné úrovni jako disociativní amnézie a fuga). Dle DSM-IV a následně i DSM-V zde není prokázána přítomnost tzv. alternujících identit, stejně jako se neobjevuje amnézie týkající se významných údajů o vlastní osobě (APA, 1994; APA, 2013).

#### **1.2.2.6 Depersonalizační / derealizační porucha (300.6)**

Depersonalizace a derealizace jsou klasifikovány jako kvalitativní poruchy vědomí, přesněji jako poruchy idiognozie. Pokud jedinec není schopen rozlišit vlastní fenomény a procesy od cizích, poukazuje to právě na poruchu idiognozie. „*Vědomí je stav bdělosti, ve kterém si uvědomujeme sebe sama a své duševní pochody i své okolí (a obé dokážeme odlišit*

a zařadit). *Vytváří předpoklad pro kontakt s realitou*“ (OREL a FACOVÁ, 2012, s. 63). U **depersonalizace** jedinec vnímá a prožívá sám sebe, případně i své tělo, jiným způsobem, než je u něj obvyklé. Orel však konstatuje, že nereálnost těchto pocitů je většinou jedincem uvědomována (OREL aj., 2012). Při **derealizaci** jedinec nepoznává své okolí, zdá se mu nereálné, pozměněné nebo úplně cizí – dotyčný prožívá tzv. *jamais vu* (opak *déjà vu*), kdy nerozpoznává známou věc, osobu či situaci. Dotyčný může mít kupříkladu pocit, že již několikrát slyšenou informaci přijímá poprvé nebo se udivuje nad svou vlastní běžně používanou věcí, která mu v daném okamžiku připadá cizí. V obou případech jedinec určitým způsobem vnímá realitu a sám sebe, ale nedokáže kongruentně prožívat. Za pravděpodobnou příčinu této poruchy můžeme označit méně závažnou, avšak chronickou formu psychického týrání (CHALUPNÍČEK, 2008).

Pocity depersonalizace a derealizace se mohou objevit třeba jen na několik vteřin, ale také mohou přetrvávat týdny, měsíce až roky. Depersonalizace a derealizace se může objevit u jedince samostatně, anebo jako součást symptomů například u disociativní poruchy identity či panické poruchy. *„Aby byla splněna kritéria depersonalizační/derealizační poruchy, symptomy musí být přetrvávající (minimálně 1 měsíc) a/nebo opakované“* [vlastní překlad autorky této práce] (BARNHILL, 2014, s. 162). Při diagnostice se samozřejmě přihlíží i k tomu, zda jedinec zaznamenává celkové zhoršení duševního stavu.

### 1.2.3 Prevalence disociativních poruch

Dle Grambala je výskyt disociativních poruch v rámci celkové populace odhadován na přibližně 1 % a v rámci psychiatrických hospitalizovaných pacientů 3x více (GRAMBAL aj., 2011). Sociální pracovnice Susan Grayová se na základě několika studií dostala k míře prevalence od 2 až 3 % po přibližně 10 % celkové populace (GRAY, 2011). Gray zde má na mysli souhrn studií, které se drží diagnostických kritérií DSM. Při posuzování míry

prevalence disociativních poruch je nutné zohlednit rozdílnou kategorizaci v evropské a americké klasifikaci nemocí. Například depersonalizační a derealizační porucha bude při zkoumání míry prevalence disociativních poruch zohledněna tehdy, pokud budeme vycházet z DSM-V. Pokud bychom vycházeli z MKN-10, kde je porucha zařazena do kategorie F48 Jiné neurotické poruchy, nezahrneme ji do stejného typu výzkumu.

Nejčastější ze všech disociativních poruch je disociativní amnézie (MALDONADO a SPIEGEL, 2008). Ta se může ve vyšším měřítku vyskytnout i u doposud neklinické populace, a to například během války či hromadných katastrof. Narozdíl například od disociativní poruchy identity se míra prevalence disociativní amnézie může rapidně měnit v závislosti na podobných událostech a místech dění.

V ČR zatím nebyl proveden dostatek výzkumů v oblasti disociativních poruch, zejména co se týče šetření v rámci celkové populace. V rámci psychiatrické populace je skóre trochu lepší. Profesor Ivo Paclt spolu se svým týmem odborníků prováděl v letech 2003-2005 výzkum prevalence a diagnostiky disociativních poruch u pacientů s depresivním onemocněním. Zjištěná míra prevalence byla 18 % (RADA PRO VÝZKUM, VÝVOJ A INOVACE, 2006). Další zajímavou, a v ČR zatím jedinečnou studii, provedl Chalupníček. Zkoumal odhad prevalence disociativních poruch ve vzorku 27 ambulantních pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie. Výzkum byl prováděn v ČR. Diagnostická kritéria pro disociativní poruchu splnili 3 respondenti z 27 (CHALUPNÍČEK, 2008).

## 2 DISOCIATIVNÍ PORUCHA IDENTITY

### 2.1 Definice a klasifikace disociativní poruchy identity

Vnímání této poruchy se zejména za několik posledních desetiletí značně proměňovalo vlivem výzkumů a nových zjištění v oblasti tohoto duševního onemocnění. V této souvislosti docházelo i k vývoji a změnám v terminologii. Český jazyk nám nabízí několik alternativ k pojmenování této poruchy osobnosti. Kratochvíl uvádí tyto: „*Mnohočetná, mnohonásobná, vícenásobná, rozdvojená, disociovaná či alternující osobnost (podle DSM-IV disociativní porucha identity (...))*“ (KRATOCHVÍL, 2009, s. 147). V zahraničních odborných publikacích zejména z 80. a počátku 90. let 20. století se setkáváme s termínem **Multiple Personality Disorder (MPD)**, tedy mnohočetná porucha osobnosti. Od doby vydání DSM-IV se v odborných publikacích a výzkumech užívá termín **Dissociative Identity Disorder (DID)**, tedy disociativní porucha identity.

Evropský a americký postoj k tomuto onemocnění lze vyčíst i z rozdílů v klasifikacích nemocí. Americká DSM-IV (a nadále i nejnovější verze DSM-V z roku 2013) řadí poruchu samostatně pod názvem disociativní porucha identity. Evropská klasifikace MKN-10 se však drží původního pojmenování mnohočetná osobnost, kterou zařazuje do skupiny F44 Disociativní (konverzní) poruchy a podskupiny Jiné disociativní (konverzní) poruchy. Zařazení poruchy do škatulky „jiné“ (MKN-10) ji vyčleňuje na okraj do ještě ne zcela „probádaných vod“, čímž se mohou prohlubovat přesvědčení o „exotičnosti“ a vzácnosti poruchy. Toto zařazení může však poukazovat na nedostatečnou obeznámenost či otevřenost vůči novým a hlubším poznatkům o této poruše. I vzhledem k této skutečnosti považuji za vhodnější způsob kategorizace poruchy ten, který uvádí DSM-IV a DSM-V. Pro účely této diplomové práce tedy volím termín disociativní porucha identity (dále jen DID), a to i z důvodu jeho aktuálnosti v odborné zahraniční terminologii. U některých citací přesto ponechávám výraz mnohočetná porucha osobnosti

(MPD) v souladu s jeho použitím citovaným autorem (zejména u publikací z 90. let 20. stol. a starších).

Disociativní porucha identity je nejkompexnější ze všech disociativních poruch. To znamená, že v sobě zahrnuje rysy typické pro disociativní amnézii a disociativní fugu, a též pro depersonalizační a derealizační poruchu. Hlavním rysem poruchy je přítomnost určitého počtu tzv. alternujících, odlišných identit (disociovaných částí), které se mohou automaticky vynořovat, přejímat dočasně autonomitu a kontrolu nad vůlí a projevy nemocného (hostitelskou osobností), a to v závislosti na vnitřním rozpoložení nemocného, ale též vlivem vnějších okolností. Na projevy většiny alternujících identit má takový jedinec masivní ztrátu paměti (disociativní amnézii).

## 2.2 Diagnostická kritéria dle DSM-IV a DSM-V

**Diagnostická kritéria pro DID dle DSM-IV**, z nichž doposud vycházelo mnoho odborníků citovaných v této práci, byla tato:

- a) *„Přítomnost dvou či více odlišných identit či stavů osobnosti (každý se sobě vlastním relativně trvalým vzorcem vnímání, vztahující se k určitému prostředí).*
- b) *Minimálně dvě či více identit nebo stavů osobnosti opakovaně přebírá kontrolu nad chováním jedince.*
- c) *Neschopnost vybavit si zásadní osobní údaje, která je tak rozsáhlá, že nemůže být vysvětlena běžnou zapomnětlivostí.*
- d) *Narušení není způsobeno přímým fyziologickým účinkem látky (např. ztráta vědomí nebo zmatené chování při intoxikaci alkoholem) nebo zdravotním stavem (např. komplexní parciální epileptické záchvaty). Poznámka: U dětí tyto příznaky nelze přičítat imaginárním kamarádům či jiným smyšleným hrám“ [vlastní překlad autorky této práce] (APA, 1994, s. 487).*

V **DSM-V** byla tato kritéria částečně upravena a rozšířena. Pro srovnání je uvádím také:

- a) *„Narušení identity charakterizované dvěma či více odlišnými stavy osobnosti, které mohou být v některých kulturách popsány jako zážitek posedlosti. Narušení identity zahrnuje výraznou diskontinuitu ve vědomí sebe sama a vědomí činitele, doprovázenou přidruženými změnami v náladě, chování, vědomí, paměti, vnímání, kognici a/nebo senzomotorických funkcích. Tyto znaky a symptomy mohou být pozorovatelné okolím či oznámeny jedincem.*
- b) *Opakované mezery při vybavování si každodenních událostí, důležitých osobních informací a/nebo traumatických událostí, které jsou v rozporu s běžnou zapomnětlivostí.*
- c) *Symptomy zapříčiňují klinicky významné rozrušení nebo zhoršení v sociálních, pracovních či jiných důležitých oblastech fungování.*
- d) *Porucha není běžnou součástí široce přijímaných kulturních nebo náboženských praktik. Poznámka: U dětí tyto symptomy nelze vysvětlit imaginárními kamarády či jinými smyšlenými hrami.*
- e) *Symptomy nelze přičítat fyziologickým účinkům návykových látek (např. ztráty vědomí nebo chaotické chování během intoxikace alkoholem) nebo jinému zdravotnímu stavu (např. komplexní parciální epileptické záchvaty)“ [vlastní překlad autorky této práce] (APA, 2013, s. 292).*

„Odlišné identity“ či „odlišné stavy osobnosti“ budu podrobněji rozebírat dále v textu, v kapitole o projevech a symptomech DID. Namísto těchto termínů však pracuji s pojmy alternující identity, alters, anebo disociované části.

Dovolím si nyní shrnout, k jakým zásadním úpravám v DSM-V došlo (APA, 2013):

- odlišné projevy alternujících identit mohou být pozorovatelné jak vnějšími pozorovateli, tak samotným postiženým jedincem (samozřejmě je nutno brát v potaz každý případ individuálně – u některých jedinců naopak může být problematické jakékoli takové projevy odhalit)
- opakované amnestické mezery se mohou týkat nejen základních údajů o vlastní osobě, ale i každodenních událostí a traumatických vzpomínek
- pozornost je věnována nejen psychopatologické stránce nemoci, ale i souvisejícímu zhoršení fungování jedince na trhu práce a ve společnosti
- klasifikace vymezuje poruchu jako skutečnou diagnózu duševního onemocnění, která je nechtěná a nedobrovolná a je nutné ji odlišit od podobných duševních stavů uměle navozených při spirituálních či náboženských praktikách

Kluft k diagnostickým kritériím dodává, že většina DID pacientů je nesplňuje po celou dobu průběhu nemoci (KLUFT, 1996). Naopak mohou existovat i pacienti, u kterých si lze dlouhodobě povšimnout některých symptomů DID, avšak během klinického testování se nenapasují do stanovených kritérií pro tuto poruchu. Takovým pacientům bývá přisouzena buď Jiná specifikovaná disociativní porucha, anebo Nespecifikovaná disociativní porucha (v MKN-10 vedená jako DDNOS, tedy Disociativní porucha jinak nespecifikovaná), o nichž jsem se již zmínila v podkapitole 1.2.2.5. Konkrétním projevům a symptomům DID se budu blíže věnovat v kapitole 2.4.

## 2.3 Etiologie

Porucha se může u jedince formovat již od dětského věku, přičemž nápadnějších projevů si lze povšimnout spíše v adolescenci až v dospělosti (zpravidla mezi 20. – 30. rokem). Stanovení příčin poruchy vzbuzuje

v odborných kruzích mnohé dohady. Souvislost DID s těžkým traumatem z raného dětství je velmi zásadní (PUTNAM, 2006). Tuto souvislost potvrdilo již mnoho studií z konce 20. století. „*Hypotetickou příčinou pro vznik oddělených identit je ochrana jedince před neúnosnou traumatizací především v dětství, traumatického zážitku si je následně vědoma pouze jedna z osobností*“ (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2007, s. 347).

Jak jsem již nastínila v kapitole 1.1 Disociace, za nejčastější příčinu traumatizace je považováno sexuální násilí či zneužívání, brutální fyzické i psychické týrání, ale i jiné neúnosné traumatizující situace, jako například vážné nehody, přírodní katastrofy, boje či války. Kluft označuje DID primárně jako poruchu sexuálně zneužívaných žen (KLUFT, 1996). Tento názor vychází zřejmě ze zjištěné vyšší četnosti sexuálního zneužívání dívek, oproti četnosti sexuálního zneužívání chlapců. To však neznamena, že muže porucha nepostihuje.

Je nutné si uvědomit, že zdaleka ne každý v dětství fyzicky či sexuálně zneužívaný jedinec vykazuje symptomy DID. Kritéria některé z disociativních poruch splnilo pouze 20 % jedinců ze zkoumaného vzorku osob sexuálně zneužívaných v dětství (ROSS, 1995). Za typ sexuálního zneužívání považujeme také incest. Ukázalo se však, že kauzální vztahovost mezi DID a incestem je spíše nižší než vztahovost DID a zneužití v dětství obecně (KLUFT, 1990).

Porucha se může vyskytnout i u dospělého jedince bez traumatizujících zkušeností z dětství, kdy je podkladem pro vznik poruchy nedávná silná a neúnosná traumatizace (smrt blízké osoby, znásilnění, násilné přepadení, přímé ohrožení na životě v případě hromadných katastrof, nehody či napadení jinou osobou).

Již pojem „disociativní“ v názvu poruchy však může leccos napovědět o důležitosti role procesu disociace při vzniku DID. Zneužívání lidé vykazují při měření **hypnability** a disociace vyšší skóry než subjekty z kontrolní



skupiny (KLUFT, 1991). Proces disociace snáže provede ten jedinec, který je dostatečně hypnabilní, tedy je schopen ponořit se do hypnózy. Tato schopnost může postupně přerůst ve stálý osobnostní rys. S hypnabilitou souvisí i **zvýšená sugestibilita**, tedy připravenost hypnotizované osoby „*přebírat tvrzení hypnotizéra a přeměňovat je bez kritického zvažování v příslušné prožitky, přesvědčení nebo automatické jednání*“ (KRATOCHVÍL, 2009, s. 11). Pokud člověk, který disponuje těmito vrozenými schopnostmi, prožije těžké trauma, může u něj tato konstelace vést až k rozvoji DID. To zejména, pokud je v době odehrání se traumatu v dětském věku. Dle provedených studií tak ke vzniku první alternující identity dochází ve většině případů mezi 4. – 6. rokem dítěte (BLISS, 1986), téměř u poloviny zkoumaných případů před 5. rokem (ALLISON, 1974), anebo často mezi 9. a 10. rokem života dítěte (KRAKAUER, 2001).

Predisponující faktory pro rozvoj DID můžeme tedy shrnout takto: vrozená schopnost disociovat a těžké trauma prožité v dětství (KRAKAUER, 2001) či konzistentní, avšak nepředvídatelné, fyzicky i psychicky traumatizující prostředí (SACHS, 1986). Tyto faktory jsou vzájemně spjaté. U silně traumatizovaných jedinců, kteří nedisponují vyšší schopností disociace, nedochází k rozvoji DID, ale ve většině případů k rozvoji jiných duševních onemocnění či poruch.

V praxi však mezi predisponujícími faktory a následným vznikem DID neexistuje rovnítko. Nesmíme opomenout další faktory, které mohou pozitivně či negativně ovlivnit rozvoj poruchy u jedince s oběma predisponujícími faktory. Jednak záleží na rysech a dynamice osobnosti. Dále záleží na vnějších vlivech, které dále formují osobnost jedince (pokud je jedinec ještě dítětem) – zejména způsob zpracování prožitých traumat, míra sociální a emoční podpory, povaha interpersonálních vztahů v rodině či blízké komunitě, ze které vyplývá pro ni typický způsob vypořádávání se s překážkami nebo řešení konfliktů. Klouft se v této souvislosti zabývá důležitostí uklidňujících a posilujících zkušeností, které v dalším životě dítě prožívá. „(...) u mnoha

*děti s MPD či s počínajícími disociativními rysy se projevy nemoci jednoduše přestanou projevovat, když jsou děti chráněny před další traumatizací“* [vlastní překlad autorky této práce] (KLUFT, 1991, s. 170). Pokud je tedy jedinec vyvázán z traumatizujícího prostředí, má vyšší šanci, že k plnému rozvoji DID nedojde.

Provedení disociace je u nesnesitelných zážitků mnohdy jedinou možností, jak je přežít. Herman píše o naučené schopnosti lidí s talentem k disociaci „*ignorovat krutou bolest, skrývat vlastní vzpomínky v amnéziích, upravovat svůj smysl pro čas, místo či osobu, a přivodit halucinace či stavy posedlosti“* [vlastní překlad autorky této práce] (HERMAN, 1992, s. 102). Při psychickém týrání a ponižování tak může vzniknout nová identita, další pak při fyzickém týrání, další při sexuálním zneužití, a tak dále, až může postupně vzniknout nespočet osobností v hlavě postiženého jedince. Bylo by však příliš zjednodušující říci, že jeden typ traumatizující události rovná se vzniku jedné nové identity. Nová identita může vzniknout v momentě, kdy jedinec zažívá pro něj novou, anebo také již známou, ale pozměněnou nesnesitelnou traumatizující událost. Nová identita může nahradit i předchozí nově vzniklou identitu v momentě, kdy jedinec cítí, že prožívané utrpení trvá příliš dlouho a je tak neúnosné, že je zapotřebí disociovat vícekrát. Pokud je tedy traumatizující prvek přítomen delší dobu, může tak při něm vzniknout i vícero tzv. alternujících identit. Alternujícím identitám se blíže věnuji v podkapitole 2.4.3.

## **2.4 Projevy a symptomy**

Dle Mezinárodní společnosti pro studium traumatu a disociace se u pacientů s DID mohou objevit rysy deprese, panické záchvaty, zneužívání návykových látek, somatoformní příznaky a poruchy příjmu potravy (ISSTD, 2011). Diagnostika DID je ve většině případů značně obtížná, jelikož pro vnějšího pozorovatele nemusí být přítomnost amnestických oken a odlišných identit zjevná. Podle Klufy pouze 6 % pacientů zjevně vykazuje

tuto poruchu (KLUFT, 2009). Pro DID jsou totiž typické i příznaky jiných duševních onemocnění či osobnostních poruch. DID bývá zaměňována s bipolární poruchou osobnosti, depresivní poruchou a často s hraniční poruchou osobnosti (KRAKAUER, 2001). Mnoha dětským i dospělým pacientům s DID byla chybně diagnostikována schizofrenie (SINASON, 2011). Při nízké či nedostatečné erudovanosti (případně při absenci zkušenosti s klientem s DID) diagnostikujícího odborníka v oblasti disociace a disociativních poruch může dojít k uplatnění pouze standardního diagnostického rozhovoru a k zaměření pozornosti pouze na přidružená onemocnění. Následně dochází k přisouzení mylné diagnózy. Zvolená léčba pak sice může být u některých symptomů účinná a dočasně zlepšit stav klienta, nicméně odbíhá od jádra poruchy a neléčí s přihlédnutím k její specifitě. Možnostem diagnostiky a léčby DID se věnuji v kapitolách 2.5 a 2.7.

Odborníci s vynikající znalostí DID či dokonce vlastní zkušeností s klienty, jimž byla tato porucha diagnostikována, si během rozhovoru s potenciálním DID klientem mohou povšimnout manifestací pro tuto poruchu typických. Objevují se „*pocity depersonalizace, omámenost a dezorientace, nestálost, zmatenost, denní snění, ospalost, bloky v myšlení, zapomnětlivost nebo amnézie*“ [vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 571). Aby však tyto projevy nebyly chybně pochopeny jako důkaz existence DID, terapeut by měl současně zkoumat a zvažovat i jiné možné příčiny takovýchto projevů (např. vyčerpávající či bolestivé somatické onemocnění klienta, nedostatek spánku před terapií, nedávný prožitek traumatizující situace, požití alkoholu, drog, léků aj.).

Symptomy DID jsou velmi různorodé a jejich výskyt, míra a frekvence jsou u jedinců trpících DID velmi individuální. Pro snazší přehlednost využívám členění dle klastrů od Loewensteina (LOEWENSTEIN, 1991). Zařazení symptomů do jednotlivých klastrů vychází z jejich podstaty, ale uvědomuji si částečný redukcionismus (např. depersonalizace a derealizace

jsou Loewensteinem kategorizovány mezi autohypnotické symptomy, ale zároveň by bylo možno je označit za symptomy procesu disociace). V další části textu si dovoluji uvést většinu projevů, které nastiňuje dotazník DES-II. Samotné položky dotazníku mnoho vypovídají o povaze a symptomech disociativních poruch. Přímě DES-II se věnuji v podkapitole 2.5.1.1. Kompletní originální dotazník v anglickém jazyce nalezne čtenář v příloze III.

## 2.4.1 Členění symptomů disociativní poruchy identity

Nyní se vrátím k výše zmíněným klastrům. Dle Loewensteina u každého z nich uvádím názornou ukázkę dotazu terapeuta a reálné odpovědi klienta s DID, klastry dělím na symptomy amnestické, autohypnotické, symptomy procesu disociace, symptomy posttraumatické stresové poruchy, somatoformní a afektivní (LOEWENSTEIN, 1991).

### 2.4.1.1 Amnestické příznaky

Minimálně 50 % dětí ve věku pod deset let je velmi hypnabilních (ROSS, 1995). Jedná se o děti s vysokou dávkou představivosti a se sklony k fantazírování. Takové děti se například při sledování televize, či při hře zcela oprostí od sebe sama a oddají se ději, či roli ve hře. *„Zneužívané děti používají tuto schopnost k vložení paměťové bariéry mezi ně a novou smyšlenou identitu, která je zneužívána“* [vlastní překlad autorky této práce] (ROSS, 1995, s. 76). Dítě tak v podstatě získá amnézii na prožitek traumatizující události. Právě amnézie, časová okna a výpadky trvající různě dlouhou dobu, jsou jedním z typických příznaků DID.

#### Disociativní amnézie – časové ztráty, výpadky vědomí („blackouts“)

TERAPEUT: *„Jaké je nejdelší časové období, které jste ztratil? Minuty? Hodiny? Dny? Týdny? Měsíce? Roky?“*

KLIENT: „Skáču v čase. Jdu do školy a najednou je o 2 hodiny později a já jsem ve třídě a vůbec nevím, co se učíme.“

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 573)

### Disociativní fugy

TERAPEUT: „Vyzrazil jste někdy někam a zjistil jste, že se nacházíte někde jinde, aniž byste věděl, jak jste se tam dostal?“

KLIENT: „Vydal jsem se na cestu k matčině domu. Ale našel jsem sám sebe zvracejícího u silnice, ve špatném směru, 400 mil daleko. Nerozumím tomu. Mám rád svoji matku, ale věc jako tato se vždy přihodí, když jedu matku navštívit.“

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 574)

### Nevysvětlitelné vlastnictví či ztráty předmětů

TERAPEUT: „Všiml jste si, že mizí vaše věci způsobem, za jaký nemůžete být zodpovědný?“

KLIENT: „Moje disertační práce zmizela den předtím, než jsem ji měl odevzdat. Pak jsem ji našel vzadu ve skříni, na ní seděl plyšový medvídek a vedle ležela sklenice mléka. Jako by to takto udělalo malé dítě. Ale nikdo jiný tam nebyl, jen já.“

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 575)

### Kolísání v dovednostech, návycích, znalostech

TERAPEUT: „Řekl nebo dokázal vám někdo, že máte jistý talent či schopnosti, jako hudební, umělecké, technické, literární, sportovní, o kterých jste si nebyl vědom? Mění se vám chutě, osobní návyky, vkus v oblečení či hudbě?“

KLIENT: „Zjistil jsem, že tento obraz jsem namaloval já. Ale já neumím malovat. A můj bratr říká, jak dobře hraji na piano. Přitom jsem naprosto

*nemuzikální. A někdy říkají, že hrají klasiku podle not. Jindy prý hrají jazz a improvizují.“*

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 576-577)

#### **2.4.1.2 Autohypnotické příznaky (manifestovány vysokou hypnabilitou)**

Pacienti s DID prokázali v klinických testech hypnability vyšší skóry, než pacienti spadající do kategorií jiných duševních poruch (BLISS, 1986). Hypnabilita „*koreluje s bdělou sugestibilitou a do jisté míry souvisí s prožitkovými schopnostmi, jako jsou schopnost pohlčení, představivost a tvořivost*“ (KRATOCHVÍL, 2009, s. 11).

#### Dobrovolná anestezie

Dobrovolná anestezie či analgezie je schopnost zredukovat či dokonce úplně „vypnout“ citění fyzické bolesti. Jedinec soustředí svou mysl jinam než na své tělo a bolest a postupně se dostává do hypnotického stavu, ve kterém vnímá bolest jako vzdálenou. Připomíná to buddhistické mnichy, kteří jsou schopni se meditací uvést do stavu, ve kterém ve zdraví přežijí celou noc na mraze zahalení pouze tenkou dekou. Jak popisuje respondentka níže, tuto anestezii si na sobě vyzkoušela poprvé v dětství v situaci, kdy zažívala nesnesitelnou bolest.

TERAPEUT: „*Kdy prvně jste toto provedla? Víte, jak to udělat, nebo se vám to jen tak děje?*“

KLIENT: „*Vzpomínám si, že poprvé jsem to provedla, když mě otec bil. Vystartoval na mě s páskem, aby to bolelo. Tak jsem se soustředila na dlaždice na podlaze. Jako bych do nich vstoupila. A najednou jsem nic víc necítila. To ho přivádělo k šílenství. Bil mě silněji a silněji, a já se mu jen smála.*“

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 583)

## Mimotělní zážitky, depersonalizace, derealizace

TERAPEUT: „*Stává se vám, že máte pocit, jako byste byl mimo sebe, pozorujíc se jako byste byl někým jiným?*“

KLIENT: „*Když policista přišel ke mně domů, sledovala jsem sebe sama, jak chmatám po jeho zbrani. Bylo to zvláštní. Bylo to, jako když stojím za sebou a sleduji se zezadu. Neměla jsem nad tím absolutně žádnou kontrolu. Sledovala jsem se a říkala „To nejsem já. To přece nejsem já.“*“

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 584)

### **2.4.1.3 Symptomy procesu disociace**

Do této kategorie lze zahrnout symptomy, které se váží k povaze disociace v patologickém smyslu, tedy vycházejí z podstaty mnohočetnosti. Spadají sem disociativní halucinace (zejm. halucinace sluchové), alternující identity (disociované části) a vztahy mezi nimi, včetně switchingu. Jak jsem již v této práci zmínila, depersonalizace a derealizace zařazená mezi autohypnotické příznaky by mohla být současně zaříděna i mezi symptomy procesu disociace, podstata obou se prolíná. Toto řazení je však spíše pomocné, aby nám umožnilo rozpoznat u člověka s disociativní poruchou identity i ty příznaky, které se projevují u jinak samostatné kategorie nemoci – depersonalizační a derealizační poruchy.

### Alternující identity

Herman vymezuje DID takto: „*Základním rysem je přítomnost dvou nebo více odlišných identit či osobností v jednom jedinci, které střídavě řídí jeho chování. „Každá osobnost má obvykle svoje jméno, svůj věk, vlastní vzpomínky a vzorce jednání“* (HERMAN aj., 2008, s. 281). U každé z osobností se také mohou vyskytnout specifické fyziologické/somatické projevy (rozdílný tep, potivost, intonace či hloubka hlasu, řečové tempo) a dále i různá afektivita v celkovém projevu (nápadná či naopak mírná

gestikulace, styl chůze, styl oblékání). Každá z identit může mít odlišné názory, postoje, hrát různou roli a mít svá specifika v emočním projevu. Tyto faktory budu podrobněji rozebírat v podkapitole 2.4.3.

TERAPEUT: „*Mají vaše části vlastní nezávislé způsoby myšlení, vnímání a vztahování se ke světu a k sobě? S jejich vlastními vzpomínkami, myšlenkami a pocity?*“

KLIENT: „*Moje žena říká, že toto je první diagnóza vůbec, která jí dává smysl. Říká: „Žiji s 16 lidmi už 23 let a nyní konečně rozumím, proč.“*

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 593-594)

#### **2.4.1.4 Symptomy posttraumatické stresové poruchy (PTSP)**

Posttraumatickou stresovou poruchu (dále jen PTSP) lze chápat jako „*soubor různých poruch chování a prožívání, včetně somatických reakcí (poruchy spánku, potivost, třes, nevolnost apod.), které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahujícího běžnou lidskou zkušenost*“ (ČÍRTKOVÁ, 2007, s. 31). Ač se PTSP může projevit brzy po odeznění akutní reakce na stres, velmi častá je opožděná, protražovaná reakce - jedinec po různě dlouhou dobu (měsíce, i roky) od iniciace nevykazuje žádné nápadné příznaky. Dle klasifikací MKN-10 a DSM-IV však není vhodné diagnostikovat PTSP do jednoho měsíce od prožití traumatické události, a stejně tak nediodiagnostikovat v případě trvání příznaků po dobu kratší jednoho měsíce (BAŠTECKÁ a kol., 2005).

U vysokého procenta pacientů s diagnózou DID se objevují symptomy typické pro PTSP. V závislosti na studiích splňuje kritéria DSM-IV pro PTSP 70 – 100 % pacientů s DID (PUTNAM, 2006). Byla provedena relevantní psychobiologická studie DID, ověřující mimo jiné i příznaky PTSP u žen s DID. Dle Rosse splnily kritéria PTSP všechny zúčastněné ženy (ROSS, 2006).



### 2.4.1.5 Somatoformní symptomy

Mezi 40 – 60 % pacientů s DID se vyskytují příznaky somatizační poruchy, avšak diagnostická kritéria pro somatoformní a konverzní poruchy splňuje ještě větší počet pacientů s DID (PUTNAM, 2006).

TERAPEUT: „*Měla jste někdy fyzické pocity či bolest, které nedokážete vysvětlit, nebo které nemají žádné vysvětlení z lékařského hlediska? (...)*.“

KLIENT: „*Přestala jsem chodit k doktorům. Nikdy nic nezjistili. Víte to, když s vámi zacházejí jako s onucí. Bolesti hlavy mívám stále. (...) Žaludek mě trápí k smrti. Moje zápěstí bolí jako by byla omotaná provazy. (...) Byla jsem moc ráda, když jsem podstoupila hysterektomii. (...)*.“

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 600-601)

### 2.4.1.6 Afektivní symptomy

Tento typ příznaků mnohdy svádí při diagnostice DID na zcestí. Může být zaměnitelný s poruchami afektů (nálad), konkrétně např. s bipolární afektivní poruchou, jelikož jedinec může vykazovat ladění typické pro depresivní poruchu. Objevují se například dysforie, poruchy spánku, pocity viny a beznaděje, plačtivost, záchvaty úzkosti a nezřídka i sebepoškozování až suicidální chování. U některých jedinců lze vysledovat také opačné pocity, jako například náhlý příval energie (viz případ níže).

TERAPEUT: „*Mění se vám nálady tak rapidně, že nevíte, jak se budete cítit třeba za minutu?*“

KLIENT: „*Nálady se mi mění pořád. Nikdy nevím, co budu cítit. Mívám ten energizující pocit vyvěrající zevnitř. Nevím, odkud pochází. Poté stejně náhle zmizí. (...)*“

[vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 601-602)

## 2.4.2 Projevy a symptomy zanesené v DES-II

Nyní představím avizované projevy a symptomy, při jejichž sestavování jsem vycházela z dotazníku DES-II (BERNSTEIN CARLSON a PUTNAM, 2010). V zásadě se jedná o příklady událostí či situací, u kterých se prověřuje případná přítomnost, míra a četnost. Ačkoli níže provádím členění, nepovažuji ho za dogmatické, jelikož povaha jednotlivých projevů je svým způsobem také mnohočetná (př. amnestický příznak může být současně i příznakem disociace).

### Symptomy amnestické

- jedinec se náhle ocitne na nějakém místě a netuší, jak se tam dostal (disociativní fuga)
- jedinec se dostane do styku s neznámým člověkem, který zná jeho jméno, případně upozorňuje na předchozí společný zážitek či setkání
- jedinec si nepamatuje některé zásadní životní události (např. maturita, svatba)
- jedinec si není jistý, zda je určitá událost z jeho minulosti skutečná či smyšlená
- jedinec si není jistý, zda konkrétní činnost opravdu provedl, anebo zda o ní pouze přemýšlel

### Symptomy autohypnotické

- jedinec je schopen ignorovat vlastní bolest (voluntární analgezie)
- jedinec má pocit, že mu jeho tělo nepatří, že je cizí (příznak depersonalizace)
- jedinec nepoznává sám sebe v zrcadle (příznak depersonalizace)
- jedinec mívá pocit cizosti/neskutečnosti okolního světa, předmětů, lidí (příznak derealizace)

## Symptomy procesu disociace

- jedinec se ve stejné situaci zachová pokaždé naprosto odlišným způsobem
- jedinec slyší hlasy ve své hlavě (imperativní nebo komentující)
- jedinec nachází ve svých záznamech či denících poznámky psané jiným rukopisem či kresby, aniž by si vzpomínal, že je prováděl

Aby si čtenář dokázal lépe představit, jak život člověka s disociativní poruchou identity může vypadat, dovoluji si zde uvést kasuistiku z monografie britské psychoterapeutky Jo L. Ringrose.

*„Kerry je 28 let a momentálně žije sama. Žila se svou matkou a otčímem do svých čtrnácti let, kdy utekla z domova, aby unikla sexuálnímu zneužívání ze strany otčíma a strýce. Navíc byla její matka alkoholička, a když byla opilá, často se na Kerry zlobila a chovala se k ní násilně. Kerry už si ani nepamatuje, kdy sexuální zneužívání a násilí skončilo. Její biologický otec z domova odešel, když byly Kerry 2 roky a od té doby nejsou v kontaktu. Kerry nikdy s matkou nebyla zadobře, ale jejich vztah se kompletně rozpadl poté, co Kerry řekla matce o zneužívání otčímem a její matka jí to neuvěřila.*

*Ve škole učitelé tvrdili, že Kerry je velmi bystrou a schopnou žákyní, která příležitostně dosahuje lepších známek, ale postrádá soustředění a konzistentně dobré výsledky. Také byla označena za problémovou poté, co iniciovala alkoholový flám přímo ve škole. Ve dvanácti letech ji našli v bezvědomí a s podřezanými zápěstími na školních toaletách poté, co ji předešlý den její otčím znásilnil. Psychiatr se jí ptal na její rodinu, ale ona nebyla schopna cokoli odpovědět. Po skončení léčby se vrátila domů, jelikož neměla kam jít a začala opět chodit do školy. Ale od třinácti let ve škole zameškala více dnů, než které do ní docházela.*

*Kerry odešla z domova ve čtrnácti, spala, kde se dalo, a prostituovala se, aby si mohla koupit alkohol a jídlo. Byla nalezena pracovníky sociální služby, kteří jí poskytli bezpečné zázemí u pěstounů, bohužel však otec-pěstoun vážně*

*onemocněl a Kerry byla po šesti měsících přestěhována k jiné pěstounské rodině. Vztah, který měla Kerry s druhými pěstouny, nabral již na začátku špatný směr vzhledem k jejímu častějšímu požívání alkoholu. Po několika měsících oznámili, že ji nezvládají. Tenkrát ji bylo patnáct let a rozhodla se, že chce žít sama. Byla umístěna do přechodného chráněného bydlení na dobu, než bude schopna žít nezávisle.*

*Momentálně Kerry nepracuje. Šla by ráda na vysokou školu, ale uvádí, že jí toho v cestě stojí příliš mnoho. Hovoří o prázdných mezerách v čase a chybějících vzpomínkách na dny během těchto časových oken. Říká, že nalézá sama sebe na cizích místech, aniž by věděla, jak se tam dostala či proč tam je. Toto ji děsí, protože jednou v noci ve tři ráno byla přistižena bloumajíc ulicemi v noční košili a domů ji odvezla policie. Její ruce jsou plné jizev od řezání, ale ona tvrdí, že se neřeže. Uvádí, že přichází k sobě později, a je to jako když to udělal někdo jiný. Když se jí ptám, jestli u sebe někdy nachází něco, co jí nepatří, vytahuje malý deník s rukopisem a obrázky. Říká, že nezná umělce či osobu s tak ozdobným rukopisem. Ani jedno, tvrdí, není její.“*

[vlastní překlad autorky této práce] (RINGROSE, 2012, s. 1-2)

### 2.4.3 Alternující identity

Právě závoj tajemna a neuchopitelnosti alternujících identit dal vzniknout zájmu a pozornosti nejen u odborné, ale i laické veřejnosti. Bylo sepsáno a zfilmováno mnoho příběhů, které se zabývají právě tematikou alternujících identit. Nápadné náznaky můžeme odpozorovat v příbězích jako Tři tváře Evy anebo Dr. Jekyll a pan Hyde. Ačkoli se jedná o příběhy s jistou dávkou nadsazenosti, zveličování či mnohých nesrovnalostí s faktickou povahou poruchy, poukazují na její existenci a možné důsledky chování trpícího jedince. Dnes se však můžeme seznámit i s psychologicko-detektivními romány nabízejícími překvapivě hluboký vhled do osobnosti trpící touto poruchou (např. nedávno publikovaná Vraní dívka). Pro laickou, ale zejména odbornou veřejnost pak jsou neocenitelné autobiografie

či biografie lidí trpících DID (např. Roztříštěná mysl Roberta Oxnama), kde vlastní zkušenosti a vyprávění autora, respektive i jeho několika identit, umožní čtenáři pochopit podstatu poruchy a alternujících identit snáze než mnohé teorie.

Při výkladu teorie o alternujících identitách však nelze opomenout hlavního nositele – tedy hostitelskou osobnost.

**Hostitelská osobnost** či hostitel (v zahraniční literatuře označována jako „host personality“) je v podstatě stěžejním „já“ jedince trpícího disociativní poruchou identity, nejedná se tedy o alternující identitu, ale právě o identitu, jež je alternována – nedobrovolně potlačována alternujícími identitami. Právě hostitel je tím, kdo o sobě mluví v 1. pádě, kdo si všímá svých obtíží a vyhledá odbornou pomoc či iniciuje vstup do terapie. „*Hostitel tenduje k tomu být tím, kdo má vedoucí kontrolu nad tělem po většinu času*“ [vlastní překlad autorky této práce] (RINGROSE, 2012, s. 6). Ringrose však také uvádí, že v některých případech může mít jedinec více hostitelských osobností, které sdílejí svou roli a mají velmi podobná jména (RINGROSE, 2012).

Hostitelská osobnost u sebe zaznamenává časté a různou dobu trvající časové ztráty, tedy doby, na které má amnézii. Jedná se výpadky, ztráty vědomí hostitelské osobnosti (tzv. blackouts). Nejedná se však o stav bezvědomí. Při takovém výpadku je hostitelská osobnost zatlačena do pozadí, přičemž se vynoří některá z alternujících identit.

**Alternující identity** jsou v zahraniční odborné literatuře označovány mnoha pojmy. Některé z nich zde uvádím: personality, entity, alter, alternate identity, alter personality, personality state, self-state, disaggregate self-state, ego state, state of consciousness, dissociative part of the personality (VAN DER HART a DORAHY, 2009). Pro zachování povahy výrazů je záměrně ponechávám v původním znění. Při studiu zahraniční literatury zaměřené na DID jsem se nejčastěji setkala s výrazy alter, alternate identity, alter personality, dissociative part, spíše výjimečně pak s pojmy entity a ego

state. Pro potřeby této práce jsem se rozhodla využívat pojmu „alternate identity“ (alternující identita), který je zakotven i v DSM-IV a v DSM-V. Občasně uplatňuji i jeho zkrácenou verzi „alter“ (v mn. č. „alters“) – zde pojmám jako v ženském rodě – pro jeho krátkost, údernost a časté uplatňování v zahraniční literatuře.

Putnam hovoří právě o alters, které definuje jako „*oddělené stavy chování uspořádané kolem převládajícího afektu, sebepojetí (včetně pojetí vlastního těla) se sadou vzpomínek závislých na daném stavu a s omezeným repertoárem chování*“ [vlastní překlad autorky této práce] (PUTNAM, 2006, s. 672-673). Zmíněné alters, neboli alternující identity se od sebe odlišují svými funkcemi. Jedna z osobností/identit tak může zastávat například roli rodiče, který pečuje o své děti, jiná osobnost nese tíhu prožitého traumatického zážitku, další osobnost je závislá na alkoholu, atd. U každé z osobností pak může převládat různé ladění (např. depresivita, úzkostnost, hostilita, expanzivnost). Kluft o alternujících identitách pojímá obsáhlou rozpravu: „*Rozložený self-stav (např. osobnost) je mentální projev relativně stabilního a trvalého konkrétního vzorku selektivní mobilizace duševních obsahů a funkcí, které mohou být behaviorálně přijaty pozoruhodnými dimenzemi přebírání a přehrávání rolí, a citlivé k podnětům intrapsychickým, interpersonálním a podnětům z vnějšího prostředí*“ [vlastní překlad autorky této práce] (KLUFT, 1996, s. 343).

Každá z osobností má svůj osobitý projev, zkušenosti a vzpomínky a je ukotvena ve své vlastní „realitě“. Alters se mohou lišit i věkem a jménem (někdy je odhaleno až při terapii), a dokonce i pohlavím. Jejich projev může být rozličný jak po duševní stránce (charakteristické rysy, převládající afekt, styl jednání, vnímání sebe sama a okolního světa), tak i po stránce fyzické (nonverbální tělesné projevy – držení těla, tep, potivost; míra odolnosti vůči fyzické bolesti, verbální vyjadřování – řeč, jazyk, komunikační styl, rukopis). Vnímavá osoba může odpozorovat jisté změny výrazu tváře a těla. Alters mívají odlišnou intonaci, hloubku hlasu, způsob mluvení, držení těla a chování

(PUTNAM, 2006). U postižených DID lze přítomnost alters sledovat i díky nápadným změnám ve stylu oblékání, úpravy vlasů, ale např. i běžných denních návyků a chutí. Loewenstein v této souvislosti zmiňuje příklad pacienta, který o sobě na jednom sezení tvrdil, že rozhodně nepije kávu, na následující sezení si s sebou však přinesl právě šálek kávy (LOEWENSTEIN, 1991). Jedna alternující identita totiž kávu nepije, kdežto ta druhá ano. I přesto jakékoli zřetelné změny vzhledu pacienta nemusí hned poukazovat na disociativní poruchu a měly by být posuzovány obezřetně a v souladu s výsledky pacienta v klinických testech a speciálních dotazníkových metodách (tyto budu rozebírat v kapitole 2.5).

Většina alternujících osobností neví o existenci těch dalších a domnívají se, že pouze ony samy jsou jediné a jedinečné. Některé však mohou o dalších tušit, jiné o přítomnosti ostatních vědí a dokonce je dokáží do jisté míry ovlivňovat. „(...) *alter A ví o tom, co dělá alter B, ale alter B si není vědoma činností alter A*“ [vlastní překlad autorky této práce] (KLUFT, 1991, s. 165).

Typickou klinickou manifestací přítomnosti alters je, když o sobě jedinec hovoří v první osobě množného čísla (my) nebo ve třetí osobě jednotného i množného čísla (on, ona, ono, oni) (PUTNAM, 2006). Další manifestací, které si vnější pozorovatel může povšimnout přímo při výměně jedné identity za druhou (tzv. switchingu), jsou změny v pohybu očí a očních víček.

Počet alters u osob s DID bývá rozličný. V praxi může být velmi obtížné stanovit jejich přesný počet. Čím déle a hlouběji daného jedince poznáváme, tím je pravděpodobnější, že budeme postupně odhalovat více jeho alternujících identit. Při stanovení diagnózy bývají prokazatelné v průměru 2 až 4 identity, během léčby průměrně 13 až 15 identit (u složitějších případů 26 a více identit) (KLUFT, 1996).

Mezi poměrně frekventované typy alternujících identit můžeme zařadit tyto: dětské osobnosti, ochránci, rádcí a pomáhající osobnosti, osobnosti se zřetelným citovým nastavením, strážci vzpomínek a tajemství, vnitřní

pomocníci, vnitřní pronásledovatelé, anestetické osobnosti, mstitelé, obránci a omlouvači zneuživatelé/násilníka, osobnosti se zvláštní specializací, osobnost vše si pamatující, a osobnosti chránící zidealizovaný potenciál k růstu, štěstí a zdravému vyjadřování pocitů (KLUFT, 1991).

Putnam a Ross provedli v letech 1986 a 1989 rozsáhlé studie týkající se DID, ve kterých byli respondenty odborníci na duševní zdraví. Okolo 85 % těchto odborníků se shodlo na přítomnosti třech základních typů alternujících identit: dětská, pronásledující a ochranná (ROSS, 1995).

#### **2.4.3.1 Dětské identity**

*„Děti a dětské osobnosti jsou celkem běžné a bývají uzamčeny v tom časovém rámci, ve kterém vznikly“* [vlastní překlad autorky této práce] (RINGROSE, 2012, s. 7). Jejich uvažování, chápání a chování odpovídá věkové kategorii, ve které ustrnuly. Nesou v sobě špatné pocity. Bývají vyděšené, snáze zranitelné a touží po hluboké a trvalé vazbě k pečující a ochranné osobě. V podstatě prahou po naplněném a uspokojujícím vztahu, který jim byl doposud odepřen. Dle Ringrose je nutno je oslovovat a komunikovat s nimi vhodně v souladu s jejich věkem (RINGROSE, 2012). Během terapie mohou tyto osobnosti zestárnout, dozrát až do aktuálního věku pacienta s DID.

#### **2.4.3.2 Pronásledující a násilné identity**

Pronásledující a násilné identity jsou negativně zaměřeny proti ostatním alternujícím identitám, ale zejména proti hostitelské osobnosti a dětským identitám. Věří totiž, že právě dětské identity nebo osobnost hostitelská mohou za zneužití/týrání a tedy si zaslouží být trestány (ROSS, 1995). Jsou negativistické a agresivní. Cítí se být nedotknutelné, nezranitelné. Dokáží ovlivňovat zejména slabší a zranitelnější alters, zakazují jim mluvit o traumatických vzpomínkách, bojí se jejich vyjádření, vyhrožují tresty



za vyzrazení těchto „tajemství“. Terapeutovi donášší a pomlouvají ostatní alters. Jejich útoky mohou být i fyzického rázu vůči tělu hostitele. Hostitelská osobnost si na svém těle povšimne různých zranění (pohmožděniny, pořezání, škrábance, popáleniny,...), ale netuší, kde k nim přišla. Stejně jako sebepoškozování, tak i suicidální pokusy mohou být projevem právě pronásledujících a násilných osobností. „Často se pokoušejí zabít hostitelskou či jinou alternující identitu, aby je umlčeli, ale nechápou, že to znamená, že oni sami zemřou také“ [vlastní překlad autorky této práce] (RINGROSE, 2012, s. 7).

Ač tento typ osobností bývá ohrožující až nebezpečný, lze v něm najít potenciál k léčbě pacienta. Sílu, vytrvalost a agresivní energii lze přetvořit v hnací motor celé terapie. Ringrose doporučuje k násilným a pronásledujícím identitám promlouvat, respektovat je a vyjednávat s nimi, jak jen to je možné (RINGROSE, 2012). Je žádoucí je motivovat (stejně jako ostatní typy alternujících identit) k pochopení, že se vezou všichni na stejné vlně, a povzbuzovat je ke spolupráci s ostatními.

#### **2.4.3.3 Ochranitelské a pomáhající identity**

Takových pomocníků a ochránců může mít jedinec s DID i více. Ve velké míře slouží jako ochránci ostatních identit před útoky persekujících a násilných identit. Mohou být velmi potřebné v případech, kdy nějaká alter útočí na hostitele nebo u něj zapříčiní sebepoškození. Dalo by se říci, že se jedná o takové strážné anděly, kteří na sebe berou tíhu, kterou již hostitel není schopen psychicky unést. Tento typ identity může být výrazným kooperujícím prvkem při terapii.

#### **2.4.4 Switching**

V podkapitole 2.4.3 jsem poukázala na nápadnosti v projevech alternujících identit. Pokud neznáme jedince trpícího DID delší dobu, či

nejsme vyškolení odborníci v oblasti DID, může pro nás jakožto vnější pozorovatele být problematické poruchu rozpoznat. DID tak často zůstává okolí skrytá. Podobně je tomu i u funkce, která umožňuje jednotlivým identitám mezi sebou přepínat, střídát se. V soudržnosti se zahraniční terminologií pro ni použiji název switching.

*„Přepínání mezi jednotlivými identitami může být často jemné a dokonce i pozorovatelem nepovšimnutelné“* [vlastní překlad autorky této práce] (HOWELL, 2011, s. 2). Ke switchingu může docházet i přímo při terapeutickém sezení. *„Během rozhovorů se u pacientů může objevit zavírání očí, časté mrkání, chvění očních víček, a dokonce i protáčení očí“* [vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 571). Tyto projevy naznačují, že právě dochází ke změně identity. Běžně bývají provázeny i zakrýváním úst či tváře nebo opakujícím se dotýkáním obličeje – tzv. grounding gesty (BRAUN, 1988). Dle Putnama mohou tato gesta signalizovat, že proces switchingu je u konce (PUTNAM, 1988). Jedná se o vysvětlitelnou a logickou reakci „nové“ alternující identity, která právě nahradila tu předchozí a ujišťuje se, v jakém těle a v jakém prostředí se nachází. Tím se stabilizuje, uzemní – zřejmě proto Braun a Putnam použili termín grounding.

## **2.5 Metody pro screening a diagnostiku disociativní poruchy identity a jiných disociativních poruch**

Ke zjišťování významných vlastností a patologických rysů osobnosti se nejen v oblasti psychodiagnostiky, ale např. i v personalistice využívá několik standardizovaných psychologických testů. Dominuje zejména nejpropracovanější širokospektrální test MMPI-2 (případně jeho novější pozměněná forma MMPI-2-RF). Pro podobné testování je využíván i víceosý dotazník MCMI-III vycházející z kritérií DSM-IV, dále polostrukturované klinické interview IPDE vycházející z kritérií ICD-10 (MKN-10) a DSM-IV,

a na úrovni projektivního testování Rorschachův test. Pro diagnostiku DID však tyto testy nemusí být dostačující, jelikož se na fenomén disociace přímo nezaměřují. Jejich aplikace je při diagnostikování DID spolehlivá pouze při současném využití specifických metod zaměřených přímo na disociaci.

Disociaci lze z psychodiagnostického hlediska měřit speciálními screeningovými dotazníky a strukturovanými klinickými interview. Vyčerpávající přehled metod používaných k hodnocení disociativních projevů zkompletoval Ptáček (viz příloha II, tabulka č. 2). Při podezření na DID je dle Ringrose vhodné, aby byla posouzena úroveň fungování klienta a k diagnostice byly použity dotazníky DES a SDQ-20, a interview SCID-D-R (RINGROSE, 2012). Těmito metodami a další v této oblasti používanou metodou DDIS se budu zabírat dále v textu. Je vždy nutné brát v potaz potenciální přítomnost somatického onemocnění u klienta/pacienta, které by mohlo být skutečným původcem symptomů a výsledky testů tak zkreslit. K vyloučení přítomnosti somatického onemocnění je nezbytné, aby klient absolvoval důkladné lékařské vyšetření.

## 2.5.1 Screeningové dotazníky

### 2.5.1.1 Dissociative Experiences Scale (DES)

Existuje metoda, která sama o sobě není přímo diagnostickým nástrojem, avšak může poukázat na disociativní symptomatologii u respondenta. Tato první publikovaná a velmi rozšířená metoda autorů Bernstein Carlsonové a Putnama z roku 1986 se nazývá Dissociative Experiences Scale (DES). Dissociative Experiences Scale (dále jen DES) je sebeposuzovací škála o 28 otázkách sloužící ke zjištění míry disociativních zkušeností v běžném životě dospělých osob (starších 18-ti let) (CROWDER a HAWKINGS, 1995). DES je postaven na třech hlavních faktorech: amnézie, depersonalizace a derealizace, absorpce (silné zaujetí okolním děním). Při vyhodnocení dotazníku se vypočítává výsledný skóre respondenta a porovnává se s předem

stanoveným cutoff skórem. Překročení hraniční hodnoty – cutoff skóru – signalizuje podezření na disociativní poruchu (Chalupníček, 2008). Úspěšně byla otestována i česká verze tohoto dotazníku<sup>1</sup>. Nutno však podotknout, že DES by měl být pouze doplňkem klinických metod (např. Strukturovaného klinického interview pro disociativní poruchy).

Otázky dotazníku DES nám mohou poskytnout představu o typických znacích a situacích v životě člověka s disociativní poruchou. Ptá se vyložene na projevy typické pro disociativní poruchy. Nedotazuje se na respondentovu minulost (traumatické zkušenosti apod.). Čím výše v dotazníku respondent skóruje, tím víc se blíží k pravé hranici disociativního kontinua, tedy k DID či DDNOS. Pokud bychom některé otázky převedli v čistě informativní sdělení, dozvíme se mnoho přímo o symptomech disociativních poruch. Výsledek může sice poukázat na možnou existenci DID u respondenta, avšak diagnózu je možno potvrdit či vyvrátit jen při současném použití klinických metod, jak jsem již upozornila v textu výše.

U novější verze DES-II byly upraveny škály odpovědí, ale typy otázek zůstaly nezměněné. Dotazník DES-II uvádím pro ukázkou v příloze III.

### **2.5.1.2 The Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20 a SDQ-5)**

The Somatoform Dissociation Questionnaire-20 neboli dotazník somatoformní disociace (**SDQ-20**) je sebeposuzovací dotazník o 20-ti položkách. Položky se týkají celé škály obtíží. Například: občas neslyším jako bych byl hluchý, lidé a věci se zdají být větší než obvykle, mé tělo nebo jeho část necítí bolest (NIJENHUIS, 2004a). Dotazník by měl odhalit, zda somatoformní projevy u klienta vypovídají či nevypovídají o disociativní poruše. Respondent na škále od jedné do pěti označuje frekvenci obtíží u každé položky, přičemž výsledný skór může být v rozsahu mezi dvacítkou a stovkou. Dále vždy volí jednu z odpovědí v dichotomickém formátu (ano/ne)

---

<sup>1</sup> Autory české verze jsou Radek Ptáček, Petr Bob a Ivo Paclt. Dotazník uveden jako Škála disociativních zkušeností.

u dotazu, zda zná či nezná fyzickou příčinu těchto obtíží. Dle studií, při kterých byl tento dotazník použit, skórovala většina pacientů s DID nad 50 (CHU, 2011), což představovalo výrazně vyšší skór než u pacientů se somatoformní poruchou bez disociativních symptomů.

Zkrácená verze tohoto dotazníku, tedy **SDQ-5**, obsahuje pouze 5 položek vyňatých z SDQ-20. Jedná se o tyto: při močení cítím bolest, mé tělo nebo jeho část necítí bolest, věci okolo sebe vidím jinak než obvykle, pocity jako když mé tělo nebo jeho část zmizí, nemohu mluvit (příp. jen s velkou námahou) nebo mohu jen šeptat (NIJENHUIS, 2004b). Skórovat mohou respondenti mezi pětkou a pětadvacítkou, přičemž skór od hodnoty 8 a výše poukazuje na výraznou možnost existence disociativní poruchy. SDQ-5 však nemá potenciál být stejně spolehlivá jako verze SDQ-20. Sám Nijenhuis upozorňuje, že pacienti s výsledným skórem 8 a více získaným v SDQ-5, by měli kvůli stanovení či vyloučení disociativní poruchy absolvovat ještě interview SCID-D-R a DDIS (NIJENHUIS, 2005).

## 2.5.2 Klinická interview

### 2.5.2.1 Structured Clinical Interview Dissociative Disorders (SCID-D-R)

Toto polostrukturované interview postihuje všechny příznaky stěžejní pro posouzení disociativních poruch. Tedy se zaměřuje např. na derealizaci a depersonalizaci, disociativní amnézii a samotné alternující identity a jejich projevy. Interview se skládá z obecnějších otevřených otázek, po kterých následují otázky detailní, přičemž souhrnný počet je 258 otázek (STEINBERG, 1994). Na základě odpovědí je stanovena míra disociativních symptomů. Následuje zařazení do kategorií počínajících neklinickou populací představující nulovou či minimální přítomnost disociativních symptomů, až po pacienty s DID charakterizovanou silnými disociativními symptomy ve všech zahrnutých oblastech. Chalupníček upozorňuje, že administrace SCID-D-R je časově velmi náročná a navíc by odborník měl být dostatečně vyškolený

anebo alespoň dobře znalý problematiky disociativních poruch (CHALUPNÍČEK, 2008).

### **2.5.2.2 The Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)**

Několik odborníků z oblasti psychologie a psychiatrie v čele s C. A. Rossem vyvinulo roku 1989 The Dissociative Disorders Interview Schedule (dále jen DDIS) obsahující 132 otázek (z toho dvě poslední jsou určeny pouze pro tazatele) rozdělených do 16-ti sekcí. Toto strukturované klinické interview slouží k diagnostice všech typů disociativních poruch (od disociativní amnézie až po disociativní poruchu identity), a dále k diagnostice somatizační poruchy, hraniční poruchy osobnosti a depresivní poruchy. V DDIS jsou obsaženy i položky zaměřující se na pozitivní příznaky schizofrenie, mimosmyslové zážitky, zneužívání návykových látek a další faktory příslušející k disociativním poruchám (THE COLIN A. ROSS INSTITUTE, 2014). Sekce 8 a 14 se věnují přímo potenciálním projevům DID u respondenta. Sekce 3 se soustředí na psychiatrickou minulost respondenta a sekce 7 na oblast fyzického či sexuálního zneužívání v dětství a adolescenci. Společně s vydáním DSM-V bylo aktualizováno i toto interview (zejm. kvůli změně některých názvů diagnóz a drobným změnám v diagnostických kritériích).

## **2.6 Prevalence**

Přestože mnoho lidí s traumatickými zážitky prožije stavy disociace, málokdy je u nich diagnostikována přímo disociativní porucha. Tito lidé totiž v mnoha případech nesplňují diagnostická kritéria DID, bývá u nich diagnostikována spíše PTSP anebo DDNOS, anebo jiné duševní onemocnění.

Dochází však i k tomu, že jedinec by diagnostická kritéria DID splnil, ale nedostatečnou odborností, zkušeností či nesprávným vyhodnocením ze strany psychologů, psychiatrů, psychoterapeutů se zvyšuje riziko záměny za jiné duševní onemocnění, anebo jsou projevy nemoci přičteny důsledkům

závislosti na návykových látkách. Z tohoto důvodu se může porucha jevit jako velmi vzácná. Následně někteří odborníci vyhodnotí, že se s takovým onemocněním v praxi s velkou pravděpodobností nesetkají, a tedy není nezbytné se v tématu DID blíže vzdělávat. Dochází tak k uzavření bludného kruhu.

Objevují se dokonce i názory o smyšlenosti či umělé vykonstruovanosti DID. Jedná se o opačný extrém toho, jako kdyby byla DID hromadně diagnostikována i tehdy, pokud by klient nesplňoval základní diagnostická kritéria. Zastánci těchto názorů popírají existenci poruchy, či ji považují minimálně za velmi kontroverzní. Někteří věří maximálně v iatrogenní původ (porucha neúmyslně vyvolána pomáhajícím odborníkem během psychoterapie). Možná takový postoj vzniká u zastávce této teorie i z důvodu nedostatečné znalosti či zkušenosti s léčbou disociace.

Diskuse a spory ohledně existence DID však nabízejí zajímavou paralelu k povaze poruchy a pocitům rozporuplnosti u klientů. Lidé s touto nemocí si nemohou být jistí vlastními prožitky či vzpomínkami. „*Pamatuji si to, nebo si to vymýšlím? (...)*“ [vlastní překlad autorky této práce] (MCWILLIAMS, 2011, s. 334). Výzkumy a praktické zkušenosti odborníků jak z amerického kontinentu, tak z Evropy též premisy o vykonstruovanosti tohoto onemocnění vyvracejí. Proběhla řada studií s respondenty z USA, Kanady, Turecka a několika západoevropských zemí. Ukázalo se, že kritéria DSM pro DID splnilo v průměru 5 – 15 % dospělých na psychiatrii hospitalizovaných pacientů ze zkoumaných vzorků (PUTNAM, 2006). Kluftovy studie indikovaly u 20 % DID pacientů chronickou formu, z toho 14 % z nich záměrně maskovalo své projevy DID a pouze u 6% byla DID trvale zřejmá (KLUFT, 2009). V 90. bylo odhadnuto, že u 250 klinických lékařů v Nizozemsku se léčilo přibližně 400 pacientů s DID (VANDERLINDEN, et al., 1996).

V Evropě probíhaly v 90. letech 20. století a počátkem 21. století podobné výzkumy i v Dánsku, Finsku, Německu, Nizozemsku, Belgii, Norsku

a Švýcarsku, ve světě pak navíc v Austrálii, Etiopii, Íránu, Číně a Indii (MALDONADO a SPIEGEL, 2008; DELL, 2009; VANDERLINDEN, et al., 1996). Výstupy několika relevantních výzkumů jsem pro ukázkou uspořádala do tabulky č. 3 (viz příloha II). Výzkumné týmy zjišťovaly míru prevalence DID buď u hospitalizovaných nebo ambulantních psychiatrických pacientů v dané zemi, a/nebo u vzorků celkové populace dané země. Výsledky některých studií jsou procentuálně podobné, v porovnání s dalšími se však jedná o markantní rozdíl. Dle těchto výzkumů vychází, že v případě psychiatrické populace (ambulantní i hospitalizované souhrnně) se míra prevalence pohybuje od 1,6 do 6,6 %, přičemž závěry se přibližují spíše horní hranici. V případě celkové populace se míra prevalence pohybuje od 1,1 do 3,1 %. Mezinárodní společnost pro studium traumatu a disociace vycházející i z mnoha dalších provedených studií a hovoří o míře prevalence 1 – 3 % u celkové populace (ISSTD, 2011).

Lze očekávat, že se zvyšující se tendencí odborníků blíže poznávat DID, lze do budoucna očekávat provádění dalších studií a zjištění nových poznatků, což může vést k úpravám míry prevalence.

Porucha se může vyskytnout u obou pohlaví, přičemž u žen bývá častější. Poměr je pět až devět osob ženského pohlaví na jednu osobu mužského pohlaví (PUTNAM, 2006). „*MPD pacienti pochází z různých sociálních vrstev, profesních a pracovních skupin, a mohou být jakékoli rasy a náboženského vyznání*“ [vlastní překlad autorky této práce] (LOEWENSTEIN, 1991, s. 570). Úroveň vzdělání pacientů se též může velmi lišit, od minimálního či základního vzdělání až po vysokoškolsky vzdělané.

Vzhledem k povaze poruchy a výše nastíněným okolnostem v oblasti diagnostiky může trvat velmi dlouho, než je porucha skutečně odhalena. V dlouhodobé výzkumné studii prováděné se 100 DID klienty bylo zjištěno, že průměrná doba mezi počátečním posouzením duševního stavu klienta a stanovením správné diagnózy je 6,8 let (KLUFT, 1985).



## 2.7 Disociativní porucha identity a psychoterapie

### 2.7.1 Terapeutické přístupy v léčbě disociativní poruchy identity

Pro léčbu pacientů s disociativní poruchou identity se využívají přístupy psychodynamické, humanistické, metody zaměřené na zpracování traumatu či na odstranění symptomů plynoucích z nezpracovaných traumatizujících zkušeností (např. EMDR – Eye-Movement Desensitization and Reprocessing). V ČR je zacílení na léčbu disociativních poruch spíše nižší, zatím se v této oblasti angažuje hlavně pan profesor Praško, který využívá kognitivně-behaviorální terapii. V rámci usnadnění léčby DID bylo vyvinuto mnoho specifických technik a intervencí, které zahrnují například kognitivní techniky, imaginativní a hypnotické techniky, přenosové a protipřenosové metody (ISSTD, 2011). V první řadě je uplatňována individuální psychoterapie. Dovolím si zde uvést několik doporučovaných a v zahraničí často využívaných přístupů.

#### 2.7.1.1 Integracionalismus

V zahraniční literatuře je velmi často zmiňován a doporučován integracionalismus (angl. integrationalism). Mezi zastánce patří například Richard P. Kluft. Tento psychodynamický přístup se zaměřuje na integraci disociovaných částí do jednoho celku. Integrací je v tomto případě *„kontinuální proces eliminace všech aspektů disociativní rozpolcenosti, který začíná dlouho před tím, než dojde k jakémukoliv snížení počtu či změně identit, přetrvává i během jejich fúze a pokračuje ještě do větší hloubky i v okamžiku, kdy jsou identity spojeny do jedné“* [vlastní překlad autorky této práce] (KLUFT, 1993b, s. 109).

Integrace jednotlivých identit může být žádoucím výsledkem terapie, avšak současně představuje velmi náročnou cestu jak pro pacienta, tak pro terapeuta. Jednotlivé alternující identity se postupně vzájemně

poznávají, propojují své vzpomínky a zkušenosti. To pro pacienta představuje obrovský strach z prožití konkrétních událostí, pocitů a bolesti s nimi spojených, které doposud byly uvědomovány pouze jednotlivými identitami. Pacient musí mít odvahu, odhodlání a sílu přijmout, že veškeré tyto obsahy jsou přímo jeho součástí, ač vzpomínky po mnoho let nesly na svých bedrech jednotlivé alternující identity. Tento typ terapie má dvě formy: strategickou a taktickou. U taktického integracionalismu se klade vyšší důraz na provádění technik a „taktik“, pomocí kterých je možno dosáhnout terapeutických cílů. Strategický integracionalismus oproti tomu využívá techniky spíše jako doplněk léčby a lze ho chápat jako „*trvajícím proces analýzy obrany a řešení konfliktů*“ [vlastní překlad autorky této práce] (KLUFT, 1993a, s. 22). V praxi se však obě formy kombinují. V podkapitole 2.7.2 se budu věnovat jednotlivým fázím integracionalismu.

#### **2.7.1.2 Na osobu zaměřený přístup**

Dalším uplatňovaným je na osobu zaměřený přístup vycházející z PCA (Person-Centred Approach) Carla Rogerse. Tento humanistický a nedirektivní přístup vnímá jako hlavního tvůrce změn klienta. Rogersovský terapeut upřednostňuje možnost klientova sebevyjádření právě klientem samotným. To je možné díky bezpodmínečnému přijetí klienta. Tím je myšleno vytvoření prostoru, ve kterém se klient může setkat se všemi svými pocity a myšlenkami, a to hlavně negativními (FAIXOVÁ, 2014). Klient v terapii užívá bezpečného prostoru pro návrat ke vzpomínkám a traumatům, při nichž dříve disocioval. Tak se postupně může naučit směřovat k využívání „zdravějších“ copingových dovedností.

Na oddělenost identit zde není nahlíženo prvotně jako na problém. Terapeut se jemně snaží jednotlivé alternující identity povzbuzovat ke vzájemné spolupráci, avšak neupírá žádné z nich právo na to zůstat v separaci. Integrace zde není upřednostňována jako cíl léčby. Přístup zaměřený na osobu

zastávají v léčbě DID například John O. Beahrs, John G. Watkins a Helen H. Watkins.

### **2.7.1.3 Adaptacionalismus**

Třetím stěžejním přístupem je adaptacionalismus. Jak již lze vyčíst z názvu, tento přístup přednostně pomáhá klientovi při zvládnání jeho současného života a při adaptaci na úkoly a činnosti. Zabývá se fungováním klienta dnes, nezachází do minulosti natolik, jako předchozí dva přístupy. Zaměřuje se spíše na symptomy a jejich zvládnání. Částečně vychází z kognitivně-behaviorální terapie. Pro klienty, kteří hledají zejména úlevu od příznaků a naprosto odmítají pracovat na integraci a zpracovávání minulých traumat, nebo pro ty, u nichž jejich zdroje a životní okolnosti vylučují intenzivní léčbu, je tento přístup oprávněný a účelný (KLUFT, 1993a).

### **2.7.1.4 Na fázi orientovaný přístup**

Již na počátku 20. století přišel Pierre Janet s tzv. na fázi orientovaným modelem léčby. Tento přístup se dodnes využívá u osob s traumatickými vzpomínkami, včetně osob s DID. Je založen na postupné stabilizaci osobnosti a budování ega a dbá na to, aby nedošlo k předčasnému odkrytí traumatických vzpomínek a následné retraumatizaci klienta. Hermanová na základě své klinické práce s traumatizovanými osobami zformulovala tři stupně zotavení: založení bezpečného prostoru, vzpomínání a smutek, opětovné spojení se všedním životem (HERMAN, 1992). Později došlo na základě praktického využití dalšími odborníky k rozšířenému pojetí tohoto přístupu. Mezinárodní společnost pro studium traumatu a disociace toto rozšíření ukotvila ve svých směrnících takto: *„založení bezpečného prostoru, stabilizace a redukce symptomů; konfrontace a propracovávání se k traumatickým vzpomínkám a jejich integrování; integrace identity a rehabilitace“* [vlastní překlad autorky této práce] (ISSTD, 2011, s. 135).

### 2.7.1.5 Hypnóza

Hypnóza je zvláštní duševní stav charakterizovaný zvýšenou sugestibilitou, změněným stavem vědomí umožněným sugescemi a selektivním vztahem závislosti na hypnotizérovi (KRATOCHVÍL, 2009). Běžně je využívána ke zmírnění až vymizení některých obtíží zejména u traumat, neuróz, závislostí a somatických onemocnění.

Využití hypnózy při léčbě DID (a i ostatních disociativních poruch) vychází z podstaty jisté podobnosti mezi hypnózou a disociací. Při disociaci si totiž jedinec spontánně navozuje hypnotický stav. Jak jsem již v této práci na několika místech zmínila, jedinci s DID disponují vrozenou zvýšenou schopností hypnability, tedy je pro ně snazší se pohroužit do hypnózy. Některé alternující identity se v tomto stavu objeví spontánně. Když se pacient nachází v hypnóze, není pochyb, že s jednotlivými identitami pak rozhovor probíhá snáze (BLISS, 1986). Některé z identit zůstávají naopak skryté, a lze je vyvolat směřováním zhypnotizovaného pacienta/klienta do období jejich vzniku. Následně se lze zacílit i na konkrétní traumatické zážitky a pracovat s nimi. „*Co bylo u jedince původně vyvoláno traumatickými zážitky, může být v léčbě příznivě ovlivněno řízenými hypnotickými intervencemi*“ [vlastní překlad autorky této práce] (VERMETTEN, 1998, s. 145). Během terapie může být v jistých chvílích žádoucí vyvolat konkrétní alternující identitu. Jednoduché vyvolání identity lze provést po hypnotickém sezení a nácviu autohypnotických manévrů (GRAMBAL aj., 2011). Hypnóza zde může posloužit jako doplněk jiné psychotherapeutické metody. Lze ji však aplikovat i samostatně na konkrétní symptomy, anebo i příčiny vzniku DID.

### 2.7.2 Fáze terapie dle integracionalismu

Psychotherapeut Bennett Braun načrtl na základě 3-P modelu<sup>2</sup> a vlastní terapeutické práce 13 psychotherapeutických fází pro práci s klienty trpícími

---

<sup>2</sup> 3-P Model of MPD – teoretický model zaměřující se na predisponující (Predisposing), urychlující (Precipitating) a udržující (Perpetuating) faktory, které jsou spojeny s vývojem disociativní poruchy identity

DID (BRAUN, 1986). Klouft později tyto fáze z důvodu jejich vzájemného prolínání zestručnil na 7: zahájení psychoterapie, počáteční intervence, mapování a shromažďování údajů z historie klienta, metabolismus traumatu, přibližování se k integraci-řešení, integrace-řešení, učení se novým copingovým dovednostem, utužování zisků, odezva (KLUFT, 1991). Doba pro absolvování všech fází se v praxi odvíjí zejména od závažnosti a komplexity DID. Může tedy představovat měsíce, ale i mnoho let náročné a bolestivé práce.

**Terapeutické fáze** jsou následující:

- 1) Zahájení psychoterapie spočívá ve vytvoření bezpečného prostoru, ve kterém bude moci být postupně navozen silný a důvěrný terapeutický vztah. Klient je seznámen s povahou léčby a je připravován na potenciální zisky, ale i rizika a ztráty, které pro něj terapie může představovat.
- 2) Počáteční intervence. V této fázi se terapeut snaží oslovit jednotlivé alternující identity, představit jim základní terapeutická pravidla a uzavřít s nimi dohodu jako „pojistku“ před klientovým spácháním sebevraždy či jiným závažným činům. Je důležité posilovat vzájemnou komunikaci mezi alters, jelikož jejich kooperace (byť ji některé z nich napadají) je významná během celé terapie a postupné zlepšování stavu klienta. Klient se učí přijmout svou diagnózu.
- 3) Mapování a shromažďování údajů z historie klienta. Terapeut se s klientem snaží o každé z alternujících identit zjistit co nejvíce informací, o době, okolnostech a důvodu jejich vzniku, jejich vlastnostech a zvláštích. Důraz na kooperaci mezi alters je i nadále velmi žádoucí. Klient se učí porozumět systému, povahám a funkcím svých alternujících identit a je připravován na střetnutí se s traumatizujícími vzpomínkami.
- 4) Metabolismus traumatu. Tato fáze předpokládá důkladné projití předchozími třemi fázemi, jelikož představuje snahy o zpřístupnění vzpomínek na prožité traumatizující události a jejich následné

zpracovávání. Předčasný přechod do této fáze může skončit nežádoucím až nebezpečným chováním na straně klienta, či k přerušení terapie.

- 5) Přibližování se k integraci – řešení. Terapeut pokračuje ve facilitaci spolupráce mezi alternujícími identitami. Dochází k prohlubování vzájemných vztahů a uvědomění mezi identitami, některé z konfliktů mezi nimi se podaří vyřešit nebo již nejsou předmětem zájmu. Některé identity se mohou obávat, že pokud se zintegrují s ostatními, zemřou (BRAUN, 1986). Terapeut v takovém případě musí dané identity ubezpečovat, že nezemřou, ale stanou se nedílnou součástí nového celku. Braun v takových případech doporučuje použít analogii s mísením barev (například červená a bílá dá vzniknout úplně nové barvě – růžové). „*Obě barvy přispějí k finálnímu produktu, který má větší kapacitu (tj. je funkčnější) než kterákoli z původních barev*“ [vlastní překlad autorky této práce] (BRAUN, 1986, s. 16).
- 6) Integrace – řešení. Klient postupně přijímá traumata prožitá jednotlivými identitami za svá a je schopen je ustát. Začíná mít jasnější a jednotnější postoj k sobě samému i k okolí, ač si je svých identit stále vědom. Některé identity se již propojily či dokonce splynuly s hostitelskou osobností. „*Jejich smísení se do jednoty je integrace*“ [vlastní překlad autorky této práce] (KLUFT, 1991, s. 179). Pokud se podařilo objevit všechny klientovy alternující identity a pracovat s nimi, ještě to neznámá, že všechny budou mít zájem se stát součástí zintegrovaného celku. Například některé narcistické identity to odmítnou. „*Identity se integrují nebo mohou být integrovány, když je eliminován důvod jejich bytí (...)*“ [vlastní překlad autorky této práce] (KLUFT, 1991, s. 180).
- 7) Učení se novým copingovým dovednostem. Klient se učí čelit současným problémům konstruktivnějšími způsoby a dovednostmi, oproti dřívějším disociativním reakcím. Mnohdy cesta ke způsobu řešení vyžaduje několikeré přehodnocení celé situace, včetně posouzení mezilidských vztahů, kterých se nezbytná klientova rozhodnutí a řešení mohou týkat.

- 8) Utuzování zisků. Tato terapeutická fáze je v jistém ohledu ještě náročnější, než fáze integrační. Klient svým způsobem začíná nový život, upevňuje své nově naučené přístupy k mezilidským vztahům, ale i ke vztahu k sobě sama, k řešení interpersonálních i intrapersonálních konfliktů. Terapeutické působení je zde velmi žádoucí. Musí být oslovena témata, která byla předtím nepřístupná či skrytá za změtí symptomů (KLUFT, 1991).
- 9) Odezva. Terapeut s klientem vyhodnocují celkový přínos terapie a stabilitu klientova současného stavu. Je možné střetnutí s těmi alternujícími identitami, které během předchozí léčby nevystoupily na povrch (KLUFT, 1991).

Celý tento terapeutický proces na první pohled nemusí vypadat složitě. Musíme však vzít v úvahu, že terapeutická práce s klientem s DID je o vysoké zodpovědnosti a zkušenosti terapeuta, o důkladném pochopení mechanismu poruchy, specifčnosti přístupu, vyšší psychické a časové náročnosti než u léčby většiny jiných duševních onemocnění. Je nutné si uvědomit, že absolvování celého tohoto procesu nemusí znamenat, že klient se z poruchy vyléčil, se všemi traumaty se vyrovnal a nyní může konečně začít šťastně žít. Toto pojetí by bylo ideální, avšak velmi zjednodušené. Před léčbou představoval život klienta jeden velký chaos, nekonzistentnost. Klient udržoval spoustu vztahů jen z důvodu aktivity některé z alternujících identit, spoustu životních zkušeností či rozhodnutí z období dospělosti za klienta prováděly právě ony. I přestože klient zintegruje své alters do jednoho „já“, jeho „nová“ osobnost se musí potýkat s minulými patáliemi. Mnohdy takové vypořádávání se není snadné. Může se jednat například o vztah ke zneužívající osobě, který klient udržoval až do dospělosti, či dokonce během léčby. Po skončení léčby se klient zpravidla rozhoduje, zda je vůbec schopen takový vztah nadále udržovat a zda nebude osvobozující jej nadobro ukončit. Takových rozhodnutí se ke konci terapie objevuje více, tedy ani pro terapeuta neznamena toto období úlevu.

### 2.7.3 Praktické zásady pro léčbu disociativní poruchy identity

Bennett Braun se již na pomezí 70. a 80. let 20. století zabýval nahrávkami terapeutických rozhovorů vedených několika různými terapeuty s klienty s DID (KLUFT, 1993a). Po sumarizaci prvků, které byly většinou terapeutických seancí společné, byli s těmito prvky seznamováni další terapeuti na odborných konferencích. Na základě těchto doporučení, ale zejména vlastních případů a zkušeností s úspěšným léčením DID klientů, vytvořil Richard Kluff 12 zásad pro léčbu DID, které se v praxi uplatňují zpravidla současně. Zásady se nejvíce přibližují psychodynamickým přístupům a navazují na zmíněný integracionalismus.

Jedná se o tyto zásady: udržování bezpečného rámce a pevných hranic, zaměření se na dosažení zvládnutí nemoci, navázání a udržování silného terapeutického spojení, vypořádání se s pohřbenými traumaty, redukce oddělenosti a konfliktů mezi alternujícími identitami, práce na dosažení kongruence ve vnímání, léčba všech identit nestranně a s důsledností, obnova roztržitých základních předpokladů, minimalizace ohromujících zážitků, posilování odpovědnosti, vřelý a flexibilní terapeutický postoj, oslovování a úprava kognitivních omylů (KLUFT, 1993a).

Když klient pocítí bezpečný prostor, pevné hranice, důvěru k terapeutovi a má motivaci k práci se svým onemocněním, otevírá se prostor pro cestu k prožitým traumatickým zkušenostem. To není snadné, jelikož každá z alternujících identit v sobě nosí pouze některé ze zkušeností. Navíc persekující identity mohou zejména dětským identitám bránit v odkrytí traumatu. Proto je nutné, aby terapeut nebyl zaujatý vůči žádné z alternujících identit, stejně tak by neměl žádnou z nich upřednostňovat. Zachování neměnného postoje dává vzniknout bezpečnému prostoru pro spolupráci alternujících identit a je dobrým základem k jejich budoucí syntéze.

Přílišné nebo rapidní zahlcení klienta jeho těžkými životními zkušenostmi může snadno vést k tomu, že se klient zablokuje a obrní se



před propouštěním dalších vzpomínek. Ze strany klienta zde nastává i riziko opuštění terapie. Terapeut by proto měl udávat v terapii takové tempo, jaké je zrovna pro daného klienta akceptovatelné.

Jedinec s DID má vysoce narušený sebeobraz, ale i obraz o ostatních lidech, a o životě jako takovém. V nesnesitelných chvílích se mu nedostalo potřebné pomoci či podpory a naučil se očekávat jen to horší. Obvykle neměl k dispozici pevné vzory, od kterých by se mohl učit zdravému způsobu uvažování. Takový člověk je obětí činů, za které nesly odpovědnost jiné osoby, v realitě ale byla tato odpovědnost neoprávněně přenesena právě na něj-oběť. Příkladem u sexuálního zneužívání v dětství může být, když zneuživatel dítěti vyhrožuje, že v případě prozrazení si dítě ponese následky všeho, co bude následovat. Při terapii klienta s DID by se stejně jako při terapii obecně měl terapeut vyhnout hodnotícím výroky, zejména trestajícím či kritizujícím. Pokud terapeut klientovi poskytuje pozitivní zpětnou vazbu, která je nevyvratitelná a založená na sdílených zkušenostech během terapie, klient může pomalu přebudovávat své premisy (KLUFT, 1993a). Klient potřebuje zažít zcela jiný, zdravý vzor. To jde nejlépe tehdy, pokud sám terapeut bude vystupovat jako transparentní a zodpovědný člověk. *„Důležitější než to, co terapeut říká, je to, co dělá – tento model napomůže identifikaci“* [vlastní překlad autorky této práce] (KLUFT, 1993a, s. 43).

#### 2.7.4 Prognóza

Léčba DID v dětství či v počínající fázi této poruchy obvykle probíhá snáze a v rychlejším tempu než léčba dospělého člověka s DID. V dětském věku se porucha teprve rozvíjí, stejně jako se rozvíjí osobnost dítěte. Pokud se tedy porucha odhalí a včas se zahájí léčba, je šance, že další rozvoj dětské osobnosti bude pokračovat normálně jako u zdravého dítěte. Oproti tomu je léčba dospělého člověka s MPD rozsáhlejší a spojená se značným utrpením (KLUFT, 1986). Porucha se již stihla v osobnosti natolik ukotvit, že bude těžké její schémata přestavovat. Prognóza je však ovlivněna i dalšími faktory,

jako zejména dobou trvání a závažností prožitých traumat, genetickou výbavou a dosaženým stavem vývoje původní osobnosti (před vznikem DID), mírou schopnosti k úzdravě svépomocí, emocionální a sociální podporou před léčbou i během ní.

Nabízí se otázka, jak asi jedinec trpící DID dokáže žít běžný život s běžnými povinnostmi a jakou má šanci na úplné nebo alespoň částečné vyléčení. Odpověď na takovou otázku by byla velmi individuální. „*Lidé s DID se stávají úspěšnými profesionály, spisovateli, tanečníky, umělci, vědci, obchodníci, zpěváky a rodiči. Ale také prostituuji, jsou závislí na drogách, stávají se kriminálníky a pornohvězdami*“ [vlastní překlad autorky této práce] (SINASON, 2011, s. 8). Zřejmě nejznámějším příběhem ze současnosti je autobiografie Roztříštěná mysl amerického sinologa a bývalého prezidenta neziskové organizace Asia Society Roberta Bromleyho Oxnama. Tento člověk, ač velmi uznávaný, úspěšný a dle běžného zdání ničím se nevyjímající, v dospělosti podstoupil terapii, během které v sobě odkryl celkem 11 alternujících identit. Příběh nabízí hodnotné ukázky z terapeutických rozhovorů a ukazuje, že naděje na vyléčení nebo alespoň zmírnění projevů poruchy je reálná a lze ji naplnit.

## **2.8 Výskyt disociativní poruchy identity v odborné literatuře a ve výzkumu**

Americký psychoterapeut Colin Ross sice upozorňuje na nižší procento literatury pojednávající o DID, avšak zároveň uvádí, že literatura postihující všechna zásadní témata v souvislosti s DID již publikována byla (ROSS, 2006). Na našem odborném poli však tomuto tématu nebylo dosud věnováno tolik pozornosti, oproti jiným evropským zemím či USA. Rozsah zahraniční literatury, zejména od amerických a nizozemských autorů, je nesporně vyšší a nabízí ucelený a vyčerpávající přehled témat dotýkajících se DID. Bohužel ty nejzásadnější a nejobsáhlejší publikace pojednávající o DID dodnes nebyly

přeloženy do českého jazyka (ROSS, 1997; BRAUN, 1986; VAN DER HART, et al., 2006).

U nás máme k dispozici značně menší množství relevantních zdrojů. Tématem disociativních poruch se u nás zabývají články v odborných časopisech (GRAMBAL aj., 2011; HERMAN aj., 2008), části či kapitoly monografií týkajících se však primárně jiného tématu (PRAŠKO a PRAŠKOVÁ, 2007; KRATOCHVÍL, 2009) a diplomové a disertační práce (CHALUPNÍČEK, 2005; CHALUPNÍČEK, 2008; PTÁČEK, 2006; SOUKUP, 2005).

Výzkumy zaměřené vyloženě na DID v ČR nebyly doposud realizovány. Existují však studie, které zkoumají disociativní poruchy obecně. Cílovou skupinou výzkumů zde bývají zpravidla psychiatričtí pacienti. Jak jsem již zmínila v kapitole o prevalenci, byl proveden výzkum prevalence a diagnostiky disociativních poruch u pacientů s depresivním onemocněním (RADA PRO VÝZKUM, VÝVOJ A INOVACE, 2006), a v rámci diplomové práce výzkum prevalence disociativních poruch u pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie (CHALUPNÍČEK, 2008).

Bohužel se mi nepodařilo dohledat žádný tuzemský výzkum či studii, které by se v souvislosti s disociativními poruchami či přímo s DID zaměřovaly na odborníky z řad pomáhajících profesí. Nebyl proveden žádný výzkum tematicky shodný či podobný s tématem v empirické části této práce, tedy výzkum zjišťující míru znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity. V zahraničních materiálech jsem našla podobnost ve zvolení cílové skupiny pouze u jedné Braunovy studie, a to jen částečně. Tento výzkum byl zaměřen na výstupy z terapeutických rozhovorů vedených s klienty s DID, ze kterých se vyvodily prvky účinné při terapii DID (KLUFT, 1993a). Tyto poznatky však byly získávány z nahraných rozhovorů, nikoli z přímého oslovení psychoterapeutů. Míra znalostí psychoterapeutů, která by z tohoto výzkumu mohla vyplynout, by tak byla spíše vedlejším produktem, nikoli hlavním cílem.

## **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3.1 Cíle a hypotézy výzkumného šetření**

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zkoumat míru znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity (dále jen DID), a to za pomoci vlastního dotazníku. Pro účely tohoto výzkumného šetření byli pod pojem psychoterapeuti zahrnuti psychologové s absolvovaným akreditovaným psychoterapeutickým vzděláním/výcvikem a psychiatři s absolvovaným akreditovaným psychoterapeutickým vzděláním/výcvikem, kteří své vzdělání nabyli v České republice a v rámci své profesní praxe zde i působí. U těchto odborníků jsem vzhledem k jejich zaměření předpokládala jistou znalost charakteristik DID. Znalost je zde míněna jako určitá obeznamenost respondenta s definicí, výskytem, příčinami, typickými příznaky, podobností s jiným onemocněním, možnostmi diagnostiky a terapie poruchy. Pro zanesení zjištěné míry znalostí byla stanovena škála znalostí výborných, velmi dobrých, základních a nedostatečných.

DID je velmi diskutovaným tématem v zahraničí, podstatně méně však u nás. K dispozici zde máme pouze malé množství relevantních překladů a ještě menší množství „domácích“ publikací a výzkumných studií nebo kazuistik. V návaznosti na tuto skutečnost byla zformulována výzkumná otázka – jaká je míra znalostí našich psychoterapeutů o DID?

#### **3.1.1 Hypotézy**

Pro tento výzkum byla stanovena 1 hlavní hypotéza týkající se znalostí respondentů o disociativní poruše identity a 4 vedlejší hypotézy týkající se vlastní zkušenosti respondentů s klienty/pacienty vykazujícími příznaky disociativní poruchy identity a názoru respondentů na dostupnost zdrojů informací v českém jazyce.

## Hlavní hypotéza

**H1: Více než 60 % respondentů prokáže v dotazníku výborné nebo velmi dobré znalosti o disociativní poruše identity.**

## Vedlejší hypotézy

**h1: Více než 60 % respondentů uvede, že se v minulosti dozvěděl nějaké informace o disociativní poruše identity.**

**h2: Více než 30 % respondentů uvede, že se ve vlastní praxi setkal s klientem/pacientem vykazujícím příznaky disociativní poruchy identity.**

**h3: Více než 80 % respondentů uvede, že se domnívá, že v současné době neexistuje dostatek české odborné literatury (včetně překladů) zabývající se problematikou disociativní poruchy identity.**

**h4: Více než 80 % respondentů uvede, že by uvítalo více zdrojů informací o disociativní poruše identity v českém jazyce (odborná literatura, semináře).**

## **3.2 Výzkumný soubor**

Původním záměrem bylo oslovit pouze psychoterapeuty působící ve zdravotnictví – zde jsou povinnosti a odpovědnost psychoterapeutů působících v této oblasti vymezeny Českou psychoterapeutickou společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČPS ČLS JEP) takto: *„Ve zdravotnictví může samostatně provádět psychoterapii v ČR pouze příslušně vzdělaný (atestovaný) klinický psycholog nebo lékař (většinou psychiatr) – oba se „specializovanou způsobilostí“ a to za shodných podmínek, ale v rámci své původní profese jako součást poskytování zdravotní*

*péče (ať hrazené či nehrazené ze zdravotního pojištění)*“ (KOBLIC, 2012). Specializovanou způsobilostí je v tomto případě nejen absolvovaný psychoterapeutický výcvik, ale i absolvovaný certifikovaný kurz ČPS ČLS JEP Specializace v systematické psychoterapii.

Existuje zde však jedno úskalí: *„Profese psychoterapeut není v ČR právně vymezena (proklamativně ji vymezuje např. EAP a její vymezení může být inspirativní, ale právní váhu v jednotlivých zemích nemá)*“ (KOBLIC, 2012). Dle Evropské asociace psychoterapie (EAP) je tedy vymezení pro vykonávání psychoterapie volnější – psychoterapeutem může být osoba s VŠ vzděláním (psychologickým, lékařským, sociálním, pedagogickým) a s absolvovaným akreditovaným výcvikem v psychoterapii.

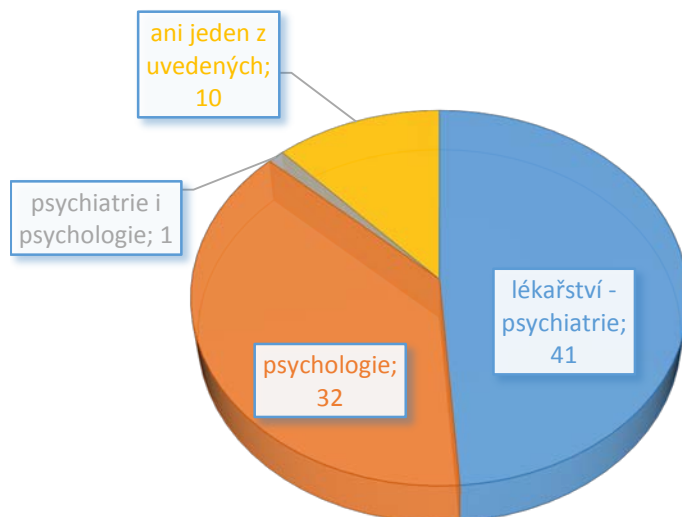
Teoreticky tedy mohli být v rámci této práce osloveni i např. sociální pracovníci s akreditovaným psychoterapeutickým vzděláním/výcvikem. U nich jsem však vzhledem k povaze oboru a tomu odpovídajícím studijním osnovám nepředpokládala znalosti psychopatologie na tak vysoké úrovni, v porovnání s klinickými psychology a psychiatry s akreditovaným psychoterapeutickým vzděláním/výcvikem. Během mapování sítě potenciálních respondentů jsem se setkala s obtížemi v podobě nízkého počtu ověřitelných faktorů (např. mnohdy nebylo na základě vyhledaných údajů možné spolehlivě určit, zda vyhledaný klinický psycholog absolvoval psychoterapeutické vzdělání/výcvik, či zda má vyhledaný psychoterapeut zároveň i atestaci z klinické psychologie).

Tyto faktory mne vedly k částečnému zjednodušení daných kritérií a k rozhodnutí provést výzkum pouze s absolventy akreditovaného psychoterapeutického vzdělání/výcviku, kteří vystudovali obor „psychologie“ a/nebo obor lékařství s atestací „psychiatrie“.

Empirického šetření se zúčastnilo celkem 84 respondentů, 41 mužů a 43 žen. Graf č. 1 ilustruje rozložení dle vzdělání – 41 psychiatrů, 32 psychologů a 1 respondent s psychologickým i psychiatrickým vzděláním.

Zbýlých 10 respondentů uvedlo, že nemá ani jedno z uvedených typů vzdělání, tedy jejich response byly automaticky vyřazeny. U dalších 4 respondentů vyplynulo, že nemají psychoterapeutické vzdělání/výcvik (viz graf č. 2). Tedy i tyto response byly vyřazeny.

**Graf č. 1:** Počet respondentů podle dosaženého VŠ vzdělání



**Graf č. 2:** Směr Vašeho psychoterapeutického vzdělání / psychoterapeutického výcviku.



Míra znalostí o disociativní poruše identity byla tedy zjišťována nakonec jen u 70 respondentů. Rozložení podle pohlaví bylo 35 žen a 35 mužů. Nejvyšší procento respondentů spadá do věkové kategorie nad 60 let (viz tabulka č. 4) a nejčastěji uváděná délka psychoterapeutické praxe je nad 30 let (viz tabulka č. 5).

**Tabulka č. 4: Věk**

Věk:	Total
do 30 let (včetně)	2
30 – 40 let (včetně)	13
40 – 50 let (včetně)	14
50 – 60 let (včetně)	16
nad 60 let	25
<b>Grand Total</b>	<b>70</b>

**Tabulka č. 5: Délka PST praxe**

Délka psychoterapeutické praxe:	Total
do 5-ti let (včetně)	7
5 – 10 let (včetně)	7
10 – 20 let (včetně)	18
20 – 30 let (včetně)	10
nad 30 let	28
<b>Grand Total</b>	<b>70</b>

### 3.3 Metodika sběru dat

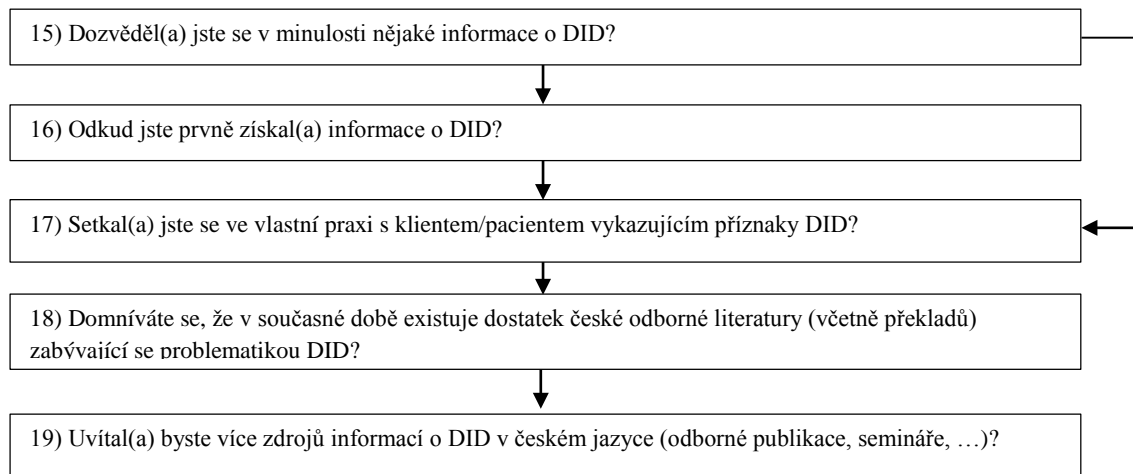
Vzhledem k tomu, že v České republice neexistuje ucelený seznam všech zde působících psychologů s psychoterapeutickým vzděláním/výcvikem a psychiatrů s psychoterapeutickým vzděláním/výcvikem, bylo vyhledávání potenciálních respondentů obtížnější. Nejprve jsem si vyhledala organizace, které nějakým způsobem sdružují psychoterapeuty (např. ČPS ČLS JEP, ČAP). V případě ČPS ČLS JEP jsem sice využila uvedených kontaktů na psychoterapeuty, jejich počet byl však pro další zpracování výzkumu malý. ČAP by oproti tomu jistě nabídla vyšší počet potenciálních respondentů, ale jejich seznam je neveřejný. Pomocí internetu a inzercí v časopise Psychologie dnes jsem dále mapovala terén. Po průběžném pátrání jsem nakonec oslovila psychology z psychologických poraden a soukromých psychologických praxí poskytujících psychoterapii, a psychiatry z psychiatrických léčeben, psychiatrických oddělení nemocnic a soukromých psychiatrických praxí.



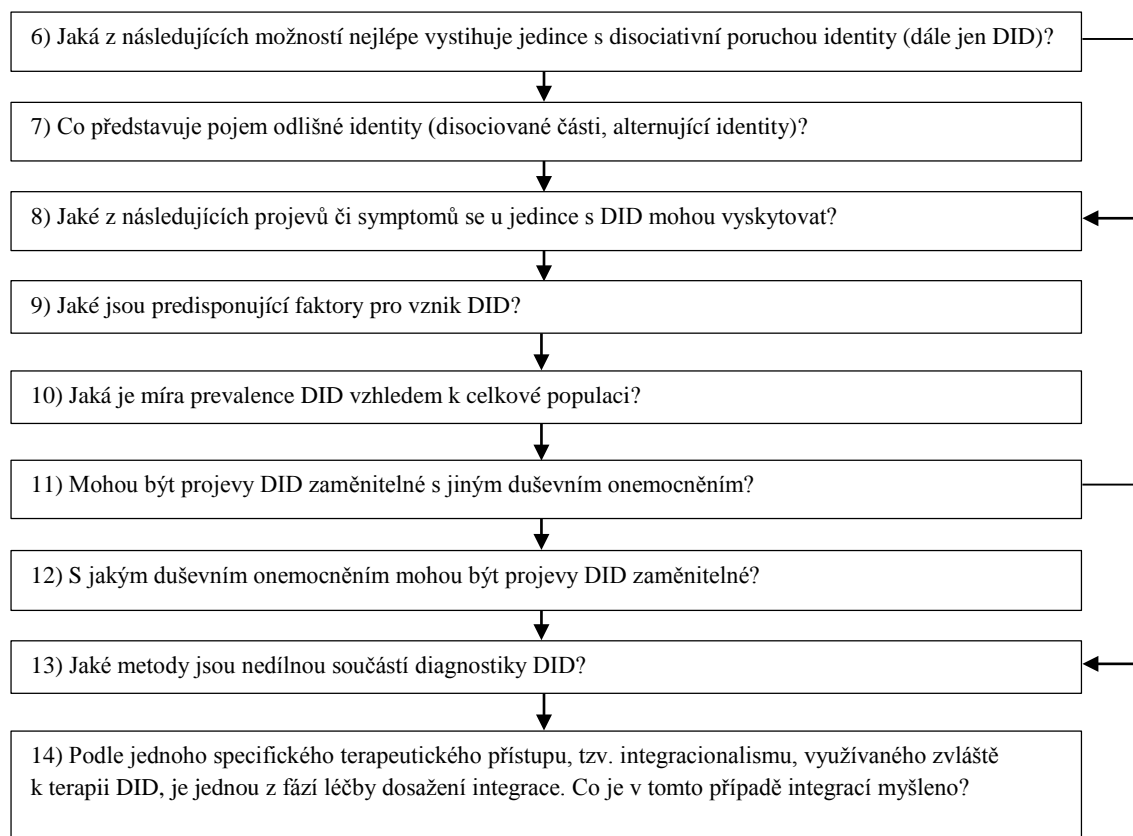
U většiny kontaktů bylo možné ověřit si, zda odborník splňuje základní kritéria pro zařazení do výzkumu (obor vzdělání + psychoterapeutický výcvik). Pokud to možné nebylo (pouze v případě psychoterapeutického vzdělání), odborníka jsem oslovila, jestliže jsem z charakteru zařízení/oddělení/typu práce usoudila, že by psychoterapeutické vzdělání mít mohl. Pro případ chybného odhadu a následného vyřazení případné response neodpovídající kritériím posloužily otázky č. 3 a 4.

Dotazník „Disociativní porucha identity (DID)“ lze z hlediska typu otázek rozdělit na 3 části. Zpočátku obsahoval 5 otázek zaměřených na demografické údaje respondentů. Následovalo 7 znalostních bodovaných otázek vztahujících se přímo k disociativní poruše identity (dále jen DID) a určených pro ověření hlavní hypotézy, přičemž 2 z nich se ještě mohly větvit v závislosti na odpovědi respondenta (viz diagram č. 2). Poslední část dotazníku obsahovala 4 nebodované otázky, jejichž účelem bylo odpovědět na vedlejší hypotézy – tj. vlastní zkušenost respondentů s DID a pohled respondentů na dostupnost informací a zdrojů (zejména v češtině) o DID. Z nebodovaných otázek se 1 mohla větvit v závislosti na odpovědi respondenta (viz diagram č. 1). Celkem tedy dotazník obsahoval 16 otázek, z nichž 3 se mohly větvit v závislosti na odpovědi respondenta. Kompletní znění dotazníku „Disociativní porucha identity (DID)“ je uvedeno v příloze IV této práce.

### Diagram č. 1: Nebodované otázky



### Diagram č. 2: Znalostní bodované otázky



### 3.3.1 Demografické otázky

Demografických otázek bylo 5. Otázky č. 1, 2 a 5 se týkaly rozdělení podle pohlaví, věkové kategorie a délky psychoterapeutické praxe. Otázky č. 3 a 4 se vztahovaly k typu absolvovaného vysokoškolského vzdělání a směru dosaženého psychoterapeutického vzdělání/výcviku (viz tabulka č. 6).

V rámci výzkumu byli osloveni psychologové s psychoterapeutickým vzděláním/výcvikem a psychiatři s psychoterapeutickým vzděláním/výcvikem. Odpověď c) v otázce č. 3 byla uvedena pro případ respondentů, kteří absolvovali oba dva uvedené typy VŠ vzdělání. Odpověď d) byla uvedena pro případ, kdyby si dotazník otevřela osoba s jiným než uvedeným typem vzdělání. Pokud respondent v této otázce zvolil odpověď d), nemohl již dále pokračovat ve vyplňování dotazníku a automaticky byl přesměrován na konec dotazníku.

Hlavním účelem otázky č. 4 bylo ověření skutečnosti, zda odpovídající respondent opravdu absolvoval psychoterapeutické vzdělání či výcvik. V odpovědích a) až f) byly uvedeny základní psychoterapeutické směry. V případě, že by se respondent nezařadil do tohoto výběru, mohl zvolit odpověď g) s možností dobrovolného uvedení názvu směru/výcviku anebo uvedení informace o chybějícím výcviku.

### Tabulka č. 6: Demografické otázky č. 3 a 4

<p><b>Otázka č. 3: Absolvovaný obor vysokoškolského vzdělání:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. lékařství - psychiatrie</li><li>b. psychologie</li><li>c. psychiatrie i psychologie</li><li>d. ani jeden z uvedených</li></ul>
<p><b>Otázka č. 4: Směr Vašeho psychoterapeutického vzdělání / psychoterapeutického výcviku (můžete zvolit i více možností):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. humanistický (rogersovský, gestalt, ...)</li><li>b. psychoanalytický, dynamický</li><li>c. kognitivně-behaviorální</li><li>d. systemický</li><li>e. existenciální (logoterapeutický, daseinsanalytický, ...)</li><li>f. expresivní (muzikoterapie, arteterapie, ...)</li><li>g. jiný:</li></ul>

### 3.3.2 Znalostní bodované otázky

Při vymýšlení znalostních otázek jsem vycházela hlavně ze studia odborné literatury, převážně zahraniční. Otázky měly za úkol dotknout se základních témat vztahujících se k disociativní poruše identity, tedy významu pojmu DID, výskytem, příčinami, typickými příznaky, podobností s jiným onemocněním, možnostmi diagnostiky a terapie DID.

Znalostních otázek bylo 7 a nacházely se ve středové části dotazníku. Otázky byly kladeny s cílem zjistit míru znalostí oslovených psychoterapeutů o DID, tedy se vztahují k hlavní hypotéze. Dvě z těchto otázek (ot. č. 6 a 11) se ještě mohly větvit v závislosti na odpovědi respondenta. Respondent tak mohl zodpovědět maximálně 9 znalostních otázek.

Bodová dotace na každou otázku je 1 bod. Odpovědi v otázkách byly obodovány tak, že správná odpověď získala 1 bod, chybná odpověď 0 bodů. U otázek s možností zvolení více odpovědí byla tato bodová dotace rozdělena mezi nabízené odpovědi (čím více odpovědí zvolil respondent v rámci takové otázky, tím lepší měl bodové ohodnocení). Způsob obodování u každé znalostní otázky uvádím níže.

**Otázka č. 6: Jaká z následujících možností nejlépe vystihuje jedince s disociativní poruchou identity (dále jen DID)?**

**Tabulka č. 7: Otázka č. 6**

<b>Možnosti</b>	<b>Bodování</b>
a) jedinec s rozdvojenou identitou trpící bludy a halucinacemi	0
b) disociální jedinec s psychopatologickým chováním a velmi problematickým vztahem k okolí	0
c) jedinec se dvěma či více odlišnými identitami (disociovanými částmi; alternujícími identitami), které opakovaně přebírají kontrolu nad chováním jedince	1

Zde byla správně odpověď c). Ta stručně charakterizuje zásadní projev DID, který je zanesen i v diagnostických kritériích DSM (viz kapitola č. 2.2). Respondent mohl získat 1 bod. Odpověď a) by se přibližovala nejlépe ke schizofrenii, u které jsou pozitivní příznaky jako bludy a halucinace běžnou součástí. Pokud se u člověka s DID objeví bludy a halucinace (většinou sluchové), jedná se zpravidla o projev alternujících identit. Odpověď b) byla zvolena hlavně z důvodu zmatení respondenta (zejm. volbou pojmu „disociální“). Přestože u lidí s DID se objevují různé formy psychopatologie a může u nich docházet k sociopatologickým projevům, struktura jejich osobnosti není sama o sobě disociální jako u osob s disociální poruchou. U lidí s DID je takové chování spíše nepravidelné, a bývá důsledkem projevů některých alternujících identit, nikoli osobnosti jako celku. Postižený může mít na takové chování i amnézii.

**Otázka č. 7: Co představuje pojem odlišné identity (disociované části, alternující identity)? (Můžete zvolit i více možností.)**

**Tabulka č. 8: Otázka č. 7**

<b>Možnosti</b>	<b>Bodování</b>
a) alternující identity mající rozdílné zkušenosti a vzpomínky	0,25
b) alternující identity s rozdílnými charakteristickými rysy, převládajícím afektem a sebepojetím	0,25
c) alternující identity s rozdílnými styly jednání, verbálním i neverbálním vyjadřováním	0,25
d) alternující identity s rozdílnou primární funkcí (dětské, pronásledující či násilné, ochranné či pomáhající identity)	0,25

Zde byla správně každá z odpovědí. Odpovědi b) a c) znázorňující vnější a pozorovatelné projevy alternujících identit, odpovědi a) a d) vnitřní, na povrch skryté funkce a rozdílnosti (viz podkapitola č. 2.4.3). Z toho důvodu měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Za každou zvolenou odpověď získal respondent poměrnou část, tj. 0,25 bodu.

**Otázky č. 8: Jaké z následujících projevů či symptomů se u jedince s DID mohou vyskytovat? (Můžete zvolit i více možností.)**

**Tabulka č. 9: Otázka č. 8**

<b>Možnosti</b>	<b>Bodování</b>
a) stavy depersonalizace a/nebo derealizace	0,167
b) kolísání a nekonzistentnost v dovednostech, návycích, znalostech	0,167
c) časté výpadky paměti (tzv. blackouts)	0,167
d) sluchové halucinace	0,167
e) symptomy typické pro posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP)	0,167
f) symptomy typické pro somatoformní a konverzní poruchy	0,167

Stejně jako u předchozí otázky, tak i zde byla správně každá z odpovědí (viz kapitola č. 2.4 o projevech a symptomech DID), tedy měli respondenti možnost zvolit jich více. Za každou zvolenou odpověď získal respondent poměrnou část, tj. 0,167 bodu.

**Otázka č. 9: Jaké jsou predisponující faktory pro vznik DID?**

**Tabulka č. 10: Otázka č. 9**

<b>Možnosti</b>	<b>Bodování</b>
a) organické změny v mozku, poškození hlavy např. při úrazu; závažná a nezpracovaná traumata (např. fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, válečná traumata)	0
b) zneužívání návykových látek; závažná a nezpracovaná traumata (např. fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, válečná traumata)	0
c) vysoká hypnabilita a vrozená schopnost disociovat; závažná a nezpracovaná traumata (např. fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, válečná traumata)	1
d) nízká hypnabilita a minimální schopnost disociovat; závažná a nezpracovaná traumata (např. fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, válečná traumata)	0

Možnosti odpovědí na otázku č. 9 uvádějí vždy 2 faktory (jako pomůcku je budu nazývat prvotní a druhotné). Zde byla správně odpověď c), která popisuje základní predisponující faktory pro vznik DID (viz kapitola č. 2.3 o etiologii DID). DID nevzniká na základě poškození mozku či z důvodu zneužívání návykových látek (prvotní faktory). Právě zneužívání návykových látek je mnohdy důsledkem negativních projevů choroby, respektive alternujících identit, kdy je takové chování rysem zpravidla jen některé/ých z nich. Nízká hypnabilita a minimální schopnost disociace (prvotní faktor) uvedená v odpovědi d) by u jedince neumožňovala rozvoj DID. Druhotný faktor „závažná a nezpracovaná traumata...“ uvedený u každé z odpovědí byl

takto zanesen záměrně pro zvýšení obtížnosti otázky, ale také proto, že trauma obecně se značnou mírou podílí na vzniku či rozvoji většiny duševních onemocnění (u geneticky podmíněných i nepodmíněných). Při zvolení správné odpovědi respondent získal 1 bod.

***Otázka č. 10: Jaká je míra prevalence DID vzhledem k celkové populaci?***

**Tabulka č. 11:** Otázka č. 10

<b>Možnosti</b>	<b>Bodování</b>
a) 1 – 3 %	1
b) 3 – 5 %	0
c) 5 – 7 %	0

Zde byla správně odpověď a) vycházející z odborné literatury a četných zahraničních studií a výzkumů (viz kapitola č. 2.6 o prevalenci DID), dle kterých se míra prevalence DID pohybuje povětšinou okolo 1% a maximálně dosahuje 3 %. Vyšší procentuální míra DID se vyskytuje pouze mezi populací psychiatrických pacientů (ambulantních i hospitalizovaných), avšak k tomu se daná otázka nevztahovala. Zvolením správné odpovědi respondent získal 1 bod.

***Otázka č. 11: Mohou být projevy DID zaměnitelné s jiným duševním onemocněním?***

**Tabulka č. 12:** Otázka č. 11

<b>Možnosti</b>	<b>Bodování</b>
a) rozhodně ano	1
b) spíše ano	0,75
c) spíše ne	0,25
d) rozhodně ne	0

Zde byla správně odpověď a), při jejímž zvolení respondent získal 1 bod. Porucha mnohdy zůstává kvůli „matoucím“ příznakům neodhalena a dochází



k přisouzení mylné diagnózy. Zvolení odpovědi b) bylo obodováno 0,75 body. Vzhledem ke specifčnosti poruchy, široké škále jejích symptomů a možným rozdílným projevům mezi touto poruchou trpícími jedinci, ponechávám u odpovědi c) obodování 0,25.

**Otázka č. 12: S jakým duševním onemocněním mohou být projevy DID zaměnitelné? (Můžete zvolit i více možností.)**

**Tabulka č. 13: Otázka č. 12**

Možnosti	Bodování
a) obsedantně-kompulzivní porucha	0,2
b) bipolární porucha	0,2
c) hraniční porucha (borderline)	0,2
d) schizofrenie	0,2
e) posttraumatická stresová porucha (PTSP)	0,2

Zde byla správně každá z odpovědí. DID se může projevovat právě jako některé z uvedených duševních onemocnění, což může vést až k mylné diagnostice a následně nevhodné léčbě (viz kapitola č. 2.4 o projevech a symptomech DID). Z toho důvodu měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Za každou zvolenou odpověď získal respondent poměrnou část, tj. 0,25 bodu.

**Otázka č. 13: Jaké metody jsou nedílnou součástí diagnostiky DID?**

**Tabulka č. 14: Otázka č. 13**

Možnosti	Bodování
a) DES, DDIS, SCID-D-R	1
b) MMPI-2-RF, Rorschachův test	0,25
c) IPDE, MCMI-III	0,25

Zde byla správně odpověď a), jelikož tato uvádí 3 nejpoužívanější psychodiagnostické metody zaměřené přímo na odhalení disociativní symptomatiky (viz kapitola č. 2.5 o specifických metodách screeningu

a diagnostiky). Odpověď b) a c) byla každá obodována pouze hodnotou 0,25, protože uvedené psychodiagnostické metody nejsou primárně zaměřeny na disociativní symptomatiku, avšak mohou být využity spolu s metodami uvedenými v odpovědi a). Metody jsem uvedla záměrně pouze pod oficiálními zkratkami – uvedení celých názvů (a to zejm. v odpovědi a) by mohlo neúměrně vypomoci ke zvolení správné odpovědi i u respondentů méně obeznámených s DID.

**Otázka č. 14: Podle jednoho specifického terapeutického přístupu, tzv. integracionalismu, využívaného zvláště k terapii DID, je jednou z fází léčby dosažení integrace. Co je v tomto případě integrací myšleno?**

**Tabulka č. 15: Otázka č. 14**

<b>Možnosti</b>	<b>Bodování</b>
a) začlenění klienta zpět do společnosti	0
b) spojení jednotlivých identit (disociovaných částí) v jeden celek, kdy dochází k odvolávání všech aspektů nejednotnosti	1

Zde byla správně odpověď b), která stručně vystihuje cíl psychoterapeutického přístupu integracionalismus (viz kapitola č. 2.7 o psychoterapii DID), kde má pojem integrace velmi specifický význam, a to postupné propojování a sjednocování většiny nebo všech alternujících identit tak, aby se klientova/pacientova osobnost podařila zcelit a klient/pacient mohl následně začít fungovat jako jedna zintegrovaná osobnost. Respondent mohl získat 1 bod. Odpověď a) naopak přibližovala sociální význam pojmu integrace tak, jak je znám v psychosociální oblasti. Klient/pacient, který zaznamenává úspěchy během léčby, se s největší pravděpodobností dostane i k fázi léčby, kdy se učí fungovat jako „nová“ osobnost a zapojovat se do běžných činností a utvářet nové či měnit stávající vztahy s ostatními lidmi (např. některá z alternujících identit mohla udržovat vztah s abusorem, který je pro klienta/pacienta aktuálně nepřijatelný; jiná alter naopak mohla být společenská a zabraňovat tak sociálnímu vyloučení klienta/pacienta).

Odpověď b) tedy svým způsobem zahrnuje i aspekty odpovědi a). Odpověď a) je však ve smyslu této otázky příliš reduktivní.

### 3.3.3 Nebodované otázky

Ve třetí části dotazníku se nacházely nebodované otázky týkající se respondentovy vlastní zkušenosti s DID v rámci profesní praxe a pohledu respondenta na dostupnost informací a zdrojů o této poruše (viz tabulka č. 16). Tyto otázky se vztahují k vedlejším hypotézám. Otázky byly 4, přičemž otázka č. 15 se při zvolení kladné odpovědi ještě větvila na podotázku č. 16. Respondent tak mohl zodpovědět maximálně 5 nebodovaných otázek.

**Tabulka č. 16:** Otázky č. 15 až 19

<p><b><i>Otázka č. 15: Dozvěděl(a) jste se v minulosti nějaké informace o DID?</i></b></p> <p>a. ano b. ne</p>
<p><b><i>Otázka č. 16: Odkud jste prvně získal(a) informace o DID? (Můžete zvolit i více možností.)</i></b></p> <p>a. přednáška, seminář na VŠ; VŠ skripta b. odborná praxe, stáže; dobrovolný mimoškolní seminář či kurz c. terapeutický výcvik d. česká odborná literatura (včetně překladů do ČJ) e. zahraniční odborná literatura f. odjinud:</p>
<p><b><i>Otázka č. 17: Setkal(a) jste se ve vlastní praxi s klientem/pacientem vykazujícím příznaky DID?</i></b></p> <p>a. rozhodně ano, klient/pacient měl DID diagnostikovanou b. domnívám se, že ano, ale klient/pacient neměl DID diagnostikovanou c. nevím d. ne</p>
<p><b><i>Otázka č. 18: Domníváte se, že v současné době existuje dostatek české odborné literatury (včetně překladů) zabývající se problematikou DID?</i></b></p> <p>a. rozhodně ano b. spíše ano c. nevím d. spíše ne e. rozhodně ne</p>

**Otázka č. 19: Uvítal(a) byste více zdrojů informací o DID v českém jazyce (odborné publikace, semináře, ...)?**

- a. ano
- b. ne

### **3.4 Popis sběru a zpracování dat**

Výzkum probíhal od 1. do 22. června 2014 za použití on-line dotazníku vystaveného na internetovém portále [www.vyplnto.cz](http://www.vyplnto.cz). Dotazník s názvem „Disociativní porucha identity (DID)“ byl neveřejný, tedy si ho mohl zobrazit pouze ten, jemuž jsem zaslala příslušný odkaz e-mailem. Dotazník bylo možné vyplnit pouze po prokliknutí se přes tento odkaz přímo na stránky portálu Vyplň to. Portál neodhalil mailovou adresu, ze které se respondent proklikl odkazem k dotazníku, což zaručí respondentovu anonymitu.

Odkaz na dotazník spolu se žádostí o vyplnění byl zaslán na 396 mailových adres, z toho 179 psychologům a 217 psychiatrům. Počet vyplněných dotazníků byl 84, tedy návratnost byla pouze 21%. Jak jsem již zmínila v popisu výzkumného souboru, míra znalostí o disociativní poruše identity byla nakonec zkoumána pouze u 70 respondentů z důvodu vyřazení 14 responsí (deseti respondentům chybělo požadované VŠ vzdělání, čtyřem respondentům chybělo psychoterapeutické vzdělání). Další zpracování bylo tedy prováděno na 70 responsích.

Dalších 63 respondentů s vyplňováním dotazníků začalo, ale během následujících dvou hodin je nedokončilo, tedy tyto dotazníky nemohly být zahrnuty do výzkumného souboru. Během on-line sledování responsí bylo vidět, že nejčastěji byly dotazníky přerušeny na otázce č. 6 (první bodované otázce týkající se DID), případně na otázce č. 5 (délka psychoterapeutické praxe respondenta).

V případě přerušení u některé ze znalostních (bodovaných) otázek si tuto skutečnost vysvětlují zejména náročností a v České republice neobvyklostí problematiky, potažmo nedostatkem související literatury v češtině

a upozaděním tĕmatu DID, kterĕmu se i ve vzdĕlávacích institucích nedostává tolik prostoru. Nĕkteří potenciální respondenti mohli mít snahu dotazník vyplnit, avšak nechtĕli se např. z důvodu neznalosti ztrapnit, a to i přes anonymitu dotazníku.

Pokud došlo k přerušění a nedokončění dotazníku u nĕkteré z prvních pěti demografických otázek, mohlo to být například neochotou nebo strachem potenciálního respondenta odpovídat na otázky o své osobĕ (i přes anonymitu dotazníku), anebo jinou očkávanou představou respondenta o povaze dotazníku.

Obecnĕjšími důvody přerušění dotazníku mohlo být předpokládané značné pracovní vytížení osloveného výzkumného souboru, anebo otevřění dotazníku osobou mimo požadovaný obor (k čemuž mohlo dojít zasláním odkazu na dotazník na e-mailovou adresu, kde mohl být dotazník otevřen jinou osobou a nikoli adresátem, anebo byl dotazník přeposlán respondentem i na jeho kolegy – tzv. snowball, kteří nesplnili požadavky v nĕkteré z demografických otázek – konkrĕtnĕ ot. č. 3, 4 nebo 5).

Celkem dotazník obsahoval 16 základních otázek s tím, že 3 z nich se dle typu odpovědi dále větvily vždy na 1 další otázku. Respondenti tak mohli zodpovědĕt minimálně 16 a maximálně 19 otázek. Respondenti, kteří v otázce č. 3 nesplnili požadovaná kritéria (typ VŠ oboru), byli po zodpovězení této otázky automaticky přesmĕrováni na konec dotazníku a dotazník byl ukončen.

Pro zpracování dat z vyplněných dotazníků byl použit program Microsoft Excel, a to zejména kontingenční tabulky. Pomocí bodování jednotlivých otázek jsem vyhodnotila jednotlivé response a získala procento znalostí o DID na škále nedostatečné, základní, velmi dobré, výborné. Minimálně bylo možné získat 4,6% a maximálně 100%.

Škálu jsem stanovila na počátku výzkumu. Slouží jako vodítko pro určení míry znalostí ze získaných dat. Škálu jsem rozdělila dle procent znalostí do čtyř skupin tak, jak ukazuje tabulka č. 17. Vzhledem ke specifčnosti

a náročnosti problematiky nejsou procenta znalostí nastavena tak přísně, jako by tomu mohlo být u duševních onemocnění obecně známých (př. depresivní porucha).

**Tabulka č. 17:** Vymezení míry znalostí dle dosažených procent ve znalostních bodovaných otázkách

<b>Výsledné procento znalostí o DID</b>	<b>Znalosti</b>
75% (vč.) – 100%	Výborné
50% (vč.) – 75%	Velmi dobré
25% (vč.) – 50%	Základní
méně než 25%	Nedostatečné

Jak jsem již uvedla, v dotazníku byly bodovány pouze znalostní otázky. U nich bylo možno získat maximálně 9 bodů. Pomocí programu Microsoft Excel jsem přiřadila ke každé odpovědi příslušný počet bodů a následně mi vyšel součet za celý dotazník. Tento součet (např. 7,23) jsem podělila celkovým počtem bodů (tj. 9) a dostala jsem výsledné procento znalostí (v tomto případě 80,3 %). Na základě škály uvedené v tabulce č. 17 by se tedy jednalo o výborné znalosti.

### **3.5 Získaná data a interpretace výsledků**

V této kapitole se zabývám analýzou a interpretací získaných dat. Nejprve text člením na výsledky a interpretaci dat ze znalostních bodovaných otázek (vztahujících se k hlavní hypotéze) a posléze z nebodovaných otázek týkajících se vlastní zkušenosti a názoru respondentů (vztahujících se k vedlejším hypotézám). Většina výsledků je doplněna grafy nebo tabulkami.

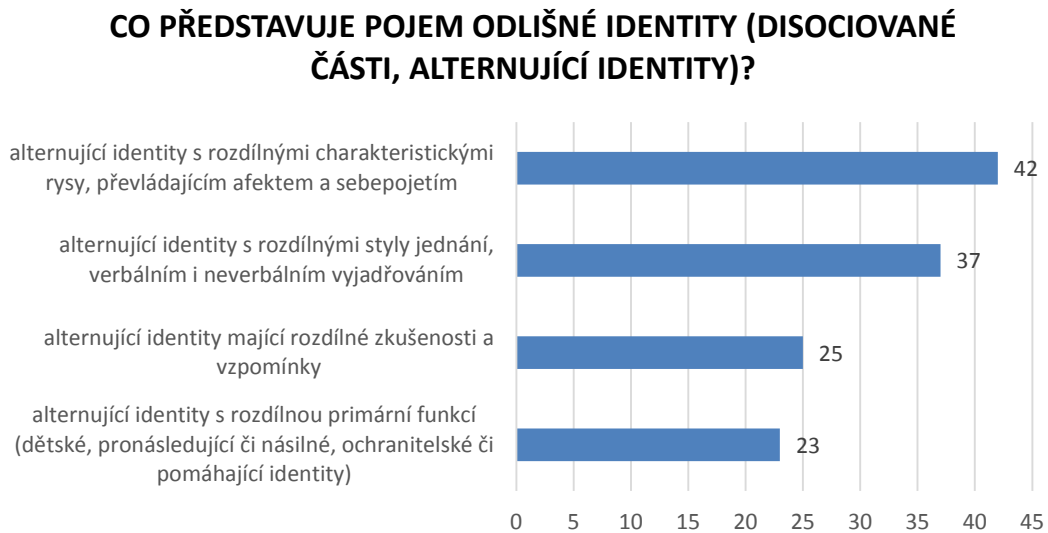
### 3.5.1 Znalostní bodované otázky

***Otázka č. 6: Jaká z následujících možností nejlépe vystihuje jedince s disociativní poruchou identity (dále jen DID)?***

Zde zvolilo 84,29 % respondentů správnou odpověď c) jedinec se dvěma či více odlišnými identitami (disociovanými částmi, alternujícími identitami), které opakovaně přebírají kontrolu nad chováním jedince). 15,71 % respondentů, kteří zvolili odpověď b) disociální jedinec s psychopatologickým chováním a velmi problematickým vztahem k okolí, mohlo být zmateno pojmem „disociální“, který je však významově naprosto odlišný od pojmu „disociativní“. Překvapilo mne, že odpověď a) jedinec s rozdvojenou identitou trpící bludy a halucinacemi nezvolil žádný z respondentů – její popis by byl blíže definici schizofrenie, která je považována za jednu z duševních chorob v praxi snadno zaměnitelnou s DID.

**Otázka č. 7: Co představuje pojem odlišné identity (disociované části, alternující identity)?**

**Graf č. 3: Otázka č. 7**

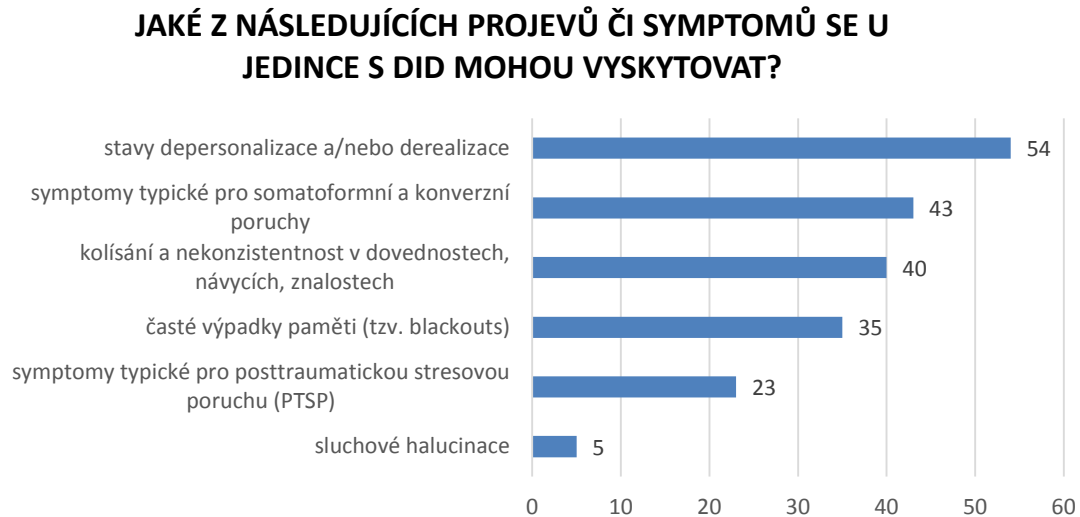


U otázky č. 7 měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji byly voleny odpovědi b) – 42 odpovědí a c) – 37 odpovědí (viz graf č. 3). Tento výsledek není až tak překvapivý. Vnější pozorovatelné projevy lze považovat za hmatatelnější a transparentnější, než rozpoznání skrytých vnitřních funkcí a specifických zkušeností jednotlivých alternujících identit, které vyžaduje hlubší znalost problematiky.



**Otázka č. 8: Jaké z následujících projevů či symptomů se u jedince s DID mohou vyskytovat? (Můžete zvolit i více možností.)**

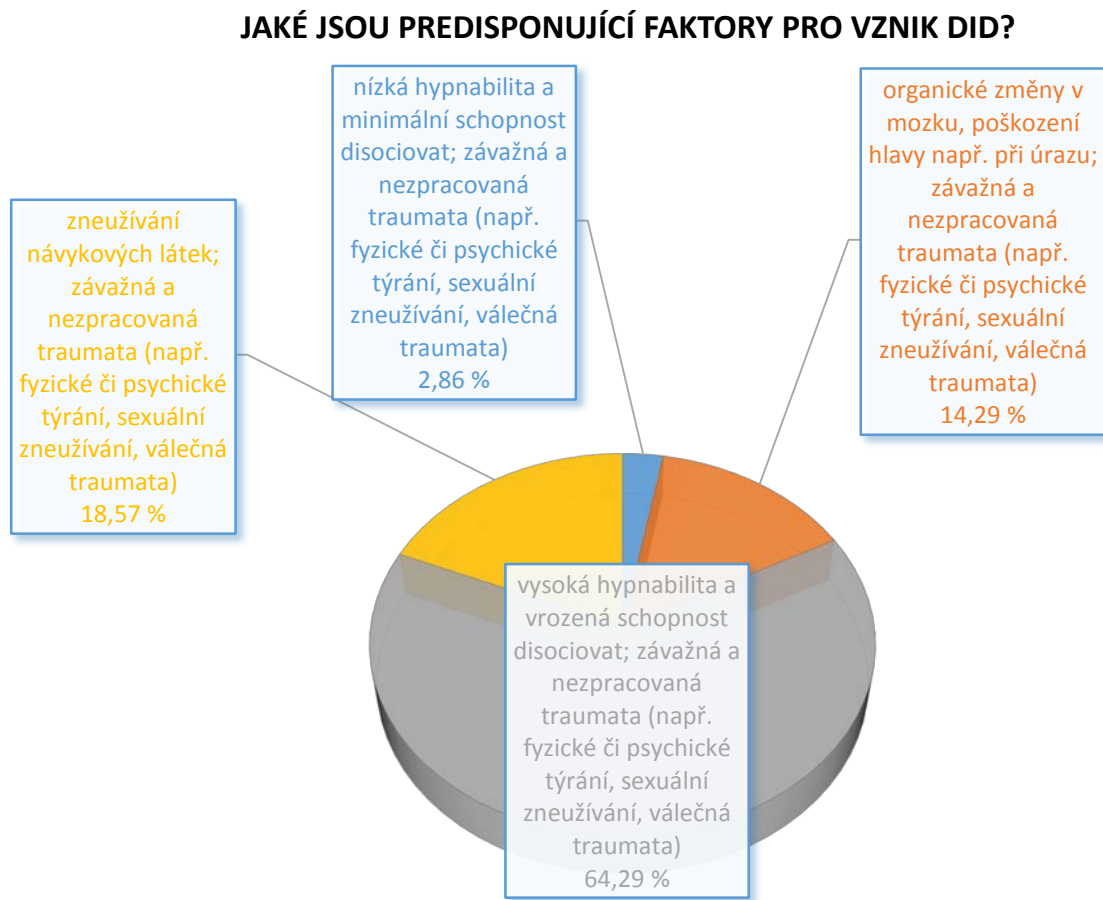
**Graf č. 4: Otázka č. 8**



U otázky č. 8 mohli respondenti též zvolit více odpovědí. Nejvíce voleb zaznamenala odpověď a) – 54 odpovědí. Značně méně byly voleny výpadky paměti a symptomy typické pro PTSP, přitom tyto jsou u DID velmi výrazné. Termín „výpadky paměti (blackouts)“ jsem zanesla namísto napovídajícího termínu „disociativní amnézie“ v rámci ztížení otázky.

**Otázka č. 9: Jaké jsou predisponující faktory pro vznik DID?**

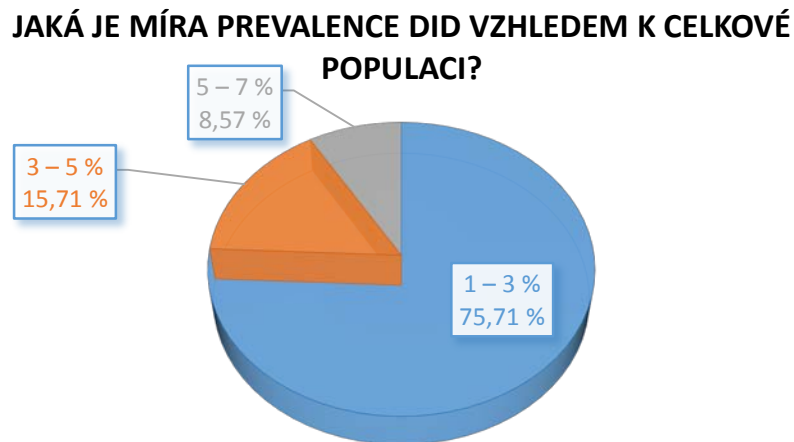
**Graf č. 5:** Otázka č. 9



Graf č. 5 ukazuje, že u otázky č. 9 zvolilo správnou odpověď 64,29 % respondentů. Otázka může na první pohled působit obtížně. U respondentů je však znalost psychických procesů a etiologie duševních onemocnění předpokládána. Pokud respondent správnou odpověď zvolil cíleně, lze u něj usuzovat minimálně na jistou znalost procesu disociace.

**Otázka č. 10: Jaká je míra prevalence DID vzhledem k celkové populaci?**

**Graf č. 6:** Otázka č. 10

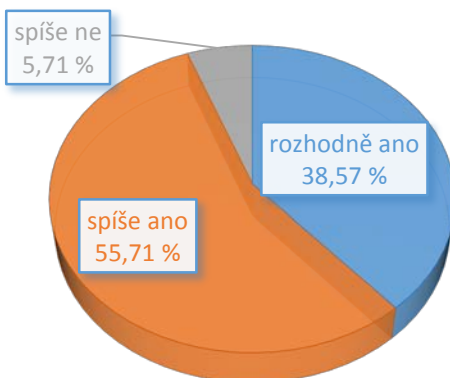


Graf č. 6 ukazuje, že u otázky č. 10 zvolilo správnou odpověď 75,71 % respondentů. Volba této odpovědi může být do jisté míry dána paradoxně respondentovou nedostatečnou či minimální obeznámeností o DID, kdy takový respondent automaticky předjímá vzácnost a velmi nízký výskyt poruchy. Na druhou stranu je nutno poukázat, že míra prevalence mezi 1 až 3 % se vyskytuje u mnoha duševních chorob, přestože tyto nemusí být obecně považovány za vzácné či řídké (př. u schizofrenie je běžná míra prevalence v rámci celkové populace přibližně 1 %).

**Otázka č. 11: Mohou být projevy DID zaměnitelné s jiným duševním onemocněním?**

**Graf č. 7:** Otázka č. 11

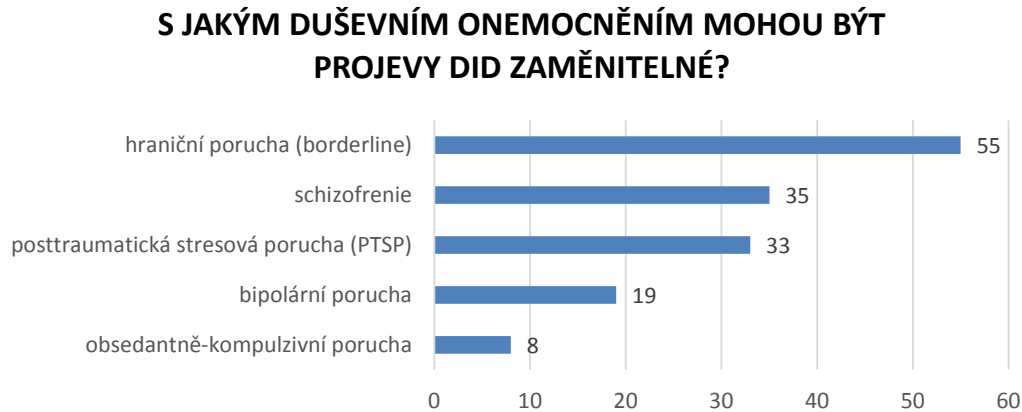
**MOHOU BÝT PROJEVY DID ZAMĚNITELNÉ S  
JINÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM?**



Graf č. 7 ukazuje, že u otázky č. 11 zvolilo nejvýše ohodnocenou odpověď a) 38,57 % respondentů. 55,71 % respondentů si u této otázky bylo méně jisté a zvolilo raději možnost b). Možnost c) zvolilo pouze 5,71 % respondentů a možnost d) („rozhodně ne“) nezvolil žádný z respondentů. Celkem 94,28 % respondentů bylo po vyplnění automaticky přesměrováno na větvenou otázku č. 12 přímo navazující na otázku č. 11. Respondenti, kteří zvolili odpověď c), tedy předpokládali spíše nezaměnitelnost DID s jiným duševním onemocněním, byli přesměrováni rovnou na otázku č. 13 zabývající se metodami diagnostiky DID.

**Otázka č. 12: S jakým duševním onemocněním mohou být projevy DID zaměnitelné? (Můžete zvolit i více možností.)**

**Graf č. 8:** Otázka č. 12



U otázky č. 12 mohli respondenti zvolit více odpovědí. Nejvíce voleb zaznamenala odpověď c) – 55 odpovědí. V praxi se stává, že člověku s DID bývá mylně přisouzena diagnóza hraniční poruchy (borderline) vzhledem k velmi nápadným a nečekaným změnám nálad, chování, postojů atd. Klientů s hraniční poruchou se mnoho terapeutů obává a DID pro ně může být stejně obávaná, a to jak z důvodu charakteru poruchy, tak z důvodu neznalosti poruchy. Tipuji, že i proto zde byla borderline nejčastější volbou.

**Otázka č. 13: Jaké metody jsou nedílnou součástí diagnostiky DID?**

U otázky č. 13 zvolilo 27,14 % respondentů správnou a nejvýše ohodnocenou odpověď a) DES, DDIS, SCID-D-R. 72,86 % respondentů zvolilo odpověď b) MMPI-2-RF, Rorschachův test. Domnívám se, že na to může mít značný vliv celosvětová popularita a osvědčenost testu MMPI a Rorschachova testu (tyto metody byly přeloženy do českého jazyka a běžně se v ČR využívají). Metody v odpovědi a) jsou určeny přímo pro diagnostiku disociativních poruch a jejich využití v ČR je spíše vzácné (až na DES nebyly ostatní metody přeloženy do českého jazyka). Odpověď c) IPDE, MCMI-III nezvolil žádný z respondentů. Domnívám se, že to může být způsobeno nižší popularitou těchto dvou metod či nižší mírou jejich používání odborníky

v praxi. Avšak je to diskutabilní, jelikož se jedná o metody vytvořené v návaznosti na ICD (Mezinárodní klasifikaci nemocí).

***Otázka č. 14: Podle jednoho specifického terapeutického přístupu, tzv. integracionalismu, využívaného zvláště k terapii DID, je jednou z fází léčby dosažení integrace. Co je v tomto případě integrací myšleno?***

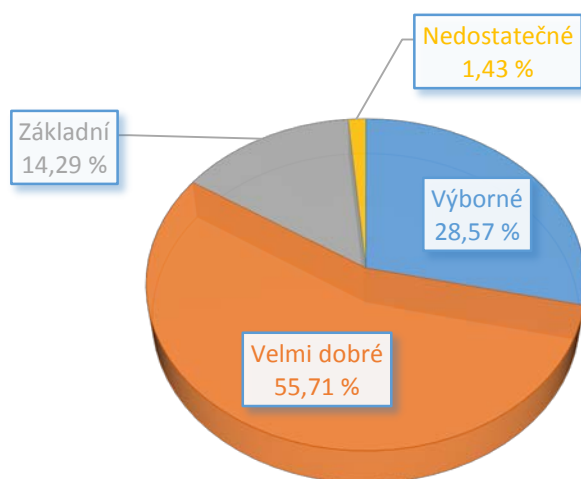
91,43 % respondentů zde zvolilo správnou odpověď b) spojení jednotlivých identit (disociovaných částí) v jeden celek, kdy dochází k odvolávání všech aspektů nejednostnosti. Nepředpokládám, že by všichni tito respondenti znali terapeutický přístup integracionalismus. Avšak při základním povědomí o funkci alternujících identit u DID je reálné vydedukovat správnou odpověď. Je možné, že 8,57 % respondentů, kteří zvolili odpověď a) začlenění klienta zpět do společnosti, se dosud nesetkalo s jiným užitím pojmu integrace v rámci jejich zaměření.

Nyní můžeme vyhodnotit zjištěnou míru znalostí respondentů o disociativní poruše identity (DID). Průměrné procento znalostí ve vzorku 70 responsí bylo 64,30%, směrodatná odchylka 15,32%. Nadpoloviční většina respondentů (55,71 %) prokázala velmi dobré znalosti o DID. Kritéria pro znalosti výborné splnilo 28,57 % respondentů. Rozdělení respondentů podle škály dosažených znalostí o DID ukazuje tabulka č. 18 a graf č. 9.

**Tabulka č. 18:** Rozdělení respondentů podle škály dosažených znalostí o DID

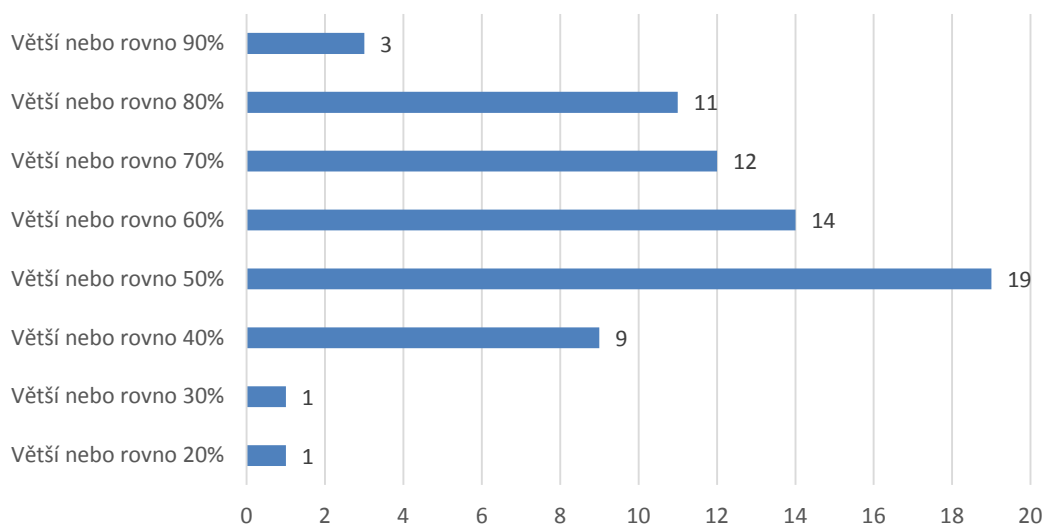
Znalosti	Počet respondentů	% respondentů
Výborné	20	28,57%
Velmi dobré	39	55,71%
Základní	10	14,29%
Nedostatečné	1	1,43%
<b>Grand Total</b>	<b>70</b>	<b>100,00%</b>

**Graf č. 9:** Rozdělení respondentů podle škály dosažených znalostí o DID



Pro zajímavost uvádím detailnější strukturu získaných odpovědí rozdělených po deseti procentech (viz graf č. 10).

**Graf č. 10:** Četnost odpovědí podle škály procent znalostí



### 3.5.2 Nebodované otázky

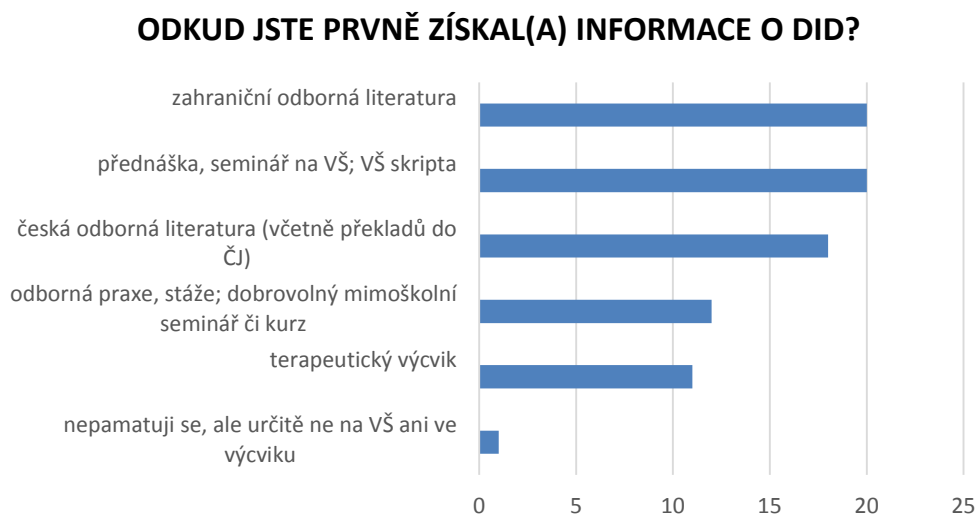
***Otázka č. 15: Dozvěděl(a) jste se v minulosti nějaké informace o DID?***

Možnost odpovědí u této otázky byla na dichotomické škále ano/ne. 35,71 % respondentů uvedlo, že se v minulosti nedozvědělo žádné informace o DID. 64,29 % respondentů naopak uvedlo, že nějakými informacemi o DID disponuje. Rozsah takových informací byl u této otázky zcela na posouzení respondentem. Respondenti, kteří zvolili kladnou odpověď a), byli automaticky přesměrováni na větvenou subotázku č. 16 rozvíjející otázku č. 15. Respondenti, kteří zvolili zápornou odpověď b), byli automaticky přesměrováni na další otázku č. 17.



**Otázka č. 16: Odkud jste prvně získal(a) informace o DID? (Můžete zvolit i více možností.)**

**Graf č. 11: Větvená otázka č. 16**

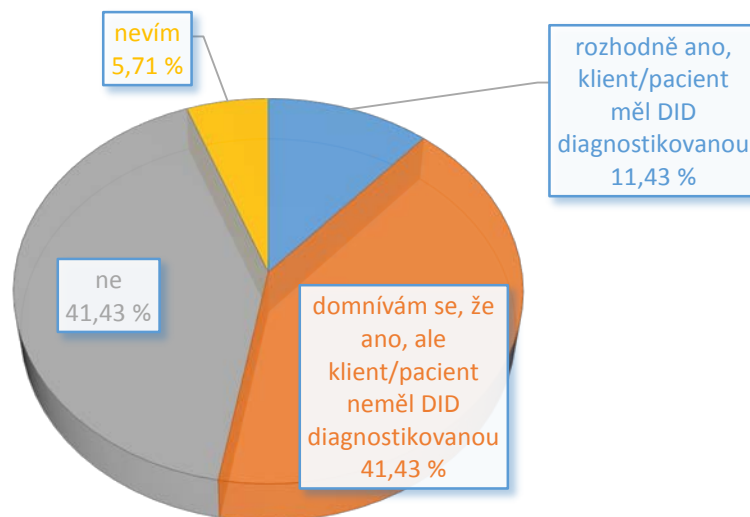


Na otázku č. 16 bylo přeměřováno 64,29 % z celkového počtu respondentů. Tito respondenti zde mohli označit více odpovědí, jelikož zdroje pro získání daných informací mohli mít k dispozici několik. Nejčastěji respondenti uváděli, že prvně získali informace o DID ze zahraniční odborné literatury (24,39 %) a z VŠ přednášek, seminářů a skript (24,39 %). Jen o něco méně (21,95 %) volili možnost „česká odborná literatura (včetně překladů do ČJ)“.

**Otázka č. 17: Setkal(a) jste se ve vlastní praxi s klientem/pacientem vykazujícím příznaky DID?**

**Graf č. 12:** Otázka č. 17

**SETKAL(A) JSTE SE VE VLASTNÍ PRAXI S  
KLIENTEM/PACIENTEM VYKAZUJÍCÍM PŘÍZNAKY DID?**



Jak ukazuje graf č. 12, pouze 11,43 % respondentů uvedlo, že se setkalo s klientem/pacientem s diagnózou DID. 41,43 % respondentů se dle svého úsudku setkalo s klientem/pacientem bez přidělené diagnózy DID, ale vykazujícím příznaky této poruchy. 5,71 % respondentů zvolilo neutrální odpověď a 41,43 % respondentů odpovědělo záporně. Zvolená odpověď na tuto otázku se může odvíjet nejen od praktické zkušenosti či nezkušenosti, ale i od doposud nabytých znalostí o DID. Respondenti, kteří odpověděli záporně, se možná s klientem/pacientem s DID skutečně doposud nesetkali, anebo jsou si svým tvrzením jisti z jiných důvodů (např. nedostatek vědomostí o DID anebo přesvědčení o kontroverzi či dokonce neexistenci DID, které neumožní potenciální projevy poruchy rozpoznat).

**Otázka č. 18: Domníváte se, že v současné době existuje dostatek české odborné literatury (včetně překladů) zabývající se problematikou DID?**

**Graf č. 13: Otázka č. 18**



Graf č. 13 ukazuje, že nejvíce respondentů (38,57 %) neví, zda v současnosti existuje dostatek české odborné literatury vztahující se k DID. 37,14 % se domnívá, že dostatek takové literatury spíše neexistuje a 17,14 % se domnívá, že rozhodně neexistuje. Odhaduji, že takové množství záporně a neutrálně laděných odpovědí skutečně signalizuje nedostatečné množství zdrojů informací v češtině. Je však nutno vzít v úvahu i možnost minimálního povědomí některých respondentů o existenci či neexistenci zmíněné literatury.

**Otázka č. 19: Uvítal(a) byste více zdrojů informací o DID v českém jazyce (odborné publikace, semináře, ...)?**

Možnost odpovědí u této otázky byla na dichotomické škále ano/ne. 82,86 % respondentů by uvítalo více zdrojů informací o DID v českém jazyce. Zbýlých 17,14 % respondentů tento zájem neprojevalo. Zájem o informace o DID je tedy nesporný. Je však nutné připustit, že někteří respondenti mohli být ovlivněni samotným vyplňováním dotazníku, při němž zjistili, že problematika

DID je poměrně specifická a náročná, a že se dosud neseťkali s vyhovujícím množstvím dostupných zdrojů o této poruše.

### **3.6 Shrnutí hlavních výsledků**

Byla zpracována a zanalyzována data získaná z odpovědí 70 respondentů splňujících stanovená kritéria pro účast ve výzkumu. Analýza a interpretace proběhla ve dvou částech – u znalostních bodovaných otázek vázaných k hlavní hypotéze, a u nebodovaných otázek vázaných k vedlejším hypotézám.

Byla stanovena 1 hlavní hypotéza týkající se znalostí respondentů o disociativní poruše identity a 4 vedlejší hypotézy týkající se vlastní zkušenosti respondentů s klienty/pacienty vykazujícími příznaky disociativní poruchy identity a názoru respondentů na dostupnost zdrojů informací v českém jazyce. Na základě analýzy získaných dat jsem dospěla k následujícím závěrům:

#### Hlavní hypotéza

**H1: Více než 60 % respondentů prokáže v dotazníku výborné nebo velmi dobré znalosti o disociativní poruše identity.**

Výsledky podporují platnost této hypotézy. Velmi dobré znalosti prokázalo 55,71 % respondentů a výborné znalosti 28,57 % respondentů. 84,28 % respondentů v dotazníku prokázalo výborné nebo velmi dobré znalosti o disociativní poruše identity.

## Vedlejší hypotézy

**h1: Více než 60 % respondentů uvede, že se v minulosti dozvěděl nějaké informace o disociativní poruše identity.**

Výsledky podporují platnost této hypotézy. 64,29 % respondentů uvedlo, že se v minulosti dozvěděl nějaké informace o disociativní poruše identity.

**h2: Více než 30 % respondentů uvede, že se ve vlastní praxi setkalo s klientem/pacientem vykazujícím příznaky disociativní poruchy identity.**

Výsledky podporují platnost této hypotézy. 52,86 % respondentů uvedlo, že se ve vlastní praxi setkalo s klientem/pacientem vykazujícím příznaky disociativní poruchy identity.

**h3: Více než 80 % respondentů uvede, že se domnívá, že v současné době neexistuje dostatek české odborné literatury (včetně překladů) zabývající se problematikou disociativní poruchy identity.**

Výsledky nepodporují platnost této hypotézy. 54,28 % respondentů se domnívá, že v současné době neexistuje dostatek české odborné literatury (včetně překladů) zabývající se problematikou disociativní poruchy identity.

**h4: Více než 80 % respondentů uvede, že by uvítalo více zdrojů informací o disociativní poruše identity v českém jazyce (odborná literatura, semináře).**

Výsledky podporují platnost této hypotézy. 82,86 % respondentů by uvítalo více zdrojů informací o disociativní poruše identity v českém jazyce.

Hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zkoumat míru znalostí psychologů o disociativní poruše identity (DID). Znalosti byly procentuálně vymezeny na škále výborné, velmi dobré, základní a nedostatečné. Výsledky jsou potěšující, jelikož 84,28 % respondentů v dotazníku prokázalo výborné nebo velmi dobré znalosti o disociativní poruše identity.

### 3.6.1 Diskuse

Bylo by možné polemizovat o tom, do jaké míry dotazník „Disociativní porucha identity (DID)“ zjišťuje skutečnou míru znalostí psychologů o DID. Pro důkladnější zjištění by dotazník musel obsahovat více znalostních otázek (nejlépe vícero z jednoho okruhu – např. 3 z oblasti etiologie, 3 z oblasti symptomatiky, atp.), ba dokonce otázky bez předem stanovených odpovědí s požadavkem na samostatnou odpověď respondenta. Nebodovaná část mého dotazníku zaměřující se na vlastní zkušenosti a názory respondentů na problematiku DID by též mohla být rozšířena na zcela samostatnou část, ve které by se zkušenostem s klienty/pacienty s DID věnovalo více pozornosti. Respondent by byl dotázán i na jeho způsob práce s takovými klienty/pacienty a na účinné prvky terapie, případně na způsob, který by upřednostňoval, pokud by se s takovým klientem/pacientem setkal. Na druhou by takový typ dotazníku mohl být respondentem rovnou odmítnut z důvodu nedostatečných znalostí o DID, o zkušenostech nemluvě.

Pro reprezentativnější závěry by bylo efektivnější mít k dispozici více respondentů, než kolik jsem ji obdržela pro tento výzkum. A to nejlépe v řádu několika stovek. Bohužel vzhledem k časové tísní psychologů a ke složitosti a tím i větší časové náročnosti dotazníku by bylo vhodné takový výzkum rozčlenit a provádět jej vždy jen s konkrétní cílovou skupinou (např. jen psychologů s atestací klinická psychologie) zvlášť. Zajímavé by bylo oslovit i jiné cílové skupiny (například sociální pracovníky, forenzní psychology, dětské psychology), které by mohly s DID snadno přijít do styku. Znalosti by pak bylo možné zkoumat třeba u odborníků z oblasti soudnictví a vězeňství, nebo u odborníků pracujících s traumaty (např. u sexuálně zneužívaných či týraných dětí).

Jiný typ výzkumu by se mohl zaměřovat na míru zařazení DID do vzdělávacích osnov a zjistit tak případné nedostatky. V souvislosti s tím by

mohl být proveden i korelační výzkum – např. zda má obsah studijních osnov ve vzdělávacích institucích vliv na znalosti absolventů o DID.

Někteří čtenáři by mohli namítnout, co vlastně tento výzkum přináší nebo jak může posloužit. Při vyplňování dotazníku respondenti podstupovali jakousi zkoušku a já následně hodnotila jejich výsledky z vědomostního hlediska. Tím však nechci usuzovat pouze na špatnou, dobrou či průměrnou obeznámenost našich psychoterapeutů s DID, ale zároveň chci upozornit, že problematika DID existuje, ať už o ní víme více nebo méně. I pokud by si oslovený psychoterapeut přečetl pouze téma dotazníku a nevyplnil jej, je zde určitá šance na probuzení jeho zájmu dozvědět se o poruše více.

S tímto bohužel souvisí i riziko „podvádění“ při vyplňování dotazníku. V zadání dotazníku jsem respondenty žádala, aby dotazník vyplňovali bez využití jakýchkoli zdrojů informací (př. knihy, internet) či konzultací s jinou osobou. Jsem si však vědoma potenciálního rizika porušení tohoto požadavku ze strany respondenta a tím pádem i možného zkreslení výsledků. Situaci by bylo možné ošetřit jedinečně fyzickou přítomností tazatele u vyplňujícího respondenta nebo uspořádáním skupiny, na které by pod dohledem tazatele vyplňovalo dotazník více respondentů najednou. Tento způsob provedení šetření by však musel být součástí např. nějaké odborné konference či specifické vzdělávací akce, která by byla primární motivací účasti respondentů. Dotazník by byl předložen k vyplnění všem zúčastněným např. v rámci ozvláštnění programu akce a na konci programu by se respondenti dozvěděli o správnosti odpovědí týkající se znalostních otázek. Taková zpětná vazba by byla nejen „odměnou“ za vyplnění dotazníku, ale i obohacením pro profesní praxi či lákadlem pro zjišťování dalších a dalších poznatků o disociativní poruše identity. Přidanou hodnotou by nepochybně byla i mnohonásobně vyšší návratnost dotazníku.

## ZÁVĚR

Tato práce se věnovala problematice disociativní poruchy identity (DID). Autorka nejprve objasnila širší souvislosti této poruchy, a to proces disociace a oblast disociativních poruch. Následně bylo pojednáno o rozdílných pojetích disociativní poruchy identity mezi evropskou (MKN-10) a americkou (DSM-V) klasifikací nemocí, přičemž autorka primárně vycházela z klasifikace americké. Důkladně byl vysvětlen mechanismus vzniku a rozvoje poruchy. Autorka se podrobně zabývala projevem a symptomy a uvedla je i v souvislostech s diagnostickou metodou DES-II. Velký prostor věnovala fenoménu alternujících identit jakožto hlavnímu rysu disociativní poruchy identity. U možností diagnostiky disociativní poruchy identity autorka upozornila na nutnost používání klinických metod vyvinutých přímo k diagnostice disociativních symptomů. Byly uvedeny terapeutické fáze a zásady terapeutického přístupu vytvořeného přímo pro práci s disociativní poruchou identity, tzv. integracionalismu.

V kontextu s tématem empirického šetření autorka upozornila na nedostatečný počet tuzemských relevantních zdrojů o disociativní poruše identity ve srovnání s výrazně početnějšími zahraničními zdroji, a s tím související i potenciálně nižší obeznámenost tuzemských psychoterapeutů o této poruše.

Hlavním cílem empirického šetření bylo zjištění míry znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity, a to za pomoci autorkou vytvořeného dotazníku. Posouzení se odvíjelo dle předem stanovené škály určené pro procentuální vymezení míry zjištěných znalostí (znalosti výborné, velmi dobré, základní a nedostatečné). Z výsledků výzkumu vyplývá, že 84,28 % respondentů prokázalo v dotazníku výborné nebo velmi dobré znalosti o disociativní poruše identity.



## SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY

ALLISON, R. B. A New Treatment Approach for Multiple Personalities. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Bloomington: American Society of Clinical Hypnosis, 1974, 17, 1, 15-32. ISSN: 2160-0562.

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994, p. 487. ISBN: 0-89042-062-9.

APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013, p. 292. ISBN: 978-0-89042-555-8.

BARNHILL, J. W. Dissociative Disorders – Introduction. In: BARNHILL, J. W., ed. *DSM-5 Clinical Cases*. Arlington: American Psychiatric, 2014, pp. 161-162. ISBN: 978-1-58562-463-8.

BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-0708-X.

BLISS, E. L. *Multiple Personality, Allied Disorders, and Hypnosis*. New York: Oxford University, 1986. ISBN: 0-19-503658-1.

BRAUN, B. G. Issues in the Psychotherapy of Multiple Personality Disorder. In: BRAUN, B. G., ed. *Treatment of Multiple Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 1986, pp. 1-28. ISBN: 0-88048-096-3.

BRAUN, B. G. The BASK (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge) Model of Dissociation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. Smyrna: Ridgeview Institute and the International Society for the Study of Multiple Personality & Dissociation, 1988, 1, 1, 4-23. ISSN: 0896-2863.

CROWDER, A. a. HAWKINGS, R. *Opening the Door: A Treatment Model for Therapy with Male Survivors of Sexual Abuse*. New York: Brunner/Mazel, 1995. ISBN: 0-87630-754-3.

ČÍRTKOVÁ, L. Psychologie oběti. In: ČÍRTKOVÁ, L., VITOUŠOVÁ, P. a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 2007, s. 11-50. ISBN: 978-80-247-2014-2.

DELL, P. F. The Long Struggle to Diagnose Multiple Personality Disorder (MPD): Partial MPD. In: DELL, P. F. a. O'NEIL, J. A., eds. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, pp. 403-428. ISBN: 978-0-415-95785-4.

DUŠEK, K. a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010, s. 250. ISBN: 978-80-247-1620-6.

FAIXOVÁ, K. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2014, 15, 1, 35-38. ISSN: 1213-0508.

GLASS, J. M. *Shattered Selves: Multiple Personality in a Postmodern World*. New York: Cornell University, 1993, preface – p. XVI. ISBN: 0-8014-8256-9.

GRAMBAL, A., GRAMBALOVÁ, Z. a PRAŠKO, J. Hypnóza v léčbě disociativních poruch. *Psychiatrie pro praxi*. 2011, 12, 3, 116-119. ISSN: 1213-0508.

GRAY, S. W. *Competency-Based Assessments in Mental Health Practice: Cases and Practical Applications*. Hoboken: John Wiley, 2011. ISBN: 978-0-470-50528-1.

HERMAN, E., HOVORKA, J., PRAŠKO, J., NEŽÁDAL, T. aj. Disociativní poruchy v praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, 9, 6, 277-282. ISSN: 1213-0508.

HERMAN, J. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, 1992, p. 102. ISBN: 0-465-08730-2.

HOWELL, E. F. *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder: A Relational Approach*. New York: Routledge, 2011, p. 2, 36. ISBN: 978-0-415-99496-5.

CHALUPNÍČEK, A. *Myslím, a přeci nejsem. Depersonalizační a derealizační syndrom a jeho zvládní*. Bakalářská práce. Brno, 2005. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie. Vedoucí: PhDr. Miroslava Štěpánková, Ph.D.

CHALUPNÍČEK, A. *Disociativní poruchy a paranoidní schizofrenie. Odhad prevalence disociativních poruch ve vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie užitím interview DDIS*. Diplomová práce. Brno, 2008, s. 15. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie. Vedoucí: RNDr. Petr Bob, Ph.D.

CHU, J. A. *Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders*. 2nd ed. Hoboken: John Wiley, 2011. ISBN: 978-0-470-76874-7.

ISSTD (INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF TRAUMA AND DISSOCIATION). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults. 3rd rev. *Journal of Trauma & Dissociation*. London: Routledge, 2011, 12, 2, 115–187. ISSN: 1529-9740.

KLUFT, R. P. Childhood Multiple Personality Disorder: Predictors, Clinical Findings, and Treatment Results. In: KLUFT, R. P., ed. *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Washington: American Psychiatric Press, 1985, pp. 167-196. ISBN: 0-88048-082-3.

KLUFT, R. P. Treating Children Who Have Multiple Personality Disorder. In: BRAUN, B. G., ed. *Treatment of Multiple Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 1986, pp. 79-106. ISBN: 0-88048-096-3.

KLUFT, R. P. *Incest-related Syndromes of Adult Psychopathology*. Washington: American Psychiatric Press, 1990. ISBN: 0-88048-160-9.

KLUFT, R. P. Multiple personality disorder. In: TASMAN, A. a. GOLDFINGER, S. M., eds. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 10*. Washington: American Psychiatric Press, 1991, pp. 161-188. ISBN: 0-88048-436-5.

KLUFT, R. P. Basic Principles in Conducting the Psychotherapy of Multiple Personality Disorder. In: KLUFT, R. P. a. FINE, C. G., eds. *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 1993a, pp. 19-50. ISBN: 0-88048-365-2.

KLUFT, R. P. Clinical Approaches to the Integration of Personalities. In: KLUFT, R. P. a. FINE, C. G., eds. *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 1993b, pp. 101-134. ISBN: 0-88048-365-2.

KLUFT, R. P. Dissociative Identity Disorder. In: MICHELSON, L. K. a. RAY, W. J., eds. *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. New York: Plenum Press, 1996, pp. 337-366. ISBN: 0-306-45150-6.

KLUFT, R. P. A Clinician's Understanding of Dissociation: Fragments of an Acquaintance. In: DELL, P. F. a. O'NEIL, J. A., eds. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, pp. 599-624. ISBN: 978-0-415-95785-4.

KRAKAUER, S. Y. *Treating Dissociative Identity Disorder: The Power of the Collective Heart*. New York: Routledge, 2001. ISBN: 0-87630-975-9.

KRATOCHVÍL, S. *Klinická hypnóza*. 3. akt. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 11, 147. ISBN: 978-80-247-2549-9.

LOEWENSTEIN, R. J. An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. Philadelphia: Elsevier, 1991, 14, 3, 567-604. ISSN: 0193-953X.

MALDONADO, J. R. a. SPIEGEL, D. Dissociative Disorders. In: HALES, R. E., YUDOFKY, S. C. a. GABBARD, G. O., eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric, 2008, pp. 665-710. ISBN: 978-1-58562-257-3.

MALDONADO, J. R. a. SPIEGEL, D. Dissociative Disorders. In: HALES, R. E., YUDOFKY, S. C. a. WEISS ROBERTS, L., eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Arlington: American Psychiatric, 2014, pp. 499-530. ISBN: 978-1-58562-444-7.

MCWILLIAMS, N. *Psychoanalytic Diagnosis. Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2011. ISBN: 978-1-60918-494-0.

OREL, M. a. FACOVÁ, V. Vybrané kapitoly obecné psychopatologie a psychiatrie. In: OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012, s. 63-85. ISBN: 978-80-247-3737-9.

OREL, M., FACOVÁ, V., ŠIMONEK, J. a KALÁB, M. Vybrané kapitoly speciální psychiatrie. In: OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012, s. 92-186. ISBN: 978-80-247-3737-9.

PÖTHE, P. Sexuální zneužívání dítěte v rodině. In: WEISS, P. a kol. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada, 2005, s. 95-126. ISBN: 80-247-0929-5.

PRAŠKO, J. a PRAŠKOVÁ, H. Farmakoterapie úzkostných poruch. In: VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 295-364. ISBN: 978-80-247-1315-1.

PUTNAM, F. W. The Switch Process in Multiple Personality Disorder and Other State-Change Disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. Smyrna: Ridgeview Institute and the International Society for the Study of Multiple Personality & Dissociation, 1988, 1, 1, 24-32. ISSN: 0896-2863.

PUTNAM, F. W. Dissociative Phenomena. In: TASMAN, A. a. GOLDFINGER, S. M., eds. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 10*. Washington: American Psychiatric Press, 1991, pp. 145-160. ISBN: 0-88048-436-5.

PUTNAM, F. W. *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press, 1997, p. 68. ISBN: 1-57230-219-4.

PUTNAM, F. W. Dissociative Disorders. In: CICCHETTI, D. a. COHEN, D. J., eds. *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation*. 2nd ed. Hoboken: John Wiley, 2006, pp. 657-695. ISBN: 978-0-471-23738-9

PTÁČEK, R. *Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace*. Disertační práce. Brno, 2006, s. 92. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie. Vedoucí: prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc.

RINGROSE, J. L. *Understanding and Treating Dissociative Identity Disorder (or Multiple Personality Disorder)*. London: Karnac Books, 2012, p. 1, 2, 6, 7. ISBN: 978-1-78049-033-5.

ROSS, C. A. *Satanic Ritual Abuse: Principles of Treatment*. Toronto: University of Toronto Press, 1995, p. 76. ISBN: 0-8020-7357-3.

ROSS, C. A. *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality*. New York: Wiley, 1997. ISBN: 0471-13265-9.

ROSS, C. A. Dissociative Identity Disorder. *Current Psychosis & Therapeutics Reports*. Richardson: The Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma, 2006, 4, 3, 112-116. ISSN: 1545-8083.

SACHS, R. G. The Adjunctive Role of Social Support Systems in the Treatment of Multiple Personality Disorder. In: BRAUN, B. G., ed. *Treatment of Multiple Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 1986, pp. 159-211. ISBN: 0-88048-096-3.

SINASON, V. Introduction. In: SINASON, V., ed. *Attachment, Trauma and Multiplicity: Working with Dissociative Identity Disorder*. 2nd ed. New York: Routledge, 2011, pp. 3-18. ISBN: 978-0-415-49181-5.

SOUKUP, J. *Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci (Výzkum pomocí dotazníku A-DES)*. Rigorózní práce. Praha, 2005. Univerzita Karlova. Filosofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí: PhDr. M. Rodriguez.

ŠRUTOVÁ, L. Psychologická znalecká činnost. In: PAVLOVSKÝ, P., MALÁ, E., PROCHÁZKA, L. a ŠRUTOVÁ, L. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4. akt. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 195-227. ISBN: 978-80-247-4332-5.

STEINBERG, M. *Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised (SCID-D-R)*. Arlington: American Psychiatric Association, 1994. ISBN 0-88048-861-1.

VAN DER HART, O. a. DORAHY, M. J. History of the Concept of Dissociation. In: DELL, P. F. a. O'NEIL, J. A., eds. *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and beyond*. New York: Routledge, 2009, pp. 3-26. ISBN: 978-0-415-95785-4.

VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E. R. S. a. STEELE, K. *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton, 2006. ISBN: 978-0-393-70401-3.

VANDERLINDEN, J., VAN DER HART, O. a. VARGA, K. European Studies of Dissociation. In: MICHELSON, L. K. a. RAY, W. J., eds. *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. New York: Plenum Press, 1996, pp. 25-50. ISBN: 0-306-45150-6.

VERMETTEN, E., DOUGLAS BREMNER, J. a. SPIEGEL, D. Dissociation and Hypnotizability: A Conceptual and Methodological Perspective on Two Distinct Concepts. In: DOUGLAS BREMNER, J. a. MARMAR, CH. R., eds. *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington: American Psychiatric Press, 1998, pp. 107-160. ISBN: 0-88048-753-4.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 3. akt. vyd. Přeložil ÚZIS ČR. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2013. ISBN: 978-80-904259-0-3.

## Internetové zdroje

BERNSTEIN CARLSON, E. a. PUTNAM, F. W. Dissociative Experiences Scale-II (DES-II). *Weebly.com* [online]. ©2010, last revision 1st March 2010 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <<http://sandiego-emdr-trn.weebly.com/uploads/2/1/6/6/21662230/des-adult.pdf>>

KOBLIC, K. Mantinely poskytování psychoterapie. *Psychoterapeuti.cz* [online]. Praha: Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP, ©2012, 29. května 2012, [cit. 2014-06-24]. Dostupné z: <[http://www.psychoterapeuti.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=222&Itemid=55](http://www.psychoterapeuti.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=222&Itemid=55)>

NIJENHUIS, E. R. S. S.D.Q.–20. *Enijenhuis.nl* [online]. ©2004a, last revision 8th February 2004 [cit. 2014-06-26/]. Dostupné z: <<http://www.enijenhuis.nl/SDQ/Esdq-20.doc>>

NIJENHUIS, E. R. S. S.D.Q.–5. *Enijenhuis.nl* [online]. ©2004b, last revision 8th February 2004 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <<http://www.enijenhuis.nl/SDQ/Esdq-5.doc>>

NIJENHUIS, E. R. S. The Scoring and Interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5: Update 2003. *Enijenhuis.nl* [online]. ©2005, last revision 27th February 2005 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: <<http://www.enijenhuis.nl/SDQ/sdq-update.doc>>

RADA PRO VÝZKUM, VÝVOJ A INOVACE. *Projekt NF7595 - Prevalence a diagnostika disociativních poruch se zaměřením na depresivní onemocnění (2003-2005, MZO/NF)* [online]. Praha: Výpočetní a informační centrum Českého vysokého učení technického v Praze, ©2006 [cit. 2014-07-22]. Dostupné z: <<https://www.isvav.cz/projectDetail.do?rowId=NF7595>>

THE COLIN A. ROSS INSTITUTE FOR PSYCHOLOGICAL TRAUMA. Dissociative Disorders Interview Schedule – DSM-5 Version. *Rossinst.com* [online]. Richardson: The Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma, ©2014, [cit. 2014-06-25]. Dostupné z: <<http://www.rossinst.com/downloads/DDIS-DSM-5.pdf>>

# PŘÍLOHY



## Příloha č. I: Seznam použitých zkratk

3-P Model of MPD – teoretický model zaměřující se na predisponující (Predisposing), urychlující (Precipitating) a udržující (Perpetuating) faktory, které jsou spojeny s vývojem disociativní poruchy identity

APA – American Psychiatric Association (Americká psychiatrická asociace)

ČAP – Česká asociace pro psychoterapii

ČPS ČLS JEP – Česká psychoterapeutická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

DDIS - Dissociative Disorders Interview Schedule (Strukturované klinické interview pro diagnostiku disociativních poruch)

DES – Dissociative Experiences Scale (Škála disociativních zkušeností)

DID – Dissociative Identity Disorder (Disociativní porucha identity)

DDNOS – Dissociative Disorder Not Otherwise Specified (Disociativní porucha jinak nespécifikovaná)

DSM-II – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 2. verze), vydaný Americkou psychiatrickou společností-APA r. 1968

DSM-III - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 3. verze), vydaný Americkou psychiatrickou společností-APA r. 1980

DSM-IV – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 4. verze), vydaný Americkou psychiatrickou společností-APA r. 1994

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch, 5. verze), vydaný Americkou psychiatrickou společností-APA r. 2013

ICD-10 – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. verze), vydaná Světovou zdravotnickou organizací-WHO r. 1993

IPDE – International Personality Disorder Examination (Mezinárodní strukturovaný rozhovor na poruchy osobnosti)

ISSTD – International Society for the Study of Trauma and Dissociation (Mezinárodní společnost pro studium traumatu a disociace)

MCMI-III – Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Millonův klinický víceosý dotazník-III)

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize, česká verze ICD-10

MMPI-2 – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (Minnesotský vícefázový osobnostní dotazník-2)

MMPI-2-RF – Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form (Minnesotský vícefázový osobnostní dotazník-2-Restrukturalizovaná forma)

MPD – Multiple Personality Disorder (Mnohočetná porucha osobnosti)

PTSP – Posttraumatická stresová porucha

SCID-D-R – Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised (Strukturované klinické interview pro DSM-IV disociativní poruchy, revidované)

## Příloha č. II: Tabulky

**Tabulka č. 2:** Kompletní přehled metod používaných k hodnocení disociativních projevů (PTÁČEK, 2006, s. 92)

<b>Název dotazníku</b>	<b>Používaná zkratka</b>
Dissociative Experiences Scale	DES
Dissociative Experiences Scale II	DES-II
Adolescent Dissociative Experiences Scale	A-DES
Adolescent Dissociative Experiences Scale II	A-DES-II
The Somatoform Dissociation Questionnaire 20	SDQ-20
The Somatoform Dissociation Questionnaire 5	SDQ-5
Child Dissociative Checklist, Version 3	CDC
Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire	PDEQ
Cambridge Depersonalization Scale	-
Steinberg Depersonalization Questionnaire	-
The Dissociative Disorders Interview Schedule - DSM-IV Version	DDIS
Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders	SCID-D-R
Multiscale Dissociation Inventory	MDI
Multidimensional Inventory of Dissociation 6.0	MID
Adolescent Multidimensional Inventory of Dissociation 6.0	A-MID
Dissociative Features Profile	-
State Scale of Dissociation	SSD

**Tabulka č. 3:** Míra prevalence DID dle vybraných relevantních studií (VANDERLINDEN, et al., 1996; DELL, 2009; MALDONADO a SPIEGEL, 2008)

Země	Výzkumníci, rok provedení	Míra prevalence u psychiatrické populace (v %)		Míra prevalence u celkové populace (v %)
		Ambulantní	Hospitalizovaní	
Nizozemsko	Friedl a Draijer, 2000	-	1,6	-
Nizozemsko	Draijer a Langeland, 1993	-	5	-
Turecko	Tutkun, et al. (1998)	-	5,4 – 6,6	-
Turecko	Sar, et al. (1998)	-	-	1,1
Turecko	Sar, et al. (2003)	2 – 4	-	-
USA	Johnson, et al. (2006)	-	-	1,5
USA	Foote, et al. (2006)	6	-	-
Kanada	Ross (1991)	-	-	1,3 – 3,1
Finsko	Lipsanen, et al. (2004)	-	5,6	-



10. Some people have the experience of being accused of lying when they do not think that they have lied. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11. Some people have the experience of looking in a mirror and not recognizing themselves. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12. Some people have the experience of feeling that other people, objects, and the world around them are not real. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13. Some people have the experience of feeling that their body does not seem to belong to them. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14. Some people have the experience of sometimes remembering a past event so vividly that they feel as if they were reliving that event. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15. Some people have the experience of not being sure whether things that they remember happening really did happen or whether they just dreamed them. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

16. Some people have the experience of being in a familiar place but finding it strange and unfamiliar. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17. Some people find that when they are watching television or a movie they become so absorbed in the story that they are unaware of other events happening around them. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18. Some people find that they become so involved in a fantasy or daydream that it feels as though it were really happening to them. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19. Some people find that they sometimes are able to ignore pain. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20. Some people find that they sometimes sit staring off into space, thinking of nothing, and are not aware of the passage of time. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Some people sometimes find that when they are alone they talk out loud to themselves. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22. Some people find that in one situation they may act so differently compared with another situation that they feel almost as if they were two different people. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.      0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23. Some people sometimes find that in certain situations they are able to do things with amazing ease and spontaneity that would usually be difficult for them (for example, sports, work, social situations, etc.). Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

24. Some people sometimes find that they cannot remember whether they have done something or have just thought about doing that thing (for example, not knowing whether they have just mailed a letter or have just thought about mailing it). Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Some people find evidence that they have done things that they do not remember doing. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26. Some people sometimes find writings, drawings, or notes among their belongings that they must have done but cannot remember doing. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27. Some people sometimes find that they hear voices inside their head that tell them to do things or comment on things that they are doing. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Some people sometimes feel as if they are looking at the world through a fog, so that people and objects appear far away or unclear. Circle the number to show what percentage of the time this happens to you.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

## Dissociative Experiences Scale II (DES II)

### Description and Interpretation

**Description:** The Dissociative Experiences Scale II (DES II) is a copyright-free, screening instrument. According to its authors, Carlson and Putnam, "it is a brief, self-report measure of the frequency of dissociative experiences. The scale was developed to provide a reliable, valid, and convenient way to quantify dissociative experiences. A response scale that allows subject to quantify their experiences for each item was used so that scores could reflect a wider range of dissociative symptomatology than possible using a dichotomous (yes/no) format." (see Dissociation 8 (1): 16-23)

**Interpretation:** The Dissociative Experiences Scale II (DES II): When scoring, drop the zero on the percentage e.g. 30%=3; 80%=8 then add up single digits for client score Mean DES Scores Across Populations for Various Studies

General Adult Population	5.4
Anxiety Disorders	7.0
Affective Disorders	9.35
Eating Disorders	15.8
Late Adolescence	16.6
Schizophrenia	15.4
Borderline Personality Disorder	19.2
PTSD	31
Dissociative Disorder (NOS)	36
Dissociative Identity Disorder (MPD)	48

Items from the DES for Each of the Three Main Factors of Dissociation:

**Amnesia Factor:** This factor measures memory loss, i.e., not knowing how you got somewhere, being dressed in clothes you don't remember putting on, finding new things among belongings you don't remember buying, not recognizing friends or family members, finding evidence of having done things you don't remember doing, finding writings, drawings or notes you must have done but don't remember doing. **Items – 3, 4, 5, 8, 25, 26.**

**Depersonalization/Derealization Factor:** Depersonalization is characterized by the recurrent experience of feeling detached from one's self and mental processes or a sense of unreality of the self. Items relating to this factor include feeling that you are standing next to yourself or watching yourself do something and seeing yourself as if you were looking at another person, feeling your body does not belong to you, and looking in a mirror and not recognizing yourself. Derealization is the sense of a loss of reality of the immediate environment. These items include feeling that other people, objects, and the world around them is not real, hearing voices inside your head that tell you to do things or comment on things you are doing, and feeling like you are looking at the world through a fog, so that people and objects appear far away or unclear.

**Items – 7, 11, 12, 13, 27, 28.**

**Absorption Factor:** This factor includes being so preoccupied or absorbed by something that you are distracted from what is going on around you. The absorption primarily has to do with one's traumatic experiences. Items of this factor include realizing that you did not hear part or all of what was said by another, remembering a past event so vividly that you feel as if you are reliving the event, not being sure whether things that they remember happening really did happen or whether they just dreamed them, when you are watching television or a movie you become so absorbed in the story you are unaware of other events happening around you, becoming so involved in a fantasy or daydream that it feels as though it were really happening to you, and sometimes sitting, staring off into space, thinking of nothing, and being unaware of the passage of time.

**Items – 2, 14, 15, 17, 18, 20.**



## Příloha č. IV: Dotazník – „Disociativní porucha identity (DID)“

1. Pohlaví:
  - a. žena
  - b. muž
  
2. Věk:
  - a. do 30 let (včetně)
  - b. 30 – 40 let (včetně)
  - c. 40 – 50 let (včetně)
  - d. 50 – 60 let (včetně)
  - e. nad 60 let
  
3. Absolvovaný obor vysokoškolského vzdělání:
  - a. lékařství - psychiatrie
  - b. psychologie
  - c. psychiatrie i psychologie
  - d. ani jeden z uvedených
  
4. Směr Vašeho psychoterapeutického vzdělání / psychoterapeutického výcviku. (Můžete zvolit i více možností.)
  - a. humanistický (rogersovský, gestalt, ...)
  - b. psychoanalytický, dynamický
  - c. kognitivně-behaviorální
  - d. systemický
  - e. existenciální (logoterapeutický, daseinsanalytický, ...)
  - f. expresivní (muzikoterapie, arteterapie, ...)
  - g. jiný:
  
5. Délka psychoterapeutické praxe:
  - a. do 5-ti let (včetně)
  - b. 5 – 10 let (včetně)
  - c. 10 – 20 let (včetně)
  - d. 20 – 30 let (včetně)
  - e. nad 30 let
  
6. Jaká z následujících možností nejlépe vystihuje jedince s disociativní poruchou identity (dále jen DID)?
  - a. jedinec s rozdvojenou identitou trpící bludy a halucinacemi
  - b. disociální jedinec s psychopatologickým chováním a velmi problematickým vztahem k okolí
  - c. jedinec se dvěma či více odlišnými identitami (disociovanými částmi; alternujícími identitami), které opakovaně přebírají kontrolu nad chováním jedince

7. Co představuje pojem odlišné identity (disociované části, alternující identity)? (Můžete zvolit i více možností.)
- alternující identity mající rozdílné zkušenosti a vzpomínky
  - alternující identity s rozdílnými charakteristickými rysy, převládajícím afektem a sebezpojetím
  - alternující identity s rozdílnými styly jednání, verbálním i neverbálním vyjadřováním
  - alternující identity s rozdílnou primární funkcí (dětské, pronásledující či násilné, ochranné či pomáhající identity)
8. Jaké z následujících projevů či symptomů se u jedince s DID mohou vyskytovat? (Můžete zvolit i více možností.)
- stavy depersonalizace a/nebo derealizace
  - kolísání a nekonzistentnost v dovednostech, návycích, znalostech
  - časté výpadky paměti (tzv. blackouts)
  - sluchové halucinace
  - symptomy typické pro posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP)
  - symptomy typické pro somatoformní a konverzní poruchy
9. Jaké jsou predisponující faktory pro vznik DID?
- organické změny v mozku, poškození hlavy např. při úrazu; závažná a nezpracovaná traumata (např. fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, válečná traumata)
  - zneužívání návykových látek; závažná a nezpracovaná traumata (např. fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, válečná traumata)
  - vysoká hypnabilita a vrozená schopnost disociovat; závažná a nezpracovaná traumata (např. fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, válečná traumata)
  - nízká hypnabilita a minimální schopnost disociovat; závažná a nezpracovaná traumata (např. fyzické či psychické týrání, sexuální zneužívání, válečná traumata)
10. Jaká je míra prevalence DID vzhledem k celkové populaci?
- 1 – 3 %
  - 3 – 5 %
  - 5 – 7 %
11. Mohou být projevy DID zaměnitelné s jiným duševním onemocněním?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
12. S jakým duševním onemocněním mohou být projevy DID zaměnitelné? (Můžete zvolit i více možností.)
- obsedantně-kompulzivní porucha
  - bipolární porucha
  - hraniční porucha (borderline)
  - schizofrenie
  - posttraumatická stresová porucha (PTSP)

13. Jaké metody jsou nedílnou součástí diagnostiky DID?
- DES, DDIS, SCID-D-R
  - MMPI-2-RF, Rorschachův test
  - IPDE, MCMI-III
14. Podle jednoho specifického terapeutického přístupu, tzv. integracionalismu, využívaného zvláště k terapii DID, je jednou z fází léčby dosažení integrace. Co je v tomto případě integrací myšleno?
- začlenění klienta zpět do společnosti
  - spojení jednotlivých identit (disociovaných částí) v jeden celek, kdy dochází k odvolávání všech aspektů nejednotnosti
15. Dozvěděl(a) jste se v minulosti nějaké informace o DID?
- ano
  - ne
16. Odkud jste prvně získal(a) informace o DID? (Můžete zvolit i více možností.)
- přednáška, seminář na VŠ; VŠ skripta
  - odborná praxe, stáže; dobrovolný mimoškolní seminář či kurz
  - terapeutický výcvik
  - česká odborná literatura (včetně překladů do ČJ)
  - zahraniční odborná literatura
  - odjinud:
17. Setkal(a) jste se ve vlastní praxi s klientem/pacientem vykazujícím příznaky DID?
- rozhodně ano, klient/pacient měl DID diagnostikovanou
  - domnívám se, že ano, ale klient/pacient neměl DID diagnostikovanou
  - nevím
  - ne
18. Domníváte se, že v současné době existuje dostatek české odborné literatury (včetně překladů) zabývající se problematikou DID?
- rozhodně ano
  - spíše ano
  - nevím
  - spíše ne
  - rozhodně ne
19. Uvítal(a) byste více zdrojů informací o DID v českém jazyce (odborné publikace, semináře, ...)?
- ano
  - ne

**Anotace:** Tato diplomová práce se zabývá problematikou disociativní poruchy identity. Teoretická část vysvětluje související pojmy disociace a disociativní poruchy a dále se detailně zaměřuje na specifika disociativní poruchy identity. Autorka rozebírá různá pojetí poruchy a její odlišné kategorizování vycházející z klasifikací nemocí DSM-V a MKN-10 (americká vs. evropská). Autorka se primárně drží americké klasifikace. Dále pojednává o etiologii, prevalenci, specifických psychodiagnostických metodách a o terapeutických přístupech využívaných při léčbě disociativní poruchy identity (zejména o integracionalismu). Velký prostor je věnován projevům a symptomům poruchy, zvláště fenoménu alternujících identit. Empirická část představuje výzkumné šetření s cílem zjistit míru znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity. Byla stanovena hypotéza, že více než 60 % respondentů prokáže v dotazníku výborné nebo velmi dobré znalosti o disociativní poruše identity. Tato hypotéza byla potvrzena.

**Klíčová slova:** disociativní porucha identity, disociace, disociativní poruchy, DSM-V, MKN-10, integracionalismus, alternující identity, psychoterapie

**Abstract:** The diploma thesis is dealing with the issue of dissociative identity disorder. The theoretic part is explaining basic terms connected with dissociation and the dissociative disorder and then is focusing on specifics of the dissociative identity disorder in detail. The author is explaining different concepts of the disorder and its different categorization in registers of diseases DSM-V and MKN-10 (American vs. European). The author is primarily sticking with the American classification. The author is speaking about an etiology, prevalence, a specific psychodiagnostic methods and therapeutic approaches which have been used for dissociative identity disorder therapy (especially integrationalism). Large space is given to manifestations and symptoms of the disease, especially to phenomenon of alternate identities. The empiric part is showing the research with the goal to find the level of knowledge of psychotherapists about dissociative identity disorder. A hypothesis was set up in the way that more than 60 % of respondents will have “Excellent” or “Very good” knowledge regarding the dissociative identity disorder based on issued questionnaire. The hypothesis was proved.

**Key words:** dissociative identity disorder, dissociation, dissociative disorders, DSM-V, MKN-10 (ICD-10), integrationalism, alternate identities, psychotherapy

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

Jméno a příjmení autora/ky:	<b>Bc. Eliška Dutková</b>
Studijní program:	<b>Sociální politika a sociální práce</b>
Studijní obor:	<b>Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii</b>
Název práce:	<b>Problematika disociativní poruchy identity. Míra znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity</b>
Počet stran (bez příloh):	<b>97</b>
Celkový počet stran příloh:	<b>12</b>
Počet titulů české literatury a pramenů:	<b>16</b>
Počet titulů zahr. literatury a pramenů:	<b>44</b>
Počet internetových odkazů:	<b>7</b>
Vedoucí práce:	<b>Mgr. Zuzana Janotková</b>
Rok dokončení práce:	<b>2014</b>



**Posudek vedoucí diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

**Jméno a příjmení studentky:** Bc. Eliška Dutková

**Obor studia:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Problematika disociativní poruchy identity. Míra znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity.

**Vedoucí práce:** Mgr. Zuzana Janotková

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 97

Počet stránek příloh: 12

Počet titulů v seznamu literatury: 67

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--



Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost  
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce  
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké otázky jste si kládla po dokončení práci a v diskusi?

Co vnímáte jako nejpřínosné ve své práci?

Je něco co Vám překvapilo, zaujalo při zpracovávání teoretické části?

Co by jste navrhovala na základě výsledků Vaší práci jak další směr výzkumu?

**Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):**

Studentka obeznámuje se svojí diplomovou práci „ Problematika disociativní poruchy identity. Míra znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity“ přehledně, s odborným vhledem a zájmem o danou problematiku.

Oceňuji záměr nastudovat zahraniční odbornou literaturu k danému tématu a shrnutí a poskytnutí získaných informací ve své diplomové práci i vzhledem k tomu, že jsou informace v České republice v malém rozsahu.

V teoretické části je pojednáváno obecně o disociaci a disociativních poruchách, celá další navazující kapitola je věnována obširně a přehledně disociativní poruše identity začínajíc definicí, diagnostickými kritérii až po metody pro screening a terapeutické přístupy v léčbě

Teoretická část je zpracovaná precizně, je zde výrazná práve s odbornou literaturou, převážně zahraničnou.

Kapitoly na sebe plynule navazují, odborný text je koherentný a patrný vhled do dané problematiky.

Praktická část jasně formuluje cíle i hypotézy výzkumného šetření.

V závěru práce studentka v diskusi uvádí výsledky výzkumu, v diskusi uvádí pohled na teoretickou a praktickou část k danému tématu po jeho zpracování. Uvádí zde návrh na další výzkumné zaměření.

Studentka přeukázala výraznou samostatnost a odborný vhled při přípravě teoretické části i následné realizaci výzkumu a jeho zpracování.

Z obsahového i formálního hlediska práce splňuje požadavky kladené na diplomovou práci a doporučuji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: výborně

5.9.2014



**Posudek oponenta diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Eliška Dutková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Problematika disociativní poruchy identity. Míra znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Janotková

Oponent práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 97

Počet stránek příloh: 12

Počet titulů v seznamu literatury: 67

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

1				
---	--	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	2			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

1				
---	--	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

1				
---	--	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

1				
---	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

1				
---	--	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

1				
---	--	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

1				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

1				
---	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

1				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

1				
---	--	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Mohla by autorka vyjádřit jak prakticky může aplikovat poznatky uváděné ve svojí práci v oboru sociální práce?

Překvapilo autorku něco na výsledcích výzkumu?

**Předkládaná práce splňuje nároky kladené na diplomovou práci.** Autorka ve své práci zkoumá problematiku disociativní poruchy identity. Kolegyně se pouští do tématu, které svým charakterem spadá do oblasti „aplikované psychoterapie“, čímž je můžeme považovat v souladu se studovaným oborem.

Z formálního hlediska autorka v teoretické části prokázala schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. Pro svůj výzkumný cíl využila sběr dat prostřednictvím dotazníku vlastní konstrukce a následnou analýzu dat pomocí kvantitativní výzkumné metodologie. Autorka je stylisticky zdatná a v teoretické části popisuje veškeré podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce prokazuje schopnost použít kvantitativní výzkumnou metodologii, sebrat data od 84 psychoterapeutů, systematicky je kategorizovat a srozumitelně je interpretovat. V práci neshledávám **vážné** obsahové či formální nedostatky. **Práci hodnotím jako výbornou a doporučuji ji k obhajobě.**

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):


**Za největší přínos práce, považuji podrobný a velmi systematický přehled znalostí o disociativní poruše identity, která stojí v tuzemsku dosud na okraji vědeckého zájmu. Práce má informativní a deskriptivní charakter.**

Nedostatky: Autorka ve své empirické části práce zkoumá pomocí precizně provedené výzkumné sondy informovanost a znalosti českých psychoterapeutů o této poruše. Je poněkud na škodu, že autorka volí poměrně skromný design výzkumné sondy a dochází k poněkud předvídatelným závěrům. Práci by neškodila větší badatelská odvaha autorky a volba ambicióznějšího designu výzkumné metodologie se kterým se setkala v rámci své praxe. Viz. otázka k obhajobě. Nicméně tato připomínka již přesahuje nároky kladené na diplomovou práci a doporučuji autorce se tímto tématem zabývat v dalším studiu.

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

Doporučení k obhajobě: doporučuji\*

Datum, podpis:



\*  
nehodící se, škrtněte