

Otázka: Disociativní porucha identity (DID)

Předmět: Psychologie (Společenské vědy)

Přidal(a): Nikola Balounová

Seminární práce z Psychologie na téma Disociativní porucha identity

Obsah

- Historie
 - Současný pohled
- DID jakožto duševní onemocnění
 - Klasifikace DID
 - Související duševní onemocnění
 - Etiologie
 - Symptomy a komplikace
- Možnosti léčby
 - Integracionalismus
 - Na osobu zaměřený přístup
 - Adaptacionalismus
 - Na fázi orientovaný přístup
 - Hypnóza
- Závěr
- Zdroje

Úvod

Pro tuto seminární práci jsem si vybrala téma disociativní poruchy identity. Jedná se, dle mého názoru, o problematiku, která v České republice není dostatečně konzultovaná a konzultovat by se rozhodně měla.

Disociativní porucha identity (dále jen DID) může pacientův život ztížit natolik, že nebude schopen vykonávat některé součásti běžného života a bez správné diagnózy, nároku na pomoc a služby pro něj esenciální. Chybná diagnóza je nejčastější problém spojený s touto problematikou, proto v této práci čtenář najde například i kapitolu kde porovnávám schizofrenii s DID, ve které se snažím zdůraznit ty největší rozdíly, na které by měl být kladen při stanovení diagnózy důraz.

Téma DID může být pro vědeckou sféru také dosti sporné. Najdou se i tací, kteří přímo popírají existenci tohoto onemocnění. Nelze jim nic vyčítat, DID je skutečně velmi podobné jiným déle existujícím onemocněním a někdy je dokonce diagnostikováno jako soubor přidružených onemocnění, které ho však mohou pouze doprovázet. Osobně stále zastávám názor, že pokud toto onemocnění bylo zařazeno do Mezinárodní klasifikace nemocí, tak zkrátka existovat musí.

Někteří pracovníci v oboru se vyjádřili, že DID studovat nebudou, protože se s ním při běžné praxi neseťkají. Mohou mít pravdu, ale nemusí. Jak říká české přísloví: nemoci nechodí po horách, ale po lidech. Ano, například v České republice bychom spočítali pacienty s DID na prstech, ale i ty někdo diagnostikovat musel a pro takové lidi je následně velmi těžké zajistit odbornou péči, protože psychologů/psychiatrů/terapeutů kteří by se tímto tématem zajímali je málo. Proto jsem při vytváření této práce vycházela často ze zahraničních publikací, abych poskytla co nejlepší pojednání z co největšího množství zdrojů.

1. Historie

První případ DID by popsán Paracelsem v roce 1646.

Na sklonku 18. století bylo téma DID znovu otevřeno s počátkem hypnózy uvedenou Franzem Mesmerem, Armand-Marie Jacques de Chastenetem a Marquesem de Puységurem, čímž se postavili čelně proti John Lockově ideové asociaci. Hypnotici jako výsledek zkoumání uvedli objevování druhé osobnosti pacienta během hypnózy a začali si pohrávat s myšlenkou koexistence dvou myslí v jednom těle.

V 19. století bylo DID označeno jako „dédoublement“ neboli tzv. dvojí vnímání. Tento popis byl založen na tehdejšímu chápání DID jakožto stav náměsíčnosti fungující na principu přepínání mezi normálním vědomím a somnambulistickým stavem. Dále pak vzrostl počet případů mnohočetných osobností, u nichž Rieber poukázal na přítomnost epilepsie jakožto častý doprovodný faktor. Epilepsie v některých případech provází DID dodnes. Nejznámějším případem disociace byl v této době Louis Vivet, který v 17 letech utrpěl trauma, konkrétně byl kousnut zmijí, což u něj vyvolalo disociaci. Stal se předmětem bezpočtu studií a vědeckých prací. Datum jeho úmrtí není známo.

Na přelomu 19. a 20. století se na téma disociativních poruch zaměřil Jean-Martin Charcot, který představil svou myšlenku o nervových šocích (traumatech) jakožto o příčině mnohých neurologických onemocnění. Jeden z jeho žáků, Pierre Janet, byl zaujat touto teorií natolik, že ji použil pro vytvoření vlastní teorie disociace. Jedna z jeho prvních diagnostikovaných s mnohočetnou osobností byla Clara Norton Fowler, známá pod pseudonymem Christine Beauchamp. Americký neurolog Morton Prince popsal studii jejího případu ve své monografii *Dissociation of a Personality*.

Ve 20. století se povědomí o DID ještě více rozrostlo. Došlo k četným změnám diagnóz u pacientů s hysterií a prvek disociace začal být skloňován v otázce schizofrenie. Stejně s počtem diagnóz bohužel rostla i nedůvěra a zpochybňování ze strany veřejnosti. Vzhledem k rostoucí nedůvěře s šíleným konstruktům se začalo DID mylně diagnostikovat jako schizofrenie s disociativními prvky/stresovými faktory. Veřejnost byla vystavena mediálnímu obrazu duševních poruch ve formě *Frankenstein* od Mary Shelley, *Strange Case of Dr Jekyll*

and Mr Hyde od Robert L. Stevenson a také mnohých povídek od E. A. Poea. Tato mediální masáž samozřejmě pohled veřejnosti na duševní poruchy dramaticky zhoršila.

Ve 21. století se začala zkoumat souvislost mezi DID a disociativní amnézií a např. anorexií nervosa, alkoholismem nebo schizofrenií. Výsledky jsou překvapivě velmi málo publikovány a nedostává se jim patřičné pozornosti. [1]

1.1 Současný pohled

Stejně jako u každé jiné závažné duševní poruchy, obecná veřejnost si představuje pacienta jako vysoce nebezpečného a na první pohled zvláštně se chovajícího člověka. O tento pohled se samozřejmě zasadila hlavně kinematografie, kterou, pokud se nejedná o dokument, takřka nezajímá skutečné spektrum a variabilita poruchy, soustředí se na vylíčení toho nejhoršího. Je nutné si být vědomi, že taková díla byla vytvořena čistě pro zábavní účely, nikoliv edukativní. Ve filmech se také často objevuje terapie hypnózou, která se sice při léčbě DID využívá, ale ve filmech je vyobrazena často velmi irrelevantně až groteskně. V konečném důsledku si pacient, taktéž ovlivněn tímto pohledem na vlastní diagnózu, připadá odhalen, zesměšněn a ponížen. Taková zkušenost pro něj může být až traumatizující, záleží na labilitě daného jedince a kvalitě snímku, který shlédl. Častým jevem je i žádost okolí o “předvedení switche“, což může být pro postiženého nesmírně stresující. Dokonce se najdou i tací, kteří existenci DID zkrátka nevěří a jsou přesvědčeni, že postižený svou poruchu pouze předstírá za účelem získání pozornosti.

V konečném důsledku se ale obecný pohled na DID zlepšil. Bylo zapsáno do Mezinárodní klasifikace nemocí a je tedy léčeno a konzultováno. Sami pacienti, kteří se se svou diagnózou vyrovnali, šíří osvětu, snaží se detabuizovat DID a vyvrátit co nejvíce mýtů s ním spojených.

2. DID jakožto duševní onemocnění

Disociativní porucha identity je nejkompexnější ze všech disociativních poruch (disociativní fuga, disociativní amnézie apod.). Jejím hlavním rysem je rozštěpení ega na oddělené části/identity, které jsou částečně autonomní. Odštěpení vzniká na základě traumatu, které má nově vzniklá identita za hostitele, tj. původní ego postiženého, povinnost zvládnout a “schovat“ před hostitelem. Proto má každá identita částečně jiný vzpomínkový aparát, do kterého ostatní identity nemají přístup. Pokud je postižený znovu vystaven situaci, ze které identita vznikla nebo situaci jí podobné, je pravděpodobné, že daná identita vystoupí a převezme kontrolu.

2.1 Klasifikace DID

Diagnostická kategorie disociativních poruch byla zařazena do klasifikací nemocí poměrně nedávno. Poprvé byla zanesena do evropské MKN-10/ICD-10 (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) a americké DSM-III (3. verze Diagnostického a statistického manuálu).[2] Do té doby se používalo pojmenování hysterie.[3] Dnes DID nalezneme v MKN-10 v sekci Disociativní a konverzní poruchy jako F44,81 – mnohočetná osobnost.[4] Podle DSM-V je zařazeno v sekci Disociativní poruchy jako 300.14 – disociativní porucha identity.[5]

2.2 Související duševní onemocnění

DID je nejkompexnější z disociativních poruch chování a provází jej tedy řada poruch ať už disociativního, či nedisociativního charakteru.

2.2.1 Disociativní amnézie

Disociativní amnézie představuje částečnou nebo úplnou ztrátu paměti v rámci traumatu. Jedinec si není schopen vybavit traumatický zážitek/období ať už z dávné minulosti, tak i ze současnosti. Stejnou reakci může způsobit například i extrémní násilí nebo pokus o sebevraždu. Nelze ji zaměnit s běžným zapomínáním, probíhající akutní stresovou poruchou, ani s posttraumatickou stresovou poruchou. Zásadním rozdílem mezi disociativní amnézií a ostatními typy amnézií je velmi specifická věková kategorie, u které se objevuje. Může se dokonce projevit v ranném dětství a rozvinout se v další disociativní poruchy. Častěji se u ní setkáváme se selektivní amnézií, ale ojediněle může dojít i ke generalizované amnézii.[6]

2.2.2 Disociativní amnézie s disociativní fugou

Dle DSM-V již není disociativní fuga klasifikována jako samostatná diagnóza, ale spíše jako jeden ze symptomů spojen s disociativní amnézií. V průběhu fugy jedinec náhle a nečekaně vycestuje a na svůj počín má následně amnézii. Ocítá se tedy na neznámém místě, aniž by věděl, kdy a za jakým účelem cestu podnikl.[7]

2.2.3 Nespecifikovaná disociativní porucha

Pro stanovení této diagnózy platí, že jsou přítomny symptomy charakteristické pro disociativní poruchu, které způsobují výrazné zhoršení stavu pacienta, ale zároveň nesplňují všechna kritéria pro diagnózu některé z ostatních disociativních poruch. Spadá sem např. i disociativní stupor nebo stavy posedlosti, ale zároveň zde není prokázána přítomnost tzv. alternujících identit, ani amnézie významných údajů o vlastní osobě pacienta.[8]

2.2.4 Depersonalizační/derealizační porucha

Depersonalizace a derealizace jsou klasifikovány jako kvalitativní poruchy vědomí, přesněji

jako poruchy idiognozie, tzn. jedinec není schopen rozlišit vlastní fenomény a procesy od cizích. U depersonalizace jedinec vnímá a prožívá sám sebe jinak, než je u něj obvyklé. Při derealizaci jedinec prožívá stav hlubokého zmatení, nepoznává své okolí, zdá se mu falešné, velmi nepravděpodobné či dokonce cizí – postižený prožívá tzv. jamais vu, kdy nepoznává dříve známá místa, věci ani osoby. Jedinec se tedy dostává do neustálého stavu zmatení, určitým způsobem vnímá realitu a sám sebe, ale nedokáže ji vědomě prožívat. Častou příčinou této poruchy je sice méně závažná, ale zato chronická forma psychického týrání.[9]

Pocity depersonalizace a derealizace se mohou objevit pouze na několik vteřin, mohou však přetrvávat až roky. Mohou se objevit i samostatně, či jako jeden ze symptomů u disociativní poruchy identity či chorob s panickým či paranoidním charakterem. Aby byla splněna diagnostická kritéria této poruchy, musí její symptomy přetrvávat nejméně jeden měsíc, anebo se objevovat periodicky. Při diagnostice se také přihlíží k celkovému zhoršení duševního stavu jedince.[10]

2.2.5 Ostatní

V souvislosti s DID se často objevuje také hraniční porucha osobnosti, poruchy příjmu potravy či klinická deprese, ale pro účely této práce není nutné jim věnovat samostatné podkapitoly.

2.3 Etiologie

DID se může u jedince formovat již od raného věku, její plný rozsah se však objevuje až v adolescenci/dospělosti, zpravidla mezi 20.-30. rokem života. Stanovení příčin poruchy je v odborných kruzích bráno jako spekulativní, ale většina se shodne na tom, že souvislost DID s těžkým traumatem z raného dětství je klíčová, což bylo potvrzeno mnohými pokusy již ke konci 20. století.

Za nejčastější příčinu vzniku takto silného traumatu je považováno sexuální násilí a zneužívání, těžké psychické i fyzické týrání, ale i např. přírodní katastrofy, závažné nehody či

nepokoje a války. Dle Klufta se DID týká především sexuálně zneužívaných žen, k podobnému závěru však můžeme jednoduše dospět na základě faktu, že počet případů zneužívání dívek je vyšší než zneužívání chlapců.[11] To však neznamená, že se porucha mužů netýká. Např. i v České republice je mediálně známý případ muže trpícího DID vystupujícího na internetu pod přezdívkou Hidden disminds. Porucha se může vyskytnout i u dospělého jedince bez traumatické zkušenosti z dětství, rozvíjí se pak na základě nedávného, či právě probíhajícího neúnosného traumatu.

Jedinci, kteří jsou schopni disociovat, se vyznačují vyšší hypnabilitou než průměrná populace. Schopnost ponořit se do hypnózy se může u jedince přerůst ve stálý osobnostní rys. S vyšší hypnabilitou souvisí zvýšená sugestibilita, tzn. pacient přijímá pokyny hypnotizéra bez kritického uvažování. Člověk, který disponuje těmito schopnostmi a prožije těžké trauma je poté náchylnější k rozvoji DID a to zejména pokud se trauma odehrálo v dětském věku (přibližně do 10 let věku). Dle provedených studií dochází ke vzniku první alternující identity mezi 4.-6. rokem dítěte, téměř u poloviny zkoumaných dětí před 5. rokem až do 10. roku života.[12][13]

Disociace však není automatickým řešením všech problémů. Každý jedinec má předpoklad k disociaci, ale u většiny z nás je schopnost disociace téměř nulová, proto se DID ve světě duševních onemocnění vyskytuje relativně ojediněle. Každopádně ve chvíli, kdy jedinec disponuje schopností disociace, je schopen tuto schopnost využívat jako vyrovnávací mechanismus s vnějšími negativními vlivy. Při nových traumatech vznikají nové identity, které se vyrovnávají přímo s konkrétními traumatickými událostmi. Nově vzniká identita, může nahradit některou z předchozích, nebo se jednoduše zařadit do systému. Neexistuje omezení počtu identit, avšak příliš velký počet může hostiteli dělat problémy a je tedy nezbytné integrovat některé z nich zpět do původní osobnosti pomocí terapie.

2.4 Symptomy a komplikace

Diagnostika DID je ve většině případů značně obtížná, protože pouze 6% jedinců vykazuje zjevné známky přítomnosti alternujících identit. Alternující identity se pro běžného pozorovatele i pro samotného postiženého mohou skrývat za amnestickými okny a jejich

přítomnost se často objeví až např. během hypnózy. Pro DID jsou také typické příznaky jiných duševních onemocnění a osobnostních poruch, proto je často zaměňováno s bipolární poruchou osobnosti, depresivní poruchou, hraniční poruchou osobnosti či dokonce se schizofrenií. Při nedostatečné erudovanosti diagnostikujícího odborníka v oblasti disociace a disociativních poruch může dojít k uplatnění nedostatečných diagnostických metod a k zaměření pozornosti pouze na přidružená onemocnění. Diagnóza je tedy mylná a při přiřazené léčbě dochází pouze k léčení přidružených symptomů, nikoliv primárního onemocnění.[14]

Dle Loewesteina lze dělit symptomy na amnestické, autohypnotické, symptomy procesu disociace, symptomy posttraumatické stresové poruchy, symptomy somatoformní a afektivní.[15]

2.4.1 Amnestické příznaky

50% dětí do 10 let je vysoce hypnabilních, má velkou představivost a sklony k fantazírování. Zneužívané děti tuto schopnost mohou využít k tomu, aby utekli od nepříjemné reality do bezpečí vymyšleného světa. Dítě tak v podstatě získá amnézii na prožitek traumatizující události. Právě amnézie je jedním z typických příznaků DID. Takové výpadky se mohou projevovat jako disociativní fuga, nevysvětlitelné vlastnictví či ztráty předmětů či kolísání v dovednostech, návycích nebo znalostech, např. postižený tvrdí, že kreslit neumí, ale v jeho bytě, kde žije sám, se najdou nádherné rukomalby. Postižený si nepamatuje, odkud se malby vzaly a neumí je replikovat.[16]

2.4.2 Autohypnotické příznaky

Jak již víme, pacienti s DID vykazují zvýšenou hypnabilitu. Projevují se jako dobrovolná anestezie – pacient dokáže utlumit či úplně zastavit cítění fyzické bolesti, mimotělní zážitky, depersonalizace, derealizace – pacient v bdělém stavu sleduje sám sebe z pohledu třetí

osoby, nelze schopem do svých činů nijak zasáhnout.

2.4.3 Symptomy procesu disociace

Do této kategorie spadají symptomy spojené s disociací čistě v patologickém smyslu, tedy vycházejí z podstaty mnohočetnosti. Pod tuto kategorii spadají disociativní halucinace (nejčastěji sluchové) a alternující identity (disociované části) včetně switchingu (přepínání).

2.4.3.1 Alternující identity

Základním rysem je přítomnost dvou a více identit v jednom těle, které se od sebe liší. Nemohou řídit tělo hostitele současně. Každá identita má zpravidla svůj věk, zvyky, vzorce chování a někdy i specifické fyziologické projevy.[17] Identity můžeme rozdělit na hostitelskou identitu, dětské identity, pronásledující a násilné identity a ochranné a pomáhající identity.

2.2.4 Symptomy posttraumatické stresové poruchy

PTSP chápeme jako soubor různých poruch chování a prožívání, včetně somatických reakcí, které vznikají jako důsledek extrémního stresového prožitku přesahujícího běžnou lidskou zkušenost.[18] V závislosti na studiích splňuje kritéria pro PTSP 70-100% pacientů s DID.[19]

2.2.5 Somatoformní symptomy

40-60% pacientů s DID vykazuje příznaky somatizační poruchy, diagnostická kritéria pro somatoformní a konverzní poruchy splňuje ještě větší počet pacientů s DID.¹⁹

2.2.6 Afektivní symptomy

Dysforie, poruchy spánku, pocity viny a beznaděje, plačtivost, záchvaty úzkosti, sebepoškození až suicidální chování. Díky těmto symptomům je DID zaměřováno s bipolární poruchou osobnosti. Postižení jsou často tak přehlčeni pocity, že popisují svůj stav jako “energické nic”.

3. Možnosti léčby

Pro léčbu pacientů s DID se využívají přístupy psychodynamické, humanistické, metody zaměřené na zpracování traumatu či na odstranění symptomů plynoucích z nezpracovaných traumatických zkušeností. V ČR se léčbou DID zabývá hlavně profesor Praško, který využívá kognitivně-behaviorální terapii, ale obecně v Čechách vědecká veřejnost o DID valný zájem neprojevila. V rámci usnadnění léčby DID bylo vyvinuto mnoho specifických technik a intervencí, které zahrnují například kognitivní techniky, imaginativní a hypnotické techniky, přenosové a protipřenosové metody. V první řadě je pak uplatňována individuální psychoterapie[20]

3.1 Integracionalismus

Tento psychodynamický přístup se zaměřuje na integraci disociovaných částí do jednoho celku. Samotná integrace jednotlivých identit, může být žádoucím výsledkem terapie, ale současně představuje velmi náročnou cestu jak pro pacienta, tak pro terapeuta. Identity se v průběhu svého života vzájemně poznávají a sdílejí své zážitky a vzpomínky, proto v konečném důsledku může pro pacienta integrace identit znamenat vymazání nejbližších přátel/rodiny. Proto je nutné při této metodě postupovat velmi metodicky a bez chyb.[21]

3.2 Na osobu zaměřený přístup

V tomto typu terapie si klient užívá bezpečného prostoru, kde se může vrátit ke vzpomínkám a traumatům, při nichž dříve disocioval. Tímto způsobem si v těchto událostech osvojuje a učí se používat nové vyrovnávací mechanismy. Na oddělené identity zde není nahlíženo jako na nežádoucí prvek, ale jsou součástí terapie a komunikace mezi terapeutem a systémem hostitele. K integraci může dojít i nemusí, není cílem léčby.

3.3 Adaptacionalismus

Tento přístup pomáhá klientovi při zvládnání jeho současného života a při adaptaci na úkoly a činnosti. Zabývá se fungováním klienta dnes, nezachází do minulosti tolik jako předchozí dva přístupy. Částečně vychází z kognitivně-behaviorální terapie. Vyhovuje klientům, kteří hledají zejména úlevu od příznaků a naprosto odmítají pracovat na integraci a zpracovávání minulých traumat, nebo pro ty, u nichž jejich zdroje a životní okolnosti vylučují intenzivní léčbu. V konečném důsledku může dojít k úplné integraci postiženého do společnosti jakožto člověka sice nemocného, ale spokojeného.²¹

3.4 Na fázi orientovaný přístup

Tento přístup propagoval již Pierre Janet. Jedná se o proces postupného upevňování ega a prokousávání se k traumatu mravenčími kroky. Dbá hlavně na pohodu a stabilitu pacienta, nechce jej vystavit jeho traumatům dříve, než bude absolutně připraven tento návrat unést. V současné době se používá jasně stanovený postup: založení bezpečného prostoru, stabilizace a redukce symptomů, konfrontace a propracování se k traumatickým vzpomínkám a jejich integraci, integrace identity, rehabilitace.[22]

3.5 Hypnóza

Hypnóza je zvláštní duševní stav charakterizovaný zvýšenou sugestibilitou, změněným stavem vědomí umožněným sugescemi a selektivním vztahem závislosti na hypnotizérovi.[23] Při disociaci si jedinec spontánně navozuje hypnotický stav. Díky hypnóze lze vyvolat některé jinak skryté altery a začít s nimi komunikovat. Následně se prostřednictvím těchto identit lze dostat k jejich vzniku (trauma) a pracovat s ním. Sezení je plně řízeno hypnotizérem, a proto v případě nebezpečí může pacienta z hypnózy kdykoliv vyvést, což je její další nespornou výhodou.

Závěr

DID je spleť záležitostí, kterou jsem v této práci rozhodně nemohla celou obsáhnout. Jedná se o vsutku delikátní problematiku, o níž hovoří převážně zahraniční zdroje. Proto prosím o schovávavost, co se týče překladů a informací z cizojazyčných publikací, snažila jsem se o maximální přesnost.

Doufám, že se mi podařilo stručně ukázat reálnou podstatu DID a vyvrátit některé mýty s ním spojené. Odjakživa mě zajímalo fungování lidské mysli a zejména abnormality v něm. DID shledávám velmi zajímavým a poutavým a doufám, že můj zájem bude v České republice sdílet více a více odborníků, aby mohli zlepšit životy více a více pacientům.

Zdroje

- ALLISON, R. B. A New Treatment Approach for Multiple Personalities. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Bloomington: American Society of Clinical Hypnosis, 1974, 17, 1, 15-32. ISSN: 2160-0562.
- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013, p. 292.

ISBN: 978-0-89042-555-8.

- BARNHILL, J. W. Dissociative Disorders – Introduction. In: BARNHILL, J. W., ed. *DSM-5 Clinical Cases*. Arlington: American Psychiatric, 2014, pp.161-162. ISBN: 978-1-58562-463-8.
- 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.
- *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: fifth edition* [online]. Arlington: American Psychiatric Association, 2013 [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: www.psych.org
- Dissociative identity disorder. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-, 11 February 2021 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder#History, vlastní překlad autorky této práce
- DUTKOVÁ, Eliška. *Problematika disociativní poruchy identity: Míra znalostí psychoterapeutů o disociativní poruše identity* [online]. Praha, 2014 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: http://www.pvsps.cz/data/2017/03/02/10/dutkova_eliska_bc_-_2014.pdf. Bakalářská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Janotková.
- HERMAN, E., HOVORKA, J., PRAŠKO, J., NEŽÁDAL, T. aj. Disociativní poruchy v praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, 9, 6, 277-282. ISSN: 1213-0508.
- HERMAN, J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 1992, p. 102. ISBN: 0-465-08730-2.
- CHALUPNÍČEK, A. Myslím, a přeci nejsem. Depersonalizační a derealizační syndrom a jeho zvládnutí. Bakalářská práce. Brno, 2005. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie. Vedoucí: PhDr. Miroslava Štěpánková, Ph.D.
- ISSTD (INTERNATIONAL SOCIETY FOR THE STUDY OF TRAUMA AND DISSOCIATION). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults. 3rd rev. *Journal of Trauma & Dissociation*. London: Routledge, 2011, 12, 2, 115–187. ISSN: 1529-9740.
- KLUFT, R. P. Clinical Approaches to the Integration of Personalities. In: KLUFT, R. P. a. FINE, C. G., eds. *Clinical Perspectives on Multiple Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Press, 1993, pp.101-134. ISBN: 0-88048-365-2.
- KLUFT, R. P. Dissociative Identity Disorder. In: MICHELSON, L. K. a. RAY, W. J., eds. *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*. New York:

Plenum Press, 1996, pp. 337-366. ISBN: 0-306-45150-6.

- KRAKAUER, S. Y. Treating Dissociative Identity Disorder: The Power of the Collective Heart. New York: Routledge, 2001. ISBN: 0-87630-975-9.
- KRATOCHVÍL, S. *Klinická hypnóza*. 3. akt. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009, s. 11, 147. ISBN: 978-80-247-2549-9.
- LOEWENSTEIN, R. J. An Office Mental Status Examination for Complex Chronic Dissociative Symptoms and Multiple Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. Philadelphia: Elsevier, 1991, 14, 3, 567-604. ISSN: 0193-953X.
- MALDONADO, J. R. a SPIEGEL, D. Dissociative Disorders. In: HALES, R. E., YUDOFISKY, S. C. a WEISS ROBERTS, L., eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Arlington: American Psychiatric, 2014, pp. 499-530. ISBN: 978-1-58562-444-7.
- MKN-10 klasifikace: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. *Prohlížeč|MKN-10 klasifikace* [online]. 1 January 2021 [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>
- OREL, M., FACOVÁ, V., ŠIMONEK, J. a KALÁB, M. Vybrané kapitoly speciální psychiatrie. In: OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012, s. 92-186. ISBN: 978-80-247-3737-9.
- PUTNAM, F. W. The Switch Process in Multiple Personality Disorder and Other State-Change Disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. Smyrna: Ridgeview Institute and the International Society for the Study of Multiple Personality & Dissociation, 1988, 1, 1, 24-32. ISSN: 0896-2863.
- ROSS, C. A. Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality. New York: Wiley, 1997. ISBN: 0471-13265-9.
- SOUKUP, J. Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci (Výzkum pomocí dotazníku A-DES). Rigorózní práce. Praha, 2005. Univerzita Karlova.

[1] Dissociative identity disorder. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-, 11 February 2021 [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/Dissociative_identity_disorder#History, vlastní překlad autorky této práce

- [2] DUTKOVÁ, Eliška. *Problematika disociativní poruchy identity: Míra znalostí psychologů o disociativní poruše identity* [online]. Praha, 2014 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: http://www.pvsps.cz/data/2017/03/02/10/dutkova_eliska_bc_-_2014.pdf. Bakalářská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Janotková.
- [3] SOUKUP, J. *Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci (Výzkum pomocí dotazníku A-DES)*. Rigorózní práce. Praha, 2005. Univerzita Karlova. Filosofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí: PhDr. M. Rodriguez.
- [4] MKN-10 klasifikace: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. *Prohlížeč|MKN-10 klasifikace* [online]. 1 January 2021 [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>
- [5] *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: fifth edition* [online]. Arlington: American Psychiatric Association, 2013 [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: www.psych.org
- [6] APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013, p. 292. ISBN: 978-0-89042-555-8.
- [7] OREL, M., FACOVÁ, V., ŠIMONEK, J. a KALÁB, M. Vybrané kapitoly speciální psychiatrie. In: OREL, M. a kol. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012, s. 92-186. ISBN: 978-80-247-3737-9.
- [8] MALDONADO, J. R. a SPIEGEL, D. Dissociative Disorders. In: HALES, R. E., YUDOFKY, S. C. a WEISS ROBERTS, L., eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. 6th ed. Arlington: American Psychiatric, 2014, pp. 499-530. ISBN: 978-1-58562-444-7.
- [9] CHALUPNÍČEK, A. *Myslím, a přeci nejsem. Depersonalizační a derealizační syndrom a jeho zvládnutí*. Bakalářská práce. Brno, 2005. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra psychologie. Vedoucí: PhDr. Miroslava Štěpánková, Ph.D.
- [10] BARNHILL, J. W. Dissociative Disorders – Introduction. In: BARNHILL, J. W., ed. *DSM-5 Clinical Cases*. Arlington: American Psychiatric, 2014, pp. 161-162. ISBN: 978-1-58562-463-8.

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

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

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

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

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

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

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

[18] 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.

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

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

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

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

[23] KRATOCHVÍL, S. *Klinická hypnóza*. 3. akt. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009, 147.11, 147. ISBN: 978-80-247-2549-9.