

UNIVERZITA KARLOVA

FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

KATEDRA BIOLOGICKÝCH A LÉKAŘSKÝCH VĚD



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

DISOCIATIVNÍ PORUCHA IDENTITY

Lucie Dvořáková

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Josef Herink, DrSc.

HRADEC KRÁLOVÉ, 2021

Poděkování

Velmi děkuji vedoucímu mé bakalářské práce doc. MUDr. Josefu Herinkovi za odborné vedení, cenné rady a trpělivost.

„Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci jsou řádně citovány. Práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Hradci Králové dne 15. 4. 2021

Obsah

1. Úvod, Vysvětlení pojmu disociace.....	8
2. Disociativní poruchy osobnosti	10
2.1 Klasifikace	10
2.1.1 Jednotlivé typy disociativních poruch dle MKN-10.....	12
2.1.2 Klasifikace dle DSM	16
2.2 Příčiny, etiopatogeneze	18
2.3 Epidemiologie	19
3. Disociativní porucha identity.....	20
3.1 Charakteristika poruchy	20
3.2 Etiopatogeneze.....	21
3.2.1 Trauma	21
3.2.2 Patogeneze, patofyziologické změny mozku	23
3.2.3 Strukturální disociace	25
3.3 Symptomy, projevy, příklady.....	27
3.3.1 Anamnestické příznaky	27
3.3.2 Autohypnotické příznaky.....	28
3.3.3 Disociační příznaky	29
3.3.4 Disociativní porucha osobnosti a příznaky posttraumatické stresové poruchy	30
3.3.5 Somatoformní symptomy	30
3.3.6 Afektivní příznaky	31
3.3.7 Splitting a integrace.....	31
3.3.8 Překliknutí - Switching.....	32
3.3.9 Kazuistika.....	33
3.4 Host x alter	35
3.4.1 Host	36

3.4.2 Dětské alter identity	37
3.4.3 Persekutoři – pronásledovatelé	37
3.4.4 Helpers – pomáhající identity	38
3.5 Diagnostika (dotazníky, klinická interview, zobrazovací metody)	38
3.5.1 DES (Dissociative Experiences Scale).....	40
3.5.2 SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire)	40
3.5.3 DDIS (Dissociative Disorder Interview Schedule)	41
3.5.4 SCID-D-R (Structured Clinical Interview Dissociative Disorder)	41
3.6 Terapie.....	42
3.6.1 Farmakoterapie	42
3.6.2 Psychoterapie	42
4. Závěr	46
5. Zdroje.....	48

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je u nás méně známá problematika disociativní poruchy identity. V úvodu je nejprve popsán samotný pojem disociace. Další kapitola se zabývá jednotlivými disociativními poruchami, u nichž jsou popsány hlavní specifika a kategorizace jak podle evropské klasifikace MKN-10 tak i americké DSM-V. Dále jsou zmíněny hlavní příčiny vzniku disociativních poruch a jejich výskyt. Speciální pozornost je věnována samotné disociativní poruše identity. Postupně je popsána její epidemiologie, etiopatogeneze a patofyziologické změny v mozku, dále jsou rozebírány charakteristické symptomy a role jednotlivých identit, včetně procesu rozštěpení, integrace a překlikávání mezi jednotlivými identitami. Samostatné kapitoly se zabývají diagnostikou disociativní poruchy identity a jednotlivými diagnostickými nástroji – dotazníky a interview, závěrem jsou pak uvedeny současné možnosti terapie.

Klíčová slova: disociace, disociativní poruchy, disociativní porucha identity, symptomy a léčba disociativní poruchy identity

Abstract

This bachelor's thesis deals with the issue of not so well known dissociative identity disorder. At the outset there is explanation of the term dissociation. The next chapter is dealing with particular dissociative disorders, their specification, categoration that differs in American register DSM-V and European MKN-10. There is also mention of the main causes of the development and prevalence. The main part describes dissociative identity disorder itself. It deals with epidemiology, etiology and pathophysiological changes in the brain. The author is explaining characteristic symptoms and roles of particular identities, process of splitting, integration and switching. There are also chapters describing diagnostic methods – questionnaires and interviews, there is also mention of potential therapy.

Key words: dissociation, dissociative disorders, dissociative identity disorder, symptoms and therapy of dissociative identity disorder

1. ÚVOD, VYSVĚTLENÍ POJMU DISOCIACE

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma disociativní porucha identity (DID). Zatímco např. schizofrenie, depresivní porucha nebo bipolární afektivní porucha u nás patří mezi onemocnění relativně známá nejen mezi odborníky, problematika samotné DID je na tom o poznání hůře. A také možná právě proto mě zaujala. Protože je doposud tak neprobádaná, tajemná, komplexní a údajně vzácná, rozhodla jsem se ji blíže popsat. Při shánění informací jsem narazila na první „problém“ a to, že českých pramenů o disociativních poruchách všeobecně zatím nebylo publikováno mnoho, natož o DID. Studijní materiály jsem tedy začala vyhledávat v zahraniční literatuře, kde byl úspěch o něco větší.

Mohlo by se zdát, že pojem disociace není znám příliš dlouho, ale opak je pravdou. První zdokumentovaný případ DID je již z roku 1584, i když v té době byla spíše tato porucha vnímána jako „posednutí ďáblem“. Popsané příznaky však dokonale sedí. Dalším zdokumentovaným případem je sestra Benedetta z roku 1623. Tato žena byla údajně posedlá třemi anděly, kteří ji bili a způsobovali tak chronickou bolest. Když nějaký z nich převzal kontrolu nad jejím tělem, mluvil jiným dialektem, tónem hlasu a měl jinou mimiku a gestikulaci než Benedetta, která měla na mnoho svých činů amnézii. Oficiální diagnózy DID se dočkal až Louis Auguste Vivet v roce 1882. Toto dokazuje, že DID se v populaci vyskytuje velmi dlouho. A velmi dlouho byla také nepochopena, dokonce byla některými odborníky i zamítána. (14) V posledních desetiletích se však pohled na disociativní poruchy mění a v roce 1992 dokonce dostaly svou samostatnou diagnostickou kategorii v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10).

Cílem mé práce je vysvětlení pojmu disociace, shrnutí jednotlivých disociativních poruch, jejich příčin, klasifikace a výskytu. Následně se zaměřím na samotnou DID, popíšu její epidemiologii, etiopatogenezi, její symptomy a příznaky. Dále blíže specifikuji roli hosta a jednotlivých alter identit, fenomén vzniku a překlíkávaní mezi nimi. V závěrečné části popíšu nejčastěji používané diagnostické nástroje a možnosti terapie.

K tomu, abychom vůbec pochopili podstatu onemocnění DID, by bylo pro začátek vhodné si vůbec vysvětlit, co znamená samotný pojem disociace. Tento pojem není úplně snadné

přesně vymezit, může se jednat i o stav v životě zcela běžný. Začne-li se však projevovat ve zvýšené frekvenci a intenzitě, pak se jedná o patologickou formu, která může výrazně zhoršovat kvalitu života dotyčného jedince.

V současné době je pojem disociace chápán jako oddělení dvou a více mentálních procesů. Může zahrnovat procesy zcela běžné, jako například denní snění nebo prožitky vnitřního zaujetí, závažnější formy však mohou znamenat některou z poruch osobností. Podle DSM-V je disociace definována jako „narušení obvykle integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity, nebo vnímání okolního prostředí.“ (1) Nemiah popisuje disociaci jako „vyloučení z vědomí a neschopnost dobrovolného vyvolání vzpomínek, vjemů, pocitů a fantazií různého stupně složitosti.“ Spiegel a Cardeña definují tento stav jako „strukturované rozdělení mentálních procesů, například myšlenek, emocí, paměti a identity, které jsou za běžných okolností integrovány.“ (50)

Jak jsem už zmínila, jev se vyskytuje v patologické a nepatologické formě. S nepatologickou podobou se setkáváme u zdravé populace poměrně často. Je to stav popisovaný jako schopnost mysli rozštěpit pozornost do dvou a více proudů vědomí, což umožňuje jedinci provozovat více úkonů ve stejný čas. Takovým typickým příkladem může být vedení konverzace nebo plánování budoucích aktivit během řízení. Často se pak stává, že se občas tak zaobíráme vlastními myšlenkami, že si pak nedokážeme vybavit právě absolvovanou trasu a co se přesně během ní událo. Tento proces „automatizace“ zahrnuje přesměrování vědomí od aktivit, které děláme opakovaně a automaticky. Aby toto bylo udržitelné, nesmí být překročeny určité pomyslné hranice délky a stupně disociace, například zapomínání informací týkajících se vlastní identity. Pokud by tomu tak bylo, začalo by se jednat o patologickou formu.

Patologická disociace zahrnuje prožitky, které normální člověk nikdy nepocítí nebo jen neobvykle zřídka. Lze ji chápat jako jakýsi obranný mechanismus, který jedinec využije ve chvíli, není-li schopen se vyrovnat u určitou traumatizující událostí. Pokud je pro daného člověka určitý psychický obsah neúnosný, může dojít k jeho odštěpení, disociaci od vědomé oblasti psychiky. To má za následek, že se člověk odpoutá od momentálního bolestivého dění a nemusí se s ním psychicky vyrovnávat. Nejčastějšími traumatizujícími zážitky, které vedou k disociaci, je sexuální, fyzické, či psychické zneužívání hlavně v dětství.

Jestliže se dějí traumatizující zážitky opakovaně a jedinec se „naučil“ se s nimi vyrovnávat právě pomocí disociace, je velmi pravděpodobné, že se později začnou rozvíjet další disociativní poruchy, jako je např. DID. Při každé další stresové situaci se odštěpí nová identita, jejímž úkolem je vyrovnání se s traumatem místo dané osoby. (15, 35, 46)

Lidé trpící patologickou disociací zažívají nezdávka velmi neobvyklé tělesné příznaky, například záchvaty křečí, trans, ztrátu zraku, amnézii, afonii, změnu vlastní identity až stavy posedlosti. Podle Janeta (19) jsou v těchto případech určité nepříjemné myšlenky vytlačeny z vědomí a konvertovány na sensorické nebo motorické příznaky.

2. DISOCIATIVNÍ PORUCHY OSOBNOSTI

2.1 Klasifikace

V této kapitole se pokusím představit dva možné způsoby klasifikace disociativních poruch, a to podle evropské Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a amerického Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí (DSM). Dále popíšu vybrané jednotlivé typy disociativních poruch dle MKN. Poté stručně vysvětlím hlavní rozdíly této publikace a její americké verze, DSM.

„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.“ (15)

Disociativní poruchy, jakožto samostatná kategorie, byly zařazeny do klasifikací nemocí poměrně nedávno. V evropské MKN-10 (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů) byly zařazeny v roce 1993, zatímco v americké DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) už v roce 1980.

V obou manuálech se zařazení jednotlivých disociačních poruch do kategorií liší. V MKN-10 jsou disociační poruchy řazeny do oddílu F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, konkrétně v kategorii F44 Disociativní (konverzní) poruchy. Směšuje tedy konverzní a disociativní poruchy dohromady. Naproti tomu v DSM-V mají disociativní poruchy svou vlastní kategorii. Stojí za povšimnutí, že americká klasifikace řadí disociativní poruchu osobnosti samostatně, zatímco evropská verze ji začleňuje mezi „jiné“ disociativní

poruchy, vedoucí k dojmu, že je toto onemocnění neprozkoumané či velmi vzácné. V příložené tabulce 1 jsou patrné rozdíly v klasifikaci disociativních poruch, zvýrazněná je zde DID. (1, 47, 51)

Tab. 1: Srovnání klasifikace disociativních poruch podle MNK-10 a DSM-V

DSM-V	MKN-10	
300.6 depersonalizace/derealizace	F44.0 Disociativní amnézie	
300.12 disociativní amnézie	F44.1 Disociativní fuga (útěk)	
300.13 disociativní amnézie zahrnující disociativní fugu	F44.2 Disociativní stupor	
300.14 disociativní porucha osobnosti	F44.3 Trans a posedlost	
300.16 jiná specifikovaná disociativní porucha	F44.4 Disociativní motorické poruchy	
300.15 nespecifikovaná disociativní porucha	F44.5 Disociativní záchvaty	
	F44.6 Disociativní anestezie a ztráta citlivosti	
	F44.7 Smíšené disociativní (konverzní) poruchy	
	F44.8 Jiné disociativní (konverzní) poruchy	F44.81 Disociativní porucha identity
	F44.9 Disociativní (konverzní) porucha NS	

2.1.1 Jednotlivé typy disociativních poruch dle MKN-10

2.1.1.1 Disociativní amnézie

Disociativní amnézie je asi nejčastěji vyskytující se disociativní porucha a je charakterizována jako neschopnost vybavit si autobiografické události. Na rozdíl od jiných typů amnézií není zapříčiněna traumatem hlavy, úrazem. Jedná se o klasickou funkční poruchu epizodické paměti, to znamená, že jedinec postrádá schopnost vybavit si vzpomínku na určitou událost související s traumatem nebo stresovým obdobím, nezapomíná však dříve získané dovednosti a znalosti. To znamená, že je narušena deklarativní (explicitní) paměť, zatímco implicitní (nedeklarativní) paměť zůstává zachována. Neschopnost vybavit si určité období z vlastního života často zasahuje do hluboké minulosti, ale zapomenuta může být i současnost. Omezuje se na jeden, ale i více většinou časově jasně ohraničených úseků, kdy si jedinec není schopen vybavit ani mlhavé střípky na zapomenutou událost. Ty se zpravidla týkají sexuálního zneužívání, manželských nesouladů, sebevražedných pokusů a sebepoškození, kriminálních činů, neočekávané ztráty blízké osoby atd. Tyto traumatické události však nejsou zapomenuty nenávratně, jako je tomu u některých organických syndromů, jsou jen disociovány, odděleny od paměti, takže si je jedinec může pomocí určitých technik, například hypnózy, zpětně vybavit. Uvádí se, že i když nejsou vzpomínky plně přístupné, ovlivňují chování, vnímání a emoce jedince. Například může mít pacient zvláštní pocity z určitých míst připomínajících mu trauma, ale na trauma samotné si vzpomínat nemusí.

U disociativní amnézie se rozlišuje několik subtypů. Selektivní amnézie je charakterizována neschopností vybavit si některé části událostí z minulosti. Je velmi často spojována s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD). Jedinec se snaží si vzpomenout na utrpěné trauma, ale některé důležité momenty této události ve vzpomínkách chybí. Generalizovaná amnézie je neschopnost vzpomenout si na jakoukoliv událost z minulosti až do určitého momentu. U kontinuální amnézie si jedinec nemůže zapamatovat události od určitého okamžiku v minulosti až do současnosti. Od té generalizované se liší tím, že je jedinec schopen si vybavit vzpomínky utvořené před nástupem amnézie. Systematizovaná amnézie se týká ztráty vzpomínek na určité specifické místo nebo člověka.

Disociativní amnézie se nejčastěji vyskytuje u lidí ve věku třicet až čtyřicet let. Ačkoliv si někteří jedinci s amnézií okamžitě všimnou, že „ztratili čas“, nebo že mají mezeru v paměti, většina lidí si toto neuvědomuje a přijdou na to až tehdy, upozorní-li je na to okolí. (1, 15, 25)

2.1.1.2 Disociativní fuga

Disociativní fuga je typ amnézie vyskytující se vzácně, je však poměrně závažná. Je způsobena většinou extrémním psychickým traumatem katastrofického charakteru. Fuga se projevuje tím, že jedinec ztrácí svou obvyklou identitu, a namísto ní přijímá identitu jinou, která zpravidla postrádá projevy emocí a prožitků. U ostatních lidí však tyto příznaky většinou nevyvolávají žádné podezření. Jde spíše o automatické chování. Je charakteristická jednou, někdy i několika epizodami cestování obvykle na místa emočně významná pro postiženého člověka. V průběhu tohoto cestování se dostavuje částečná nebo úplná amnézie na svou vlastní identitu. V některých případech může jedinec přijmout identitu někoho jiného (odlišného jména, pohlaví, věku, rasy, náboženského vyznání atd.). Ve většině případů příznaky poruchy spontánně odezní, a to v řádu několika dnů, výjimečně až měsíců. Po „probuzení“ je jedinec zmatený, protože se ocitá na místě, o kterém si nevybavuje, jak a proč se tam dostal.

Tato porucha se projevuje, pokud je jedinec, který k tomu má předpoklady, vystaven extrémnímu emocionálnímu stresu. Fuga je obecně odborníky pokládána za prostředek úniku člověka od tohoto stresového zatížení, se kterým se není jeho psychika schopna jinak vypořádat. Jednou z nejběžnějších příčin je sexuální trauma. Dále to mohou být extrémní pocity hanby, trauma způsobené válkou, psychickým nebo fyzickým týráním atd. První příznaky se obvykle objevují v ranné nebo střední dospělosti, ale nelze je vyloučit ani u dětí a adolescentů.

Pro diagnózu disociativní fugy je především třeba vyloučit organickou příčinu. Jestliže se fuga vyskytuje v rámci jiné komplexnější poruchy, jako je např. DID, je diagnostikována ta.

(8, 15, 17)

2.1.1.3 Disociativní stupor

Disociativní stupor je vzácná porucha vyskytující se spíše u žen, a to v návaznosti na nějakou psychosociální traumatickou událost. Nastává náhle, trvá hodiny až dny a poté spontánně odezní. U stuporu chybí volní pohyby a reaktivita na vnější podněty (doteky, světlo, hluk, oslovení). Postižený sedí nebo leží bez pohybů. Oči má otevřené, jejich koordinovaný pohyb, dýchání a svalový tonus pacienta, naznačuje fakt, že nespí a je při vědomí. Vyšetření neukazuje žádnou somatickou příčinu. Pro diagnózu je nutno vyloučit organickou příčinu, schizofrenní stupor a stupor týkající se manických nebo depresivních epizod. (15, 30)

2.1.1.4 Disociativní trans a posedlost

Během disociativního transu dochází k náhlé dočasné ztrátě osobní identity a plného uvědomování si okolí. Není však doprovázen vznikem alternativní identity, jako u disociativní fugy. Objevují se většinou fyzické příznaky, mezi které lze zařadit ztrátu rovnováhy a náhlý kolaps, strnulost, křik, pláč. Amnézie se většinou nedostavuje a když, tak není úplná. Disociativní trans zahrnuje pouze stavy nechtěné a narušující obvyklý způsob života.

Stavy posedlosti se liší tím, že se projevují komplexnějším chováním. Postižená osoba se domnívá, že se ho zmocnila jiná osoba, duch, božstvo nebo nějaká „síla“ a je jí ovládán. Další odlišností od transu je fakt, že během stavu posedlosti je přítomna plná amnézie. Osoba může vyjadřovat zakázané myšlenky, také může vyvíjet aktivitu sexuální, náboženské nebo agresivní povahy pro ni jinak netypickou.

Se stavy transu se nejčastěji můžeme setkat jako se součástí různých rituálů v mnoha náboženstvích a kulturách. Takovéto stavy však pod tuto poruchu nespádají, protože jsou vyvolávány manipulačně. Patří sem pouze stavy nechtěné, které nebyly uměle vyvolány. (15, 30)

2.1.1.5 Disociativní motorické poruchy

Hlavním příznakem disociativní poruchy motoriky je narušení schopnosti vykonávat normální volní pohyby, poruchy čítí, nebo jiné sensorické patologické jevy. Příznaky připomínají organickou neurologickou poruchu, kterou je nutno dalším vyšetřením vyloučit.

Příznaky jsou často bizarní a proměnlivé, např. se může jednat o parézy končetin. Ochrnutí je buď úplné, nebo částečné, kdy jsou pohyby velmi pomalé a slabé. Dále se může objevit třes jedné i více končetin, dysartrie (motorická řečová porucha), afonie (šeptavá řeč), ataxie (porucha koordinace pohybů) atd. (15, 30)

2.1.1.6 Disociativní křeče (záchvaty)

Disociativní křeče často velmi věrně napodobují epileptické záchvaty, jedná se o paroxysmální (záchvatovité) epizody pozměněného chování. Na rozdíl od epileptických záchvatů ale disociativní záchvat nastupuje pozvolna. Obvykle začínají v souvislosti s nějakým spouštěčem, nejčastěji se jedná o provokační emocionální podnět nebo stresující situaci. Samotný záchvat je charakteristický bizarními přerušovanými záškuby, dystonií končetin, hyperventilací. Dále může být doprovázen pláčem nebo úsměvem, což je pro epileptický záchvat netypické, i když ve většině případů je mimika spíše neutrální.

„V souvislosti s rozvojem video-EEG monitorování v posledních cca 20 letech bylo zjištěno, že až 20 % osob, které byly léčeny dlouhodobě pro epilepsii, touto nemocí netrpí, záchvatové stavy, které byly léčeny, byly disociativního původu.“ (15, str 280) Mnoho pacientů tak bylo dlouhodobě léčeno antiepileptiky, která mohou zapříčinit nepříjemné nežádoucí účinky, přitom původ záchvatů byl právě disociativního rázu.

Pro samotnou diagnózu je nutné vyloučit epilepsii, to můžeme třeba pozorováním pacienta během záchvatu. Disociativní záchvaty se liší od těch epileptických tím, že je pacient schopen navázat alespoň částečně kontakt, samotný záchvat trvá většinou déle jak dvě minuty, objevuje se pohybová aktivita netypická pro epilepsii. Diferenciálně diagnostickým vodítkem může být stanovení hladiny prolaktinu v séru. U epileptiků se po generalizovaných záchvatech jeho koncentrace zvyšuje, a to až dvojnásobně. Po záchvatu disociativních křečí k elevaci tohoto hormonu nedochází. (31)

2.1.1.7 Disociativní anestezie a ztráta citlivosti

Tato porucha se projevuje ztrátou citlivosti různých oblastí těla. Necitlivé části bývají jasně ohraničeny a spíše než o topice senzitivní inervace, vypovídají o pacientově představě o tělesných funkcích. Velmi často jsou pacienti popisovány stavy ztráty citlivosti některé z končetin, občas spojované s pocity mravenčení. Vzácně se také může objevovat psychogenní hluchota, ztráta zraku či tunelové vidění nebo anosmie (ztráta čichu). (15, 51)

2.1.1.8 Jiné disociativní (konverzní) poruchy

Tato kategorie zahrnuje disociativní a konverzní stavy splňující všeobecná kritéria, ale už ne ta pro poruchy výše uvedené.

„Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F44 Disociační (konverzní) poruchy:

G1. Nesmí být přítomny žádné známky somatické poruchy, která by vysvětlovala charakteristické příznaky disociativní poruchy, mohou být ovšem přítomny somatické poruchy s jinými příznaky.

G2. Existuje přesvědčivá časová souvislost mezi začátkem příznaků poruchy a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami.“ (cit. 44)

Do této kategorie tak spadá F44.81 Mnohočetná porucha osobnosti (DID), právě kterou se budu více zabývat v druhé části této práce.

2.1.2 Klasifikace dle DSM

2.1.2.1 Depersonalizační/derealizační porucha

Jak jsem už dříve zmínila, depersonalizační a derealizační porucha není klasifikována jednotně. V MKN-10 je řazena mezi neurotické poruchy, DSM-V ji řadí mezi disociativní poruchy, navíc byla derealizace navržena jako rovnocenná součást depersonalizace. Podmínky, které však musí být splněny pro diagnózu, si jsou v obou případech velice podobné.

Depersonalizace je v DSM-V definována jako změna ve vnímání nebo prožívání sebe sama, člověk se cítí odtržen od svých vlastních mentálních procesů, těla nebo okolního světa

a má pocit, jako by byl jejich vnějším pozorovatelem. Pacienti tento stav popisují jako znepokojující pocit „oddělení od sebe“, pozorování sebe samého „zvenku“, nebo se cítí „jako robot“. Derealizace je popisována v DSM-V jako změna ve vnímání nebo prožívání vnějšího světa, ten se jeví jako nereálný. Dále se objevují pocity, jako by okolí dotyčného postrádalo spontánnost a emoční zbarvení. Pacientovi se okolní svět jeví nereálný, mimozemský, bizarní. Může se dostavit pocit *jamais vu* (francouzsky „nikdy neviděno“, tedy přímý opak *déjà vu*), je popisován jako pocit dříve neviděného, ačkoliv rozumově lze dokázat, že ji dotyčný již dříve viděl. (17, 24)

2.1.2.2 Disociativní amnézie a amnézie s fugou

Zde je definice disociativní amnézie a fugy v obou publikacích velmi podobná. Tedy jak už jsem zmiňovala dříve, jedná se o ztrátu paměti na významné události, není způsobena jinou organickou duševní poruchou a není zapříčiněna obyčejnou zapomnětlivostí nebo únavou. U fugy se jedná o cílené cestování na kratší i delší vzdálenosti, které si pacient nepamatuje. (44)

2.1.2.3 Jiná specifikovaná disociativní porucha

Podle DSM-V sem spadají stavy, kdy charakteristické příznaky pro disociativní poruchu způsobují klinicky významné narušení nebo zhoršení v sociální či pracovní sféře. Tato kategorie se využívá v situacích, kdy příznaky nesplňují podmínky pro žádnou z výše zmíněných poruch. Pro diagnózu musí splňovat některé z následujících podmínek: chronický a opakující se výskyt smíšených disociativních symptomů, např. alternace identity, nebo epizody posedlosti bez známek amnézie, narušení identity v důsledku vystavení jedince intenzivním donucovacím prostředkům po delší dobu, akutní disociativní reakce na stresovou zátěž, disociativní trans. (1)

2.1.2.4 Nespecifikovaná disociativní porucha

Této kategorie se využívá, jsou-li přítomny nějaké charakteristické příznaky disociativní poruchy, ale zároveň nejsou splněna kritéria pro žádnou z poruch výše popsanych. Může se jednat o klinické příznaky podobné disociativní poruše identity, ale pro diagnostiku pacient

nesplňuje všechna kritéria. Dále sem podle DSM spadá disociativní trans a stupor, i stavy posedlosti, které jsou v MKN kategorizovány samostatně. (20)

2.2 Příčiny, etiopatogeneze

U disociace se předpokládá psychogenní původ. Je nejčastěji chápána jako nějaký obranný mechanismus proti traumatizující události. Udává se, že existují tři základní disociační způsoby reakce na traumatizující zážitek: oproštění se od něj v podobě depersonalizace nebo derealizace, vytěsnění z paměti v podobě amnézie, nebo oddělení se od identity, která si traumatickou událostí prošla, z čehož pramení disociativní porucha osobnosti. (48) K narušení nebo změně normálních integračních funkcí identity dochází nejčastěji, pokud byl jedinec vystaven traumatu v dětství, a to zejména fyzickému, psychickému nebo sexuálnímu zneužívání. Ve studii z roku 1986 Putnam a kol. zjistili (36), že 85–95 % lidí postižených disociativní poruchou osobnosti, utrpělo v životní historii sexuální nebo fyzické zneužívání. Dále bylo zjištěno, že 24 až 58 % osob diagnostikovaných jako PNES – psychogenní neepileptické disociativní záchvaty, prožilo v dětství sexuální zneužívání a 15 % až 71 % pacientů popisuje tělesné zneužívání. (3) Tato čísla jsou značně vyšší, než bylo zjištěno u běžné populace, a to 6 až 38 % u sexuálního zneužívání a 5 až 13 % pro tělesné zneužívání. (15)

Disociační příznaky se také vyskytují v důsledku utrpění traumatu během nehod a přírodních katastrof v souvislosti s PTSD. Psychosociální trauma a disociace jsou spolu neoddelitelně spjaty. Trauma, zejména právě to psychologické těžké chronické a prožívané v dětství, má zásadní vliv na rozvoj osobnosti. V nedávné době bylo zjištěno, že trauma prožívané v dětství má vliv na určité změny struktur v mozku, nárůst hladin stresových hormonů, celkově ovlivňuje endokrinní systém, jedince znečitlivuje a činí pro něho svět nebezpečným. (16)

Ústředním dilematem, o kterém se v oblasti traumat často diskutuje, je rozdíl mezi tak zvaným objektivním a subjektivním traumatem. Podmínkou pro diagnózu PTSD je, že osoba zažila, byla svědkem, nebo byla konfrontována s událostí, která zahrnovala skutečné ohrožení, vážné fyzické zranění, ohrožení fyzické integrity, smrt atd. Nicméně ne u každého, kdo splňuje podmínky PTSD, se některá z disociativních poruch rozvíjí. To záleží na individuální psychické odolnosti člověka. (16)

Dále se ukázalo, že rozvoj disociativních poruch probíhá snáze u osob s vyšším skóre hypnability, tedy u těch, kteří lépe podléhají hypnóze. S tímto také souvisí, jak moc je jedinec schopen „*přebírat tvrzení hypnotizéra a přeměňovat je bez kritického zvažování v příslušné prožitky, přesvědčení nebo automatické jednání*“ (22, s. 11). Tito lidé tak snáze inklinují k rozvoji disociativních poruch, v krajních případech až DID. (9)

Disociace je definovaná jako narušení nebo změna normálních integrovaných funkcí vědomí, paměti nebo identity, které vedou také k charakteristickým somatoformním změnám. Tento fakt je zapříčiněn tím, že během stresu je narušeno upevňování paměti v hipokampu a prefrontálním kortexu. To má za následek pozměněné vnímání sebe samotného, vnímání okolního světa a řadu poruch paměťových funkcí. Proto se také u mnoha disociativních poruch často vyskytuje stav parciální nebo úplné amnézie v různých podobách. Ztráta paměti se může týkat verbálních a emočních vzpomínek, narušeného a pozměněného vnímání vnějšího světa, ten se zdá být jiný a odcizený (derealizace), poruchy vědomí a vlastní identity, a to i z pohledu tělesné stránky, kdy se jedinec neztotožňuje se svým vlastním tělem (depersonalizace). V důsledku působení stresu na přední cingulární kortex, hipokampus, hypotalamus a jím řízený autonomní systém, dochází velmi často i k výskytu somatoformních příznaků, jako je např. lokalizovaná bolest, ztráta motorické kontroly, gastrointestinální příznaky atd. (4, 26)

2.3 Epidemiologie

Mohlo by se zdát, že disociativní poruchy se v populaci vyskytují zřídka a většina lékařů se s nimi neseťká. Pravdou však je, že se tyto duševní poruchy vyskytují v populaci častěji, než bychom si mysleli, jen nejsou detekovány a diagnostikovány v takové míře, jako jiná psychická onemocnění. Důvodů, proč nejsou disociativní poruchy diagnostikovány, vždy kdy by měly být, může být více, např. nedostatečná informovanost psychiatrů a psychologů o těchto poruchách a jejich příznacích. Na druhé straně to mohou být problémy pacientů své symptomy a potíže správně popsat, nebo se s nimi nechtějí úplně svěřovat a raději popíší potíže, které vedou k diagnostice jiných, symptomaticky podobných, poruch. (10)

Studie provedené v Severní Americe prokazují, že míra prevalence disociativních poruch stoupá ke 13 % až 20,7 % pacientů hospitalizovaných na psychiatrických odděleních. Podobná studie provedená v Istanbulu vykazuje prevalenci nad 10 % pacientů jak

hospitalizovaných, tak i ambulantních psychiatrických pacientů. V Nizozemí, Německu a Švýcarsku jsou tato čísla nižší. U hospitalizovaných se čísla pohybují kolem 4-8 %. Finská studie naopak udává vyšší výskyt u psychiatrických ambulantních pacientů (14 %) i hospitalizovaných (21 %).

Jiná studie z Turecka zjistila, že 12 % psychiatrických ambulantních pacientů splňuje diagnostická kritéria pro nějakou z disociativních poruch, 4 % z nich splňuje kritéria pro DID samotnou, avšak jen u 1 % těchto lidí byla před vstupem do studie stanovena diagnóza disociativní poruchy. V další studii bylo mezi 82 ambulantními pacienty zjišťováno skóre disociativních zážitků pomocí DDIS (The Dissociative Disorders Interview Schedule), strukturovaného klinického interview. Kromě jiných disociativních poruch bylo u 6 % pacientů z tohoto vzorku zjištěna DID. Všeobecně by se tedy dalo říct, že výskyt disociativních poruch se v rámci psychiatrických onemocnění pohybuje mezi 4 % a 21 % a konkrétně DID se pohybuje někde mezi 0,2 a 7,5 %. Příčinou takto širokého rozmezí mohou být rozdílné diagnostické nástroje použité v jednotlivých studiích. Vyšší čísla také vykazují různé rizikové skupiny lidí, jako například už zmiňovaní psychicky, fyzicky a sexuálně zneužívaní. Také pohlaví hraje roli, u žen se tato porucha vyskytuje mnohem častěji, na jednoho muže s DID připadá průměrně sedm žen. Podle studií prováděných na běžné populaci se výskyt DID pohybuje mezi 1 a 2 %.

(10, 52, 53)

3. DISOCIATIVNÍ PORUCHA IDENTITY

3.1 Charakteristika poruchy

Tato porucha je pokládána za kontroverzní, ne vždy za dobře pochopenou a v určitých časových úsecích ignorovanou jak psychology, tak i psychiatry. Přibližně v posledním třicetiletí se postupně prosadila v rámci lékařského oboru psychiatrie jako samostatná nosologická jednotka. Nástup většího pochopení a zkoumání jak určité životní události, jako např. násilí, války a zejména zneužívání dětí, mají vliv na lidskou psychiku, dopomohl také k jasnějšímu pochopení existence disociativních poruch jako takových.

DID, také známá pod pojmem mnohočetná porucha osobnosti („Multiple Personality Disorder“), je nejzávažnější a nejvíce komplexní jednotkou v rámci celé této skupiny. DID je všeobecně spojována s prožitím traumat, chronickým zneužíváním a týráním jedince

v útlém dětství. Existují dohady, zdali je vůbec tato porucha reálná, stejně tak, jako jsou či nejsou reálné halucinace. Ross uvádí, že není možná existence více jak jedné osobnosti v těle jednoho člověka. „*Je to iluze malé holčičky, která si představuje, že sexuální zneužívání se neděje jí, ale někomu jinému*“ (40) Tedy jedná se spíše o představu malého dítěte, jakýsi obranný mechanismus, který mu sice mohl pomáhat v nelehkých situacích, ale v dospělosti se stává patologickým. (17)

Podle Americké psychologické asociace je DID charakteristická přítomností dvou a více odlišných identit nebo stavů osobnosti, které opakovaně přebírají kontrolu nad tělem jedince a jeho chováním. Tyto stavy jsou doprovázeny neschopností vybavit si důležité informace o sobě samém, a to v tak vysokém stupni, že se to už nemůže považovat za přirozenou zapomnětlivost. Dochází buď k fragmentaci vlastní identity či růstu počtu samostatných osobností. (1)

Odborníci popisují pacienty trpící DID jako jedince, kteří mají jednu (či více) identitu hostitele a jednu nebo častěji více „alter identit“. Hlavním jádrem tedy je to, že jednotlivec najednou ztrácí svou identitu a stává se zcela jinou osobou. Mění se jeho fyziognomie, hloubka hlasu, způsob vyjadřování a další charakteristiky. DID může zahrnovat symptomy v podstatě všech výše zmíněných poruch, a to amnézii, epizody fugy, pocity depersonalizace a derealizace. Hlavním rysem je však existence několika alternujících identit, které mohou převzít kontrolu nad tělem pacienta. Ten na tyto stavy poté může mít úplnou nebo částečnou amnézii. Pacienty také velice často sužují komorbidní symptomy, které v mnohých případech vedou ke špatné diagnóze. Doprovodnými příznaky bývají úzkostné a depresivní stavy, ty se objevují u více jak 90 % postižených s DID. Dále to mohou být poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, různé fobie, společně s DID se u pacienta může objevit hraniční porucha osobnosti, sebepoškozování, sebevražedné sklony, výjimkou nejsou ani tendence ke zneužívání omamných látek. (17,43) V současnosti se léčba zaměřuje na komunikaci a spolupráci mezi hostitelskou osobností a alternujícími identitami. Velmi důležité je pochopení a správné zpracování traumatu, které zapříčinilo odštěpení určité alter identity. Někdy se můžeme na konci terapie setkat s integrací alter identity a hosta. (32, 37)

3.2 Etiopatogeneze

3.2.1 Trauma

DID je výsledkem opakovaného nebo dlouhotrvajícího traumatu, a to zejména prožívaného v dětství. DID tedy vzniká v období mezi šesti a devíti lety, kdy je malé dítě vystaveno extrémnímu stresu a jeho identita ještě není plně integrována. Fragment nesoucí trauma pak není schopen se integrovat a zůstává oddělen. Takto se poté může naučit mozek vyrovnávat s jakoukoliv stresovou situací, tedy odštěpením další identity. *„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.“* (29, s. 347).

Jsou popsány čtyři možné příčiny vzniku. První z nich je rozvoj nemoci v důsledku zneužívání a týrání dítěte. Podle několika studií, které byly provedeny s pacienty s PNES, bylo zjištěno, že 24 % až 58 % pacientů v dětství prožilo sexuální zneužívání a 15 % až 71 % tělesné zneužívání. (15) Na základě jiné studie (39) díky řízenému interview DDIS, bylo zjištěno, že sexuálně v dětství bylo zneužito 90 % a fyzicky 95 % pacientů trpících DID. V mnoha případech jsou za tyto činy zodpovědné osoby, které by měly být naopak oporou a ochránci dítěte a jeho fyzického i duševního zdraví. Mnohonásobné týrání a zneužívání, kterým si malí jedinci prošli mívá mnoho forem. Jednou z nich je i emocionální týrání, kdy je malé dítě uráženo, ponižováno, je nuceno k nejrůznějším nepříjemným činnostem, následně vydíráno třeba zabitím domácího mazlíčka. Dále to může vyústit až ve fyzické týrání, velmi často dosti sadistické, kdy je jedinec svazován, zavírán a jinak napadán.

Problémem je, že za traumata jsou, jak jsem už zmiňovala, zodpovědní ve většině případů rodiče či osoby blízké, na kterou má malé dítě citovou vazbu – attachment. Tato vazba je jak emocionální, tak zakódovaná geneticky, kdy odpoutání od rodiče by znamenalo ohrožení, že dítě samo nepřežije. Pokud je tedy rodič tyranem, dítě se pokouší si namluvit, že to není rodič, kdo ho šikanuje. A stejně tak si představuje, že se hrůzné činy nedějí jemu, ale někomu jinému. Takto se disociuje od skutečnosti a vytváří si falešně bezpečné pouto k rodiči.

Dále se disociativní porucha může rozvinout jako následek zanedbávání. To se často děje v rodinách, kde sama matka trpí nějakou psychickou poruchou, např. depresemi, schizofrenií, nebo je uživatelem návykových látek. Její dítě pak strádá fyzicky i emocionálně, vytváří si ve své hlavě imaginární svět s mnoha postavami různých charakterů s dlouhou minulostí a spleťtými vtahy. Jedinec si tak vytváří „vnitřní attachment“, tedy pouto uvnitř sebe samotného a smyšlené postavy mu mají pomáhat při řešení jeho problémů. Často však tito jedinci nesplňují všechna diagnostická kritéria pro DID, často je u nich diagnostikována DDNOS – disociativní porucha jinak nespecifikovaná. (14, 17)

Traumatickou událostí však může být i lékařský nebo chirurgický zákrok, nebo s ním spojené život ohrožující komplikace, prožití války, účast při nehodách (např. autonehoda). Několik studií udává, že rozvoji disociativních poruch může také předcházet závažná emocionální ztráta, hlavně smrt osoby blízké nebo potrat. (15)

3.2.2 Patogeneze, patofyziologické změny mozku

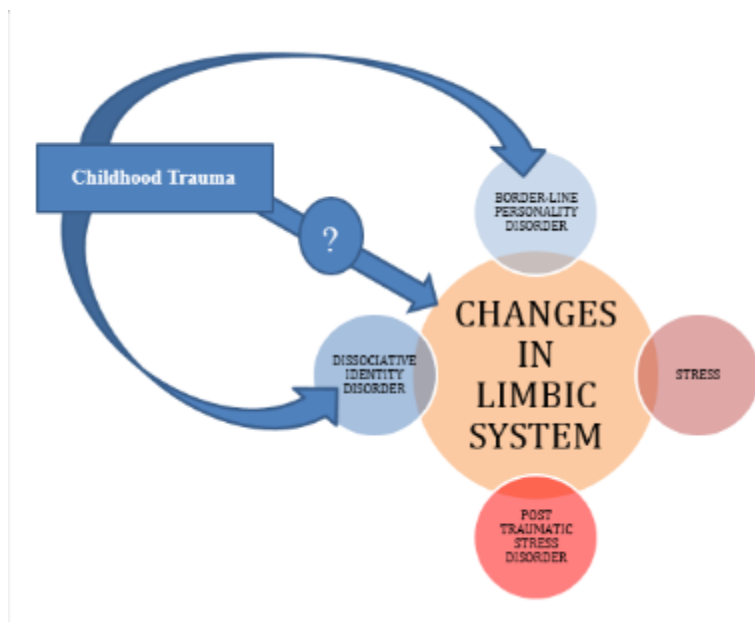
S rozvojem moderních zobrazovacích technik se odborníci začali zajímat, jak se pojmí pozměněná morfologie a patofyziologie mozku mimo jiné i právě s výskytem DID. V několika studiích bylo popsáno, že u lidí s DID se vyskytují určité strukturální změny mozku, a to zejména v limbickém systému a mozkové kůře.

V roce 2003 přišel Brunson s myšlenkou, že stres je jedním z hlavních faktorů ovlivňujících objem hipokampu. Tento fakt by pak mohl souviset s vystavením jedince vysoké stresové zátěži v raném věku, s následkem změn objemu regulačních struktur specifických pro stres. Bylo tak provedeno několik studií, které měly dokázat, zdali trauma prožité v dětství může vést právě ke změnám objemu hipokampu a amygdaly. (41) Tento předpoklad popisuje také obr. 1, který právě poukazuje na souvislost mezi prožitím traumatu v dětství a změnami v limbickém systému. Za těmi však může stát i stres a posttraumatická stresová porucha. Ta právě může vést nejen k rozvoji DID, ale i jiných poruch, jako je např. BPD (Borderline personality disorder).

Ve studii Vermettena (54) byly skupině patnácti pacientek s DID, které rovněž splňovaly kritéria pro komorbidní PTSD a v dětství si prošly fyzickým či sexuálním zneužíváním,

a u dalších ("kontrolních") dvaceti tří pacientek bez psychické poruchy, měřeny změny objemu amygdaly a hipokampu. Pomocí magnetické rezonance bylo zjištěno, že hipokampus pacientek s DID byl v průměru o 19,2 % menší než u zdravých jedinců. Objem amygdaly byl snížen dokonce o 31,6 %. Doposud však nebylo určeno, zdali je snížený objem následkem traumatu, nebo jestli naopak předurčuje následný rozvoj DID. Pravděpodobně to bude kombinace obou faktorů, kdy genetické predispozice mohou předurčovat změny zmíněných částí mozku a tím i vyšší riziko rozvoje psychických poruch, za splnění předpokladu vystavení jedince vysoké stresové zátěži. Podle Vetmettena (54) stojí primárně za sníženým objemem hipokampu vysoká stresová zátěž, která má za následek dlouhodobé vyplavování glukokortikoidů. Ty mohou při delším působení na tuto část mozku působit atrofické změny. U amygdaly však nebyl tento mechanismus potvrzen. (17)

Na základě této studie se zdá, že skutečná DID v zásadě bez předchozí PTSD neexistuje. Vedle již zmíněného efektu glukokortikoidů dochází i ke zvýšenému uvolňování glutamátu. Tento excitační mediátor v limbickém systému působí neurotoxicky a vyvolává strukturní změny vedoucí ke změnám chování s přechodnou disociací. Pro vznik DID je tedy klíčové právě prožití závažného traumatu v dětství, v dospělosti se totiž tato porucha nerozvíjí, postupně se však může bez správné léčby stupňovat. (41)



(41)

Obr. 1: Diagram poukazující na vzájemnou souvislost disociativní poruchy identity a hraniční poruchy osobnosti se změnami v mozku (bližší popis viz text) a traumatizujícími událostmi.

Další studie se zabývala metabolismem glukózy v mozku a jeho vztahem k výskytu disociativních příznaků. Pomocí emisní pozitronové tomografie a magnetické rezonance byly pozorovány obrazy mozků osmi pacientů s disociačními příznaky a dvaceti čtyř zdravých srovnávacích jedinců. Pacienti s diagnostikovanou disociativní poruchou se lišili v relativní rychlosti metabolismu glukózy v oblastech smyslové kůry temporálního, temenního a týlního laloku. Ve srovnání se zdravými subjekty byla jejich metabolická aktivita výrazně nižší zejména v oblasti Brodmannovy arey 22 (oblast sluchové asociace) a arey 21 horního temporálního gyru. Naopak Brodmannovy arey 7 a 39 (somatosenzorická asociační oblast) a Brodmannova area 19 (vizuální asociační oblast) vykazovaly metabolismus výrazně vyšší. (42)

Zvýšená aktivita v dorsolaterální prefrontální oblasti a v parietální kůře mohou vysvětlovat hlavní příznaky DID, a to záměny jednotlivých osobností a ztrátu povědomí a vzpomínek na ostatní identity.

Další studie se zabývaly zkoumáním mozkové aktivity. První z nich porovnávala regionální průtok krve mozkiem u vzorku pacientů s DID, kteří byli ve stavu, kdy u nich měla kontrolu nad tělem hostitelská osobnost, se vzorkem zdravých jedinců. U subjektů s DID byl zaznamenán nižší průtok orbitofrontální oblastí. Ta je zapojena do procesu rozhodování, snížená aktivita této oblasti tedy může vést k impulzivitě. Překlikávání mezi jednotlivými alter identitami totiž bývá doprovázeno impulzivním jednáním a emocionálními výkyvy. Jiná studie porovnávala pacienty s DID, kteří byli nejdříve ve stavu hostitelské osobnosti, která nenesla žádné trauma a poté ve stavu alter identity, která je právě zatížena traumatem. V obou případech měli poslouchat dvě autobiografické nahrávky, a to s neutrálním a traumatizujícím zážitkem. Mezi oběma stavy osobností nebyl zjištěn žádný rozdíl při poslechu neutrální nahrávky. Avšak při poslechu té traumatizující u hostitelské osobnosti došlo k deaktivaci určitých částí mozku, a to mediální části prefrontální a orbitofrontální kůry. Tento proces by se dal přirovnat deaktivačnímu vzorci, ke kterému dochází při poslechu autobiografické a neautobiografické nahrávky u zdravých jedinců. Jedním ze závěrů této studie je tedy fakt, že jednotlivé alter identity mají svá autobiografická já. (55)

3.2.3 Strukturální disociace

Teorie strukturální disociace vychází z předpokladu, že se nikdo nerodí s integrovanou osobností. Místo toho děti do věku zhruba šesti až devíti let fungují na základě volného

seskupení různých stavů ega. Každé z nich řeší různé potřeby – jídlo, spánek, komfort, objevování okolního světa aj. Postupem času se tyto stavy ega integrují do jedné soudržné a jednotné osobnosti, obvykle právě ve věku od 6 do 9 let. Prožití traumatu v tomto věku však proces integrace narušuje a různé stavy ega se tak nejsou schopny spojit v jeden celek kvůli konfliktním potřebám, traumatickým vzpomínkám a reakcím na ně. Když jsou primární pečovatelé dítěte nekonzistentní ve svém chování – v jednu chvíli jsou milující a v té druhé jedince zneužívají, podporují vznik dezorganizovaného uskupení fragmentované osobnosti. Toto selhání integrace se neváže pouze na děti. Ačkoliv fragmentace osobnosti, která se vyskytuje u DID, se váže na prožití jednoho nebo s větší pravděpodobností opakovaného traumatu, k oddělení části osobnosti může dojít i v pozdějším věku. A to zejména pokud se jedinec s nějakou silně emotivní situací neztotožní a ta se oddělí – disociuje – v podobě tzv. emocionální části (EP, "emotional part"). EP je tedy odštěpená část osobnosti, která v sobě "drží" určité trauma. Nebývají to plně rozvinuté alter identity, nemívají ambice, jejich osobnost se spíše odvíjí právě od traumatu, kvůli kterému byli utvořeni a s kterým mají za úkol pomoci hostiteli. Druhým typem disociované osobnosti je navenek normální část (ANP, "apparently normal part"), která v sobě nadržuje trauma. V tomto případě se jedná o racionální část osobnosti, která má na starost úkony každodenního života, v případě disociativní poruchy identity tak ANP zajišťují aspekty sociální interakce, práce, učení, péče o fyzické potřeby atd. Samozřejmě nic není černobílé, a tak se v rámci DID vyskytují i identity, která jsou kombinací obou, tedy EP a ANP. (14)

Strukturální disociaci lze rozdělit do několika úrovní v závislosti na stupni závažnosti a množství EP a ANP. Primární strukturální disociace se týká přítomnosti pouze jedné EP a jedné ANP. Přičemž ANP je zodpovědná za normální fungování a EP je disociovaná „traumatizovaná“ část, která se brání integraci s normální částí, poněvadž by mohla narušit její správné fungování. Tento stav se objevuje u jedince s relativně bezpečným dětstvím, který měl příležitost plně integrovat svou osobnost. Pokud je však takovýto člověk, často již dospělý, vystaven traumatu a extrémnímu stresu, může to v určitých případech vést k vytvoření emocionální části a k rozvoji disociačních poruch, jako je depersonalizace, derealizace, disociační amnézie, nebo PTSD.

Sekundární strukturální disociace se týká přítomnosti více emocionálních částí. Jako u primární disociace, ANP i EP mají stejné úlohy. Na rozdíl od ní bývají ale EP více

rozvinuté, každá z nich uchovává různé shluky vzpomínek, intenzivní emoce a naučené odpovědi. Sekundární disociace se rozvíjí, je-li jedinec vystaven traumatu již v nízkém věku, trvá déle a je intenzivnější. Teoreticky se předpokládá, že primární disociace v tomto případě nemusí stačit ke zvládnutí různých aspektů traumatu. Výsledkem může být komplexní posttraumatická stresová porucha (C-PTSD), hraniční porucha osobnosti (BPD) nebo jiná specifická disociativní porucha (OSDD).

Terciární strukturální disociace je zapříčiněna velmi podobnými příčinami jako sekundární. Je důsledkem ještě extrémnějšího, či dlouhodobého traumatu u někoho s méně odolnou psychikou a u někoho, kdo je přirozeně snáze disociativní. Terciární disociace je teoreticky ekvivalentem DID. Je typická přítomností více EP i ANP. Každá ANP zvládá různorodé aspekty každodenního života. Jedna z nich má na starosti práci, uklízení, jiná zase může fungovat v mezilidských vztazích atd. (14)

3.3 Symptomy, projevy, příklady

3.3.1 Anamnestické příznaky

Velmi charakteristickým znakem pro DID jsou tzv. anamnestická okna. Ta se vyskytují až u 90 % pacientů. Tyto stavy představují časové období, kdy měla nad pacientovou "hostitelskou" osobností kontrolu jiná alternující identita. Ztráta paměti tedy úzce souvisí s procesem překlíknutí (switching). Ztráta časového úseku může trvat minuty až roky. Nejčastěji se však ale jedná o periody několika hodin až dnů. (17)

Mezi tyto anamnestické symptomy patří: ztráta celých časových úseků, nevysvětlitelné změny v chování, fuga, nevysvětlitelné vlastnictví předmětů, neočekávané změny v mezilidských vztazích, změny ve znalostech, návycích a dovednostech, amnézie na období dětství, tedy pacient si nemusí pamatovat na období např. mezi 8 až 10 roky. (7, 23)

Pro přiblížení uvedu ukázkou rozhovoru terapeuta a osoby postižené s DID.

- Výpadky vědomí, ztráty úseků času

Terapeut: „Zažil jste někdy výpadek paměti?“

Pacient 1: „Je to divné, ale je to jako kdybych mrknul a bylo o dva roky později a já vůbec nevěděl, co se stalo.“

Pacient 2: „Mám hodně výpadků paměti. Nejdříve jsem si myslel, že jsou způsobeny mým nadměrným užíváním alkoholu, ale i poté, co jsem přestal pít, si nemůžu vybavit určité úseky v čase. Stává se, že se ocitnu na neznámých místech nebo v neznámých situacích, aniž bych věděl, jak jsem se do nich dostal.“

Terapeut: „Jaký nejdelsší časový úsek jste ztratil? Jedná se o minuty, hodiny, dny, měsíce?“

Náctiletá pacientka: „Skáču v čase. Jdu do školy a najednou je o dvě hodiny později, sedím ve třídě a vůbec nevím, o čem se učíme.“

- Disociativní fuga

Terapeut: „Stalo se Vám někdy, že jste cestoval na větší vzdálenost, aniž byste si vzpomněl, kam přesně míříte?“

Pacient: „Najednou jsem se ocitl v dodávce uprostřed konverzace s neznámým mužem. Vůbec jsem nevěděl, kam míříme, jak dlouho jedeme a jak jsem se tam vůbec dostal.“

- Nevysvětlitelné vlastnictví předmětů

Terapeut: „Našel jste někdy u sebe doma kresby, rukopisy a jiná umělecká díla, která jste musel vytvořit vy, ale nevzpomínáte si na to?“

Pacient: „Neustále nacházím kresby a básně – např. pod mou postelí nebo na mém stole. Jednoduše je vždy vyhodím, ale stále objevuji nové a nové. Vůbec si nepamatuji, že bych něco takového tvořil, ale někdo jiný, než já to být nemohl.“ (23)

3.3.2 Autohypnotické příznaky

Tato skupina symptomů zahrnuje stavy spontánních transů, stavy mimotělních prožitků, samovolné anestezie, stavů transu. Pacienti s DID vykazují vyšší míru hypnability a to jak klinicky, tak i podle testů. Jedinci s DID jsou schopni během stavu autohypnózy dosahovat stavů katalepsie, ochablosti svalů, ovlivnit všechny vjemy – zrak, čich, chuť, sluch, vnímání doteků, tlaku i bolesti. Mohou je ovlivnit tak, že je zesílí, nebo naopak je zcela utlumí.

(2) Samovolná analgesie je velmi často popisována pacienty, kteří si v dětství prošli týráním.

Dovedou tak zeslabit nebo zcela potlačit vnímání fyzické bolesti tím, že svou mysl přesměrují jinam mimo tělo, postupně se tak dostanou do stavu určitého transu. Něco podobného jsou schopni provádět s pocity, jak je patrné z následující ukázky.

Terapeut: *„Dokázal byste ignorovat, blokovat fyzickou bolest, kdybyste chtěl? Ať už částečně nebo zcela.“*

Pacient: *„Ano, bolest vůbec nepocituji. Je to, jak kdybych měl vypínač ve své mysli, udělal klik a bolest je pryč. Dělávám to u zubaře, nikdy mi nebylo potřeba dát anestezii. Zamyslím se ve své mysli a veškerá bolest a pryč, občas se to děje prostě samo od sebe. To samé umím s pocity, také je dokážu úplně blokovat: Pocity? Co to je? (23)*

3.3.3 Disociační příznaky

Tato kategorie zahrnuje příznaky procesu disociace z patologického hlediska. Tyto příznaky se vyskytují i samostatně u jiných disociativních poruch. Jedná se o pocity depersonalizace a derealizace, proces „switchingu“, tedy překliknutí, který popíšu níže. Dále sem spadají disociativní halucinace, zejména sluchové, které představují hlasy jednotlivých identit. Ty mohou zahrnovat hlasy perzekučních identit i příjemné hlasy ochranných osobností. Jedinec též může slyšet vnitřní rozhovor identit, do kterého on sám zdánlivě nemusí být vůbec zapojen. Dál sem spadá alternace jednotlivých identit. S tím souvisí pocity ovlivňování a vměšování, které jsou výsledkem snahy různých identit o převzetí kontroly nad tělem. Pacient tak může mít i některých případech pocit, že je například posednut démonem, či ovládán nějakou vnější silou. Dostavit se mohou i méně časté vizuální halucinace. Ty jsou například důsledkem toho, že se nějaká z alter identit nemůže poznat a ztotožnit s hostitelským tělem. Pacient se tak vnímá jako zcela odlišná osoba jiného věku, pohlaví, rasy apod.

- Alternace identit

„Základním rysem je přítomnost dvou nebo více odlišných identit či osobností v jednom jedinci, které střídavě řídí jeho chování. „Každá osobnost má obvykle své jméno, svůj věk, vlastní vzpomínky a vzorce jednání“ (15, s. 281)

Terapeut: „Stává se vám, že se chováte úplně rozdílně v různých situacích, jako byste byla dva rozdílní lidé?“

Pacient: „Mám v sobě mnoho odlišných částí. Je tu část, která je chytrá, sexy, ta, co zodpovědně plní školní povinnosti, jiná si zase ráda hraje, další je takový intelektuál, taky mám jednu, která je jako dítě. Pak jsou tady části, které představují různé nálady. Ale jak může mít nálada různé preference, vlastní vzpomínky a pocity? Je to vůbec možné?“

(23, s. 593, 594)

3.3.4 Disociativní porucha osobnosti a příznaky posttraumatické stresové poruchy

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je jedna z úzkostných poruch, jejíž rozvoj je podmíněn prožitím nějaké emočně velmi těžké, stresující události, která je tak závažná, že přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a je traumatizující pro většinu lidí. Touto traumatickou událostí se rozumí třeba válečné události, přírodní katastrofy, přepadení, znásilnění, autonehoda či požár. (32)

PTSD lze popsat 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“ (6, s. 31)

Udává se, že 98 % jedinců postižených DID někdy během svého dětství prožilo závažné trauma, obvykle opakujícího se charakteru. Zpravidla se jedná o opakované zneužívání psychického nebo fyzického (sexuálního) charakteru, které započalo ještě před pátým rokem života. Nejméně 80 % DID pacientů splňuje kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu, ti další vykazují alespoň nějaké příznaky PTSD. (23, s. 583)

3.3.5 Somatoformní symptomy

Jedinci, kteří prožili ve svém dětství sexuální zneužívání, velice často trpí některými ze somatoformních příznaků. DID pacienti nezdědka vykazují řadu takovýchto symptomů, mezi které řadíme příznaky somatoformní algické (bolestivé) poruchy, somatoformní vegetativní dysfunkce, syndrom dráždivého tračníku atd.

Terapeut: „Měla jste někdy fyzické bolesti nevysvětlitelného původu. Například bolesti hlavy, břicha, nebo jiné symptomy, jako jsou paralýzy, mdloby, dušnost. (...)“

Pacient: „Ano, úplně jsem přestala chodit k doktorům, protože nikdy nic nezjistili. Zacházeli se mnou jak se psem. Na bolesti hlavy trpím neustále, Paralýzy rukou mívám od svých sedmnácti let. Bolesti břicha jsou úporné. Taky mívám bolesti zápěstí, je to jako by byla ovázána provazem, pak mám pocit, že nemůžu dýchat. Také jsem ráda, že jsem podstoupila hysterektomii, ta mi ušetřila mnoho trápení. (...)“

(23, s. 600, 601)

3.3.6 Afektivní příznaky

Afektivní příznaky jsou u DID pacientů velmi časté. Základem je porucha nálady, a to buď směrem k depresi, nebo euforii. Tyto změny nálad se pak projevují v celkovém vystupování jednice. Typickými příznaky jsou pak dysforie (pocity nepohody, úzkosti až deprese), podrážděnost, poruchy spánku, plačtivost, panické ataky, pocity viny a beznaděje, vyhýbání se společnosti, suicidální myšlenky a pokusy. Určité nálady mohou být také typické pro určité alter identity. Změny nálad a vegetativní symptomy se mohou měnit z minuty na minutu a mohou souviset právě s momentálním naladěním alter identit. Kvůli rychlým změnám nálad mohou nastat problémy s diagnostikou afektivní poruchy jako takové.

Terapeut: „Stává se vám, že se vaše nálady mění tak rychle, že netušíte, jak se budete cítit v příští minutě?“

Pacient: „Změny nálad pociťuji vlastně pořád. Nikdy nevím, jak se budu cítit za chvíli. V jednu chvíli cítím nával energie, ten ale po chvíli odezní a já se cítím smutný. Ale není to můj vlastní pocit. Vychází z nějaké mé smutné části, ani pořádně nevím odkud. Poté přijde strach, vztek, otupělost a já nevím proč.“ (23, s 601, 602, 6)

3.3.7 Splitting a integrace

„Splitting“, neboli rozštěpení, je dalším zvláštním procesem, při kterém vzniká zcela nová identita. Existují dvě hlavní teorie, jak k němu dochází. Pravděpodobně ani jedna z nich sama o sobě nepopisuje tento mechanismus úplně, nejspíš se bude jednat o jejich kombinaci. Podle první teorie dochází ke štěpení, jestliže již existují alter identity, nebo na úplném začátku

vyděšené a traumatizované dítě, popírá, co se s ním děje, představuje si, že se probíhající trauma děje namísto něho někomu jinému. Popírá své myšlenky, pocity, vnímání a reakce a přiřazuje je někomu jinému, imaginárnímu. Takto vzniká alter identita, která má za úkol nést toto břímě za ostatní v systému. Druhou teorií je strukturální disociace popsána výše. Podle ní nová identita vzniká, pokud jedinec není schopen integrace nových silně emocionálních vzpomínek, silně stresujících zážitků atd. Nový „materiál“ tak vytvoří svou vlastní identitu. Tato teorie vychází již z popsané koexistence EP a ANP (str. 26).

Integrace identit je proces, který se dá vysvětlit několika způsoby. Buďto tento pojem můžeme popsat tak, že dochází u různých identit ke zpřístupnění příslušných myšlenek a pocitů, aniž by došlo k překlíknutí mezi těmito identitami. Další možností je, že dochází k fúzi dvou alter eg, přičemž jedna z nich si zachovává svou identitu, ale získává některé vlastnosti, dovednosti a preference druhé zúčastněné. Dále může integrací dvou nebo více identit vznikat zcela nová identita, která obsahuje kombinaci vlastností integrovaných částí. Tato identita se pak může cítit jako všechny fúzované fragmenty najednou, nebo úplně jinak. Děje se tomu, pokud přichází v systému k posunu a není třeba, aby dříve odštěpené identity existovaly. Pacient se tedy vyrovnal s určitým problémem, traumatem, který daná identita ztělesňovala. (14)

3.3.8 Překlíknutí – Switching

Funkce překlíknutí, v anglické literatuře proces nazývaný „switching“, je přeměna z jedné identity v jinou. Může se jednat o překlíknutí mezi alternativními identitami, nebo z hosta na alter identitu a naopak. Nejčastěji k tomu dochází, když je pacient vystaven nějakému vnějšímu spouštěči. Může být však zapříčiněn i vnitřním podnětem. Spouštěčem překlíknutí může být v podstatě cokoliv, co např. připomíná dřívější trauma, nebo jakákoliv věc či činnost, kterou má daná alter identita v oblibě. K přeměně na jinou identitu může také dojít během terapie, chce-li daná identita s terapeutem mluvit. Cílené vyvolání překlíknutí je však častější až v pokročilejších fázích terapie.

Je velice důležité identifikovat spouštěče tohoto procesu. Pro pacienta je to přínosná informace, protože pak může předvídat, kdy k překlíknutí dojde a může předejít nechtěným situacím, kdy by převzala v nesprávný moment kontrolu nad tělem třeba dětská identita. Jedním z cílů terapie je získání alespoň částečné kontroly nad tímto procesem.

Většinou tělo ovládá pouze hostitelská nebo alter identita. Existují však i případy, kdy jsou takzvaně „co-conscious“ dvě identity zároveň. To znamená, že například hostitel dělá běžné denní činnosti a určitá identita má o všem přehled. Může to být samozřejmě i naopak, tedy hostitel není v popředí, ale nemá na tento časový úsek amnézii.

Proces překlíknutí může trvat několik málo vteřin, ale klidně i několik minut. Existuje několik indicií, že jedinec překlíkává z jedné identity na jinou. Těmi jsou většinou změny v mimice a postoji, ale i záškuby, konvulze, trans, upřený pohled do jednoho místa, rychlé mrkání, protáčení očních panenek atd. Tyto změny mohou být i jemné a pro nezasvěceného jedince nepozorovatelné. Na konci tohoto procesu si jedinec může sahat na obličej, rozhlížet se po okolí atd. V tomto případě se jedná o tzv. „grounding“, tedy ukotvování. Nová identita se snaží zorientovat v nové situaci, ve které se právě vyskytla. (17, 34, 37)

3.3.9 Kazuistika

Pro lepší pochopení poruchy, jejích symptomů a role hostujících a alternativních osobností si dovoluji vložit kazuistiku z díla Understanding and treating dissociative identity disorder (or multiple personality disorder) psychoterapeutky Jo L. Ringrose. (37)

„Katty je dvacet osm let a momentálně žije sama. Do svých čtrnácti let žila se svou matou a nevlastním otcem, ale poté utekla z domova, aby unikla sexuálnímu zneužívání právě ze strany nevlastního otce a jejího strýce. K tomu všemu byla její matka alkoholička a často ve stavu opilosti byla ke Katty hrubá a násilnická. Její biologický otec opustil domov, když jí byly pouhé dva roky a od té doby s ní nebyl nijak v kontaktu. Katty nikdy nevycházela s matkou dobře, ale jejich vztah kompletně zkrachoval poté, co se matce svěřila ohledně zneužívání otcím. Matka jí toto nikdy neuvěřila.

Ve škole byla Katty považována učiteli za bystrou a schopnou žákyni, která příležitostně dosahovala dobrých známek, ale dobré výsledky nedocílovala pravidelně vzhledem k nedostatku koncentrace. Také byla označena za problémovou po pořádání několika alkoholových sešlostí přímo ve škole. Ve dvanácti letech byla nalezena na školních toaletách s podřezaným zápěstím, jelikož jí předešlý den znásilnil její otcím. Po této události byla předána psychiatrovi, který se jí ptal na její rodinu, ona však nebyla schopna odpovědět. Po sezení

se vrátila zpět domů, protože neměla kam jít. Od třinácti měla ve škole více zameškaných dní než těch, kdy byla přítomna.

Katty utekla z domova ve svých čtrnácti letech, začala s prostitucí, aby si vydělala na jídlo a alkohol. Byla nalezena sociální službou, která jí zajistila umístění v pěstounské rodině. Naneštěstí otec této rodiny onemocněl a Katty se tak musela po půl roce odstěhovat do jiné pěstounské rodiny. Vztahy si tam však od začátku nevybudovala dobré, protože v té době se začalo stupňovat její zneužívání alkoholem. Po několika měsících se jí druhá pěstounská rodina vzdala, jelikož se s ní nedokázali vypořádat. V tu dobu jí bylo patnáct a rozhodla se, že chce žít sama. Byla tedy umístěna v přechodném krizovém ubytovacím zařízení, dokud nebyla schopna žít samostatně.

Momentálně Katty nepracuje. Říká, že by ráda začala studovat na univerzitě, ale v cestě jí stojí příliš mnoho překážek. Svěřuje se, že má prázdné mezery v čase a nevzpomíná si na to, kde byla a co dělala během těchto chvil. Říká, že se občas z ničeho nic ocitne na neznámých místech, nepamatuje si, jak se tam dostala a proč tam vůbec je. Velice jí to děsí, jelikož byla například jednou nalezena policií, jak se potuluje ulicí v noční košili ve tři hodiny ráno. Její paže byly plné jizev a řezných ran, ale ona si nepamatuje, jak k nim přišla, říká, že to za ní udělal někdo jiný. Když se jí táže, jestli u sebe někdy našla nějakou věc, kterou nepoznává, vytáhla malou knihu s rukopisem a obrázky. Říká, že nezná autora textu ani obrázků, a že její taky nejsou.“

Vývoj DID

V pěti letech byla Katty sexuálně zneužívána nevlastním otcem. Ve chvílích, kdy docházelo k zneužívání, si představovala, že se to děje někomu jinému místo ní. Představovala si to tak intenzivně, že dokázala oddělit tuto svou zneužívanou část a vytvořit z ní osobnost „někoho jiného“. Pokaždé, když byla Katty znovu zneužívána „někdo jiný“ přišel a byl týrán za ni. Díky tomu mohla pokračovat ve svém životě.

Po nějaké době Katty na „někoho jiného“ zapomněla. Pokaždé, když byla sama se svým nevlastním otcem, dostala strach, ale nevěděla proč, „někdo jiný to ale věděl“. Když Katty bylo jedenáct let, byla znásilněna svým strýcem. Katty si představovala, že se to neděje jí, ale „komukoliv kromě ní“. Pozorovala „kohokoliv kromě ní“ ze stropu svého pokoje a věřila,

že „kdokoliv kromě ní“ vypadá úplně odlišně než ona. Katty na chvíli odešla a „kdokoliv kromě ní“ převzal její místo. Začal pít alkohol a užívat drogy, byl úplně odlišný: Katty nosila své kudrnaté vlasy rozpuštěné a ráda se oblékala do pěkných šatů, naopak „někdo jiný“ nosil vlasy svázané v culíku, vždy nosil džíny a nikoho si nepřipustil blíž k sobě. Ostatní lidé vnímali „někoho jiného“ jako tyrana. „Kdokoliv kromě ní“ věděl o „někom jiném“, nazýval ho dítětem a potrestal ho pokaždé, když se naštval nebo si stěžoval.

Ve svých třinácti se Katty vrátila a přiměla „kohokoliv kromě ní“ na nějakou chvíli ustoupit do pozadí. Jednoho dne byla pozvána na večírek. Musela si koupit šaty, protože vše, co ve své skříni našla, byly jen džíny a trička. Nevěděla ale proč. Oblékla si nové šaty a vyrazila na večírek. Když odcházela z domu, tak jí matka řekla, že je ráda, že má svou starou Katty zpátky. Ta ale nevěděla, co tím myslí. Na večírku se jednu chvíli bavila se svými přáteli. Další věc, co si pamatuje je, jak se sesunula na zem a lidé na ni křičeli. Celé situaci vůbec nerozuměla. Nikdy předtím se neopila. Alkohol totiž vůbec neměla ráda. Říkala, že jí někdo musel alkohol podstrčit. Její kamarádka ale řekla, že krátce po příchodu odešla a vrátila se s lahví vodky. Katty netušila, že „kdokoliv kromě ní“ na chvíli převzal velení, koupil si alkohol, opil se a zas odešel, a ponechal ji, aby nesla následky. Na cestě domů se Katty snažila celou situaci vysvětlit matce, ale „kdokoliv kromě ní“ ji umlčel.

Katty začala ztrácet čas. Někdy si nepamatovala, co dělala celé dny. Jednoho dne se měla údajně předávkovat prášky na spaní, ale ona si vůbec nepamatovala, že by nějaké prášky požila. Když jí její nevlastní otec vyzvedával z nemocnice, obvinil ji z toho, že je lhářka a musí moc dobře vědět, co se stalo. Postupem času se jí stávaly i další podivné věci. Už několik let si vedla deník a když ho jednoho dne otevřela, zjistila, že je plný dětského rukopisu. To ještě netušila, že zápisky patří „někomu jinému“.

(můj vlastní překlad) (37)

3.4 Host x alter

V této podkapitole se pokusím vysvětlit asi hlavní podstatu DID. Tou myslím mnohočetnost, přítomnost více alternujících identit v jednom jedinci, v zahraniční literatuře nazývaných například jako „alters“, „alter identity“, „dissociative parts“, „entity“, alter ega. Herman popisuje 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." (15, s. 17) Obvykle se alternující osobnosti liší od té hostitelské v mnoha ohledech, jako jsou např. gestikulace, styl chůze, styl oblékání, umělecké nebo pohybové schopnosti, charakter rukopisu. Identity se mohou odlišovat i ve fyziologických projevech, jako např. hloubka a intonace hlasu, tepová frekvence, mohou se objevovat i různé alergické reakce atd. Každá z alternujících identit může mít odlišné životní názory, postoje a zvyklosti, emoce a vystupování.

V rámci DID se setkáváme s určitými charakteristickými typy alter identit, každá z nich je něčím specifická a nese určitou úlohu. Některá může mít roli ochránce pečující třeba o dětské identity, další na sebe přebírá břemeno dříve prožitého traumatu. Jsou popisovány i identity typu démoni a nadpozemské bytosti, identity jiných žijících lidí, osob zneužívajících návykové látky atd. Promiskuitní identity mohou být odrazem předchozího sexuálního zneužívání. Jsou tu i takové, které mají nějakou zvláštní schopnost, kterou hostitel i jiná alter ega postrádají, např. znalost nějakého cizího jazyka nebo nějaký umělecký talent. Naopak jsou známy i identity s určitým nedostatkem či handicapem, který se rovněž vyskytuje pouze u nich. Tím může být slepota, hluchota, ale i různé alergie, diabetes apod. (15, 17)

Kluft (37, s.6) definuje alter identitu jako entitu s pevným vytrvalým a fundovaným smyslem pro sama sebe, s charakteristickým a konzistentním vzorcem chování a pocitů v souvislosti s reakcí na dané podněty. Taková entita musí mít řadu funkcí, emocionálních reakcí a určitou životní historii.

Většina alternativních identit o ostatních neví. Domnívá se, že právě ona je jedinečná a sama v hostitelově těle. Existují však i případy, kdy o sobě identity vědí, znají se, dokážou spolu komunikovat a do jisté míry se i vzájemně ovlivňovat. Typickým znakem přítomnosti dalších identit je fakt, že o sobě pacient v mnoha případech mluví v první osobě množného čísla nebo ve třetí osobě (on, ona, oni). Dalším znakem je právě „switching“, překliknutí na jinou alter identitu. Těch mohou různé tzv. systémy obsahovat různý počet. Ross (40) udává, že průměrný počet je patnáct, Putnam (36) dokonce uvádí, že jsou známy případy se stovkou i více identitami. Souboru všech těchto identit vyskytujících se v jednom těle se říká systém.

3.4.1 Host

V rámci DID rozlišujeme několik vzorových typů osobností. První z nich, kterou popíšu, je hostitelská osobnost, v anglické literatuře nazývaná termíny „host“, „front person“, „fronter“ apod. Jedná se o osobnost, která má po většinu času exklusivní kontrolu nad tělem. Jedná se tedy o „já“, osobu, která právě trpí DID a je alternována jinými identitami. Hostitelská osobnost se ve srovnání s alter identitami obvykle vyznačuje lepší sebereflexí, více si uvědomuje sebe sama, také je přístupnější k integraci, což je jev, kdy se dvě identity spojí – integrují v jednu.

Většinou host bývá depresivní, trpí intenzivními úzkostmi, anhedonickou náladou – tedy není schopen prožívat radost. Také často postrádá sexuální vzrušivost a trpí různými somatickými příznaky. V krajních případech se mnohou vyskytovat suicidální tendence. Velmi často trpí anamnestickými okny, jenž mají různé časové trvání. Tyto výpadky paměti jsou zapříčiněny přesunutím hostitelské osobnosti do pozadí a namísto ní se kontroly nad tělem ujímá některá z alter identit.

Jsou zaznamenány případy, kdy se v těle jedince vyskytovalo více než jedna hostitelská osobnost. V podstatě se jedná o určité seskupení několika různých osobností, kde každá z nich má trochu jiné jméno. Také má každá z nich za úkol vypořádat se s nějakým z nároků, který je kladen vnějším světem. (9, 17, 37)

3.4.2 Dětské alter identity

Dětské identity, v anglické literatuře nazývané také jako „littles“ nebo „little ones“, jsou jedněmi z nejčastějších. Naprostá většina lidí s DID má alespoň jednu. Bývají uzamčeny v časovém období, ve kterém vznikly, tedy většinou mezi pěti a deseti lety. Nicméně mohou také stárnout a dozrávat, což je také většinou účelem terapie. Jsou to malé křehké vystrašené fragmenty, jejich smýšlení a chápání okolního světa odpovídá jejich věku a podle Ringrose (37) je taky nutno s nimi tak zacházet a komunikovat.

Chovají se a mluví jako děti, nicméně na rozdíl od skutečných dětí, ve většině případů rozumí abstraktním konceptům a dlouhým složitým slovům. Některé zůstanou naopak "zaseknuty" na kognitivní úrovni daného věku. Bývají ustrašené a nedůvěřivé, jelikož samy

v sobě skrývají vzpomínky a pocity na traumatizující události, před kterými ochraňují hostitelskou osobnost. (9, 17, 37)

3.4.3 Persekutoři – pronásledovatelé

Persekutoři jsou tyranizující typy osobností, které vyvolávají konflikty s hostitelskou osobností i jinými alter identitami, hlavně s těmi dětskými. Ty ve vnitřním světě pronásledují a trestají tak, že je např. zavírají do imaginárních pokojů atd. Žijí v domnění, že právě oni a hostitel mohou za prožité týrání a snaží se je proto všemožně trestat. Většinou jsou to oni, kdo je zodpovědný za sebepoškozující chování, jako třeba užívání drog, požívání velkého množství alkoholu, způsobování si všemožných pohmožděnin, popálenin a škrábanců. V ne zcela ojedinělých případech se vyskytuje suicidální chování, domnívají se totiž, že oni jsou nezranitelní a věční, a že ke své existenci nepotřebují tělo hostitele. Sebevražednými pokusy se pokouší umlčet ostatní ze systému. Jedním z důvodů je i fakt, že se snaží zabránit, aby kdokoliv jiný ze systému mluvil o prožitých traumatech, jelikož se bojí následků.

Tento typ osobností je velmi problémový v mnoha ohledech. Chová se povýšeně a diktátorsky vůči ostatním identitám i okolí. Také je zodpovědný za deviantní chování, jako jsou krádeže, prostituce, výše zmiňované zneužívání návykových látek atd. S persekutory je celkově obtížná komunikace, a to i během terapie. Ale právě na ně se během terapie upírá velká část pozornosti, jelikož práce s nimi je obtížná, ale může přinést veliké zlepšení a zkvalitnění pacientova života.

3.4.4 Helpers – pomáhající identity

„Helpers“, neboli pomáhající, ochranné osobnosti, jsou jakýmsi opakem persekutorů. Mají za úkol ochraňovat jedince před okolním světem, ale i negativními alter identitami. Projevují se zejména, když je jedinec vystaven stresové situaci, se kterou potřebuje pomoci. Dále mají vliv na vyrovnávání se s traumatem, kvůli kterému se samotná porucha vyvinula.

Jedinci postižení DID mohou mít takovýchto typů osobností více a některé z nich mohou mít schopnost vyvolat vnitřní snění, mimotělní zážitky, jiné mohou způsobit anamnestická okna či analgetické účinky. Jedinec se tak stává odolným vůči bolesti, a to jak fyzické, tak i psychické. Bývají slušné a svědomité. Specifickým typem této pomáhající identity

je takzvaný „inner self-helper“, který může být velmi nápomocný při terapii. Terapeutovi může být poskytnut obrázek o tom, jak vypadá pacientův vnitřní svět a jak fungují vztahy mezi jednotlivými identitami. Dalším nápomocným typem při terapii může být identita, která si vše pamatuje, tzv. „memory holder“. Díky ní si je pacient schopen vybavit důležité informace z minulosti. Typicky tato identita v sobě uchovává vzpomínky na trauma, které ostatním přístupné nejsou a nemusí se tak s nimi zatěžovat. „Memory holder“ může být velmi nápomocný během terapie, kdy s terapeutem může na traumatech dále pracovat. (9, 17, 37)

3.5 Diagnostika (dotazníky, klinická interview, zobrazovací metody)

Diagnostická kritéria DSM-IV pro Disociační poruchu identity (dříve Mnohočetná porucha osobnosti)

- A. Přítomnost dvou nebo více různých stavů totožnosti nebo typů osobnosti, každý s vlastním, relativně stálým způsobem vnímání okolí a sebe sama, vztahů k okolí a k sobě a myšlení o okolí a o sobě.
- B. Nejméně dvě z těchto totožností nebo typů osobnosti se střídavě ujímají kontroly nad chováním osoby.
- C. Neschopnost upamatovat se na důležitou osobní informaci je příliš rozsáhlá, než aby se dala vysvětlit obyčejnou zapomnětlivostí.
- D. Porucha není způsobená přímým fyziologickým účinkem substance (např. okénka nebo chaotické chování v průběhu intoxikace alkoholem) nebo somatickým onemocněním (např. malými epileptickými záchvaty).

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F44.81 Mnohočetná porucha osobnosti

- A. U jednoho jedince existují dvě nebo více různých osobností, přičemž se projevuje vždy jen jedna.
- B. Každá osobnost má svou vlastní paměť, svoje preference a svůj způsob chování.
- C. Neschopnost upamatovat se na důležitou osobní informaci je příliš rozsáhlá, než aby se dala vysvětlit běžnou zapomnětlivostí.
- D. Příznaky nejsou způsobeny organickými duševními poruchami (F00-F09) (např. epileptické poruchy) nebo poruchami spojenými s psychoaktivními látkami (F10-F19); např. intoxikace nebo odvykací stav). (44)

Se zvyšujícím se zájmem o poznání procesu disociace a disociativních poruch přichází nutnost vytvoření nástroje, který by pomohl k jejich správné diagnostice. Existují různé klinické metody sloužící ke zkoumání jedincovy osobnostní struktury. Ne všechny jsou však vhodné k měření míry disociace. Za tímto účelem bylo vyvinuto několik specifických metod. Ty se dají rozdělit na dvě základní kategorie, a to sebeposuzovací dotazníky a klinická interview.

Prvním takovýmto screeningovým dotazníkem byl dotazník GAP (General Amnesia Profile) z roku 1978. Ten však nedosáhl nijak velkého úspěchu a v klinické praxi není nijak zásadně rozšířený. O několik let později vznikl další dotazník DES (Dissociative Experiences

Scale) publikovaný Putnamem a Bernsteinovou v roce 1986. Ten je přeložen do češtiny pod názvem Škála disociativních zkušeností. (33). Dalším sebeposuzovacím dotazníkem je SDQ (Somatoform dissociation questionnaire, který se zaměřuje na somatoformní stránku disociace, nebo CDS (Cambridge Depersonalization Scale), který se zase zaměřuje výhradně na depersonalizaci. Byly zkoušeny i obecnější psychodiagnostické nástroje, jako Rorschachův test a MMPI-II (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Tyto dotazníky nám mohou sice poskytnout celkový obraz pacientovy osobnostní struktury, nejsou však úplně vhodné pro cílené posuzování disociativních stavů, protože se na ně úplně nezaměřují a mohou tak podhodnotit pacientův skutečný stav.

Dalšími metodami, jak správně diagnostikovat disociativní poruchu, jsou klinická interview. Současně jsou nejpoužívanější dvě, a to SCID-D-R (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) a DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule). Všeobecně poskytují interview spolehlivější diagnostický nástroj než screeningové dotazníky.

3.5.1 DES (Dissociative Experiences Scale)

DES, do češtiny přeloženo jako Škála disociativních zkušeností, je sebeposuzovací dotazník (33), díky kterému jsme schopni zjistit míru disociace u dospělých osob, a to jak té nepatologické, vyskytující se v každodenním životě, tak i té patologické. Tento dotazník sestává z 28 otázek, na které pacient odpovídá tak, že nanese na 100 mm úsečku, jak velkou měrou se mu dané disociativní zkušenosti dějí, tedy udává procento času, kdy se daná věc u jedince vyskytuje. Původní verze z roku 1986 se vyhodnocovala za pomoci pravítka, kdy výsledné skóre bylo výsledkem součtu délek jednotlivých odpovědí dělených 28. Čím vyšší jsou naměřené hodnoty, tím vyšší je míra disociace u pacienta. V revidované verzi je úsečka rozdělena do deseti bodů, které se následně sčítají.

Výsledkem je tzv. DES skóre, které se následně porovnává s předem daným cut-off (mezním) skórem. Pokud je hranice tohoto skóre překročena, znamená to, že pacient vykazuje vyšší míru disociace a je vysoce pravděpodobné, že trpí DID, popřípadě DDNOS. Samotné skóre ale není dostatečným podkladem k potvrzení nebo vyloučení diagnózy. Dotazník by měl být následně doplněn provedením klinického interview. Různí autoři rozlišují různé hodnoty skóre, které se však vždy pohybuje mezi hodnotami 15–30 bodů. (9, 17, 33)

3.5.2 SDQ-20 (Somatoform Dissociation Questionnaire)

SDQ-20 (Dotazník somatoformní disociace; 33) je dvaceti položkový dotazník, který se zabývá závažností somatoformní disociace. Zaměřuje se na to, že v rámci disociativních poruch se nevyskytují symptomy pouze psychického rázu. Otázky tohoto dotazníku byly odvozeny od 75 položek popisujících klinicky pozorované somatoformní příznaky, které se např. objevují v přítomnosti určité alter identity a není možno je nijak lékařsky vysvětlit. Položky se týkají různých obtíží, jako je třeba analgesie, specifické lokalizované bolesti, přechodné ztráty sluchu atd. Pacienti následně odpovídají na jednotlivé položky tak, že jim přiřadí body od 1 do 5 (kdy 1 značí „nikdy“ a 5 znamená „stále“). Důležité je podotknout, že pocity, na které se dotazník táže, nesmí být spojovány s žádným pacientovým tělesným onemocněním, protože by to samozřejmě vedlo ke zkreslení výsledků. Skóre se pohybuje mezi 20 až 100 body. Za klinický průkaz DID je považováno skóre přesahující 50 bodů.

Existuje také zkrácená verze SDQ-5, což je pěti položkový dotazník odvozený od výše popsaného SDQ-20, ze kterého byly vybrány body nejlépe charakterizující pacienty s disociativní poruchou od ostatních psychiatrických srovnávacích pacientů. Zde se skóre pohybuje mezi 5 a 20 body a je uváděno, že při skóre přesahujícím 8 bodů se dá pacient považovat za disociativního, je nutno však provést další vyšetření. (27, 33)

Pro představu zde uvedu pět vyjmutých bodů dotazníku SDQ-5:

- Při močení cítím bolest.
- Moje tělo nebo jeho část je necitlivá k bolesti.
- Vidím okolo sebe věci jinak, než obvykle (na příklad jako bych se díval skrz tunel, nebo vidím pouze část předmětu).
- Pocit jakoby mé tělo nebo jeho část zmizela.
- Nemůžu mluvit, nebo jen s velkou námahou. Nebo můžu pouze šeptat.

(45)

3.5.3 DDIS (Dissociative Disorder Interview Schedule)

DDIS (Interview dissociativních poruch) je strukturované klinické interview, které se skládá ze 16 sekcí a obsahuje 131 otázek. Slouží k diagnostice nejen DID, ale i jiných dissociativních poruch, jako je dissociativní amnézie, fuga, depersonalizace a derealizace, lze ho ale použít i pro diagnostiku hraniční poruchy osobnosti nebo somatizační poruchy. DDIS obsahuje otázky týkající se různých příznaků typických pro dissociativní poruchy, dále pak i zneužívání návykových látek, sexuálního a fyzického zneužívání v dětství, různých mimotělních a nadpřirozených prožitků atd. Na otázky ve většině případů odpovídá ano/ne, nebo nikdy/zřídka kdy/někdy/často.

I přesto, že je tento nástroj relativně spolehlivý, je nutné jej doplnit dalšími diagnostickými metodami, jako je například nestrukturovaný rozhovor nebo polostrukturovaný rozhovor SCID-D-R.

3.5.4 SCID-D-R (Structured Clinical Interview Dissociative Disorder)

SCID-D-R (Strukturované klinické interview dissociativních poruch-revidované) je polostrukturované klinické interview, které se zaměřuje na pět hlavních symptomů dissociativních poruch, kterými jsou amnézie, depersonalizace, derealizace, zmatení identity a její fragmentace. Rozhovor se skládá z 258 otázek, jejichž detailnost se postupně zvyšuje. Na základě odpovědí se poté posuzuje stupeň disociace u pacientů. Ten je u běžné populace nulový nebo velmi nízký, u psychiatrických pacientů jsou dissociativní symptomy mírné až střední, u jedinců trpících nějakou z dissociativních poruch se pohybují v horních hranicích. Tento diagnostický nástroj je časově náročnější, než dříve zmiňované a vyžaduje speciální znalosti v oboru dissociativních poruch u osoby, která jej používá k vyšetření. (17, 26)

3.6 Terapie

3.6.1 Farmakoterapie

Jedinci trpící DID v mnohých případech stráví několik let různými léčebnými postupy, mnozí z nich jsou třeba i několikrát hospitalizováni na psychiatrických klinikách, než u nich dojde ke správné diagnóze. Z pohledu farmakologického není žádný lék, který by přímo potlačoval symptomy charakteristické pro DID. Jsou však používána léčiva, která nám

pomáhají potlačit komorbidní psychické poruchy, nejčastěji se jedná o depresivní, úzkostné a psychotické symptomy. Lékem první volby jsou v tomto případě antidepresiva, a to zejména ta ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), např. fluoxetin, sertralin, paroxetin, nebo escitalopram. SSRI antidepresiva napomáhají ke zmírnění depresivních nálad, suicidálních tendencí, sebepoškozování atd. Spíše v omezené míře se využívají anxiolytika, protože je u nich vyšší nebezpečí vzniku závislosti a tolerance. Ke zmírnění psychotických symptomů se také využívají antipsychotika druhé generace, tzv. atypická, z nichž to jsou nejčastěji quetiapin, olanzapin, aripiprazol, ziprasidon a risperidon. Někdy mohou být též indikovány stabilizátory nálady, jako například lithium, valproát, karbamazepin, gabapentin, které napomáhají ke zvládnutí hostility a emoční lability. (15, 52)

3.6.2 Psychoterapie

Větší část však zaujímá psychoterapie. ISSTD (International Society for the Study of Trauma and Dissociation – Mezinárodní společnost pro studium traumatu a disociace) doporučuje přístup založený na několika fázích terapie, přičemž nejběžnější z nich má fáze tři. První z nich se zahrnuje zaměření na bezpečnost, stabilizaci a redukci příznaků. Druhou je zpracování traumatu. Třetí fáze má za úkol pomoci pacientovi přizpůsobit se okolnímu světu jako integrovanějšímu jedinci. Jednotlivé fáze se střídají, než je jedinec plně schopen trauma zpracovat, integrovat dříve odštěpené osobnosti a začlenit se do normálního způsobu života.

Mezi nejčastěji využívané nástroje v psychoterapii DID patří EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing), integracionalismus, hypnóza, technika promítacího plátna a kognitivně-behaviorální terapie.

Metoda EMDR, která by se do češtiny dala přeložit jako desenzibilizační terapie využívající pohyb očí, je psychotherapeutický přístup, jenž napomáhá zpracovávat různé traumatické vzpomínky a tím zmírňovat somatické a psychické důsledky. Princip spočívá v tom, že terapeut vyvolá střídavé zapojení pravé a levé hemisféry, během toho se pacient soustředí na traumatickou vzpomínku. Bilaterální stimulace může být vyvolána několika způsoby, a to kmitáním prsty terapeuta, střídavým poklepáváním na ramena nebo přehráváním zvukového záznamu střídavě do levého a pravého ucha. Tímto způsobem by mělo dojít k tomu, že je vyvolaná vzpomínka méně rušivá. (12)

Integracionalismus je proces, při kterém dochází k zpřístupnění veškerých vzpomínek, myšlenek, emocí pocitů a prožitků ostatním alter identitám, zejména té hostitelské. Tento proces předchází fúzi, tedy procesu, kdy se ze dvou či více identit stává jedna nová, či se jedna nebo více identit připojuje k nějaké již existující. Udává se, že finální fúze, tedy moment, kdy se pacientovy všechny oddělené části sjednocují do jedné jediné, je nejideálnější výsledek terapie. Je to zdlouhavý a náročný proces, kdy se ostatní identity poznávají, sdílí spolu své myšlenky, pocity, traumata, která drží atd. Pro pacienta může být takto nastavená terapie velmi obtížná, protože se tak často dozvídá o událostech a situacích, které se doposud nacházely pouze v povědomí některé z identit. Proto jedinec musí vynaložit velké odhodlání a přijmout i vzpomínky, které mu doposud nebyly přístupny. Proto finální fúze nemusí být úplně ideální pro pacienty, kteří trpí chronickým stresem, kteří se vyhýbají nevyřešeným extrémně bolestivým situacím, pacienty v pokročilejším věku, nebo pro jedince s více komorbidními poruchami. (18)

Kluft (5) uvádí, že jen u 2-3 % pacientů s DID dochází k plné integraci bez další specifické léčby, která by se zabývala jednotlivými alter identitami. V této souvislosti popisuje tři obecné typy pacientů s DID s navzájem různými charakteristikami a prognózami léčby. První z nich jsou relativně dobře fungující jedinci, kteří jsou schopni kompletní integrace v rámci terapie, a to v rozmezí zhruba dvou až sedmi let. Druhá skupina pacientů představuje ty s nižšími schopnostmi pracování se svou psychikou, u které se vyskytuje více disociativních symptomů, obvykle se u nich objevuje značná komorbidita jiných psychických poruch. Jejich léčba je obtížnější, i když někteří mohou dosáhnout uspokojivé integrace, většinu zůstávají dlouhodobě nestabilní a vyžadují trvalou podporu. U třetí skupiny je terapie nejobtížnější, jelikož se u těchto pacientů vyskytují závažné psychotické příznaky. Je doporučeno s touto skupinou zacházet opatrně. Terapie je dlouhodobá, a i tak jen minoritní počet pacientů je schopen nějaké integrace nebo nějakých uspokojivých výsledků.

Hypnóza je psychický stav, který je charakteristický zvýšenou sugestibilitou, pozměněným stavem vědomí, z čehož pramení, že pacientovo vnímání, úsudek, emoce a chování jsou nějakým způsobem ovlivněny. Terapie hypnózou je založena na omezení kritického myšlení a charakteristickým vztahem mezi hypnotizérem a hypnotizovaným. Hypnoterapie tedy využívá sugesci, jako nástroj k ovlivnění myšlenkových pochodů, vyvolání vzpomínek, na které má pacient amnézii, se kterými se dále může pracovat. Může též napomáhat k potlačení

některých emocí, nebo odstranění různých maladaptivních stereotypů. Dále působí i nespecificky tak, že se pacient během hypnózy může relaxovat psychicky i fyzicky. Často se terapeut zaměřuje na nějaký symptom a pomocí hypnózy pacientovi vsugeruje, že daný problém neexistuje. Musíme však dávat pozor na to, pokud tento příznak chrání jedince před nějakým traumatem, které není schopen přijmout a zpracovat. V tomto případě by se v souvislosti s vymizením jednoho symptomu mohl vyskytnout nějaký nový, jako jsou třeba depresivní stavy. Neopomenutelnou podmínkou pro využití hypnoterapie je fakt, že pacient by měl být hypnabilní, což všeobecně pacienti postižení DID jsou.

V terapii disociativní poruchy osobnosti se hypnózy využívá k vyvolání jednotlivých osobností, se kterými může následně terapeut komunikovat. Během hypnotického stavu je také snazší komunikace mezi jednotlivými alter identitami, což vede k větší harmonii a lepšímu fungování celého systému. (13)

Dalším možným způsobem léčby je kognitivně behaviorální terapie (KBT). Jedná se o formu psychologické léčby, která vychází z faktu, že nějaký vzorec chování je jen naučenou reakcí na nějaký podnět, který lze vhodnými technikami změnit. (49) Tedy pokud změníme svůj způsob myšlení a nahlížení na svět, tak se změní i naše celkové rozpoložení, emoční i fyzické odpovědi na určitý podnět. Tento způsob terapie kombinuje dvě metody – kognitivní a behaviorální. Behaviorální terapie učí pacienta nahradit určitý nežádoucí vzorec chování nějakým jiným, přijatelným. Kognitivní terapie je založena na změně interpretace určitých událostí a odstranění nerealistických přesvědčení, která vedou k chybnému smýšlení a následně k nechtěnému chování pacienta. KBT se tedy soustředí jak na uvědomění si zkresleného smýšlení, tak i na odstranění nechtěného chování. V rámci KBT existuje několik metod, jak lze ovlivnit jedincovu psychiku. První z nich je kognitivní restrukturalizace podmíněných negativních myšlenek, jinak řečeno se tím rozumí úmyslné přeprogramování negativního myšlení. Další metodou je změna tělesných reakcí, a to například pomocí dechových technik nebo pomocí jiných tělesných a relaxačních cvičení. Dále se může též využívat expoziční léčba, kdy je jedinec opakovaně vystaven podnětům, které v něm spouští určitý nechtěný vzorec chování. Behaviorální experimenty spočívají zase v tom, že pacient sepiše nějaký katastrofický scénář, který očekává, že se v určité situaci odehraje, a následně zjišťuje, zda se naplnil. Většinou se nenaplní a jedinec tak může postupně ztrácet obavy. (28)

4. ZÁVĚR

Ve své práci jsem se věnovala problematice disociativních poruch, následně jsem se podrobněji zaměřila na DID, také známou pod pojmem mnohočetná porucha osobnosti. Jedná se asi o nejzávažnější a nejkomplexnější disociativní poruchu vůbec. Je charakteristická přítomností dvou a více odlišných stavů osobnosti, které přebírají kontrolu nad hostitelovým tělem a jeho vědomím. Na tyto stavy má pak jedinec částečnou nebo úplnou amnézii.

Porucha se rozvíjí z největší pravděpodobnosti za předpokladu, že postižený jedinec byl v dětství opakovaně vystavován vysoce stresujícím a traumatickým událostem, nebo u něho v dětství docházelo k těžkému zanedbávání. V důsledku toho bylo zjištěno, že u těchto lidí dochází ke strukturálním změnám určitých částí mozku, a to zejména v amygdale a hipokampu. Za zmenšeným objemem hipokampu stojí, podle různých studií, dlouhodobé vyplavování glukokortikoidů v důsledku vysoké stresové zátěže.

Existuje několik diagnostických nástrojů, které napomáhají ke správnému stanovení onemocnění. Ty se mohou rozdělit do dvou skupin, a to na sebeposuzovací dotazníky a klinická interview. V současnosti se mezi nejpoužívanější interview řadí SCID-D-R (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders) a DDIS (Dissociative Disorders Interview Schedule). Z dotazníků je to DES (Dissociative Experiences Scale), případně SDQ (Somatoform dissociation questionnaire), který se však zaměřuje pouze na somatoformní stránku DID. Všeobecně se usuzuje, že interview jsou spolehlivějším diagnostickým nástrojem než screeningové dotazníky.

Vzhledem k faktu, že je tato porucha relativně těžce diagnostikovatelná a neprobádaná, podstupují jedinci velmi často opakované hospitalizace v psychiatrických léčebnách, než dojde ke správnému stanovení diagnózy a vhodné terapii. Z hlediska farmakologické intervence neexistuje žádný lék, který by přímo potlačoval charakteristické symptomy DID. Používají se však léčiva, která potlačují doprovodné symptomy, jako jsou deprese, úzkostné a psychotické stavy. Co se psychoterapie týče, nejčastěji je podle dohledaných informací používána kognitivně-behaviorální terapie, při které se pacient učí poznávat jednotlivé alter identity, jak s nimi komunikovat a jak jednat v situacích, kdy právě některá z alter identit ovládá tělo. Podle mého názoru je tato metoda pro pacienta vhodnější a méně psychicky zatěžující než například metoda integrace, kdy se terapeut s pacientem snaží sjednotit dříve

odštěpené osobnosti. K tomuto procesu je třeba úplného zpracování traumatu, čehož není každý jedinec schopen. Další terapeutickou metodou může být hypnóza nebo EMDR, ta by měla vést ke snazšímu zpracování traumatu za pomoci střídavé stimulace pravé a levé hemisféry. Účinnost těchto metod nelze zcela potvrdit, ani vyvrátit, jelikož neexistují žádné kontrolované klinické studie ohledně léčby DID.

Dle mého názoru je velká škoda, že takto zajímavá a komplexní porucha není ani v této době zkoumána tak, jak by si zasloužila. Výskyt DID se svými 1–2 % není tak ojedinělý, jak by se na první pohled zdálo, a i přesto o ní mnohdy nemají dostatečnou informovanost ani odborníci, nebo je zkrátka špatně diagnostikována pro její neznalost. Dalším problémem je dle mého názoru fakt, že terapeuti mnohdy neví, jak správně s pacienty s DID komunikovat a pracovat. Doposud nebyla ani stanovena vhodná terapeutická metoda.

5. ZDROJE

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Dsm-5. 2017. Arlington, VA
2. Bliss, EL. Multiple personalities, related disorders and hypnosis. *Am J Clin Hypn.* 1983 Oct;26(2):114-23. doi: 10.1080/00029157.1983.10404151. PMID: 6380263.
3. Bob, P. Dissociation and neuroscience: history and new perspectives. *Int J Neurosci.* 2003 Jul;113(7):903-14. doi: 10.1080/00207450390220376. PMID: 12881183.
4. Bob, P. Pain, dissociation and subliminal self-representations. *Consciousness and Cognition.* 2008. 17(1), 355–369. doi:10.1016/j.concog.2007.12.001
5. Brown, Ian. A case study investigation of the development and treatment of alter personalities in dissociative identity disorder. 2006.
6. 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
7. Dell PF. A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2006 Mar;29(1):1-26, vii. doi: 10.1016/j.psc.2005.10.013. PMID: 16530584.
8. Dissociative Fugue: Definition, Symptoms, and Causes. Healthline: Medical information and health advice you can trust. [online].2005 [cit. 14.02.2021]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/dissociative-fugue#symptoms>
9. Dutková, E., Problematika disociativní poruchy identity. Míra znalostí psychologů o disociativní poruše identity. Diplomová práce. Praha, 2014. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Počet stran: 109
10. Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629.
11. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: a review and integration. *Clin Psychol Rev.* 1999 Aug;19(5):631-57. doi: 10.1016/s0272-7358(98)00103-2. PMID: 10467494
12. Goláňová, I., EMDR terapie[online]. Metodologická praktika v psychologii. [cit. 9.3.2021]. Dostupné z <https://readgur.com/doc/1017840/emdr---gol%C3%A1%C5%88ov%C3%A1>
13. Grambal, A., Grambalová, Z., & Pavlov Praško, J. (2011). Hypnóza v léčbě disociativních poruch. *Psychiatr. praxi*, 12(3), 116-119.
14. Haddock, Deborah Bray. DID Research [online]. Publikováno 30.11.2020 [cit. 1.2.2021]. Dostupné z <https://did-research.org>
15. Herman, E., Hovorka, J., Praško, J., Nežádal, T., Bajaček, M., & Doubek, P. (2008). Disociativní poruchy v praxi. *Psychiatr. praxi*, 9(6), 277-282.

16. Howell, Elizabeth F. Understanding and treating dissociative identity disorder: a relational approach. New York: Routledge/Taylor & Francis Group, c2011. ISBN 9780415994972.
17. 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. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie.
18. International society for the study of trauma and dissociation. Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2011, 12.2: 115-187.
19. Janet, P. (1890). *L'automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcon.
20. John, M. Grohol, Psy.D. Dissociative disorder: Not otherwise specified (NOS). Online dostupné z: <<https://psychcentral.com/disorders/dissociative-disorder-not-otherwise-specified-nos#1>>. 14.2.2021
21. Kluft, R. P. Childhood Multiple Personality Disorder: Predictions, Clinical Findings and Treatment Results. In: Kluft, R. P., ed. *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. Washington: American Psychiatric Press, 1987, pp. 167-196. ISBN: 0-88048-082-3.
22. Kratochvíl, S. *Klinická hypnóza*. 3. akt. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 11, 147. ISBN: 978-80-247-2549-9.
23. Loewenstein, RJ. An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1991 Sep;14(3):567-604. PMID: 1946025.
24. Medford, N., Sierra, M., Baker, D., & David, A. (2005). Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(2), 92-100. doi:10.1192/apt.11.2.92
25. Moul, M. (2017). Dissociative Amnesia. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, 1- 3. doi: 10.1007/978-3-319-56782-2_1120-2.
26. Nijenhuis ER, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis.* 1996 Nov;184(11):688-94. doi: 10.1097/00005053-199611000-00006. PMID: 8955682.
27. Nijenhuis, E. R. S. (2010). The Scoring and Interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 24–28. doi:10.1007/bf03379561
28. Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně behaviorální terapie v praxi*. Praha: Portál
29. 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.
30. Praško, J., Herman, E., Raszka, M., Hovorka, J., & Doubek, P. (2007). Disociativní poruchy a jejich léčba. *Med. praxi*, 4(11), 471-476.
31. Praško, J., Pastucha, P., M. Raszka, K. Látalová, E. Herman, J. Hovorka, P. Doubek. (2008). Disociativní křeče. *Cesk Slov Neurol N* 2009; 72/105(5): 429-436.

32. Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001). Posttraumatické stresové poruchy - I. díl: Klinický obraz a etiologie. *Solen*, 2(4), 157-160.
33. Ptáček, R., Bob P. (2009). Metody diagnostiky disociativních symptomů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2009, No. 4, pp 163-172.
34. Putnam, F. W. (1988). The switch process in multiple personality disorder and other state-change disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1(1), 24-32
35. Putnam, F. W. *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press, 1997, p. 68. ISBN: 1-57230-219-4.
36. Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 47(6), 285-293.
37. Ringrose, J. L. (2012). *Understanding and treating dissociative identity disorder (or multiple personality disorder)*. London: Karnac Books
38. Ross, CA, Norton, GR, Wozney, K. *Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases*. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1989;34(5):413-418. doi:10.1177/070674378903400509
39. Ross, C. A. (1991). Epidemiology of Multiple Personality Disorder and Dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 503-517. doi:10.1016/s0193-953x(18)30286-7
40. Ross, C. A. (1997). *Dissociative Identity Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality Disorder*. New York: Wiley (452 pp). ISBN 0471132659.
41. Rutkofsky IH, Khan AS, Sahito S, Aqeel N, Tohid H (2017) The Neuropsychiatry of Dissociative Identity Disorder: Why Split Personality Patients Switch Personalities Intermittently?. *J Cell Sci Ther* 8: 267. doi:10.4172/2157-7013.1000267
42. Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E. A., Spiegel-Cohen, J., Hollander, E., & Buchsbaum, M. S. (2000). Feeling Unreal: A PET Study of Depersonalization Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1782–1788.
43. Smitha Bhandari, MD. *Dissociative Identity Disorder (Multiple Personality Disorder): Signs, Symptoms, Treatment*. WebMD - Better information. Better health. Online dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/dissociative-identity-disorder-multiple-personality-disorder#3> (23.02.2021)
44. Smolík, P. (2001): *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. revidované vydání. Praha, Maxdorf.
45. *Somatoform Dissociation Questionnaire 20 (SDQ-20)*. online dostupné z: <https://www.carolynspring.com/eforms/screening-tool-2-sdq-20/10/> (14.2.2021)
46. Spiegel D, Cardeña E. Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol*. 1991 Aug;100(3):366-78. doi: 10.1037//0021-843x.100.3.366. PMID: 1918616.
47. Spiegel, D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, Cardeña E, Dell PF. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011 Sep;28(9):824-52. doi: 10.1002/da.20874. Erratum in: *Depress Anxiety*. 2011 Dec 21;28(12):1119. PMID: 21910187.

48. Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative Disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 299–326. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531
49. Stárková, L. "Kognitivně behaviorální terapie: praktické užití v ordinaci pedopsychiatra I. část: Fobické a úzkostné poruchy." 2002. *Psychiatr. praxi* 3(6):261-264.
50. Steinberg, M.: *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. Washington. 1995. American Psychiatric Publishing
51. Světová zdravotnická organizace (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10. (1993) (2. vyd)*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
52. Večeřová-Procházková, A. *Disociativní poruchy a možnosti psychofarmakoterapie*. 2013. *Psychiatr. praxi*, 14(2), 62-65.
53. Vedat Sar, "Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview", *Epidemiology Research International*, vol. 2011, Article ID 404538, 8 pages, 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>
54. Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):630-6. doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.630. PMID: 16585437; PMCID: PMC3233754.
55. Winner, P. E. *Disorganized Attachment and the Orbitofrontal Cortex as the Basis for the Development of Dissociative Identity Disorder*. Editorial Board, 27.