

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ
S DISOCIATIVNÍ PORUCHOU
IDENTITY

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DISSOCIATIVE
IDENTITY DISORDER



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Adéla Přadková**

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph. D.

Olomouc

2020

V první řadě bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za veškerou podporu. Největší dík však patří mé vedoucí, která se zhostila tohoto tématu i přes veškeré obtíže.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Kvalita života pacientů s disociativní poruchou identity“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 1.1.2020

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
1	Disociace	6
	1.1. Patologická a nepatologická disociace.....	7
2	Disociativní (KONVERZNÍ) poruchy	8
	2.1. Klasifikace disociativních poruch dle MKN-10	9
	2.1.1 Disociativní amnézie F44.0	9
	2.1.2 Disociativní fuga F44.1.....	9
	2.1.3 Disociativní stupor F44.2.....	10
	2.1.4 Trans a stavy posedlosti F44.3.....	10
	2.1.5 Disociativní porucha motoriky a citlivosti F44.4 – F44.7	11
	2.1.6 Disociativní křeče F44.5	11
	2.1.7 Disociativní porucha citlivosti a poruchy senzoričné F44.6.....	11
	2.1.8 Smíšené disociativní (konverzní) poruchy	12
	2.1.9 Jiné disociativní poruchy F44.8	12
	2.2. Srovnání MKN-10 a DSM-5.....	12
3	Disociativní porucha identity	14
	3.1. Definice a klasifikace disociativní poruchy identity/mnohočetné poruchy osobnosti dle DSM-5 a MKN-10	15
	3.2. Etiologie disociativní poruchy osobnosti.....	16
	3.3. Komorbita	Error! Bookmark not defined.
	3.4. Symptomatologie	17
	3.5. Prevalence disociativní poruchy identity	18
	3.6. Screeningové metody.....	21
	3.6.1 Dotazníky.....	21
	3.6.2 Klinické interview.....	21
	3.7. Switching	22
	3.8. Alternativní identity	23
	3.8.1 Vnitřní systém.....	23
4	Kvalita života	25
	4.1. Historie.....	25
	4.2. Definice kvality života	26
	4.3. Přístupy k měření kvality života	Error! Bookmark not defined.
VÝZKUMNÁ ČÁST		33
5	Výzkumný problém, cíle výzkumu, výzkumné otázky	34
	5.1. Cíle výzkumu	34

5.2.	Výzkumné otázky	35
6	Typ výzkumu a použité metody	36
6.1.	Metody získávání dat	36
6.2.	Metody zpracovávání a analýzy dat.....	38
7	Výzkumný soubor.....	39
8	Sběr dat.....	41
9	Etika výzkumu	43
10	Analýza dat.....	44
10.1.	Sociální začlenění	45
10.2.	Přístup k poruše.....	47
10.3.	Aktivita v životě.....	49
10.4.	Nezávislost a sebekontrola.....	50
10.5.	Vnímání sebe sama	52
10.6.	Fyzické zdraví.....	53
11	Deskripce dat.....	54
11.1.	Sebereflexe výzkumníka	54
11.2.	Jednotlivé případy	55
11.2.1	Patrik.....	55
11.2.2	Karolína	58
11.2.3	Martin.....	61
11.2.4	Sabina.....	63
11.2.5	Tereza.....	65
12	Odpověď na výzkumné otázky	68
13	Závěry	69
14	Diskuze.....	70
	Souhr.....	74
	LITERATURA	76

ÚVOD

„A v té chvíli honosivých úvah mě začala zmáhat mdloba, udělalo se mi hrozně špatně a roztrásl jsem se zimou, jako by na mne sáhla smrt. Pak to přešlo a byl jsem z toho zesláblý, a jak mě začínala přecházet i ta slabost, uvědomil jsem si ponenáhlu jakousi změnu vlastní letory, zvýšenou smělost, opovržení nebezpečím, uvolnění pout odpovědnosti.“ - Doktor Jekyll¹

Donedávna disociativní poruše identity nebyla věnována valná pozornost společnosti. Zeptali bychom se někoho, kdo se až tak nezajímá o psychologii, o jakou poruchu jde, zřejmě by se nám dostalo pouze pokrčení rameny a odpovědi nevím. O něco větší štěstí bychom mohli mít, pokud bychom použili více vžitý, nyní však už v odborné literatuře nepoužívaný, název mnohočetné poruchy osobnosti, ale i tak by povědomí nebylo valné. Přesto velmi často v umělecké tvorbě posloužila jako inspirace pro filmaře či spisovatele. Nejznámějším dílem je bezpochyby Podivuhodný případ doktora Jekylla a pana Hyda od Roberta Louise Stevensona z roku 1886, který dnes patří ke klasickým dílům světové literatury. Úspěch však zaznamenaly i jiné o poznání novější počiny, jmenovitě filmy Klub rváčů či Rozpolcený.

Do teď často opomíjená porucha nabývá na slávě a jitří zájem i odborníků. Přesto narůstající zájem se více týká USA než Evropy. Zájem o tuto poruchu však Českou republiku zatím mívá. Můžeme nalézt výzkumy týkající se schizofrenie, bipolární poruchy a jiných poruch. Je možné si povšimnout i snahám o destigmatizaci těchto témat a přiblížení jich běžné populaci. Co však lidé s disociativní poruchou identity? Jak tyto lidi ovlivňuje jejich diagnóza, která vzbuzuje více kontroverzí než dříve zmíněné dohromady?

Na toto se snaží odpovědět tato práce a přiblížit téma u nás neznámé, avšak ne nezajímavé.

¹ Stevenson, R. L. (2014). *Podivný případ doktora Jekylla a pana Hyda*. Brno: B4U Publishing.

1 DISOCIACE

Pojem *disociace* není v psychologii ničím novým, mohlo by se proto po skoro sto padesáti letech zdát, že se jedná o koncept dobře prozkoumaný. Úskalí však vězí v jeho špatné uchopitelnosti a těžko jednoznačně formulovatelné definici.

Disociace se výrazně prolíná s historií člověka již od pravěku. Tehdy bychom na ni narazili během šamanistických rituálů, kdy šamani během obřadů používali různé disociativní techniky jako trans či posednutí, aby se spojili se světem duchů. Se stavy posedlosti bychom se hojně potkali i během období středověku. Během čarodějnických procesů se často vyskytovala svědectví, která hovořila o stavech, kdy oběti posedl d'ábel či kdy obvinění činili skutky, aniž by o nich věděli (Quen, 1986).

V dějinách psychologie se s tímto konceptem setkáváme od 19. století. Významným milníkem byl rok 1889, kdy Pierre Janet vydal knihu *L'Automatisme psychologique* (Psychologický automatismus) (Hart & Horst, 1989). Tímto dílem, zabývajícím se hypnózou a disociativními procesy, si zajistil nepřehlédnutelné místo v odborných kruzích a nejen to. Představil zde koncept *désagrégation mentale*, který vypracoval na základě práce s pacienty s hysterií, ve stavu posedlosti, sugesce či pod vlivem hypnózy. Pojem *desagregace* (psychologický rozklad) přejal od svého předchůdce Jacquese-Josepha Moreau de Tours (1804-1884). De Tours na rozdíl od svého následovníka nezkoumal disociativní stavy na pacientech trpící hysterií, ale pozoroval je u poživatelů hašiše (Nerad&Neradová, 2005). Termín *desagregace* neoznačoval jen určité rozštěpení či rozdělení. Přesněji bychom se jej mohli pokusit popsat jako oddělení částí, které spolu za normálních podmínek fungují v jednom celku a jsou propojené, byť i na nevědomé úrovni (Spiegel, 2006).

Janet též jako první poukázal na nepřehlédnutelnou souvislost mezi disociativními mechanismy a traumatickými zkušenostmi z minulosti, čímž položil základy pro moderní psychiatrii i klinickou psychologii (Putnam, 1989).

Janet disociaci, potažmo desagregaci, považoval jako velmi důležitý mechanismus při vzniku hysterie. V tomto kontextu však oproti současnému pojetí nechápal disociaci jako něco normálního, co by mohla zažívat i běžná populace. Tento pojem proto používá pouze

v případech pacientů s psychickým onemocněním, především trpících hysterií, kdy nastalo patologické oddělení myšlenek, chování a vědomí. Jeho současníci Morton Prince a William James však na disociaci nahlíželi jako na normální proces, který se může stát patologickým pod vlivem určitých okolností (Putnam, 1989).

V přibližně stejné době jako Janet se disociativními mechanismy zabýval i Josef Breuer v souvislosti s případem slavné Anny O. Dle něj podmínkou pro vznik hysterie byl takzvaný „hypnoid state“, tj. stav, kdy jsou ideje natolik intenzivní, že jsou odříznuty od zbytku vědomí a není nám k nim umožněn přístup na vědomé úrovni. Anna O. (vlastním jménem Bertha Pappenheim) byla dívka z bohaté vídeňské rodiny, neobyčejně chytrá a přemýšlivá. Zlom v jejím životě však nastal, když její otec onemocněl a ona se o něj začala starat. Objevily se u ní symptomy občasné aphasie, ochrnutí končetin nebo poruchy vidění. Breuera fascinovala skutečnost, že její hysterické stavy měly relativně rychlý nástup, poté však odezněly a pacientka se chovala normálně, přičemž si na nic z nich nevzpomínala (Reeves, 1982). Dle Breuera za to mohlo rozštěpení její mysli, k němuž došlo při zátěžové situaci v podobě otcova onemocnění, na dvě části. V jedné části se nacházely myšlenky a vzpomínky, jež nikdy nevstoupily do vědomí, a v druhé se nacházely ty, jež byly vědomé (Quen, 1986).

V roce 1895 spolu se Sigmundem Freudem vydali *Studii o hysterii*. Freud se ve své práci zabýval pojmem potlačení, jenž se někdy chybně s Janetovým konceptem disociace zaměňuje či spojuje. Morton (2004) uvádí, že zjednodušeně bychom mohli říct, že disociace je pasivní proces, kdy jsou mentální reprezentace odděleny od hlavního proudu vědomí, čímž jsou zneprístupněny vědomí. Zatímco represe je aktivní proces, při kterém jsou tyto reprezentace pouze přesunuty.

1.1. Patologická a nepatologická disociace

Od devadesátých let minulého století pojetí disociace směřuje dvěma směry. Prvním je model disociace, který ji rozlišuje na patologickou a nepatologickou. Nepatologickou zažívá každý z nás a týká se každodenního života. Je to kupříkladu prožitek pohlcení činností či naprostého zaujetí. Patologická v sobě zahrnuje jevy jako depersonalizaci či derealizaci. Oproti Janetovi tento model nepovažuje disociaci za patologii, ale klade důraz na kvantitu a kvalitu tohoto fenoménu v rámci jeho posuzování (Pastucha, Praško, & Cinculová 2011).

2 DISOCIATIVNÍ (KONVERZNÍ) PORUCHY

Tato práce je zaměřená především na disociativní poruchu identity, která spadá pod disociativní poruchy. Těmto poruchám se budu v následující kapitole věnovat. Nebudu se však jimi zabývat dopodrobna, protože každý typ je sám o sobě velmi pestrý a podkladově bohatý. Klasifikace je použita podle MKN-10, pokud tomu není uvedeno jinak.

Disociativní poruchy jsou charakterizovány tím, že nastává úplná či částečná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla. Jejich původ se předpokládá jako psychopatogenní, tj. časově souvisí s traumatizujícími událostmi, s neřešitelnými a nesnesitelnými problémy nebo porušenými vzájemnými vztahy. Pacienti často tyto problémy nevidí a utíkají tímto způsobem od reality.

Při diagnostice disociativní poruchy je nezbytné lékařským vyšetřením vyloučit tělesnou příčinu těchto symptomů a dále prokázat psychogenní původ, byť to může být těžké vzhledem k postojům pacienta, jež sami mnohdy vyloučí psychologické příčiny svých problémů. Nesmíme však ztrácet ze zřetele možnost pozdního objevení tělesného nebo duševního onemocnění.

Pro určení diagnózy je potřeba dle MKN-10:

- a) specifické klinické rysy pro jednotlivé disociativní poruchy;*
- b) chybí známky somatického onemocnění, které by mohly příznaky vysvětlit;*
- c) průkaz psychologické příčiny ve formě jasného časového vztahu ke stresovým událostem a problémům nebo k narušeným vztahům (i když je pacient popírá)*

Prevalence je u disociativních poruch komplikovaná, protože neexistuje dostatek přesných a aktuálních studií. V běžné populaci odhad činí 1 %. U psychiatricky hospitalizovaných pacientů odhad činí 3% (Ross, 1991). Dle jiných zdrojů je prevalence u běžné populace 10 % (Ross, Duffy, & Ellason, 2002).

2.1. Klasifikace disociativních poruch dle MKN-10

2.1.1 Disociativní amnézie F44.0

Základem disociativní amnézie je ztráta paměti, týkající se nějaké důležité nedávné události. Postihuje deklarativní paměť, zatímco implicitní paměť zůstává neporušená (Moult, 2017). Pacient si není schopen vybavit traumatickou událost ze své minulosti, přičemž je často přesvědčen, že již během ní trpěl amnézií. Disociativní amnézie je pomocí vhodných metod u většiny pacientů vratná (Staniloiu, & Markowitsch, 2014).

Disociativní amnézie je příliš rozsáhlá, aby se mohla považovat za důsledek běžného zapomínání, únavy či intoxikace. Je doprovázena bezradností, pocity stísněnosti a pozornost budícím chováním. Těžká deprese se vyskytuje vzácně. Někdy však místo toho může nastat nápadně klidné přijímání stavu (Herman et al., 2009).

Dle Rosse, Duffyho a Ellasona (2002) se jedná o nejčastější typ disociativních poruch s prevalencí okolo 7 %, přičemž toto číslo může být různé v jiných kulturních podmínkách.

Pro určení diagnózy je potřeba dle MKN-10:

- a) *amnézie (buď částečnou nebo úplnou) na nedávné události traumatizující nebo stresující povahy (tyto skutečnosti se mohou objevit, jen když jsou k dispozici informace od jiných osob));*
- b) *nepřítomnost organických mozkových poruch, intoxikace nebo nadměrné únavy*

2.1.2 Disociativní fuga F44.1

V případě disociativní fugy se k rysům disociativní amnézie přidává zdánlivě účelné odcestování z domova či místa pracoviště, přičemž pacient může zapomenout svou minulou identitu či nevědomě přijmout identitu novou. Nástup fugy bývá zpravidla náhlý a rychlý. Následuje po prožití traumatické nebo bolestivé události. Trvání nebývá příliš dlouhé, pohybuje se v řádu hodin a pouze výjimečně může trvat dny a měsíce (Herman et al., 2008).

Pro určení diagnózy je potřeba dle MKN-10:

- a) *rysy disociativní amnézie;*
- b) *účelné cestování mimo obvyklý každodenní dosah;*
- c) *zachovávaní základní péče o sebe (jídlo, mytí apod.) a jednoduchá sociální interakce s neznámými lidmi (např. koupení lístků nebo benzínu, dotaz na směr, objednání pokrmů atd.)*

2.1.3 Disociativní stupor F44.2

V případě, že lékařská vyšetření nenalezají žádné známky tělesné příčiny a je přítomno psychogenní působení v podobě závažné stresující události, jedná se o disociativní stupor. Vyznačuje se omezením volných pohybů nebo jejich naprostou ztrátou, neodpovídáním na podněty jako světlo, zvuk či dotek. Nástup je prudký a odeznění rychlé, zpravidla do několika hodin (Praško, Herman, Raszka, Hovorka, & Doubek, 2007).

Pro určení diagnózy je potřeba dle MKN-10:

- a) *stupor;*
- b) *nepřítomnost tělesné nebo psychické poruchy, která by mohla stupor vysvětlit;*
- c) *průkaz nedávných stresujících událostí nebo aktuálních problémů.*

2.1.4 Trans a stavy posedlosti F44.3

V průběhu této poruchy pacient trpí ztrátou pocitu osobní identity a narušení plného uvědomování si okolí. Během transu je sice narušeno vědomí, nedochází však k tvorbě alternativní identity, jak tomu je u stavů posedlosti, kdy je pacient přesvědčen, že se jej zmocnila jiná osoba, božstvo, duch či jiná entita. Oproti transu, kdy pacient netrpí amnézií anebo amnézií pouze střípkovitou, si po odeznění posedlosti pacient často nic nevybavuje z doby, kdy jej „posedla“ cizí entita. Tyto stavy se často vyskytují u primitivních kmenů, kdy jsou rituály nedílnou součástí jejich kultury a náboženství (Herman et al., 2008). Mezi poruchy patří pouze stavy, které jsou nechtěné a nejsou námi vyvolané.

Pro určení diagnózy je potřeba dle MKN-10:

- A. *Musí být splněna všeobecná kritéria pro disociativní poruchu.*
- B. *Musí být přítomen některý z následujících znaků:*
 1. *Trans – dochází ke změně vědomí, která se projevuje dvěma ze tří následujících znaků:*
 - a. *ztráta obvyklého pocitu osobní identity*
 - b. *zúžené uvědomování se bezprostředního okolí nebo neobvykle úzké a selektivní soustředování se na okolní předměty,*
 - c. *pohyby, postoje a řeč se omezují na opakování malého repertoáru.*
 2. *Stav posedlosti – jedinec je přesvědčen, že se ho zmocnil duch, mocnost, božstvo nebo jiná osoba.*
- C. *Stavy uvedené v kritériu B pod bodem 1. a 2. musí být nechtěné a rušivé a vyskytují se mimo náboženské nebo jiné situace, uznávané v jiné kultuře (nebo jsou jejich prodloužením).*

D. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Porucha se nevyskytuje současně se schizofrenií nebo s příbuznými poruchami ani s poruchami nálady s halucinacemi nebo obojí.

2.1.5 Disociativní porucha motoriky a citlivosti F44.4 – F44.7

Během těchto poruch nastává ztráta nebo narušení kontroly nad vědomými pohyby, aniž by lékařské vyšetření našlo tělesné příčiny. Symptomy jsou rovněž po stránce anatomické a fyziologické často bizarní, mění se a odpovídají spíše pacientově představě, jak by porucha měla probíhat, než jak doopravdy probíhají (Herman et al., 2008).

Na první pohled můžeme nalézt značnou podobnost s různými druhy ataxie, apraxie, akineze, afonie, dysartrie, dyskineze, záchvatů nebo obrny.

Pro určení diagnózy je potřeba dle MKN-10:

- A. neměly by být přítomny známky somatické poruchy,*
- B. musí být dostatek informací o psychologickém a sociálním pozadí a osobních vztazích pacienta, aby mohly být přesvědčivě formulovány důvody, proč se porucha objevila*

2.1.6 Disociativní křeče F44.5

Disociativní záchvaty nebo tako disociativní křeče se mohou velmi podobat epileptickým záchvatům, což se týče motorických křečí. Vzácně však u nich můžeme narazit na ztrátu vědomí, pokousání jazyka, pohmožděnin nebo inkontinenci moče. Ztráta vědomí může být nahrazena stuporem nebo transem.

Pro určení diagnózy je potřeba dle MKN-10:

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro disociativní poruchu.*
- B. U jedince náhle dochází k náhlým a neočekávaným křečovitým pohybům, které se velmi podobají různým epileptickým záchvatům, ale nedochází u nich ke ztrátě vědomí.*
- C. Příznaky podle kritéria B nejsou doprovázeny pokousáním jazyka, vážnými pohmožděninami nebo odřeninami následkem pádu a ani inkontinencí moče.*

2.1.7 Disociativní porucha citlivosti a poruchy senzorké F44.6

Tyto poruchy se projevují necitlivými místy na kůži, které odpovídají přesvědčení pacienta a ne anatomickým a fyziologickým poznatkům. Ztráta zraku není častá, spíše se vyskytuje ztráta ostrosti nebo tunelové vidění (Procházka, 2011).

Pro určení diagnózy F44.4 a F44.6 je potřeba dle MKN-10:

- a) *neměly by být přítomny známky somatické poruchy;*
- b) *musí být dostatek informací o psychologickém a sociálním pozadí a osobních vztazích pacienta, aby mohly být přesvědčivě formulovány důvody, proč se porucha objevila*

2.1.8 Smíšené disociativní (konverzní) poruchy

Jedná se o kombinace poruch uvedených dříve (F44.4 – F44.6)

2.1.9 Jiné disociativní poruchy F44.8

Ganserův syndrom F44.80

Jedná se o ojedinělou poruchu, která se váže na regresivní vypořádání s tíživou životní situací. Jinak se mu také říká vazbová psychóza, protože častěji postihuje vězně ve vazbě. Je charakterizován přibližnými odpověďmi (3+3=7), šišláním nebo výpadky paměti (Raboch & Pavlovský, 2012).

Mnohočetná porucha osobnosti F44.81

Vzhledem k zaměření této práce je této poruše věnována samostatná kapitola 3.

Přechodné disociativní (konverzní) poruchy vyskytující se v dětství a adolescenci F44.82

Jiné specifikované disociativní (konverzní) poruchy F44.88

Disociativní porucha nespecifikovaná F44.9

2.2. Srovnání MKN-10 a DSM-5

Jak již bylo v první kapitole napsáno, průkopníkem pojmu disociace byl Janet při své práci s pacienty s hysterií. Termín hysterie je však z hlediska historie problematický. Přestože má i své obhájce, vžil se do povědomí veřejnosti jako značně stigmatizující a pejorativní. Dle mnohých není vhodný ani pro svou nijakost a nejasnou ohraničenost (Smolík, 1997). Avšak až po sto letech od dob Janeta byla formálně zavedena jiná terminologie. V roce 1980 byly zavedené do DSM-3 nové dvě kategorie a to: disociativní a somatoformní poruchy. S těmito kategoriemi již pracovalo i desáté vydání MKN-10 z roku 1993. Oproti DSM, které disociativní a somatoformní poruchy chápe jako dvě samostatné kategorie, MKN je bere jako dvě podkategorie jedné skupiny poruch.

Jak MKN-10, tak i DSM-5 vychází z konceptu disociace od Janeta (*désagrégation mentale*). DSM-5 uvádí, že základem disociativních poruch je „*narušení a/nebo diskontinuita normální integrace vědomí, paměti, identity, emocí, vnímání, uvědomění těla, motorické kontroly a chování*“ (APA, 2017, 291). MKN-10 udává, že základními tématy disociativních (nebo konverzních) poruch „*jsou částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědomění si vlastní identity a bezprostředních pocitů, a ovládání tělesných pohybů*“ (WHO, 2014, 220).

Rozdíl však nalezneme ve vymezení trvání disociativních poruch. Dle DSM-5 jsou disociativní poruchy dlouhodobé, přetrvávající a chronického rázu, MKN-10 je popisuje především jako akutní poruchy, které odezní po pár dnech či týdnech a jsou přímo časově spjaté s traumatizující a zátěžovou událostí (Spiegel et. al, 2011).

Rozdílům v klasifikaci disociativní poruchy identity se budu věnovat v další kapitole.

3 DISOCIATIVNÍ PORUCHA IDENTITY

„Mít DID je jako řídit auto v noci, když v tom usnete a někdo vás vystrčí na sedadlo spolujezdce a začne řídit místo vás.“ Toto mi bylo řečeno jedním člověkem, kterému byla diagnostikována disociativní porucha identity a který se takto snažil popsat, jaké to je s touto poruchou žít. Pro mnohé se jedná pouze o vděčný materiál filmařů, pro jiné je rozpolcená osobnost mylně považována za projev schizofrenie. Je obtížné si představit, že v našem těle nejsme sami a občas v něm zaujmeme místo pouhého hosta. Akceptace existence disociativní poruchy identity však není tak jednoznačná ani mezi psychology a psychiatry.

Pro začátek již určité zmatení může nastat v terminologii. V odborné literatuře můžeme tuto poruchu nalézt pod dvěma názvy, jako *disociativní poruchu identity* (dissociative identity disorder – DID) nebo *mnohočetnou poruchu osobnosti* (multiple personality disorder – MPD) v závislosti na čase publikování a také místě. Nyní se již takřka celosvětově používá především disociativní porucha identity, zatímco mnohočetná porucha osobnosti se obecně považuje za zastaralou. Disociativní porucha identity nahradila mnohočetnou poruchu osobnosti v DSM-5 kvůli možnému zavádějícímu výkladu předchozího termínu. Mnohočetná porucha osobnosti nás naváděla k tomu, abychom pohlíželi na disociované části jako na různé a vzájemně oddělené osoby v jednom těle, čímž bychom se dopouštěli závažného omylu. Je nezbytné, mimo jiné i kvůli našemu pochopení pacientů s disociativní poruchou identity, abychom na ně i na jejich alternativní identity pohlíželi jako na části tvořící celek jedné osoby. Přestože sám pacient je může vnímat jako autonomní jedince, každá alternativní identita má hlubší význam (Howell, 2011). V MKN-10 ji přesto stále nalezneme jako mnohočetnou poruchu osobnosti. Pro svou práci však používám termín disociativní porucha identity prvně kvůli tomu, že se ztotožňuji s dříve vypsány důvody přechodu k DID, a také, protože ve většině literatury se hovoří o disociativní poruše identity a tudíž je pro mě tento výraz přirozené používat.

3.1. Definice a klasifikace disociativní poruchy identity/mnohočetné poruchy osobnosti dle DSM-5 a MKN-10

Disociativní porucha identity je označována jako komplexní chronický stav, při němž dochází k narušení identity a paměti (Kluft, 1987). Postihuje zejména pacienty, kteří v dětství zažili traumatickou událost, s níž se museli vyrovnat, jako například týrání nebo zneužívání, ať již psychické či fyzické, (Spiegel, 1984). Můžeme tedy o DID hovořit jako o post-traumatickém stavu.

Nejcharakterističtější znakem odlišujícím DID od ostatních poruch je přítomnost dvou či více různých identit, které se opakovaně ujímají kontroly nad chováním pacienta. V odborné literatuře tyto různé osobnosti nalezneme pod označením alternativní identity (*alternate identities*) nebo také *alters*. Alternativní identity mohou převzít kontrolu nečekaně, nebo také pod vlivem určité konkrétní situace, prožitku či spouštěče. Jejich zjevnost může být různá a u každého pacienta velmi individuální. U disociativní poruchy identity bez formy posedlosti (tzv. *non-possession-form*) nejsou alternativní identity natolik očividné a pro určení diagnózy se zaměřujeme na opakující se disociativní amnézii a diskontinuitu ve smyslu vnímání a uvědomování sebe sama, u druhé (tzv. *possession-form*) jsou alternativní identity velice zřetelně se projevující (APA, 2017).

I co se týče disociativní amnézie, tak jedinci s disociativní poruchou identity se od sebe značně liší. V některých případech jsou si plně vědomi poruch paměti, které se jim dějí, v jiných případech se mohou pokoušet o jejich zlehčení či si je neuvědomovat vůbec. Stejně často jako disociativní amnézie, provází disociativní poruchu identity i disociativní fuga.

Pro určení diagnózy disociativní poruchy identity 300.14 je potřeba dle DSM-5:

- A. *Narušení identity charakterizované existencí dvou nebo více rozdílných osobností, které může být v některých kulturách vnímáno jako posedlost. Porušení identity zahrnuje znatelné narušení vnímání a uvědomování si sebe sama, doprovázené souvisejícím alteracemi nálady, chování, vědomí, paměti, vnímání, kognice, a/nebo sensoricko-motorických funkcí. Tyto znaky a příznaky mohou být pozorovány jinými osobami anebo přímo sdělovány daným jedincem.*
- B. *Opakující se výpadky ve vybavování si každodenních událostí, důležitých osobních informací a/nebo traumatických zážitků do té míry, že to nemůže být vysvětleno běžnou zapomnětlivostí.*
- C. *Příznaky způsobují klinicky závažnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.*
- D. *Porucha není součástí běžně přijímané kulturní nebo náboženské praxe.*
Pozor: U dětí nelze příznaky lépe vysvětlit přítomností imaginárních přátel nebo jinou fantazijní hrou.

- E. *Příznaky nelze přičíst fyziologickým účinkům látek (např. „výpadek“ nebo chaotické chování v rámci intoxikace alkoholem) nebo jiným somatickým onemocněním (např. komplexní parciální epileptické záchvaty).*

Pro určení diagnózy pro F44.81 Mnohočetná porucha osobnosti MKN-10

- 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).*

3.2. Etiologie disociativní poruchy osobnosti

Abychom pochopili v celém významu etiologii disociativní poruchy identity, přiblížili jsme si v předchozí kapitole proces disociace. Disociativní porucha identity je považována za nejtěžší formu patologické disociace a její příčiny je možno vysledovat v dětství. Její vznik je signifikantně úměrný špatnému zacházení v předpubertálním věku (Putnam, 1989).

Ringrosová (2012) si za dobu své práce s lidmi s disociativní poruchou identity všimla několika opakujících se atributů, jež se objevují v historii těchto lidí:

- Špatná a nestálá vazba s rodičem
- Nepřítomnost matky (fyzická či psychická)
- Psychické či fyzické týrání a zneužívání, slovní napadání a shazování či opakované přihlížení domácímu násilí
- Opakované sebepoškozování či sebemrzačení

I Ross (1997) uvádí jako příčinu vzniku disociativní poruchy identity opakované zneužívání a týrání v dětství či kontinuální zanedbávání osobou na pozici rodiče před věkem pěti let. K tomu však ještě dodává, že porucha může vzniknout pod kulturními vlivy jako produkt nevhodné terapie.

Dítě těmito traumatizujícím okamžikům chce utéci a tak jako obranný mechanismus využije disociaci. Ta slouží k tomu, aby dětská mysl dokázala plný nápor ustát ((Loewenstein

& Putnam, 1990). Jedná se o nejkompexnější disociativní reakci na prožité trauma (Ross, 1991).

Dle několika studií kolem 97 % pacientů s disociativní poruchou identity zažilo v dětství výše zmíněné traumatizující události (Goodwin, & Sachs 1996). Toto však neznamená, že trauma v dětství vždy vede ke vzniku disociativní poruchy identity.

V oblasti psychických poruch nejsou dětské traumatizující zážitky ničím výjimečným. Studie navíc prokázaly, že vyšší prevalenci dětského traumatu než disociativní poruchy identity můžeme nalézt u hraniční poruchy osobnosti (Piper, 1994).

Můžeme tedy říci jistě jednu věc. Trauma v dětství se podílí na vzniku této poruchy, avšak přesně jakým způsobem a cestami se toto děje stále není úplně jasné. Dalšími proměnnými, které by mohli mít na tento proces vliv, jsou vlastnosti samotného jedince.

Bliss (1984) si všiml při své práci s těmito pacienty jednoho fenoménu. Všichni byli nadprůměrně hypnabilní a sugestivní. Představovali skvělé subjekty pro hypnózu a většina z nich po hypnóze trpěla amnézií. Autor našel vodítka, která dávají tušit důležitou roli autohypnózy při vzniku disociativní poruchy identity. Poukazuje také na fakt, že děti jsou více hypnabilní než dospělí. Ve chvíli, kdy dítě nemůže stres snést, uvede se do stavu hypnózy, v němž si vytvoří kamaráda (může to být i postava sourozence).

Kontroverzí není obklopená samotná porucha, ale i její vznik. Diskuze ohledně etiologie je velmi bohatá a sami odborníci věnující se tomuto tématu se neshodnou, který model je platný.

3.3. Symptomatologie

Disociativní porucha identity bývá mnohdy špatně diagnostikovaná. To způsobuje zkreslení povědomí o její prevalenci. Příčin je několik. Jednou z nich je široké spektrum symptomů, které se mohou projevovat v mnoha podobách a intenzitě.

Loewenstein, Hornstein, & Farber (1988) uvádí šest skupin symptomů, které lze vyzorovat u disociativní poruchy identity:

Projevy disociativních procesů

Tato skupina zahrnuje například: alternativní identity, halucinace/pseudohalucinace, jazykové projevy (použití množného čísla 1. osoby), fenomén *switchingu*

Autohypnotické projevy

Zde si můžeme povšimnout: částečné anestezie, mimotělních zážitků, spontánní vývojové regrese, stav transu.

Amnstické projevy:

V této skupině stojí za povšimnutí: disociativní fuga, výpadky paměti, nahodilé změny v chování ve vztahu k lidem.

Somatoformní projevy:

Tyto symptomy se projevují tělesně a ovlivňují zdraví pacienta, jsou to somatoformní bolesti (hlavy, žaludku, neurčitá bolest), křeče.

Projevy postraumatické stresové poruchy (PTSD):

Disociativní poruchy identity se často projevují symptomy typickými pro PTSD, jako jsou flashbacky, trauma, noční můry, panika.

Afektivní projevy:

Poslední zmiňovanou skupinou jsou tzv afektivní poruchy, jež zahrnují: depresivní stavy, hypomanické epizody, suicidální myšlenky, sebepoškození, beznaděj, vina.

Na základě výše zmíněného výčtu je pochopitelná častá chybná diagnóza disociativní poruchy identity, vezme-li se v úvahu malá informovanost psychologů a psychiatrů o této poruše.

3.4. Prevalence disociativní poruchy identity

Jak jsem zmínila v předchozí kapitole, určit prevalenci u disociativních poruch je těžké, o to těžší je to u disociativní poruchy identity, kdy narážíme hned na několik překážek. Tuto poruchu provází již od začátku velká kontroverze. Přestože za poslední léta nastal velký posun a disociativní porucha identity se dostává do hledáčku odborníků, stále je považována za velmi vzácnou poruchu, s níž valná většina psychologů či psychiatrů nepříjde za celou praxi do kontaktu. Jiní dokonce zůstávají skeptičtí vůči samotné existenci disociativní poruchy identity.

Poslední studie však ukázaly, že prevalence disociativních poruch by mohla být vyšší, než by se zdálo. Podhodnocování jejich výskytu by mohlo mít několik hned několik příčin. Dle Lowensteina & Rosse (1993) odborníci očekávají, že disociativní porucha identity bude probíhat bouřlivě a dramaticky, jak bývá vykreslována v médiích. Přibližně v 95 % případů

se jedná o těžko rozpoznatelné symptomy, které mohou ukazovat na jiné diagnózy. Dalším problémem, proč není disociativní porucha identity tak často rozpoznávána, může být to, že je stále obklopená dojmem nevědeckosti a potýká se s mnoha mýty.

Brand et al. (2016) se ve své práci věnuje šesti nejčastějším mýtům s ní spojenými. Jedním z nich je přesvědčení, že DID je především diagnostikované v severní Americe odborníky, kteří se přímo zaměřují na disociativní poruchu identity a diagnózu užívají až příliš často a tudíž se očekává, že prevalence v této části světa bude vyšší než v ostatních krajinách.

Podíváme-li se však na studie z předchozích let, můžeme si všimnout, že disociativní poruchy identity se nachází napříč různými krajinami. Stejně tak není natolik vzácná a ojedinělá, jak se traduje, spíše je naopak méně často správně diagnostikována a zaměňována za jiné častější poruchy. Brand, et al. (2016) to vysvětluje velkou dávkou skepticismu, nedostatečným povědomím a nedostatkem tréninku v této oblasti. Dalším častým mýtem, který uvádí, je to, že disociativní porucha identity je vytvořená iatrogenně a pod vlivem určité kultury. Vzhledem k tomu, že se jí nejvíce zabývají v severní Americe, měla by zde prevalence být o mnohonásob vyšší a v jiných částech světa se naopak nevyskytovat vůbec. Tomuto však odporují studie provedeny v Evropě či v Asii.

V Číně povědomí o disociativních poruchách není rozšířené. Ať již veřejnost, tak odborná komunita není s disociativní poruchou identity nijak obeznámena. Jedná se tudíž o prostředí netknuté kulturními vyobrazeními této poruchy. Bylo by tedy přirozené očekávat na základě výše zmíněných domněnek, že se zde s disociativními poruchami nesetkáme. Dle studie zde provedené tomu tak však není. Na vzorku hospitalizovaných pacientů (n=423) prevalence disociativní poruchy identity činila 0,5 % a na vzorku ambulantních (n=304) 0,3 % (Xiao et al., 2006).

Další studie provedené na turecké populaci také ukazují, že disociativní porucha identity není záležitostí jedné kultury. Na vzorku hospitalizovaných pacientů (n=166) prevalence dosahovala 5,4 %, což přibližně odpovídalo studiím ze severní Ameriky (Tutkun et al., 1998).

Přestože dříve řečené studie mohou sloužit k vyvrácení toho, že je disociativní porucha identity pouze lokálním fenoménem, míra prevalence se značně liší. Friedl, Draijer, & Jonge (2000) uvádí až mnohonásobné rozdíly v prevalenci mezi Evropou a severní Amerikou na základě devíti studií provedených na hospitalizovaných pacientech. Disociativní

poruchy v Evropě dosahují prevalence kolem 7,6 %, což je skoro čtyřikrát méně než v severní Americe s prevalencí 29,4 %. Rovněž disociativní porucha identity nabývá v Evropě 3,1 %, zatímco v severní Americe 5,5 %. Autoři se přiklání k vysvětlení, že je to způsobeno různou interpretací disociativních symptomů a rozdílným přístupem k disociativním poruchám, spíše než reálným výskytem těchto poruch.

V následující tabulce (Tab. 1) jsem shrnula studie, z nichž jsem vycházela, týkající se prevalence disociativní poruchy identity:

Tab 1: Prevalence disociativní poruchy identity

Prevalence disociativní poruchy identity			
Studie	Stát	Počet participantů	Prevalence
Studie prováděné na hospitalizovaných pacientech			
Ross et al. (1991)	Kanada	484	5,0 %
Saxe et al. (1993)	Spojené státy	172	4,0 %
Horen et al. (1995)	Kanada	48	6,0 %
Modestin et al. (1996)	Švýcarsko	207	0,4 %
Tutkun et al. (1998)	Turecko	166	5,4 %
Friedl & Draijer (2000)	Nizozemsko	122	2,0 %
Gast et al. (2001)	Německo	115	0,9 %
Xiao et al. (2006)	Čína	423	0,5 %
Ginzburg et al. (2010)	Izrael	120	0,8 %
Studie prováděné na ambulantních pacientech			
Şar et al. (2000)	Turecko	150	2,0 %
Şar et al. (2003)	Turecko	240	2,5 %
Xiao et al. (2006)	Čína	304	0,3 %
Foote et al. (2007)	Spojené státy	82	6,0 %
Studie prováděné na běžné populaci			
Ross et al. (1991)	Kanada	454	1,3 %
Johnson et al. (2006)	Spojené státy	658	1,5 %
Xiao et al. (2006)	Čína	618	0,0 %
Şar et al. (2007)	Turecko	628	1,1 %

DSM-5 uvádí dvanáctiměsíční prevalenci disociativní poruchy identity mezi dospělými v rámci 1,5 %, k tomu však dodává, že jde o prevalenci v rámci malé komunity v USA, přičemž mezi pohlavími se tato prevalence pohybovala u žen 1,4 % a u mužů 1,6 %.

3.5. Screeningové metody

Metody, jimiž lze zkoumat, lze rozdělit do dvou oblastí: dotazníky a klinické rozhovory. Klinické dotazníky samy o sobě nestačí k diagnostice disociativních poruch a slouží jako první krok při podezření na tuto diagnózu (Ringros, 2012). Při podezření na disociativní poruchu identity je potřeba provést důsledný klinický rozhovor.

3.5.1 Dotazníky

The dissociative experiences scale (DES I a II)

Tato sebesuzující škála se zaměřuje na jednotlivé disociativní symptomy. Dotazník čítající dvacet osm otázek mapuje široký rozsah projevů od amnézie, depersonalizace až po derealizaci. Cílí na disociativní poruchy a jejich diagnostická kritéria dle manuálu DSM 4. Participant na úsečce zaznamenává, kolik procent času se mu dějí zmíněné položky od 0 % do 100 % (Merckelbach, Boskovic, Pesy, Dalsklev, & Lynn, 2017).

Tento dotazník vychází z teorie disociativního kontinua. Je oblíbený pro svou zavedenost a přínosnost. Jeho reliabilita a validita byla už dostatečně potvrzená důvěryhodnými zdroji. Díky kvantifikaci dat disociativních zkušeností představuje užitečný nástroj k obohacení diagnostiky v psychiatrické či psychologické praxi (Ptáček & Bop, 2009).

Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ 20)

Nejedná se o v praxi natolik rozšířený nástroj jako DES, to však nic nemění na jeho užitečnosti a atraktivitě. Skládá se z dvaceti otázek, která se zaměřují na somatomorfí projevy. Pacient na tyto otázky odpovídá na Likertově škále od 1 do 5, kdy popisuje četnost výskytu těchto projevů. Je důležité se vždy zeptat, zda se za těmito projevy neskrývá zdravotní či tělesný důvod (Ringros, 2012).

3.5.2 Klinické interview

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

Jedná se o interview skládající se z dvou set sedmdesáti sedmi položek, které se zaměřují na pět oblastí disociace. Těmi jsou derealizace a depersonalizace, disociativní amnézie a samotné

alternativní identity a to, jak se projevují. Vyšetřující se při nich ptána pacientovy zkušenosti, konkrétní příklady projevů i jejich hlubší popisy. Na administraci je časově velmi náročný a doba vyhodnocování může přesáhnout i dvě hodiny (Chu, 2005).

The Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)

Časově výhodnějším na administraci než SCID-D-R je DDIS. Lze jej použít k vyhodnocení jak disociativních poruch, tak také hraniční poruchy osobnosti a depresivní poruchy (Ross, Heber, & Anderson, 1990). Je velmi spolehlivý při diagnostice disociativní poruchy identity a díky nové aktualizaci při vydání DSM 5 splňuje i nová diagnostická měřítka v tomto manuálu uvedených.

3.6. Switching

Mohlo by se zdát, že téma „překliknutí“ v disociativní poruše identity bude jistě odbornou zvědavost. Bohužel tomu tak není a najdeme jen málo literatury, která by se tomuto fenoménu věnovala. Důvodem může být přílišná subjektivnost a nutnost introspekce tohoto fenoménu, která odrazuje od výzkumu.

Takzvaný *switching* označuje proces přeměny jedné osobnosti v druhou. V češtině můžeme narazit na označení „překliknutí“ nebo „přebliknutí“. Jedná se o změnu ve vědomí člověka, která se projevuje na několika úrovních. Během *switchungu* se mění přístup ke vzpomínkám, vnímání sebe sama i okolí. Rozdíly však mohou být patrné i na neverbálních projevech, jako je výraz obličeje, grimasy, pohyby, stejně jako na těch verbálních, jako je tempo řeči, tón či zabarvení hlasu (Putnam, 1988).

Switching může vyvolat hned několik různorodých spouštěčů. Putnam (1988) uvádí kognitivní (depresivní myšlenky), časové (významný časový údaj, výročí), sociální situace či osoby. Z valné většiny se jedná o podněty pro jedince významné. Nemusí být však nutně negativní a nepříjemné. Pro pacienty je možné se naučit „překliknutí“ ovládat pomocí vhodné terapie.

Alternativní identity se mohou ujmout vedení během terapie i „samy“, když chtějí terapeutovi něco sdělit, či terapeut potřebuje přístup do vzpomínek, jež jsou hostitelské osobnosti nepřístupné (Ringros, 2012).

Proces změny může být časově variabilní. Nejkratší *switching* trvá v řádu sekund a nejdelší se pohybuje v rozmezí několika minut. Průměrná délka je okolo pěti minut. Změny

v osobnostech mohou být velmi výrazné, jindy si však jako pozorovatel nemusí být toho ani schopni všimnout (Putnam, 1989).

3.7. Alternativní identity

Nejcharakterističtějším znakem disociativní poruchy identity jsou bezesporu alternativní identity. V odborné literatuře je můžeme nalézt jako „alters“ (počeštěno jako alteři), alternativní osobnosti či alternativní identity. Pro tuto práci používám poslední zmíněný výraz kvůli libozvučnějšímu znění než alteři a také ze zvyku.

Přístupy k alternativním identitám se liší. Někteří odborníci se domnívají, že by se k nim mělo přistupovat jako k plnohodnotným osobám. Odůvodňují to vlastními vzpomínkami, osobností a relativní autonomií. Jiní je zase neberou ne víc než metafory vytvořené pro vyrovnávání s traumatem a dle toho by k nim měl být vzat přístup. Proti tomu se však nachází častá úplná skepse vůči existenci alternativních identit (Merckelbach, Devilly, & Rassin, 2002).

Alternativních identit se u jedince může objevovat mnoho. Jako průměr je udáván počet patnácti (Ross, 1991). Lze nalézt i případy, kdy bylo uvedeno až sto a více osobností (Putnam et al., 1986). Ne všechny se však musí projevovat. Také během života se počet těchto osobností mění. Některé zanikají, jiné vznikají.

Alternativní identity tvoří systém, v němž můžeme nalézt několik typů rolí. Tento systém si dále popíšeme (dle Ringros, 2012).

3.7.1 Vnitřní systém

U pacientů s disociativní poruchou identity se můžeme setkat, jak již bylo řečeno, s alternativními identitami a poté s hostitelskou osobností.

Hostitelská osobnost

Na počátku stojí původní osobnost. Ta je prvotní a ovlivňuje vznik všech následujících identit. Hostitelská osobnost je tou, která po většinu času má vládu nad tělem a rozhoduje o důležitých věcech. Zjednodušeně řečeno je ona tou hlavní. Ojediněle však bývá pouze jedna, častěji se vyskytují dvě či tři hostitelské osobnosti. Někdy se může zdát, že hostitelská osobnost je jedna. Ve skutečnosti je však pouze sumou několika identit, které se spolu rozhodly spolupracovat.

Dětské identity

Jedná se o nejčastější typ alternativní identity a také původem nejstarší. Jsou většinou „zamrzlé“ v časovém období, kdy byly vytvořeny. Tedy nejčastěji od pěti do deseti let. Dětské identity často pláčou, jsou popisované jako křehká až éterická stvoření. Rovněž jsou velmi citlivé a zranitelné. Cílem terapie by mělo být pomoci jim vyrůst do věku pacienta.

Persekutoři a násilné identity

Tyto identity jsou pro hostitelskou osobnost velmi nebezpečné. Projevujíc se vůči němu agresivně a destruktivně. Zdroj sebevražedného chování, sebepoškozování a sebemrzačení je vystopovatelný právě u nich. Agrese se však nevztahuje pouze na ně, ale také na jejich okolí. Hostitelskou osobnost se snaží ovládat, přerušovat či jinak kontrolovat. Právě s nimi je práce v terapii nejtěžší, ale také stěžejní.

Pomáhající identity

Tyto osobnosti mohou být vnímatelné jako jakýsi protipól k persekutorům. Ujímají se vlády, pokud systém potřebuje pomoci z nějaké nepříjemné situace a chrání hostitelskou osobnost před stresem. Bývají popisované jako slušné, pracovité a sebevědomé.

Toto dělení je značné zjednodušené, avšak vystihuje podstatu systému alternativních identit a hostitele. Alternativním identitám s dalším detailnějším dělením se věnuje Putnam (1989). Je nutné si uvědomit, že forma alternativních identit může být velmi různorodá. Můžou být zastoupena různá pohlaví, rasy, ale je možné se setkat i s alternativní identitou v podobě démona, ducha, d'ábla či jiného nelidského stvoření.

4 KVALITA ŽIVOTA

Do každodenního slovníku se vžilo označovat život jako kvalitní s pozitivním konotátem. Přesto všichni o „kvalitním“ životě máme více či méně odlišnou představu, kterouž ovlivňuje mnoho faktorů. Stejně tak chceme každý takového života dosáhnout – spokojeného, naplněného a šťastného. Jenže jaký je takový život? Lze jej definovat? Řekneme-li o někom, že má kvalitnější život, co tím myslíme? Že má rodinu, smysluplnou práci nebo snad úplně něco jiného? Jedno je jisté. Kvalita života je téma velice provokativní a jitrí zvědavost mnohých, je však také těžko uchopitelné a definovatelné.

Téma kvality života se prolíná mnoha odvětvími, přes medicínu, psychologii až po sociologii, z toho pramení různé nahlížení na jeho definici a cesty k jeho pochopení.

4.1. Historie

Snadno bychom mohli nabýt dojmu, že kvalita života je pojem poměrně moderní, k němuž se pozornost obrátila pod vlivem sociálních a kulturních změn ve společnosti. Zájem o lidskou existenci provází lidstvo již odnepaměti, přestože v jiných podobách, než je tomu dnes.

Křivohlavý (2004) nám přibližuje dva hlavní proudy zájmu posuzování života z minulosti. První cestou je duchovní nebo také náboženská. Zabývala se způsoby, jak vést „dobrý“ a „moudrý“ život. Druhou, neméně významnou, byla filozofická, jejíž linku můžeme sledovat od antiky až do moderní doby. Kladla do opozice „dobrý, správný“ život k „špatnému“, přičemž se věnovala otázkám etickým i antropologickým.

S kvalitou života ve smyslu, jak ji chápeme nyní, se můžeme setkat až ve dvacátých letech dvacátého století (Ustohal & Venclíková, 2016). Tehdy se objevila v narůstajícím ekonomickém a sociálním zájmu i o chudší vrstvy obyvatel USA. V době, kdy se blížila Velká deprese a svět se snažil ekonomicky vyrovnávat s dopady I. světové války, se objevila snaha o podporu těžce zkoušených lidí a k ní bylo potřeba teoretických východisek.

Znovu se tento termín objevil po II. Světové válce a od té chvíle čím dál silněji nabýval na popularitě. Velký podíl na tom měl prezident Spojených států Lyndon B. Johnson.

V roce 1964 pronesl projev, díky němuž se spojení *kvalita života* nesmazatelně zapsal do obecného povědomí. Zdůraznil v něm, že cíle nemohou být posuzovány v rámci výši příjmů, ale má se brát ohled především na kvalitu života. Toto vedlo k nárůstu zájmu o tento pojem a k napsání velkého množství publikací. Životní podmínky ve společnosti se zlepšovaly a tím se přesouvala pozornost i nad rámec finančního zázemí (Barcaccia et al., 2013).

Přesto kvalita života v kontextu šedesátých let spíše představovala koncept založený na sociálně-ekonomických ukazatelích. Již v sedmdesátých letech se kvalita života začala prosazovat pomalu i jako vědecký pojem. V té době se v USA uskutečnil první velký výzkum kvality života obyvatelstva. Jeho záměrem bylo prozkoumání oblasti hodnocení svého života samotnými lidmi a na základě tohoto stanovit subjektivní ukazatele, jak sami lidé hodnotí svůj život, i objektivní indikátory jako místo bydliště, zaměstnání aj. Tento výzkum vedl k výsledkům, že pro subjektivní hodnocení života je rozhodující kognitivní a emocionální prožívání více než sociálně-ekonomické zázemí, pokud se lidé přímo nepohybují na hranicích chudoby (Hnilicová & Bencko, 2005).

V šedesátých letech se kvalita života začala prosazovat i na poli medicíny. V první polovině dvacátého století se medicína zaměřovala spíše na délku život, tedy více na kvantitu než na kvalitu. Obecné zdraví se odvozovalo od mortality a morbidity. V roce 1966 Elkington uveřejnil práci s názvem „Medicína a kvalita života“. Jak šla doba kupředu, tak pokrok na poli technologie ovlivňoval i lékařství. Objevily nové zákroky a postupy jako transplantace a dialýza. S nimi vyvstala nová témata zaměřená i na pohodu a komfort pacientů, nejen na jejich zdravotní stránku (Pennacchini et al., 2011).

V posledních desítkách let význam kvality života vzrostl napříč mnoha obory a je všudypřítomný. Odborníci vyvinuli řadu nástrojů ve snaze ji změřit, avšak jedna ustálená definice a jednotný pohled na ni stále neexistují.

4.2. Definice kvality života

Definic a popisů kvality života existuje mnoho, stejně tak jako přístupů k ní. Z tohoto nám však vyvstává i mnoho problémů, které zapříčiňují kritiku používání tohoto pojmu na poli vědeckého zkoumání. Cílem této práce není sáhodlouhý výčet různých definic, proto uvedu pouze několik pro mě zásadních pro můj výzkum.

Koncept kvality života bývá definován mnohými faktory. Gurková (2011) uvádí, že bychom jej mohli nejlépe popsat příponou *multi*. Tedy se jedná o koncept multidimenzionální,

multidisciplinární, multiúrovňový a multifaktoriálně podmíněný. To svědčí o nejen rozsáhlosti a komplexnosti, ale také o subjektivitě, kteréž to jako prvky jsou těžce uchopitelné, mnohými autory označované jako až nemožně definovatelné.

Kvalita života může být sledována v mnoha polích odborného zájmu a z různých úhlů. Můžeme mluvit o pojetí statickém, kdy zkoumáme stav v určitém časovém úseku, například současná kvalita života seniorů v Jihomoravském kraji. Oproti tomu pojetí dynamické bude sledovat kvalitu života v dlouhodobějším rámci, kupříkladu vývoj kvality života nezaměstnaných v České republice za posledních sedm let. Za zmínku stojí i deskriptivní přístup, jímž popisujeme a zajímáme se o minulý, nebo současný stav, zatímco preskriptivní se snaží nalézt odpověď na to, jaké by věci měly být (Křivohlavý, 2004).

K názornosti rozsáhlosti kvality života může sloužit i model vypracovaný v díle Bergsma a Engela (1988). Jejich koncept se skládá ze čtyř úrovní: makro, mezo, osobní a fyzické aktivity. Dle autorů je toto téma důležité a to především v oblasti praktického využití v medicíně, například při rozhodování těžkých etických voleb. Jedná se tudíž o model spíše praktický než teoretický. *Makroúroveň* je definována společností jako takovou, náboženstvím a právním systémem. Týká se i ekonomických podmínek, základních práv a vyspělosti celku, v němž se člověk nachází. Ty se odvíjí od respektu života jako absolutní morální hodnoty. Řeší tedy problematiku zachování života v oblasti epidemií, války, chudoby atd. V *mezoúrovni* se nachází menší společenské celky, jako jsou například školy, nemocnice a ve zdravotnictví nemocnice či léčebny. Zaměřuje se na sociální klima, vztahy mezi jednotlivci v skupině, jejich spokojenosti. To vše však v rámci instituce/skupiny. Kvalita života je zde poměřována cíly a zásadami celé skupiny a ne na základě jednotlivců. *Osobní úroveň* se striktně týká jednotlivce a toho, jak nahlíží na svůj život. Jde o subjektivní posouzení životních podmínek a situace, v níž se nachází. Dodávají, že kvalita není číslo a není jako taková měřitelná. Dle nich se jedná: „...o výsledek porovnání a ověření několika hodnot. Kvalita je úsudek, a to subjektivní úsudek bez skutečné konzistence“ (Bergsma & Engel 1988, 275). Poslední rovinou je *úroveň fyzické aktivity*. Jedná se o pouze a jenom o naše chování, jednání a vnější projevy, které je možné pozorovat a objektivně měřit. Přestože lze stanovit kritéria a tabulky pro tyto hodnoty, nejsou vhodné pro posuzování kvality života.

Při výzkumu kvality života je tedy nutné si uvědomit, do které roviny náš předmět zájmu spadá a dle toho přizpůsobit metodologii.

Jednotná definice neexistuje a zřejmě v nejbližší budoucnosti ani nenastane shoda, která by její vznik umožnila. Kvalita života je termín velmi často skloňovaný napříč různými

obory. Každé odvětví se na něj dívá jinak, v jiném kontextu a z jiných úhlů. To se poté odráží v oblastech, jež tyto obory považují za klíčové, v použití, v měření i v definicích, které nám nabízejí. S kvalitou života se nejčastěji setkáme z pohledu psychologie, sociologie, kulturní antropologie a v medicíně (Hnilicová & Bencko, 2005).

Světová zdravotnická organizace (1997, 1) definuje kvalitu života jako „*Pohled jedince na svou pozici v životě v kontextu kultury a systému hodnot, v nichž žije, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a obavám*“. Dále ji popisují jako velmi rozsáhlý pojem, který je ovlivňován fyzickým zdravím, psychologickým stavem, úrovní samostatnosti, sociálními vztahy, osobními přesvědčeními a vztahem k nejdůležitějším prvkům prostředí, v němž člověk žije. Jedná se tedy o velmi obsáhlou škálu různých oblastí.

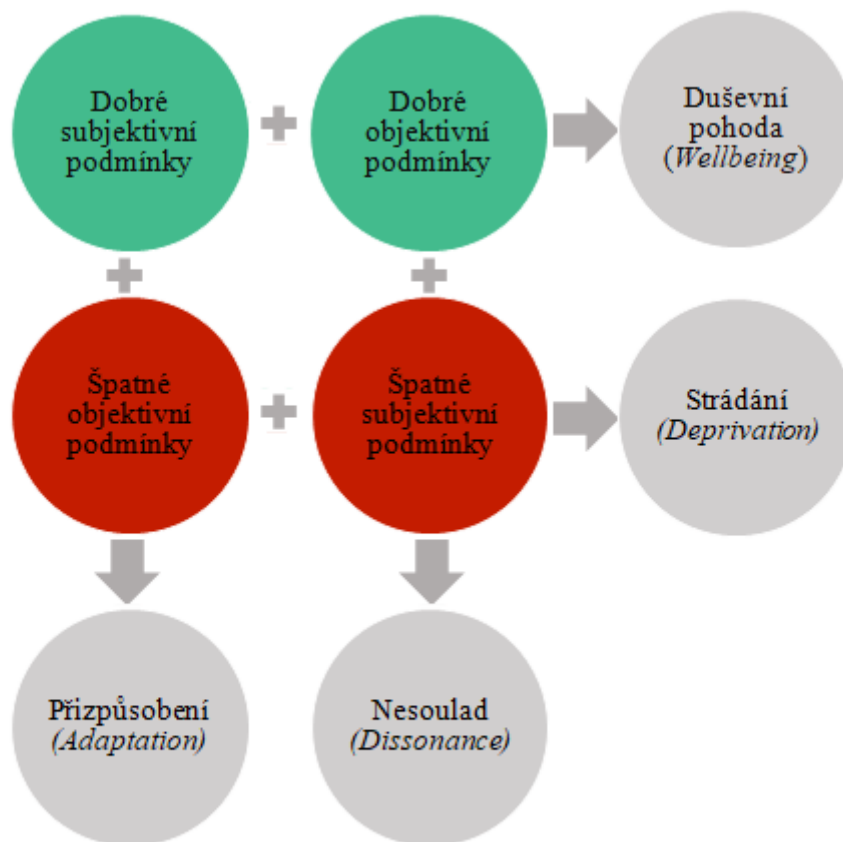
V Slovníku psychologie od APA můžeme najít tuto definici: „...*v jakém rozsahu člověk získává uspokojení ze života. Pro dobrou kvalitu života jsou potřeba: emoční, materiální a fyzická pohoda (well-being); zapojení do mezilidských vztahů; příležitosti pro osobní (např. dovednostní) rozvoj; uplatňování práv a rozhodování o volbě životního stylu a účast ve společnosti*“ (VandenBos, 2015, 871). Tamtéž se dále také zdůrazňuje důležitost zvyšování a udržování kvality života u osob, které trpí chronickým, nebo vývojovým onemocněním či jinými postiženími, kterých se dotýká lékařská nebo psychologická péče a v neposlední řadě u starých osob.

Napříč různými definicemi jsme schopni objevit dvě dimenze, do nichž jednotlivé oblasti spadají. Těmi jsou subjektivní a objektivní faktory. Objektivní indikátory je možno pozorovat i jako druhá osoba. Jedná se o ekonomické (zda má, či nemá zaměstnání), sociální (zda má, či nemá sociální kontakty), environmentální zázemí (zda má, či nemá vhodné podmínky pro život) či stav fyzického zdraví. Mezi subjektivní indikátory patří hodnocení vlastního života a pocity jedince (Ustohal & Venclíková, 2016).

Tyto dimenze spolu nejsou vždy v souladu. Můžeme být v perfektním zdravotním stavu a přesto se stále cítit špatně. Vztahy mezi nimi a k čemu v jejich výsledku dochází, jsme shrnuli níže (Obr. 1).

Rozdělení na subjektivní a objektivní ukazatele se může zdát elegantní, avšak v praxi dle Veenhova (2000) se nejvíce jeví jako užitečné. Odůvodňuje to tím, že rozdíl spočívá spíše ve způsobu nazírání na jednotlivé oblasti než v jejich podstatě. K nedorozumění navádí již samotné označení. Za slovem objektivní bychom si mohli představit nezkreslená pravdivá fakta, což by bylo v tomto kontextu nesprávné.

Obr. 1 Kombinace objektivních a subjektivních faktorů (dle Zapf, 1984)



Veenhoven (2000) přístupy ke kvalitě života napříč obory shrnuje dle dvou dichotomií dle aspektů, na které se zaměřují (Tab. 2). Nepracuje zde se subjektivními ani objektivními faktory, ale s životními šancemi a možnostmi oproti životním výsledkům. Také rozlišuje kvalitu na vnější a vnitřní. Vnější se týká prostředí, v němž člověk žije, a vnitřní se zaměřuje čistě na něj samotného. Přesto autor kritizuje i tento výběr, byť je jeho tvůrcem. Dle něj je kvalita života tak rozsáhlá a komplexní, že vždy půjde pouze o výčet prvků, nikoliv celek.

Dalším problémem při snaze o dosažení definice kvality života je rozdíl v kultuře. Socio-kulturní podmínky mají nevyvratitelný vliv na vnímání jednotlivých aspektů i celkového hodnocení kvality života (Barcaccia et al., 2013).

I přes tyto kontroverze spojené s kvalitou života se badatelé nevzdávají snahy o její konceptualizaci. Je proto možné nalézt modely, které se pokouší o překlenutí oborových rozdílů a popsat kvalitu života z obecného hlediska i modely zakotvené v konkrétních oborech.

Tab. 2: Čtyři kvality života

	Vnější kvality	Vnitřní kvality
Životní šance	<p>Podmínky prostředí k životu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekologické • Sociální • Ekonomické • Kulturní • Atd. <p>Sociologie, ekologie, politologie</p>	<p>Životaschopnost jedince</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fyzické zdraví • Psychické zdraví • Znalosti • Schopnosti • Umění žít <p>Lékařství, psychologie, pedagogika, biologie</p>
Životní výsledky	<p>Prospěšnost života</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pro okolí • Morální úplnost <p>Filozofie</p>	<p>Zhodnocení života</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spokojenost s životem • Převládající nálady

Jedním z oblíbených a často citovaných současných modelů je obecný model Centra pro podporu zdraví Univerzity v Torontu. Jejich model je založený na kvantitativních i kvalitativních datech, která za svůj výzkum v oblasti kvality života nasbírali. Přístup je holistický a má velmi široké spektrum využití. Je uplatnitelný pro osoby s nějakým druhem postižení i pro ty bez něj, pro adolescenty i dospělé. Za teoretickou inspiraci si bere definici kvality života od WHO, kterou jsem zmínila dříve. Tento koncept definuje kvalitu života jako „...*míru, v níž člověk využívá důležité možnosti svého života*“ (The Quality of Life Model, nedat.) a skládá se ze tří dimenzí B-B-B (*being-belonging-becoming*) (viz Tab. 3).

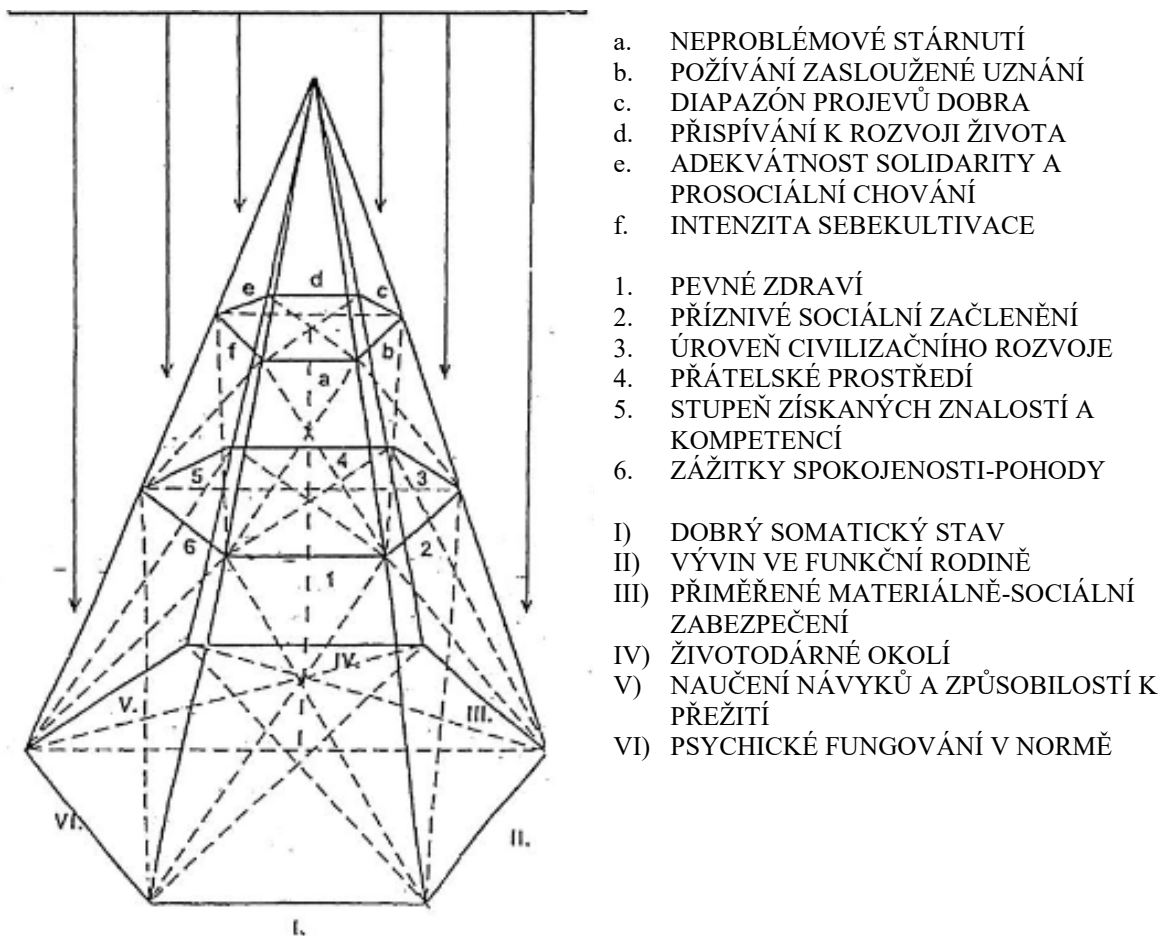
Mareš (2006) obecné modely včetně torontského však kritizuje s tím, že většina z oblastí není měřitelná. Nevidí také smysl v užití obecných modelů v praxi vzhledem k nemožnosti srovnání nesourodých složek a plného pochopení vztahů mezi nimi. Jedná se o modely statické a jako takové neukazují vývoj v čase.

Příkladem modelu z našeho prostředí by mohlo být obecné hierarchické uspořádání, které nám předkládá Kováč (2001). Na hierarchických modelech můžeme vidět historickou inspiraci pověstnou pyramidou potřeb psychologa Maslowa.

Kováč (2001) svůj model dělí na úrovně: nejspodnější bazální (existenční), mezo (individuálně-specifickou), meta (elitní). Tyto úrovně se co do skóru nerovnají a nemají stejnou váhu. Každá úroveň se dále dělí na dalších šest celků, přičemž jeden celek se stupňuje

směrem vzhůru. Například I) dobrý somatický stav na bazální úrovni dává za základ 1. pevnému zdraví na mezo-úrovni a dále až k a. neproblémovému stárnutí na meta úrovni. Autor však zdůrazňuje, že se jedná o hypotetický model, který neobjasňuje vše. Například nevysvětluje, pouze naznačuje vztahy mezi horizontálními a vertikálními aspekty. Úrovně spolu nejsou v přímé úměře, to znamená, že zhoršení v části bazální části nemusí ihned vyvolat zhoršení v adekvátní části jiné úrovně.

Obr. 2 Hypotetický model dle Kováče (2001, 40)



Dalším typům modelům se věnuje v přehledové studii Mareš (2006), těmi jsou modely obecné, obecné hierarchické, strukturně-dynamické modely, speciálně-teoretické, konkrétní a konsensuální. Můžeme tedy vidět rozmanitost přístupů k této problematice a nemožnost je uchopit všechny v rámci této bakalářské práce.

Tab. 3: The Quality of Life Model

<p>Bytí (<i>being</i>) Kým člověk je</p>	<p>Fyzické bytí</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fyzické zdraví • Osobní hygiena • Výživa • Cvičení • Péče o vzhled a oblékání • Celkové fyzické vzezření
	<p>Psychologické bytí</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psychické zdraví a adaptovanost • Kognitivní úroveň • Emotivita • Sebevědomí, sebepojetí a sebevládní
	<p>Spirituální bytí</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Osobní hodnoty • Osobní standardy chování vůči okolí • Víra, duchovní přesvědčení
<p>Někam náležet (<i>belonging</i>) Propojení s prostředím, v němž se člověk pohybuje</p>	<p>Fyzická příslušnost</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domov • Pracoviště/škola • Sousedství • Komunita
	<p>Sociální příslušnost</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partneři • Rodina • Přátelé • Kolegové • Sousedé a lidé příslušející ke stejné komunitě
	<p>Komunitní příslušnost</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Přiměřený příjem • Zdravotní péče a sociální služby • Zaměstnanost • Vzdělávací programy • Programy pro volný čas • Akce a aktivity v rámci komunity
<p>Realizovat se (<i>becoming</i>) Usilování o dosažení cílů, naplňování nadějí</p>	<p>Praktické usilování</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Domácí aktivity • Placená práce • Školní/ dobrovolnické aktivity • Naplňování zdravotních a sociálních potřeb
	<p>Volnočasové usilování</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivity podporující relaxaci a redukování stresu
	<p>Růstové usilování</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivity podporující udržování nebo zlepšování znalostí, schopností a dovedností • Přizpůsobování se změnám

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Téma disociativní poruchy identity není v České republice rozšířené, bývá mnohdy upozaděováno a přehlíženo kvůli své kontroverzi a malému zastoupení těchto pacientů. Oproti tomu v zahraničí je mu věnováno stále více a více pozornosti. V našem prostředí tudíž nemáme k dispozici výzkumy, které by byly orientovány přímo na tyto pacienty. I my se však můžeme s touto poruchou běžně setkat a to v podobě literárních či filmových zpracování. Většinou se jedná o vyobrazení, která vyvolávají negativní dojem a pokládají úrodnou půdu pro stigmatizaci. Často jsou fiktivní postavy zobrazovány jako nebezpeční jedinci až s mysteriózním nádechem. Ten často komplikuje pochopení této poruchy mezi lidmi a řadí ji jako něco přehnaného a těžko uvěřitelného.

Toto mě inspirovalo zajímat se blíže o české pacienty s disociativní poruchou identity. Přesněji řečeno o to, jak prožívají svůj život s touto poruchou. Vzhledem k tomu, že se jedná o specifický výzkumný soubor a o pojem tak komplexní, jako je kvalita života, zvolila jsem kvalitativní metodu výzkumu.

5.1. Cíle výzkumu

Mým hlavním cílem bylo prozkoumat a popsat život pacientů s disociativní poruchou identity, jejich prožívání a jak tato porucha ovlivňuje jejich život. Zároveň jsem usilovala o pochopení těchto lidí a jak se tato porucha odráží v každodenním životě. Snažila jsem se pochopit, zda tato porucha zasahuje do života pacientů negativně, případně jak, a jestli je ztěžuje. Na druhou stranu jsem se zajímala i to, zda pacientům přináší do života i pozitivní přínos.

Zajímala jsem se také, jaké oblasti života pacienti považují za nejdůležitější v rámci jeho hodnocení.

Vedlejším cílem bylo rozšíření povědomí o disociativní poruše identity na pomezí psychologie a zvýšit o ní povědomí.

5.2. Výzkumné otázky

V rámci výzkumu jsem si stanovila několik výzkumných otázek za účelem přiblížení kvality života pacientů s disociativní poruchou identity:

Jako hlavní výzkumnou otázku jsem si stanovila:

Jak pacienti s disociativní poruchou identity prožívají svou nemoc?

Dalšími otázkami byly:

VO2: *V jakých oblastech pacienti s disociativní poruchou identity pociťují negativní vliv své poruchy?*

VO3: *V jakých oblastech pacienti s disociativní poruchou identity pociťují pozitivní vliv své poruchy?*

Výzkumné otázky

VO4: *Jak disociativní porucha identity ovlivňuje fungování pacientů v běžném životě?*

6 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Pro tuto práci byl využitý kvalitativní přístup. Jak uvádí Ferjenčík (2010), kvalitativní výzkum je holisticky orientovaný. Předměty zájmu jsou zkoumány dle možností v celém svém kontextu se snahou pochopit je i rámci souvislostí a návazností. Zaměřuje jak na člověka, tak na skupinu. Výzkumník se snaží události nejen prozkoumat, ale také pochopit. Ke sbírání dat se používají jen málo standardizované metody a výzkumník představuje hlavní středobod výzkumu.

Miovský (2006, 18) o kvalitativním výzkumu v rámci psychologie říká, že je: *„...přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání.“*

Další přednosti kvalitativního výzkumu můžeme nalézt v možnosti studovat procesy, věnovat se zkoumaným fenoménům v přirozeném prostředí a pružně reagovat na situace či podmínky. Musíme však počítat s tím, že získané výsledky nemusí být možné aplikovat na populaci či do jiného prostředí. Rovněž mohou být zkreslené osobou výzkumníka. Samotný sběr dat a jejich následná analýza jsou časově náročnější Hendl (2005).

Pro výše zmíněné charakteristiky jsem si tento přístup vybrala, abych mohla zachytit komplexnost tématu kvality života a vytvořit explorativní vhled do tohoto tématu.

6.1. Metody získávání dat

Pro získání dat jsem zvolila rozhovor. Ferjenčík (2010) jej považuje jako nejvhodnější metodu pro získání poznatků o názorech, postojích, záměrech a přání. Umožňuje také předat výzkumníkovi to, jak člověk situaci rozumí. Jeho limity však spočívají v tom, že informace jsou vždy pouze zprostředkované a omezené jazykem.

Proto jsem jej skloubila s pozorováním. Rozhovor s respondenty jsem nahrávala na diktafon a mohla jim tedy během rozhovoru věnovat plnou pozornost.

Zvolila jsem polostrukturovaný rozhovor, který je jakýmsi kompromisem mezi plně strukturovaným a nestrukturovaným interview. U polostrukturovaného rozhovoru si určíme tzv. jádro interview, tj. pevně stanovené otázky, na které chceme znát odpovědi. Tuto strukturu dále můžeme rozvíjet doplňujícími otázkami (Miovský, 2006). V případě potřeby můžeme reagovat a přizpůsobovat se potřebám, které se vynoří.

Níže uvádím strukturu prováděného rozhovoru:

1. *Jak podle Vás vypadá dobrý a spokojený život?*
2. *Co byste označil/a ve svém životě jako nejdůležitější?*
3. *Čeho byste chtěl/a dosáhnout ve svém životě?*
4. *Jak byste popsal/a svůj život v současném okamžiku?*
5. *Jak vnímáte sám/sama sebe?*
6. *Změnil se Váš pohled na disociativní poruchu identity během průběhu Vaší poruše?*
7. *Jaké jsou symptomy Vašeho onemocnění?*
8. *Bráním Vám Vaše onemocnění v tom, co byste chtěl dělat?*
9. *Myslíte, že Vás Vaše onemocnění v něčem omezuje?*
10. *Vnímáte nějaký přínos Vašeho onemocnění?*
11. *Míváte dostatek energie na věci, které byste chtěl/a dělat?*
12. *Jaké máte zkušenosti s reakcí Vašeho okolí na Vaše onemocnění?*
13. *Co považujete za největší podporu ve svém životě?*
14. *Co pro Vás v životě znamená rodina?*
15. *Jak byste popsal své dětství?*
16. *Co pro Vás v životě znamená vztah a partnerství?*
17. *Co pro Vás v životě znamenají přátelé?*
18. *Naplňuje Vás Vaše práci/studium?*
19. *Jak vidíte svůj život v budoucnosti?*
20. *Co byste chtěl ve svém životě zlepšit?*
21. *Co Vám nejvíce pomohlo při Vašem onemocnění?*

Při tvorbě otázek jsem se držela zásady pro vedení interview od Hendla (2005). Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly tvořeny na základě rešerše literatury. Ty jsem poté dle potřeby rozváděla.

Na začátku tvorby otázek jsem si stanovila několik oblastí, které vycházely z teorií a modelů kvality života zmíněných v teoretické části této práce. Těmito oblastmi byly například pohled respondenta na kvalitu života, jeho hodnoty, fyzické zdraví, sociální vztahy a plány do

budoucná. Tyto oblasti byly pouze orientační a sloužily k tomu, abych zachovala určitou strukturu při dalším doptávání.

Během tvoření otázek jsem směřovala od obecnějších věcí ke konkrétnějším. Citlivější a osobnější věci jako byly rodinné a partnerské vztahy jsem zařadila až později. Na konci jsem ponechala respondentům prostor k tomu, zdali by nechtěli něco dodat či doplnit.

6.2. Metody zpracování a analýzy dat

Po provedení rozhovoru jsem přešla k procesu doslovné transkripce dat a převedla nahrávky do psané podoby. K těmto jsem připojila výsledky svého pozorování ve formě komentářů.

Interpretativní fenomenologická analýza

Pro analýzu dat jsem zvolila metodu interpretativní fenomenologické analýzy (dále IPA). Hlavním cílem je zde porozumět zažité zkušenosti člověka. Nabízí se v případech, když chceme „...*popsat a interpretovat způsob, jakým nositel zkušenosti, která nás zajímá, přisuzuje této zkušenosti význam* (Kostínková & Čermák, 2013, 9).“ IPA je vhodná v případech, je-li cílem našeho zkoumání atypická skupina či situace. Upřednostňujeme spíše menší vzorky. Můžeme se odvážit zde poměrně úsměvně říct, že kvalita je důležitější než kvantita.

Z těchto důvodů se k mému výzkumu IPA naprosto vybízela.

Je kladen rovněž velký důraz na schopnost výzkumníka naslouchat, pozorovat a být otevřený vůči překládaným informacím. Musí umět také odložit stranou své předsudky, soudy a naladit se na člověka, kterého má před sebou (Hendl, 2005).

Při analýze dat jsem postupovala dle Kostínkové & Čermáka (2013), kteří uvádějí šest kroků.

0. *Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu*

1. *Čtení a opakované čtení*

2. *Počáteční poznámky a komentáře*

3. *Rozvíjení vznikajících témat*

4. *Hledání souvislostí napříč tématy*

5. *Analýza dalšího případu*

6. *Hledání vzorců napříč případy*

7 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Nalezení respondentů bylo vzhledem k nízké a kontroverzní prevalenci složité a časově náročné. Proto bylo pro výběr souboru použito několik způsobů metod, kterým se budu věnovat dále.

Na začátek jsem si vytyčila několik kritérií, které pro účast ve výzkumu museli respondenti splnit:

- *Diagnóza mnohočetné poruchy osobnosti*
- *Starší 18 let*

Jak jsem uvedla v teoretické části, disociativní porucha identity vzniká v rozmezí od 5 do 10 let života. Pacienti však bývají správně diagnostikováni později, pokud vůbec, až na základě dalších vyšetření a po delší době, během níž jsou v odborné péči. Proto jsem věk neuvedla nižší než 18 let. Rovněž zletilost respondentů jsem vnímala jako pozitivum.

Nespoléhala jsem na jednu metodu výběru a hned na začátku použila dvě. První byla metoda tzv. sněhové koule/laviny. Jedná se o postup, kdy se badatel snaží navázat kontakt alespoň s některou osobou z vhodné populace. Ta mu následně umožní kontakt s dalšími potenciálními respondenty (Ferjenčík, 2010). Kontaktovala jsem mého známého, který byl s touto poruchou diagnostikován a z terapií se zná s dalšími pacienty. Tímto způsobem jsem získala čtyři respondenty.

Zároveň jsem využila metodu samovýběru, která je založena na dobrovolnosti a ochotě spolupracovat na výzkumu (Ferjenčík, 2010). Ve skupině věnované disociativní poruše identity v České republice na facebooku jsem uveřejnila příspěvek se svými kontaktními údaji a stručným seznámením s cílem mého výzkumu. Na tento popud se mi ozvali další dva respondenti. Tyto respondenty jsem dále kontaktovala přes email.

Respondenty jsem seznámila s hlavním cílem této práce, protože jsem došla k závěru, že tyto znalosti nijak neovlivní ani nezkrusí výsledná data.

Měla jsem tedy šest respondentů, kteří souhlasili se setkáním a provedením rozhovoru. Jeden respondent, který byl do výzkumu zapojen přes známou osobu, si však své zapojení do výzkumu rozmyslel.

Během sběru dat byli respondenti požádáni o šíření mé nabídky spolupráce na výzkumu, ale již se nikdo neozval.

Obě metody, které jsem zvolila, nezaručují reprezentativnost vzorku a trpí nedostatky. Jsem si toho vědoma. Nesnažím se však tak o výsledky, které by byly aplikovatelné globálně na celou populaci pacientů s disociativní poruchou identity, jako o vzhled do této problematiky. Také se jedná o poruchu, jež je velmi vzácně v České republice diagnostikovaná, což znesnadňuje hledání respondentů.

Charakteristiku respondentů uvádím v tabulce (Tab. 4). Respondenty jsem označila náhodně zvolenými jmény v rámci zachování anonymity.

Tab. 4: Charakteristika respondentů

Resp.	Věk	Pohlaví	Zaměstnání/škola	Rodinný stav	Forma disociativní poruchy identity
Patrik	19	Muž	Student SŠ	Svobodný, zadaný	Bez formy posedlosti
Karolína	29	Žena	Zaměstnaná	Svobodná, nezadaná	Bez formy posedlosti
Martin	28	Muž	Částečný invalidní důchod	Svobodný, nezadaný	S formou posedlosti
Sabina	38	Žena	Zaměstnaná	Svobodná	S formou posedlosti
Tereza	24	Žena	Student VŠ	Svobodná, zadaná	S formou posedlosti

Lze si všimnout z Tab. 4, že průměrný věk respondentů je 27,6 let a převažují ženy. Ani jeden respondent nebyl v době výzkumu ve svazku manželském či rozvedený a neměl dítě.

8 SBĚR DAT

Sběr dat započal v prosinci 2019, kdy jsem oslovila známého a poprosila jej o pomoc s náborem dalších respondentů. Můj známý jim přenechal kontakt na mou osobu v podobě mého emailu a telefonního čísla. Po prvním kontaktu jsem jim poslala úvodní email se základními informacemi o sobě a o výzkumu (viz Příloha 1). Rovněž jsem je v něm informovala o etických zásadách výzkumu – vše je přísně anonymní a údaje jimi poskytnuté nebudou použity jinak než pro účel mého výzkumu.

Se čtyřmi respondenty jsem si domluvila schůzku přes email, s posledním prostřednictvím telefonického hovoru. Všichni respondenti byli velmi ochotní a vstřícní. Stavěli se k mému výzkumu jako k prospěšné věci pro lepší pochopení své poruchy a také jako kroku k rozšíření povědomí o ní.

Rozhovory probíhaly v kavárnách, které si sami respondenti vybrali. Toto prostředí jsem vybrala nejen kvůli neformálnosti. Tím, že respondenti kavárny znali, mohli se cítit uvolněněji a ne pod takový tlakem. Rozhovory probíhaly v dopoledních hodinách, kdy kavárny byly poloprázdné, a okolní lidé nás nevyrušovali.

Na začátku proběhlo formální představení a poté neformální konverzace. Ta sloužila k uvolnění napětí a měla pomoci i k tomu, aby se respondenti se mnou cítili přirozeněji. V rámci představování jsem popsala, co studuji a na jaké škole, jak bude probíhat výzkum a co je jeho účelem. Dále jsem participantům předložila informovaný souhlas ve dvou kopiích a vysvětlila případné nejasnosti související s ním. Rovněž jsme je vyzvala, aby se nebáli mít v průběhu našeho setkání jakékoliv dotazy a připomínky. Ujistila jsem je, že mohou odpovídat jen na to, co uznají za vhodné. Jednu kopii informovaného souhlasu si ponechal respondent, druhou jsem si nechala pro účel archivace v rámci výzkumu. Respondentům velice záleželo na dodržení jejich anonymity. Několikrát po mně chtěli ujištění, že jejich data ani kontakty na ně nebudou předány dále.

Všichni respondenti měli dostatek času, proto se neobjevil problém, že by někam spěchali či byli časově v presu. Po 20 až 40 minutách konverzace jsme započali formální rozhovory.

Jak jsem již zmiňovala v dřívější kapitole, jednalo se polostruktované rozhovory. Participanti byli velice sdílní a s ochotou se dělili o své zkušenosti a zážitky. Nejdelší rozhovor trval 105 minut, nejkratší 40 minut. Přehled délky jednotlivých rozhovorů uvádím v Tab. 5. Průměrná délka rozhovoru byla 72 minut.

Všichni participanti souhlasili s pořízením audio záznamu rozhovorů.

Tab. 5: Délka jednotlivých rozhovorů.

Respondent	Délka rozhovoru (min)
R1	95
R2	60
R3	40
R4	65
R5	105

Po ukončení rozhovoru jsem požádala respondenty o vyplnění krátké anonymní zpětné vazby. Následně jsem se s nimi rozloučila a poděkovala za poskytnutý rozhovor.

9 ETIKA VÝZKUMU

Každý z respondentů se výzkumu účastnil dobrovolně. Na začátku výzkumu byli obeznámeni s jeho účely a přínosem, nebyli tudíž nijak klamáni. Byli seznámeni se svými právy a možnostmi kdykoliv spolupráci ukončit či neposkytnout souhlas se zpracováním svých dat. Byli rovněž ujistěni o anonymitě poskytnutých údajů.

Informovaný souhlas byl podepsán ještě před začátkem rozhovoru ve formě dvou kopií, přičemž jedna byla ponechána výzkumníkovi, druhá respondentovi.

Respondent byl také informován, že se kdykoliv může na cokoli zeptat. S ohledem na téma měl každý respondent právo odmítnout odpovědět na otázku či požádat o změnu tématu.

Informovaný souhlas je předložen v příloze č. 3.

10 ANALÝZA DAT

Jako první krok jsem udělala analýzu jednotlivých rozhovorů každého respondenta. Během tohoto procesu se vynořilo několik témat, která se opakovala napříč všemi případy. Těmito tématy byly: **sociální začlenění, přístup k poruše, aktivita v životě, nezávislost a vnímání sebe sama**. V těchto oblastech se objevovala opakující se podtémata. Pro představu jsem je všechna shrnula níže:

Soc. začlenění

- Stigmatizace
- Partnerský život
- Přátelé
- Rodina
- Izolace

Přístup k poruše

- Malé povědomí o disociativní poruše identity
- Skepse ze stran odborníků
- Přínos

Aktivita v životě

- Koničky
- Dobročinné aktivity

Nezávislost a sebekontrola

- Finanční samostatnost
- Kontrola projevů nemoci
- Nezávislost na ostatních

Vnímání sebe sama

- Identita
- Sebestigmatizace

Fyzické zdraví

10.1. Sociální začlenění

Častým tématem respondentů byla otázka jejich začlenění do společnosti a to, jak okolí vnímá jejich poruchu. Všichni respondenti se setkali s negativními zkušenostmi a častým nepochopením lidmi, kterými byli obklopení. Během analýzy jsme našla několik témat, která se ve výpovědích objevovala.

Stigmatizace

Respondenti se shodli, že se během svého života setkali s jistým druhem stigmatizace. Vypověděli, že se často cítili vyloučení ze společnosti na základě předsudků. Velké problémy pociťovali na základní a střední škole, kdy byly vyloučeni z kolektivu. Martin se Sabinou a Terezou ve škole zažili šikanu. Tří z nich (Patrik, Martin a Tereza) se negativně dotýkala podoba disociativní poruchy identity, kterou předkládají filmy. Stigmatizace představovala větší problém pro nezadané respondenty. Zadaní respondenti uvedli, že po nalezení partnera ji již nevnímali tak silně.

- Sabina: „...žila jsem na vesnici o pěti číslech. Tam to byla síla. Tam i deprese byla sprostý slovo. Všichni všechno věděli... A já tam takovej cvok.“
- Martin: „Spoustu lidí to nechápe, jsou mimo. Je to tak nějak začarované kruh. Odsouděj tě, ty se potom lidem vyhejbáš, oni tě zase odsouděj a tak dále. Ještě na střední mě každej posílal do Bohnic a jasně, že mě to sralo. Byl jsem potom agresivní a akorát to bylo horší.“

Partnerský život

Silným tématem pro respondenty byl rovněž partnerský život. Všichni se shodli na tom, že disociativní porucha identity jim znesnadňovala nalezení partnera. Nezadaní respondenti uvedli, že se často cítí sami a chtěli by si někoho najít, ale nejsou toho schopni. Vztahů se bojí kvůli svým alternativním identitám i kvůli prožitým traumatům z minulosti. Martin a Sabina uvedli, že, i když si někoho najdou, často se vyskytnou alternativní identity, které jejich výběr neschválí. Největším problémem však pro všechny dotazované představovala sexuální oblast. Respondenti do tohoto tématu z pochopitelných důvodů nechtěli zabíhat.

- Tereza: „*Máme štěstí, že X (partner) to chápe. U nás s ním moc alteri nechodí na povrch, ale kdyby se to stalo při ‚tom‘, tak by to bylo špatné pro všechny, po tom, co jsme zažili.*“
- Martin: „*Občas... bylo by fajn mít někoho, ale zase... je to práce... spousta práce... a jo, námaha taky. Nezdá se mi to správný... najít si někoho, kdo by se o mě musel starat a já mu to nemohl oplatit.*“
- Patrik: „*S X (partnerkou) jsme spolu už několik let. Její mamka měla deprese, tak je na takové zvyklá a nic ji ani nerozhází. Ten typ.*“
- Karolína: „*Noooo... Můj bývalý... ten mě kvůli tomu (kvůli disociativní poruše identity) opustil. Nebyl zlý, jen... pořád hlídat bylo prostě moc.*“
- Sabina: „*Kdybych si někoho našla, tak by to nebylo tak hrozný, si myslím. Líp bych to snášela.*“

Přátelé

Respondentům velice pomáhalo, když si našli kamarádi, kteří je přijali. Pro Patrika a Sabinu přátelé nahradili rodinu. Vnímali je jako velkou podporu v ohledu toho, že je nesoudili, byli ochotni si je vyslechnout a mohli se díky nim zapojit do společenských aktivit. Tito respondenti sami sebe lépe hodnotili. Také uváděli, že díky nim jsou aktivnější a mají větší motivaci. Všichni se shodli, že přátelé jsou pro ně velmi důležití.

- Martin: „*V terapii jsme se seznámili s pár lidma. Někdy si někam zajdem a jak jsi mezi svýma, tak se tak nemusíš pořád kontrolovat.*“
- Patrik: „*Kamarádi mě hodně tahají. Bez nich by to bylo horší. Bez nich a bez X (partnerky). Trávíme spolu hodně času. Jsme na jednom bytě, takže jsem pořád mezi nimi. Myšlenky mám pořád, ale asi miň. Jsme tam všichni umělci, tak každý máme něco zvláštního a asi i to pomáhá k tomu, že se více bereme.*“

Rodina

Kvůli původu vzniku jejich poruchy se participantů nechtěli ke svým rodinným vztahům vyjadřovat. Naznačili, že jsou velmi problematické. Krom Terezy uvedli, že příbuzní jejich nemoc nechápou, bagatelizují ji a nejsou tolerantní. Sabina uvedla, že s rodinou přerušila kontakt natrvalo.

- Patrik: „*V rodině bych se měl cítit bezpečně, jinak to není rodina.*“
- Martin: „*Maminku mám rád, ale... jak se to říká, víte. Rodiče si nevybejráš, tak je to občas... no. Tak bydlíme spolu, to se stávají různé věci.*“

Izolace

Většina respondentů se kvůli poruše cítí nebo dlouho cítila izolovaná a na okraji společnosti. Kvůli přidruženým symptomům, jako jsou deprese, jim chyběla motivace k tomu udělat nějakou změnu, aby se tak necítili. Izolaci nejvíce pocíťovali během puberty.

10.2. Přístup k poruše

Většina respondentů byla ráda, když jsem projevila zájem o disociativní poruchu identity, a mohla se mi svěřit. Kvitovala to, že si o ní mohou promluvit s někým, kdo je cizí, ale zároveň toto téma zná. Přestože mé otázky nebyly prvotně tímto směrem směřovány, toto téma se při zpětné analýze výrazně vynořovalo u všech odpovídajících. To, jak jednotliví participanti k disociativní poruše identity přistupovali, se však u jednotlivých podtémat značně lišilo.

Malé povědomí o disociativní poruše identity (před dozvěděním se diagnózy)

Respondenti vnímali diagnózu disociativní poruchy identity jako problematickou. Dva z nich uvedli, že předtím o této poruše nevěděli a bylo to něco nového. Všichni z nich měli za sebou několikaletou péči a prošli si jinými diagnózami. Jako nejvíce problematické to vnímali Patrik a Karolína, kteří trpí disociativní poruchou identity bez formy posedlosti, a přišlo jim absurdní, že by měli právě tento typ disociativní poruchy.

- Tereza: *„Jak Vám zjistí bipolárku nebo OCDčko, tak je Vám hned jasné, co to je. Nasadí Vám léčbu a prášky a ví, co s tím. Ale DID, o tom tak lidi ví max to, co se dozví z kriminálek. Možná bychom to líp brali, kdybychom o tom věděli něco víc už předtím.“*
- Patrik: *„Ty problémy s vnímáním tam byly, to jo, ale nebylo to jak ve filmech. Cvak a jsem malá holčička. Nechtěl jsem věřit, že to mám, takový extrém...“*
- Martin: *„Asi mi to bylo jedno. Ta diagnóza toho moc nemění, ne? Tak to, co máte napsaný v kartě.“*

Přístup ze stran odborníků

Respondenti se shodli, že se setkali v minulosti minimálně jednou s negativní zkušeností ze stran odborníků (psychologů a psychiatrů). Často narazili na odmítavý či skeptický přístup. Martin dlouho hledal někoho, kdo by jej byl ochoten vzít do terapie. Čtyři z nich musí za svým terapeutem několik hodin dojíždět. Toto téma přišlo respondentům choulostivé. Ve zpětné vazbě uvedli, že měli pocit, jako by přede mnou pomlouvali lidi z mého oboru. Na

druhou stranu byli rádi, že se s tím mohli svěřit někomu, kdo by se touto poruchou chtěl zabývat i v budoucnu.

Všichni participanti vypověděli, že jim pomohlo si načíst materiály a více se o disociativní poruše dozvědět.

- Martin: *„Jak k někomu přijdeš a oni hned nevěří... to je blbost, to nemůžete. Hned to na nich vidíš a prostě nechceš tam chodit.“*
- Karolína: *„Spoléhala jsem, že aspoň tam mě pochopí. Asi jsem čekala nějaké přijetí... eeee... nevěděla jsem co s tím... a psychiatři si mě přehazovali jako horkou bramboru. Měla jsem jim chuť říct, haló... jsem taky člověk a jsem tady.“*
- Patrik: *„Předtím jsem odborníkům fakt věřil, jenže potom přišla ta pozornost. Má současná paní psycholožka tak na diagnózu nehraje. Hodně mi naslouchá a hlavně, že jsem spokojený, ať mám nálepku s tím nebo s tím. Ta dětská předtím... no, nevím, prostě to nebylo takové.“*

Přínos

U tohoto podtématu se respondenti velmi lišili. Tereza disociativní poruchu identity vnímala jako přínosnou pro svůj život, zbylí participanti to spíše vnímali jako součást života než přímou přínos. Čtyři z nich by si život bez ní nedokázali představit a shodli se na tom, že má pozitivní i negativní stránky, přičemž negativa převažují. Martin spíše zastával apatický přístup.

- Martin: *„No asi by se něco najít mohlo, jenže já s tím měl problémy vždycky a to je pak těžký něco najít. Když jsem bejval mladší, tak jsem si přidal zajímavěj, ale to tě taky přejde. Jak zjistíš, že to není hezkej zájem lidí... Nebo když překlikneš na ulici, protože na tebe zatroubí auto.“*
- Tereza: *„Myslím, že díky Louise (dětská alternativní identita) jsme přežili, co jsme přežili. Některé altery vnímám jako sourozence nebo kamarády. Asi bych se cítila, že jsem hrozně sama bez nich. Víím, že tam jsou a víím, že někteří mě chtějí chránit, tak to není špatné. Jasně, když nám bylo šestnáct a já se probrala a byla pořezaná a nevěděla jsem proč ani kdy, tak jsem se bála. Ale pořád mi více pomáhají, než škodí. X (partner) se vždycky směje, že se aspoň s náma nenudí. Sama bych se asi bála ho oslovit, tak to za mě udělal alter.“*
- Karolína: *„Asi bych bez DID neměla takovou kontrolu nad sebou. Nechtěla jsem, aby lidi kolem poznali, že je na mě něco divného.“*

- Sabina: *„Moje rodina byli samí katolíci. Hodně tvrdí a tak mě vychovávali. Neměla jsem vlastní rozum a byla taká hloupoučká... No... Jak jsem začala chodit na terapie kvůli DID, tak nějak jsem si našla nějakou vlastní cestu. Je to taková moje věc... těžko se to popisuje.“*

10.3. Aktivita v životě

Respondenti uvedli, že to, jak tráví čas, je pro ně velice důležité. V této oblasti silně převládala dvě témata: koníčky a dobročinné aktivity. Obě tato podtémata přispívala k psychické pohodě a spokojenosti. Napomáhala k sociálnímu začleňování a pomáhala respondentům cítit se potřebnými a užitečnými. Kvůli tomu však nedostatek energie, který byl zapříčiněný disociativní poruchou identity, vnímali velmi negativně, protože jim znemožňoval se těmto aktivitám věnovat.

Koníčky

Všichni respondenti dávali velký důraz na koníčky. Ať již to byly ty, které by se daly nazvat produktivními a kreativními (malování, čtení, vaření), i těmi, které pouze „vyplňovali čas“ (hraní her, dívání se na seriály). Uváděli také, že jim koníčky pomáhají necítit se tak pod tlakem a odvést myšlenky.

- Patrik: *„Nevím, jak to mají ostatní, ale mně nejvíce pomáhá se z toho vykreslit. Dělal jsem to tak vždycky, když byl nějaký problém. Někomu pomáhá psaní deníku, mě kreslení. Navíc u nás na škole je fajn komunita, tak nás to tak pěkně spojuje. Celý den vlastně kreslím... ve škole a potom ještě doma, zajdeme někam na pivo, i když to bych asi neměl, ale jednou za čas to nevadí.“*
- Martin: *„Jak bejvám celej den doma, tak bych se úplně zbláznil. Jako někdy fakt nemám chuť na nic, jsem unavenej a jetej, ale třeba si něco zahrát mi pomůže. Moc lidí se o to teď nezajímá, ale mám rád takový ty starý hry ještě na PSko jedničku, tak to sháním a potom hraju. Některý ty hry jsou fakt těžký a chce to se hodně soustředit.“*
- Karolína: *„Jak jsem nemohla najít práci, kamarádka si založila rodinu, tak byla taková chvíle... Můj přítel mě opustil a já se fakt blbě seznamuju... Umíte si to představit asi... Blbě prostě. Vždycky mě bavily staré pohlednice... hlavně ty popsané a použité. Tak mi psycholožka poradila nějaké věci. Ted' mám eshop a to zaměstná. Vidím lidi, které ty pohlednice taky baví jak mě.“*

- Tereza: „*Nejhorší je nečinnost, to řekne každý. S vysokou už nám teď na koničky nezbyvá tolik času jako kdysi, však víme... my vysokoškoláci. Ale zase si teď více užíváme odpočinek a relax.*“

Dobročinné aktivity

Dva respondenti uvedli, že pravidelně vykonávají dobrovolnickou činnost. Ne vždy jim to jejich stav dovolí, protože mají další povinnosti. Snaží se této činnosti věnovat pravidelně. Vypověděli, že jim přináší velkou úlevu a přispívá k tomu, že se cítí užiteční. Rovněž naplánované akce dávali strukturu a řád jejich života.

- Tereza: „*Není to nic velkého. Pomáhám jen každý víkend v místním útulku. Zvířatům je jedno, jaký papír máte, když jste k nim hodní. Je to pro mě největší relax. Ještě vidím, jak moc jsou mi vděční a spoléhají se na mě. Každou sobotu už sedí v kotcích s psími úsměvy. Je mi jich fakt líto. Většinu jich jenom pohodili zlí lidé.*“
- Patrik: „*Jak se v XXX otevřely Otevřené ateliéry a podobné věci, tak naše škola se hodně zapojuje. Vlastně... v nich jsem na druhé straně a pomáhám těm, kteří to potřebují. Eeeeeem, když vidím ty lidi, kteří jsou nějak postižení a fakt nemůžou dělat skoro nic bez pomoci druhých, tak si říkám, že to ještě není tak hrozné. Jako při mých špatných myšlenkách mi to moc nepomáhá, ale jinak jo. Jsem rád, když jim můžu pomoci. Je to hrozně náročné, teda pro mě. Mí spolužáci třeba mají větší kapacitu, ale i tak.*“

10.4. Nezávislost a sebekontrola

V ohledu kvality života a toho, jak si představují dobrý a spokojený život, participantů často zmiňovali nezávislost a kontrolu nad svým životem. Tato nezávislost se týkala oblastí, jako jsou financí, tak i samostatnosti a schopnosti se v životě o sebe postarat sám. Respondenti, kteří uváděli, že jsou nezávislí, popisovali svůj život jako lepší a naplněnější. Zmiňovali však i pomoc od ostatních. Dle výpovědí byl nejlepší vyvážený poměr mezi podporou okolí (přátel, rodiny a partnerů) a vlastní nezávislostí. Také ji často skloňovali v tom, že jim pomáhá cítit se normálněji.

Finanční samostatnost

Martin, Sabina a Karolína popsali disociativní poruchu identity jako překážku v nalezení a výkonu práce. Často kvůli ní měnili práci a Martin nikdy v žádné nevydržel. Zbylí respondenti stále navštěvují školu. Tereze studium financují rodiče, ale přesto se na nich

necítí být závislá. Patrik veškerý kontakt s rodiči v osmnácti ukončil a živí jej brigáda. Martin má částečný invalidní důchod a je značně závislý na své matce. Sabina a Karolína zvládly po čase nalézt práci. Situace každého respondenta je tudíž velmi odlišná, přesto silně vnímaná. Za základ spokojeného života považují to, že mají dobrou práci a dostatek peněz k tomu, aby pokryli nezbytné výdaje a mohli si tu a tam udělat radost.

- Martin: *„Když jsem dostal důchod, tak to bylo nejhorší. Bylo by fajn mít vlastní bytěček. Stačil by klidně jedna plus jednička. To by bylo hodně fajn. Střední jsem nedodělal, protože jsem bejval línej, k tomu to... hmhhh, jako pokus o sebevraždu taky moc neudělá na nikoho moc velkéj dojem, aby tě vzal. Jestli mi jednou někdy bude líp, tak tu střední bych mohl dodělat, udělat maturitu, i když jsem teď už starej. Jak se říká, je lepší být nešťastnej a bohatej, než nešťastnej a chudej. Je to to nejhorší na tom, že nikdy nebudu plně schopnej.“*
- Patrik: *„Bez peněz je to těžší, protože se bez nich neobejdu. Všechno něco stojí, pořád se zdražuje. Nemusí být ani vysoký ten příjem, hlavně ať je stabilní. Tak jasně, že nad penězi uvažuju pořád, ještě když jsem na umělecké škole. Ostatní jsou zajištěni rodiči, bych radši ale umřel, než kdybych se vrátil zpátky domů a o něco žebral. Bojím se, že přítelkyni neuživím, že nejsem kvůli DID schopný se postarat o rodinu. Ale zas jako umělec mám svobodu.“*

Kontrola projevů poruchy

Jako významné negativum respondenti popisovali, že nemohou ovlivnit, kdy a jak se nemoc projeví. Tyto projevy popisovali jako velmi rušivé při běžném životě. Často jim právě projevy poruchy znemožňovaly vykonávat běžné činnosti. Jednalo se většinou o disociativní symptomy, jako byla disociativní amnézie či disociativní fuga, nebo *switching* mezi alternativními identitami na veřejnosti. Škála projevů byla velmi rozmanitá.

- Tereza: *„Třeba už na střední. Když se kontrolovala úprava sešitů a učitelka objevila uprostřed úplně počmáranou stránku. Červená vyrytá pastelka přes celý dvojlist, písmo jako od prvňáčka. Hleděla jsem na to a vůbec netušila, jak se to tam vzalo. Jako byly to detaily na začátku. Každému se stane, že něco zapomene, ale já mám takhle okna často. Všichni mě měli za exota.“*
- Patrik: *„No, snažím se to do teď skrývat. Ted' je to lepší s těmi výpadky, ale předtím... Ted' se mi třeba často děje, že si jdu lehnout a proberu se v kuchyni. Ne že bych usnul, ale prostě si čtu...blik a vidím spolubydlicího, jak stojí jak sloup u ledničky. Je to*

stresující. Nikdy jsem nebyl na dovolené, protože se bojím, že se tam něco stane. Co tady... všechno znám, ale třeba někde daleko?“

- Sabina: *„Když jsem bydlela v XXXX, tak tam jsem se bála chodit i do obchodu. Jako překlík u mě moc nejde poznat, i tak. Jedna ženská na mě narazila, když byla u kormidla Verča (jedna z alternativních identit)... ten rozdíl tam tak děsnej není, ale vod tý doby jsem do toho obchodu nechtěla chodit. Jak teď bydlím ve velkém městě, tak to je lepší. Ale pořád je to blbý. Hlavně v práci.“*

Nezávislost na ostatních

Nezávislost na ostatních se prolínala s finanční nezávislostí. Respondenti se uvedli, že se cítí lépe v případě, že k nim lidé v okolí přistupují jako k sobě rovným. Poukazovali na to, že přílišná starostlivost a ohledy jim spíše ubližovali v nahlížení na sebe sama.

- Martin: *„On se o tebe vždycky musí někdo prostě starat... cejtíš se jak mrzák. Dospělej chlap a chováš se najednou jak dítě. Jsem přecitlivěj, vím to, ale stejně si nepomůžu, a uklidní mě jenom mamka.“*

10.5. Vnímání sebe sama

U témat vnímání sebe sama jsem se povšimla docela výrazné spojitosti s tím, jak respondent hodnotil kvalitu svého života. Předchozí témata se velmi těsně prolínala a dotvářela obraz toho, jak se respondenti vnímali.

Identita

Respondenti s disociativní poruchou identity s formou posedlosti často hovořili o svých alternativních identitách tak, jako by nebyly součástí jich samotných, ale jako by se jednalo o naprosto samostatné osoby, které s nimi nijak nesouvisí. Byly si jasně vědomi, kde končí jejich osoba a kde začíná alternativní identita.

- Sabina: *„Elisabeth jde spíše do konfliktu, já radši všem jdu z cesty. Je taková živá, všude je jí. Úplnej opak mě no. Tenhle rozhovor je úplnej vrchol mojí odvahy.“*

Oproti tomu participanti bez formy posedlosti měli problémy s popisem sebe sama. Otázku identity vnímali jako velice komplexní a složitou.

- Karolína: *„To je těžké se popsat, to by měli udělat spíš jiní. Ani nevím. Mmmm... to hodně záleží, jak kdy.“*

Sebestigmatizace

Všichni krom Terezy se shodli, že jim disociativní porucha identity ubírá na sebevědomí. Označovali se často sebe jako ne tak fungující oproti ostatní lidem. U všech se však vyskytly známky sebestigmatizace, která se odrážela hned v několika aspektech jejich života. Často se popisovali jako jiní a vyčleňovali se oproti zbytku společnosti. Přestože si uvědomovali, že svou poruchu si nezpůsobili sami, obviňovali se z toho, že ji nedokážou udržet pod kontrolou či alespoň zmírnit její projevy. Vnímali to jako své pochybení.

10.6. Fyzické zdraví

Tato oblast nebyla tak často zmiňována. Přesto si Martin, Sabina a Tereza svorně stěžovali, že je velmi často bolí hlava. To se však pojilo s projevem switchingu a nejednalo se o samostatný ohraničený jev. Switching samotný se zdál být významnějším projevem, který uváděli.

11 DESKRIPTIVE DAT

Dále se budu věnovat jednotlivým případům respondentů. Uvedu interpretaci každého rozhovoru v rámci okruhů, které byly získány na základě analýzy jednotlivých případů. Nebudu se již věnovat podtématům, která byla popsána v předchozí kapitole v rámci zachování plynulosti práce. Ještě předtím však uvedu sebereflexi výzkumníka.

11.1. Sebereflexe výzkumníka

K tvorbě sebereflexe jsem využila metodu Prázdné židle. Tato technika pochází z Gestalt terapie a umožňuje výzkumníkovi vést vnitřní dialog sám se sebou. Sebereflexe nám má pomoci oprostit se od předsudků a uvědomit si svou roli v procesu interpretování dat. Můžeme poté efektivně tato data analyzovat a zaručit validitu výzkumu (Kostínková & Čermák, 2013).

Proč jsem si vybrala téma disociativní poruchy identity jako téma své práce? Co mě k tomu vedlo a motivovalo? Nevím, kdy mě poprvé toto téma zaujalo. Pamatuji si jedno promítání krátkého dokumentu na festivalu Na hlavu, kde se o této poruše zmínili. Od té doby jsem ji spatřila v několika filmech a zdála se mi velmi zajímavá. Posun v mém zájmu nastal, když jsem poznala kluka, který tvrdil, že touto poruchou trpí. V ten okamžik jsem se rozhodla vyhledat českou odbornou literaturu na toto téma. Nebyla jsem příliš úspěšná... Původně jsem se tomuto tématu nechtěla věnovat kvůli tomu, že je tato porucha považována za velmi ojedinělou a velmi vzácnou. Prostředí, jako je naše republika s velmi malým počtem obyvatel, se nezdálo být příliš přívětivé pro výzkum tohoto tématu. Následně jsem objevila kanál na Youtube Hidden DisMinds. To už mě disociativní porucha identity zajímala příliš na to, abych si ji jako téma bakalářské práce nevybrala.

Jak jsem k této poruše přistupovala, než jsem započala výzkum? Zpočátku bylo těžké se zorientovat ve zdrojích. Kolem disociativní poruchy identity stále převládá mnoho nepravd a mýtů. Nalezla jsem starší články, které uváděli, že disociativní porucha identity je pouze věcí kultury. Musela jsem důkladně ověřovat zdroje a ke všemu přistupovat jak kriticky, tak zároveň i s otevřenou myslí. Stalo se mi, že jsem jeden den našla zdroj, který byl další den

popřený jiným. Další problematickou věcí bylo to, že disociativní porucha identity bývá mnohdy předstíraná kvůli různým ziskům, ať již co se týče pozornosti, nebo invalidního důchodu. Musela jsem si vnitřně nastavit určitou vyváženost a nezájatost vůči svým respondentům.

Proč tedy zrovna kvalita života pacientů s disociativní poruchou identity? K tomuto mě vedlo několik důvodů. První osobní důvod byl ten, že mě velmi zaujalo, jak takový člověk prožívá svůj život. Existuje mnoho zdrojů, které nám přibližují například bipolární poruchu, sociální úzkost nebo schizofrenii, zatímco disociativní porucha identity je doposud opomíjená. Dalším důvodem bylo rozšíření povědomí v našem prostředí. Napadlo mě, jaké je to žít s poruchou, o které většina lidí netuší, že existuje, nebo ji pouze považují za výmysl, který se hezky vyjímá na plátně nebo stránkách knih.

Změnilo se něco na mé straně během výzkumu? Pustila jsem se do tohoto tématu s velkým nadšením, které postupně trochu opadlo. Velkou demotivací jsem prožívala, kdy mi bylo sděleno několika psychiatry, že si nemyslí, že by se tato porucha v České republice vyskytovala. V lednu mi stále chyběl jeden respondent a to jsem začala pocíťovat zklamání a tlak. Nakonec, když jsem měla sebrané veškeré rozhovory, tak se mé nadšení opět vrátilo.

Inspiroval mě můj výzkum k něčemu? Myslím, že pokud mi to podmínky dovolí, chtěla bych se dále věnovat této poruše. Určitě pro mě toto téma nekončí s dopsáním bakalářské práce.

11.2. Jednotlivé případy

V této kapitole se již budu věnovat jednotlivým případům. Na začátek uvedu stručný přehled o věku, vzdělání, případně povolání. Ohledně své léčby a prožitých traumat respondenti nechtěli být dotazováni a já toto ctíla, proto tyto informace zde nejsou uvedeny.

11.2.1 Patrik

Patrik je devatenáctiletý student střední umělecké školy, který letos bude maturovat. Disociativní poruchu identity mu diagnostikovali v květnu 2018 po pětiletém navštěvování různých odborníků. Od patnácti let má partnerku, se kterou plánují společnou budoucnost. Ve stejném věku se odstěhoval od rodičů, se kterými měl velmi špatné vztahy. Velmi se mu ulevilo, když s nimi mohl v osmnácti přerušit kontakt „*Ten začátek byl krutý, byl jsem úplně bez prostředků, ale stálo za to; už je nikdy nevidět.*“

Porucha se u něj projevuje tak, že se rapidně mění jeho chování, prožívání a projevy. Patrik však nezaznamenává, že by se u něj vyskytoval systém alternativních identit. Dle Patrikových slov cizí člověk změnu spíše nezaznamená.

Sociální začlenění

Patrik se popisoval jako tiché dítě. Měl problémy s řečí a koktal, neměl tedy nikdy moc přátel a většinu času trávil vevnitř. Jeho otec by mu ani nedovolil chodit ven, protože byl velmi přísný. Vždycky však po kamarádech toužil a záviděl ostatním, že mohou chodit ven. Na základce si ho nikdo moc nevšímal. Jeho psychické problémy se zhoršovaly, až nakonec z popudu matky navštívili psychologa. *„Byl jsem za to divné dítě, co sedí v rohu a má divné koníčky a chodí ke cvokaři.“* Na střední nastal obrat k lepšímu, kdy se dostal do jiného prostředí, které popsal jako tolerantnější. Seznámil se tam i se svou přítelkyní. Díky ní se dostal do většího kolektivu lidí.

„Když dostanu své myšlenky, tak X (partnerka) mě podrží... nevadí, že brečím nebo křičím. Nevím, co bych bez ní dělal.“ Se svými spolužáky, se kterými se skamarádil, se odstěhovali na společný studentský byt. To vnímal jako velký krok, ale zároveň jako těžkou volbu kvůli rodičům. *„Měl jsem hrozný strach, co mi taťka udělá, ale to spolubydlení bylo dobré rozhodnutí.“* Vzhledem k tomu, že jsou na stejné škole, tak mu přátelé pomáhají i se školními pracemi. Nijak se k jeho poruše nevyjadřují, berou ji jako jeho součást. Patrik však žije v neustálém strachu, jak bude jeho život vypadat po konci školy, až si budou všichni chtít založit vlastní život. Stále cítí bariéru mezi ním a zbylou společností.

Přístup k poruše

V Patrikově rodině byly psychické problémy brány jako slabost. Po pár letech se smířil s tím, že by mohl trpět disociativní amnézií. O mnohočetné poruše osobnosti neslyšel, natož o disociativní poruše identity. Jeho stav se nelepšil. Až jeho psycholožka odešla na mateřskou, navštívil jinou, které se diagnóza nezdála a poslala ho na řadu dalších vyšetření. *„Když mi to řekla, tak jsem měl pocit, že je zas všechno v háji, zase jsem vlastně nic nechápal.“* Myslel si, že se jej ta diagnóza nijak netýká, protože ve filmech byla představená jako velmi výrazná a nezaměnitelná. Pomohlo mu, když si k tomu našel více informací. *„Jsou dny, kdy to беру tak, jak to je, ale ta nemoc je pořád se mnou. Nezbavím se jí...“*

Jeho pocity se velmi promítají do toho, co tvoří. Má pocit, že jej disociativní porucha identity posunula dál v tvorbě. Obrazy, které maluje, jsou díky ní autentičtější. Doufá, že v budoucnu se povědomí o této poruše rozšíří a on bude potom moct pomáhat ostatním. Je to

spíš ale nejasný nápad, než něco, na čem by pracoval. V současnosti se necítí, že by již byl v pozici, z níž by mohl pomáhat. O své poruše lidem říká, až po delší známosti a je zvyklý ji sám spíše bagatelizovat.

Aktivita v životě

Pro Patrika je vedle přátel a přítelkyně jedním z nejdůležitějších opěrných bodů v jeho životě možnost umělecky se vyjádřit. Byla to jediná věc, za kterou si šel i přes nepřízeň rodiny. Snaží se být stále aktivní a věnovat se svým koníčkům, i když silně vnímá to, jak jej disociativní porucha identity omezuje. Většinu času raději tráví mezi známými lidmi nebo doma ze strachu z projevů poruše na veřejnosti. To se pojí i s tím, že dovolené volí pouze v rámci České a Slovenské republiky. *„Nechám se tím hodně omezovat, nevím, jestli ten strach má důvody, ale prostě tam je.“*

Na popud své psycholožky se zkusil zapojit do projektu, který spojuje umělce a lidi s psychickým či zdravotním omezením. Pro něj samotného to má velmi terapeutický účinek. Cítí se užitečný a *„...mám pocit, že jsem normální, teda jako způsobem, že všichni jsou nenormální, takže já jsem normální, jestli chápete.“* Mít naplněný volný čas pro něj v určitém ohledu znamená svobodu, kterou mu disociativní porucha identity bere.

Nezávislost a sebekontrola

Jedním z charakteristik, kterými popisoval dobrý a spokojený život, byla celková nezávislost. *„Jít kam chci, nebát se, co se stane zítra, mít zázemí... jako peníze nějaké, někam se vrátit. Nebýt prostě něčí koule u nohy.“* V období, kdy se osamostatnit, prožíval velmi těžké chvíle, protože si nevěřil, že by zvládnul fungovat nezávisle na ostatních. Bojí se toho do teď a vnímá se jako velmi závislý na své přítelkyni. Chtěl by s tím něco dělat, ale není schopen udělat patřičné kroky a nezaznamenává žádný pokrok. Každý den se bojí zítřka, co by se stalo, kdyby ho vyhodili z brigády, vzali mu státní příspěvek nebo by ho opustila přítelkyně.

Neumí si představit, že by v budoucnu chodil řádně do práce a být osoba samostatně výdělečně činná se mu zdá jako jediná možnost být schopen vydělávat. I brigádu si musel najít takovou, kterou může vykonávat z domu. Z předchozí brigády v kavárně si odnesl velmi traumatizující zážitek, o kterém však nechtěl mluvit. *„Lidi kolem to nechápu, i když tvrdí, že jo. Můžu dělat, že jsem normální, ale když se mi to stalo, tak se tam všichni zastavili a hleděli na mě. Rok potom jsem měl problém jít i nakoupit.“* Někdy pozná, že se něco blíží, ale to je pro něj ten nejhorší okamžik. Nemůže to nijak ovlivnit, ani když je na nevhodném místě, a

může pouze čekat. Tyto chvíle jsou velmi stresující a často jej paralyzují. „*Myslel jsem si, že si zvyknu na ty stavy, ale asi se zvyknout nedá.*“

Vnímání sebe sama

Patrikovo vnímané sebe sama bylo značně roztříštěné a negativně laděné. Znatelně se tam objevovaly prvky nízkého sebevědomí a absence sebedůvěry. Na některé otázky odpovídal sice sebevědomě, toto sebevědomí však poté v kontextu celého rozhovoru znělo strojeně a neautenticky. Patrik při otázce, jak by se popsal, vyjmenovával u většiny negativní věci. Objevovala se v jeho popisu slova jako „neužitečný, zbytečný člověk“. Pro názornost přikládám výňatek z rozhovoru:

- Výzkumník: „*Vykonáváte dobrovolnickou činnost... myslíte si, že ta není užitečná?*“
- Patrik: „*To se prostě nepočítá, dělám to ze sobeckých důvodů... proč bych se měl za to chválit?*“

Během rozhovoru uvedl mnoho věcí, ve kterých jej tato porucha omezuje a které nemůže ovlivnit. Přesto ji popisuje jako ne tolik omezující a spíše hledá problém v sobě než v ní. „*Mohl bych udělat víc, ale neumím to a asi se mi nechce. Zás tak moc mě to neomezuje, abych se vymlouval na tohle.*“

Od dětství mu byly jeho psychické problémy kladeny za vinu a on s tímto do teď částečně souhlasí. V popisu svého okolí také několikrát použil rozdělení na „normální lidi“ a na něj.

11.2.2 Karolína

Karolína má dvacet devět let. Již třetím rokem provozuje eshop s pohlednicemi, předtím vystřídala několik povolání. Má vystudovanou střední školu obchodní, ale v oboru nikdy nepracovala. K psychologovi se dostala v pubertě kvůli podezření na epilepsii. Její dětství bylo velmi ovlivněné závislostí na alkoholu jednoho rodiče, druhý zastával pasivní roli.

Podobně jako Patrik Karolína nezaznamenává, že by se u ní navenek projevovaly alternativní identity. Stává se jí, že slyší vnitřní monolog mezi hlasy nebo se dívá sama na sebe z dálky.

Sociální začlenění

Karolína popisovala, že kvůli své povaze a koníčkům byla vyčleňovaná z kolektivu už od dětství. I tak hodně času trávila venku. Radši šla na hřiště a byla tam sama, než by musela být doma. Bála se velmi mluvit s lidmi a to ji zůstal do dnešních dnů. I když ji oslovilo nějaké dítě, tak mu nebyla schopná odpovědět. „*Do deseti jsem nemluvila.*“

Ve škole nad sebou často ztrácela kontrolu. Spolužáci s ní občas navázali kontakt, ale nikdy si nenašla opravdové přátele krom jedné dívky ze školy. S ní udržuje kontakt do teď a je její jedinou kamarádkou. „*Asi mě od sebe nevyklučovali naschvál... jenom... nevěděli, co se mnou... jak se chovat.*“ Střední vypadala podobně. Moc ji nebavila, ale dochodila ji, protože musela.

Partnera si našla přes dříve zmíněnou kamarádku, ale vztah nebyl funkční. „*Nevěděla jsem, o čem se s ním mám bavit.*“ Spíše však vinu v tomto přisuzuje sobě než jemu. Po celý vztah se cítila jako břemeno. Celou dobu touží po partnerovi, ale není schopná si někoho najít i kvůli malé sociální aktivitě. S rodinou chtěla už několikrát přerušit kontakt, ale nikdy to nezvládla vydržet.

Přístup k poruše

Karolína byla po několika letech zkušeností s psychologem a psychiatry už velmi unavená. Dvakrát jí byla změněna diagnóza a to ji přišlo velmi vyčerpávající. Poté, co si před rokem vyslechla diagnózu disociativní poruchy identity, tak to nebrala moc vážně. Přišlo jí to jako něco příliš exotického a „*...čím lidi trpí v Americe, ne u nás obyčejní lidi.*“ Kvůli této diagnóze musela změnit svého dosavadního psychoterapeuta, protože „*tam nastaly nějaké problémy*“. Trvalo jí několik měsíců, než jí psychiatr někoho doporučil. Pouze díky novému psychologovi se dozvěděla více o této poruše, zapůjčil jí nějaké publikace a pomohl jí s cizojazyčnými články.

Karolína uvedla, že „*Něco na tom přínosného je... jako musí být, ale teď si fakt neuvědomím. Možná za chvíli.*“ Byla však schopná vyjmenovat mnoho negativních stránek a oblastí, do kterých disociativní porucha identity zasahuje. Občas si představuje, jaké by to bylo „být normální“. Je přesvědčená, že nebýt její poruchy, tak by už měla už spokojenou a šťastnou rodinu s minimálně jedním dítětem. Skoro k samotnému konci rozhovoru však dospěla k závěru, že díky disociativní poruše identity se mohla posunout dále ve svém rozvoji. Přestože ztratila šanci žít v některých ohledech normální život, tak se může věnovat

naplno věcem, které ji baví. Zpětně jsem zde zaznamenala občasný ambivalentní vztah ke své poruše.

Aktivita v životě

Dle Karolíny značné zlepšení nastalo ve chvíli, kdy se začala věnovat svému koníčku a to pohlednicím. Přidala se do několika skupin na internetu a takto si našla lidi, kteří měli stejný okruh zájmů. Shání pohlednice, dopisuje si s ostatními sběrateli. Pohlednice renovuje a následně je prodává dál přes eshop. Provoz eshopu ji velmi vyhovuje. Pracuje z domu a ven musí jenom zanést zásilky na poštu. Předtím stále žila ve stresu, protože se bála, aby ji kvůli disociativní poruše identity nevyhodili. Také přetrvával neustálý strach z toho, že se tato porucha nečekaně projeví před jejími kolegy. *„Je to nepředstavitelné, pořád se bát, ať šéf a ostatní nepoznají, co jste zač.“*

Nezávislost a sebekontrola

Karolína svou kamarádku popisovala jako velmi nezávislou a silnou. Právě toto na ní nejvíce obdivuje. Nemyslí si však, že by taková někdy mohla být. Po škole ji rodiče vyhodili z domu s tím, že se o sebe musí postarat sama a nechtějí s ní nic mít. Toto se velmi odráží v jejím životě a chtěla by to vyřešit. Přes minulost však toho není schopná a snaží se jim stále zavděčit. Uvědomuju si to a někdy se za to nesnáší.

Je velmi citlivá ohledně nabídek pomoci. *„Vím, že to všichni myslí dobře, ale vždycky mě to tak nějak podkope nohy.“* Myslí si, že pomoc od ostatních potřebuje skoro pořád a je za to na sebe velmi naštvaná.

Celý život se snaží zvládat své emoce, protože se velmi snadno rozpláče. *„Nechci brečet na veřejnosti. Najednou se proberu na ulici a brečím... nesnáším to.“* Projevy emocí považuje za něco, co by se mělo držet přísně doma, a venku si zachovávat tvář.

„Jak se mi začnou hádat hlasy v hlavě, tak se snažím dělat, jakože nic. Potom neslyším lidi, co na mě mluví. To bych ještě chtěla nějak zlepšit.“

Vnímání sebe sama

Z rozhovoru jsem měla pocit, že Karolína k sobě nemá hezký vztah. Vnímala se jako neschopnou ovlivnit svůj život a nefunkční. Popsat se jí zdálo jako velmi těžké. Na druhou stranu spoustu věcí odůvodňovala disociativní poruchou identity a nejenom sebou.

11.2.3 Martin

Martin má dvacet osm let a pobírá invalidní důchod prvního stupně. Žije s matkou, která mu finančně pomáhá. Otec matku opustil ještě před Martinovým narozením. Má ukončené základní vzdělání a nedodělanou průmyslovku. Nikdy si nenašel partnerku. Před dovršením sedmnácti nebyl v psychiatrické ani psychologické péči, přestože se pravidelně sebepoškozoval. Poté se však pokusil spáchat sebevraždu a byl hospitalizován. Tomuto období se v hovoru vyhýbá až na případné letmé zmínky, stejně tak nerad mluví o svém dětství.

Žije v systému šesti alternativních identit, ale během rozhovoru se o nich příliš často nezmiňuje. Spíše tu a tam prohodí nějakou poznámku. Odůvodňuje to tím, že rozhovor je cílený na něj.

Sociální začlenění

Martin uvádí, že nemá moc vzpomínek na věk do osmi let a i potom je jich pár spíše ze školního prostředí než z domova. Na základce to u něj bylo rozporuplné. Při stresových situacích se choval velmi agresivně vůči spolužákům i učitelkám, aniž by si to následně pamatoval. Jindy byl však klidný až flegmatický. Ve dvanácti se sebepoškozoval. Nedíval se na to jako na závažnou věc a byl rád, že si ho vrstevníci díky tomu všímají. „*Nechtěl jsem to... ale ráno prostě tam to bylo, ty rány.*“ Svou matku Martin popisoval jako velmi přísnou. Požadovala po něm dobré známky, aby měl lepší budoucnost než ona. Doma jí musel velmi pomáhat kvůli nepřítomnosti otce. To vše vedlo k tomu, že neměl nikdy na kamarády čas. „*Holky čekaj, že kluk udělá krok a já to nikdy neuměl.*“ Během puberty pár holek chtěl, kvůli nedostatku iniciativy z jeho strany však nedošlo k ničemu víc. Myslí si, že jeho porucha by všechny holky odradila dříve či později.

Teprve před krátkou dobou si našel pár přátel skrze společnou terapii, kterou vyzkoušel. Tu ne dlouho potom ukončil, avšak s přáteli se stýká dále.

Přístup k poruše

Martin si o sobě do sedmnácti nemyslel, že má nějaký závažný problém, kterým by musel řešit. Výpadky paměti a změny chování přisuzoval on i jeho matka hormonálním změnám v pubertě. Jeho matka dosud nepřipustila Martinovu potřebu odborné pomoci a v disociativní poruchu identity nevěří. Dle ní není něco takového možné. Martin o ní pár věcí už četl předtím, ale nic příliš zevrubného. Tuto diagnózu si vyslechl před necelým rokem a ještě si na ni úplně nezvykl. „*Já s celým tím systémem mám špatný zkušenosti.*“

Otázky ohledně toho, co mu disociativní porucha přinesla, měl tendence přecházet a nijak své odpovědi nerozvádět. „*Porucha je porucha... to nic dobrého nepřinese. Nějak s tím žít musíš.*“ Martin spíše vnímal omezení způsobená poruchou než nové možnosti. Nejhorší věc pro něj však představují deprese. Ty označuje jako důvod, proč se cítí vyřazený ze života. Nerad vychází z bytu ven.

Aktivita v životě

Martin pociťuje často velký nedostatek energie, proto jeho seznam aktivit není příliš rozsáhlý. Jedna jeho alternativní identita je velmi aktivní. Popisuje se jako sportovec a když se ujme vedení, tak dělá různé sporty včetně běhání. „*Kvůli Jones bych furt jenom spal. Běhá furt kolem parku.*“ Jeho nejmladší alternativní identita zase ráda zpívá. „*Sousedí si mysleli, že máme malý dítě. Honzíček je hrozně akční a furt něco kutí.*“

Tyto zájmy nezahrnuje do své výplně volné času a distancuje se od nich. Na svou zálibu ve starých konzolách je velice hrdý. Velmi dbá na odlišení sebe a ostatních identit v systému.

Nezávislost a sebekontrola

Pro Martina nezávislost není důležitá v kontextu jeho jako osoby, ale vzhledem k celému systému s jistotou, že kvůli disociativní poruše identity nikdy nezávislý nebude. „*Třeba Honzíček se o sebe nepostará, když má pět roků.*“ Přesto je pro něj důležitá a jako spokojený život si představuje to, že se člověk zvládne postarat sám o sebe (udělat si jídlo, nakoupit si) a vydělat peníze. „*Je důležitý mít své věci... ty dělají, kdo jsem já a kdo ostatní. Hlavní je to... mít sebe.*“

Chtěl by zlepšit to, že ve stresové situaci nebo pod velkým vypětím přepne. To mu znemožňuje najít si práci a poté v ní vydržet delší dobu. Finanční stránka pro něj hraje velkou roli a vadí mu, že je závislý na matce.

Vnímání sebe sama

Při popisu sebe a jeho cílů, hodnot vždy mluví pouze za sebe a připomíná mi to. Jeho ostatní identity mají jiné názory a nemusí s ním souhlasit. Někdy své alternativní identity vnímá jako svou součást, jindy se o nich zmiňuje jako o autonomních osobách. Popisuje se jako jiný než ostatní a asi by použil i slovo „*nenormální*“. Vnímá se jako velmi slabý a citlivý člověk a „... *takovej ve společnosti moc nemá šanci.*“

Fyzické zdraví

Ze všech respondentů nejvíce zmiňoval fyzický doprovod disociativní poruchy identity. Jednalo se především o bolesti hlavy, nechutenství a žaludeční nevolnost. Tyto projevy se u něj vyskytovaly několikrát do týdne. *„Kdybych chodil do práce, tak by mě to asi víc ovlivňovalo... ale takhle to vyležím doma. Je to nepříjemný jenom.“*

11.2.4 Sabina

Sabina má třicet osm let a je zaměstnaná jako pokladní v řetězci supermarketů. Má dokončenou střední školu služeb a podnikání. Původně ji k psychologovi přivedla porucha příjmu potravy. Partnera neměla už deset let. S rodinou se kontakt přerušil na základě zjištění její poruchy krom sestry od otce, se kterou žije v bytě.

Sabinin systém čítá dvanáct alternativních identit, přičemž Sabina si jich nebyla do návštěvy odborníků vědoma. Až v odborné péči si je začala pojmenovávat. Ráda o nich mluví.

Sociální začlenění

Sabina vyrůstala na velmi malé vesnici ve velmi věřící rodině. Panovala v ní přísná atmosféra a Sabina se bála o svých problémech mluvit. Problémy, které měla, byly odůvodňované věkem. *„Každý o tom mluvil jak o telecích létech.“* Na vesnici nebyly děti v jejím věku, takže v dětství trávila čas pouze se svou rodinou. Po škole musela hned domů a tam kvůli mnoha rozdíům nezapadla a nikdy se s nikým nebavila. Sabina uvedla, že kvůli její rodině, víře a problémům, které měla, zažívala těžkou šikanu v psychické i fyzické formě. Její rodiče se jí ale nikdy nezastali a odmítli to řešit. To z ní udělalo velmi ustrašeného člověka, takže střední školu spíše přetrpěla.

První přátele si našla až potom, co se odstěhovala od rodiny ke své tetě do města, v první práci. Nemá jich mnoho, ale jsou nedílnou součástí jejího života. Společně se změnou prostředí je vnímá jako velké zlepšení ve svém životě, které jí pomáhá v rámci motivace a naděje v budoucnost.

Má účet na několika seznamovacích službách a aktivně si hledá partnera. Disociativní poruchu identitu však vnímá jako velkou překážku v jeho nalezení. Je nedílnou součástí její představy o ideálním životě a neumí si bez něj představit budoucnost.

Přístup k poruše

Sabina uvádí, že se nad svou poruchou až tak nezamýšlí. Její rodina se s jejími psychickými problémy nedovedla smířit, a co si Sabina pamatuje, tak je bagatelizovala a nebrala je vážně. „*Vůbec jsem nevěděla, o co jde, u té mnohočetný poruchy osobnosti. Moc si to nepamatuju, ale jenom jsem na ni hleděla,*“ vzpomíná na to, když si vyslechla po dvaceti letech v psychiatrické péči tuto diagnózu. Zpětně si uvědomuje, že se jí to pomohlo. Objasňovalo to mnoho věcí, které si předtím neuměla vysvětlit. S psycholožkou poté začali prozkoumávat její systém a seznamovat se s dalšími částmi její osobnosti.

Nějaký čas to nemohla úplně přijmout, poté jí to přineslo ale klid. „*Připadala jsem furt jako divná, ale jinak...*“

V rodině její diagnóza vyvolala pobouření a byla spouštěč k tomu, že se s nimi přestala vídat. Tento krok vnímá jako zbabělý a chtěla by na tom zapracovat, protože je pro ni rodina velmi důležitá. Bez rodinného prostředí však vnímá, že jí stoupá sebedůvěra. Jako malá si myslela, že ji pronásledují démoni a cítila se špatná. Logické vysvětlení jí v tomto velmi pomohlo.

Aktivita v životě

Sabinu velmi vyčerpává její práce, proto bývá stále unavená. Díky tomu zbožňuje sledování seriálů. Považuje se velmi líného člověka. Toto platí jen do chvíle, než se ujme vedení její jiná alternativní identita. To potom: „*Celej den něco dělám a pak si to vůbec nepamatuju. Teta mě nikdy nepoznává.*“ Uvádí, že její alternativní identity mají dostatek zájmů i za ni.

Nezávislost a sebekontrola

Pro Sabinu nezávislost znamená umět se o sebe postarat i přijmout pomoc od ostatních. Velkým tématem je pro ni finanční samostatnost, protože bez ní není možné uspokojit základní existenční potřeby. Sama sebe považuje nezávislou do té míry, jaká je v jejím stavu možná. „*Chodím do práce, zajdu nakoupit, uvařím... takový ten základ.*“ Velkou krizi u ní vyvolá ztráta zaměstnání. To se jí stává relativně často kvůli jejím výpadkům a neschopnosti některých alternativních identit vykonávat normální práci. Velkou podporou jsou jí však přátelé a teta, bez nichž by to nezvládala. Díky nim se naučila přijmout to, co se jí děje, a postavit se na vlastní nohy.

Vnímání sebe sama

Krom dnů, kdy není schopná vstát z postele, se umí ve větší či menší míře ocenit, jak dlouhou ušla cestu za celý svůj život. „*Ono je to důležitý asi, to... jako ocenit se nějak.*“ Všimá si také toho, že její vnímání sebe sama se velmi za poslední roky zlepšilo. Vliv na to má i lepší přístup okolí k její poruše. Se stigmatizací se stále setkává častěji, než by chtěla, ale všimá si zlepšení v chápání duševně nemocných. Některé její alternativní identity jí slouží jako inspirace, co se týče chování.

Její přístup k ní samé se mění dle nálady. Občas stále prožívá pocity toho, že zklamala všechny ve svém životě a neměla silnější víru.

Fyzické zdraví

V dospívání trpěla bulimií, jejíž dopady na zdraví vnímá do teď. Podlomilo jí to zdraví a narušilo stavbu páteře, tak si musí dát pozor při velké fyzické zátěži. Bolesti neprožívá natolik silně, aby jí to zasahovalo do běžného fungování. Několikrát během dne ji trápí krátkodobé bolesti hlavy, které však rychle relativně rychle přejdou a lze si na ně zvyknout.

11.2.5 Tereza

Tereza je dvaceti čtyřletou studentkou filozofické fakulty. Za dva roky bude dokončovat magisterské studium. Má dva roky partnera, se kterým se seznámila v rámci studia. S rodiči má dobré vztahy, a pokud nebydlí na studentském bytě, tak bydlí u nich.

Terezin systém zahrnuje více než osmnáct identit, přičemž jejich počet je proměnlivý. V péči psychologa je od šesti let. V řeči Tereza používá dva způsoby, když o sobě mluví. V první osobě jednotného čísla v případě, když mluví o sobě jako o hostiteli, a v první osobě množného čísla, jakmile popisuje celý systém.

Sociální začlenění

Sabina si stejně jako Patrik příliš na své dětství nepamatuje. Nemyslí si však, že by měla nějaké problémy krom období, kdy se stala věc, která ji disociativní poruchu identity vyvolala. Od té doby se její alternativní identity silně projevovaly, ale byly brány jako imaginární kamarádi. „*My jsme vždycky měli silnou představivost, tak nás nebrali moc vážně.*“ Kvůli událostem v minulosti byla Tereza vždy velmi rodiči chráněna a moc kamarádů na základní škole neměla. Sociální život jí začal až na vysoké škole, kde lidé měli pro její poruchu pochopení.

Často se zmiňovala o svém příteli, který je pro ni spolu s rodinou největší oporou. Pomáhá ji překonávat i potíže se svou sexualitou. Nedává znát to, že by byla něčím jiná a ke všemu se staví přirozeně.

K většině svých alternativních identit se staví jako ke členům rodiny. „*Sebastian byl do mě i chvíli zamilovaný, tak trochu na přítele žárlí.*“ Nedokáže si představit, že by o ně přišla.

Přístup k poruše

„*Předtím jsem viděla nějaké filmy ve škole... ale nesešlo mi to, že to je jako to, co máme my. Nějak jsem si neuvědomovala, že se stávám někým jiným.*“ Ze všech respondentů měla Tereza k diagnóze nejkolidnější přístup. „*Možná jsme to brali líp než psychologové kolem mě.*“

Vždy byla zvyklá mít velkou fantazii a myslí si, že za to vděčí disociativní poruše identity. Také jí tato porucha dává pocit, že svým způsobem někam patří a vždy tady pro ni někdo bude. Když se cítí špatně, může to prožívat se všemi alternativními identitami. „*Ale není to tak jednoduché. To, co dopadá na mě, dopadá na všechny.*“ I kvůli nim se snaží být silná a lépe zvládat překážky ve svém životě.

Aktivita v životě

Pro Terezu je obor, který studuje, i jejím zájmem. „*Já jsem ta chytrá, ostatní jsou třeba kreslení.*“ Myslí si, že v systému mají koníčky velmi hezky rozložené a každý má to své. Má velmi ráda zvířata a chodí pravidelně pomáhat do útulku. Vnímá to jako útěk od povinností a pomáhá jí to uvolňovat nahromaděný stres. „*Pro nás je to důležitější než po ostatní.*“

Nezávislost a sebekontrola

Tereza nemá ráda, když kolem ní lidé tzv. chodí po špičkách a velice dbá, aby jí okolí bralo jako plnohodnotného člena společnosti. Jedna z věcí, na kterou je nejvíce hrdá, je přijetí na vysokou školu. Díky tomu má pocit, že se aktivně podílí na zlepšování své budoucnosti. Odejít studovat do jiného města byl její velký sen a představa toho, že rodičům bude moct ukázat, že se o sebe dokáže postarat sama.

Velmi ji vadí, že její jedna alternativní identita nemá ráda jejího přítele a snaží jejich vztah sabotovat. Proto usilovně pracuje na tom, aby mohla switching více ovládat.

Vnímání sebe sama

Málokdy mluví jen sama o sobě. Chápe se v systému a neoddělitelně od alternativních identit. Velice ráda mluví o alternativních identitách. Popisuje jejich chování, vzhled, koníčky nebo povahové vlastnosti. O sobě mluví spíše nerada a vždy změni téma.

Fyzické zdraví

Tereza kdysi velmi trpěla na různé bolesti, které neměly příčinu. Nyní zaznamenala zlepšení v rámci terapie a občas ji jen bolí hlava a žaludek.

12 ODPOVĚĎ NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole se pokusím odpovědět na výzkumné otázky, které jsem si dala na začátku výzkumu.

Jak pacienti s disociativní poruchou identity prožívají svou poruchu?

Klíčovým tématem v prožívání disociativní poruchy identity se ukázalo přijetí okolí. Lze si všimnout vztahu mezi přijetím okolí a sebevnímáním. Můžeme tedy říci, že přijetí okolí (rodinou, přítelem, přáteli) je významným ukazatelem, který ovlivňuje prožívání disociativní poruchy identity.

Respondeti, kteří kolem sebe měli lidi, které je měli rádi takové, jací byli, trávili s nimi čas a nesoudili je, popisovali svůj život jako kvalitnější. Ti, kterým tento prvek v životě chyběl, hůře snášeli svou poruchu.

VO3: V jakých oblastech pacienti s disociativní poruchou identity pociťují negativní vliv své poruchy?

Pacienti s disociativní poruchou osobnosti vnímali nedostatek nezávislosti kvůli své poruše. Jednalo se o taková témata jako nezávislost na pomoci druhých, finanční nezávislost či být schopen se postarat ve svém životě o sebe.

VO4: V jakých oblastech pacienti s disociativní poruchou identity pociťují pozitivní vliv své poruchy?

Jedinci s disociativní poruchou identity nespatořovali žádný přínos v poruše jako takové, ale ve svém úsilí posouvat se v životě dál na osobní úrovni i přes překážky, které jim přinášela.

VO5: Jak disociativní porucha identity ovlivňuje fungování pacientů v běžném životě?

Pacienty s disociativní poruchou identity porucha významně ovlivňuje v běžném životě. Strach z toho, že se jejich porucha projeví v nevhodnou dobu, jim výrazně zabraňoval v běžných činnostech, jako byl nákup, chození do práce.

13 ZÁVĚRY

- Lidé s disociativní poruchou identity hodnotí kvalitu života v celé její komplexnosti v oblastech: kým jsou, kam patří a jak se realizují. Jejich pojetí odpovídá teoretickému ukotvení ve čtvrté kapitole.
- To, jak pacienti s disociativní poruchou identity vnímá okolí, ovlivňuje to, jak vnímají sami sebe.
- Pacienti s disociativní poruchou identity vnímají tuto poruchu jako znemožňující překážku k žití spokojeného života.

14 DISKUZE

Ve své práci si věnuji lidem s disociativní poruchou identity a jejich kvalitě života. Jedná se o téma obšírné a komplexní. V České republice tomuto tématu není věnováno mnoho prostoru, proto jsem se alespoň pokusila prozkoumat oblast prožívání života těchto osob. Nejprve se budu věnovat možným chybám, omezením a zkreslením, která mohla v mém výzkumu nastat. Dále rozvedu výsledky z mého výzkumu, dám je do souvislosti s odbornou literaturou a propojím je s výzkumnými otázkami, které jsem se vytyčila. V závěru se budu věnovat přínosu mého výzkumu na poli užitečnosti a potenciálu pro další výzkum.

Největší slabinu tohoto výzkumu nalézám ve výzkumném souboru. Jako problematický jej shledávám z několika pohledů. Prvním je jeho nedostatečná reprezentativnost vůči celé populaci. Použité metody výběru respondentů nezaručují různorodost a nahodilost. Další slabinou je nízký počet respondentů. Vzhledem k okolnostem výzkumu počet pěti shledávám jako dostatečný, přesto vyšší počet by byl reprezentativnější a téma by rozšířil o další obzory a pohledy. Rovněž výzkumný soubor není vyvážený a převažují v něm ženy (3) nad muži (2). Průměrný věk je poměrně nízký a soubor není věkově pestrý. To mohlo být zapříčiněno použitými metodami výběru. Samovýběr se uskutečnil pomocí sociální sítě, na které stále převažují spíše mladí lidé, a v jedné konkrétní skupině. Kladem však shledávám, že nalezení respondenti projevovali disociativní poruchu identity jak s formou posednutí, tak bez ní. Toto do výzkumu přineslo různorodé pohledy této poruchy.

Vzhledem ke vzácnosti této poruchy jsem si však dříve zmíněných nedostatků byla vědoma již před započítím výzkumu a posoudila jejich rizikovost jako únosnou oproti přínosu.

Během výzkumu však vyvstal limit, s nímž jsem nepočítala. To bylo riziko klamání samotných respondentů. Ohledně prevalence disociativní poruchy identity v České republice jsem se nemohla opřít o žádný výzkum, který by se vztahoval přímo k našemu prostředí. Zeměpisně nejbližší studie byla provedena v Německu (Gast et al., 2001) a udávala 0,9 % v populaci hospitalizovaných pacientů. Předpokládala jsem, že se zde lidé s disociativní poruchou identity vyskytují, avšak mohou být chybně diagnostikováni a tudíž jejich nalezení

by bylo nemožné. Zmínku o lidech s disociativní poruchou identity v našich končinách jsem našla v internetovém článku, v němž Matěj Kollár z Psychiatrické nemocnice Bohnice uvádí, že tato porucha v ČR nebyla nikdy diagnostikovaná (Roháčová, 2017). Tento článek je však již z roku 2017 a mí respondenti vesměs uváděli, že jim diagnóza byla udělena relativně čerstvě, nejdříve před dvěma lety. Při mých dotazech ve Fakultní nemocnici Olomouc a Fakultní nemocnici Ostrava psychologové uváděli, že se s touto poruchou v praxi také nesešli. Osobně jsem nebyla schopná najít nikoho, kdo by v České republice o této poruše slyšel. Jak jsem uvedla v teoretické části, disociativní porucha bývá často přetvářena z mnoha důvodů. Po skončení sběru dat mě kontaktovalo dalších šest lidí, kteří projevíli zájem se účastnit v mém výzkumu. Vzhledem k vzácnosti a také častému chybnému diagnostikování se mi tento počet zdál poměrně vysoký. Bylo by na místě v budoucnu věnovat pozornost míře prevalence disociativní poruchy identity v České republice.

Dalším bodem, jenž stojí za zmínku a mohl by se považovat za limit, je citlivost skrytá v tomto výzkumu. Kvalita života je velmi komplexní a dotýká se minulosti, přítomnosti i budoucnosti respondentů, stejně jako jejich okolí. Disociativní porucha identity vzniká na základě velkého otřesu v dětství, a proto pro respondenty byla některá témata nepříjemná a nerozváděli je, pro příklad bych zmínila rodinu a dětství. Snažila jsem se s tímto vypořádat nejlépe, jak jsem mohla, avšak jsem si vědoma svých omezení v ohledu nedostatku zkušeností. Protože jsem je však do odpovědí nijak netlačila a dávala jim prostor, jaký chtěli, tak většinou mi na otázky nezbytné pro výzkum odpověděli.

I přes důkladnou rešerši zdrojů jsem nenalezla výzkumy, které by se týkaly přímo kvality života lidí s disociativní poruchou identity. Připisuji to na vrub nepravdám a zkreslením, která tuto porucha obestírají, silné kontroverzi a rozpolcenosti a malému zájmu kvůli ojedinělosti této poruchy. Své výsledky proto porovnávám s výzkumy, které se věnují populaci s psychickými poruchami obecně, a s modely zmíněnými v teoretické části.

Oblasti, které se během mé analýzy vynořily, jsou tyto: **sociální začlenění, přístup k poruše, aktivita v životě, nezávislost, vnímání sebe sama a fyzické zdraví**. Z rozhovorů bylo jasně vidět, že k zdravému a spokojenému životu, respondenti potřebovali potřebu někam patřit, být zabezpečený a mít náplň života.

Zajímavé srovnání můžeme vidět u Mayerse (2000). V jeho výzkumu se na prvním místě priorit nalézají dosažení osobního úspěchu. Stejně jako v mém výzkumu se dále v tomto žebříčku objevují vztahy s ostatními, fyzické zdraví, mít práci a mít naplněný čas. V mém výzkumu respondenti nejevili dlouhodobější zaměření na cíl, nebo si to alespoň

neuvědomovali. Tereza mluvila o dokončení vysoké školy, ostatní měli nejasnou představu o své budoucnosti. Domnívám se, že to mohlo být ovlivněno průměrným věkem. Ve studii se však průměrný věk pohyboval kolem 41, 6 let, zatímco u tohoto výzkumu 27, 6 let.

Podobné výsledky mého výzkumu můžeme nalézt u Corringa & Cooka (2007). Ve svém výzkumu vymezili tři dominantní oblasti kvality života a to: prožívání nemoci, vztahy, vnímání sebe sama a prostředí. Tyto oblasti se do značné míry překrývaly i s mými a šly ještě více do hloubky.

Podíváme-li se na Torontský model kvality života (The Quality of Life Model, nedat.), můžeme v něm s výsledky mého výzkumu nalézt značnou podobnost. Témata jsem řadila dle rozhovorů a kontextu z něj vyplývající, ale přihlédneme-li na jejich podstatu, můžeme je najít i v tomto modelu, byť pod jinými názvy. Ve všech případech se objevovala potřeba *bytí* (u mne vnímání sebe sama, fyzické zdraví), stejně jako potřeba *někam náležet* (sociální začlenění) a potřeba *realizovat se* (aktivita v životě).

Výsledky tohoto výzkumu se podobají výsledkům jiných zkoumání, které byly provedeny na pacientech s jinými formami psychických poruch. Můžeme tedy říci, že i přes subjektivitu vnímání kvality života, objevují se zde opakující se témata společná všem.

Specifikum disociativní poruchy identity, které vyplývá z výzkumné části, tkví v neznámosti a malému povědomí o této poruše. Pro všechny respondenty hrálo významnou roli, že nevěděli, o co se jedná či co přesně tato porucha znamená. Pomohlo jim až následné nastudování materiálů.

Dalším poznatkem je to, že tři z pěti respondentů trpěli disociativní poruchou identity s formou posednutí. Dva z respondentů neuváděli zkušenosti s posedlostí, proto jim ani nezasahovala do běžného života. Tomuto by bylo záhodno v dalším výzkumu věnovat pozornost. Ross (2011) však uvádí, že zkušenosti s posedlostí jsou u osob s disociativní poruchou osobnosti velmi běžné.

Můžeme si z výsledků všimnout i toho, že za nejvíce stresu v běžném životě respondenti zažívají s projevy poruchy a jejich kontrolu na veřejnosti. V domácím prostředí se cítili uvolněněji a tím se snižovalo jejich napětí.

Jako překvapivé se může zdát opakovaný výskyt negativních zkušeností ze stran psychologů a psychiatrů. Dle Cooka & Chamberse (2009) je přístup odborníků a zaměstnanců zařízení, v nichž se pacienti nacházejí, velmi důležitý a ovlivňuje hned několik oblastí pacientova prožívání. Péče psychologů může významně dopomoci osobám s psychickými

poruchami v překonání životních překážek. Respondenty popisované zacházení negativně ovlivňovalo jejich životy, důvěru v samotné odborníky a i to, jak na sebe nahlíželi.

Můj výzkum trpí nedostatky, jež jsou typické pro zkoumání kvality života a jež zmiňuje Mareš (2006). Jde o výběr pouze selektivní a otázky pokrývaly pouze některé oblasti. Do tohoto výběru se promítá mé psychologické zaměření a mé znalosti o kvalitě života. Nemohu tedy říci, že by se jednalo o komplexní pojetí kvality života, byť jsem se tomu snažila v rámci svých schopností přiblížit. Zpětně mě napadají další oblasti, které jsem opomněla, a jsou důležité, jako například spánek či vliv farmak. Nyní již z praxe chápu těžkosti výzkumu kvality života.

I přes nedostatky považuji svůj výzkum za přínos, jak osobní, tak profesní. Osobní v tom ohledu, že mi rozšířil obzory vědomostí a vyvedl mě z omylů, jimiž jsem trpěla na základě studia nevhodných zdrojů. Rozšířil mi také síť kontaktů, pokud bych se chtěla disociativní poruše identity věnovat v dalších pracích.

V České republice žádný výzkum ohledně kvality života jedinců s disociativní poruchou identity neproběhl, můj výzkum tedy přináší nové poznatky na toto téma. Doufám, že otvírá i cestu ke zlepšení povědomí o této poruše. Zároveň mé výsledky poukazují na negativní dopad nevědomosti, jež v mých respondentech zanechal nedůvěru a opatrnost vůči psychologům a psychiatrům. Věřím, že postupem času se toto zlepší a i u nás přibude více výzkumů cílících na tyto respondenty. Větší pochopení a znalost této poruchy by mohly vést k menší stigmatizaci a také překrýt jejich zobrazování jako nebezpečných jedinců s vražednými sklony.

SOUHRN

Cílem této práce bylo zmapovat kvalitu života pacientů s disociativní poruchou identity. Pokoušela jsem se zjistit, jak prožívají tuto poruchu. Zabývala jsem se také, co je pro tyto lidi v životě důležité a jak si představují spokojený život. Neméně důležitými otázkami pro mě bylo, jak tato porucha negativně a pozitivně ovlivňuje jejich život a schopnost fungování v něm.

Svou práci dělím na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se snažila čtenáře uvést do problematiky, která je potřebná pro pochopení výzkumného tématu. V praktické části čtenáři předkládám svůj fenomenologicky orientovaný výzkum, který se zaměřuje na kvalitu života pacientů s disociální poruchou identity. Nyní představím jednotlivé kapitoly teoretické části.

V první kapitole jsem velmi stručně přiblížila pojem disociace. Věnovala jsem se jeho vývoji v historickém kontextu po současné pojetí patologické a nepatologické disociace.

V druhé kapitole jsem se přesunula k tématu klasifikace disociálních poruch dle klasifikace MKN-10. V úvodu této kapitoly je stručně představuji. Věnuji se jejich prevalenci a diagnostice. Rozebírám zde rovněž jednotlivé disociativní poruchy, mezi něž se disociativní porucha identity řadí. Na konci kapitoly srovnávám rozdíl mezi DSM-5 a MKN-10, abych čtenáře uvedla do současného kontextu přístupu k těmto poruchám.

Ve třetí kapitole se již věnuji samostatně disociativní poruše identity. Na úvod vysvětluji, proč používám pro svou práci pojem disociativní porucha identity a ne mnohočetná porucha osobnosti a proč se mi toto označení zdá jako vhodnější. Dále uvádím klasifikaci disociativní poruchy identity/mnohočetné poruchy osobnosti dle DSM-5 a MKN-10, protože se mezi těmito dvěma manuály vyskytují rozdíly a pro komplexní pohled na tuto poruchu je užitečné se orientovat v obou.

V poslední čtvrté teoretické kapitole se věnuji kvalitě života. Pro úvod do problematiky sleduji vývoj této oblasti do minulosti. Věnuji se několika definicím, které mi v mém výzkumu posloužila jako inspirace, a také často v literatuře citovaným modelům.

V praktické části čtenář může naléznout můj fenomenologicky orientovaný výzkum. S pěti respondenti, kteří tvořily můj výzkumný soubor, jsem provedla polostrukturované rozhovory, jež jsem následně zpracovala metodou doslovné transkripce. Respondenti byli vybráni metodou samovýběru a techniky „snowball“. Získaná data byla zpracována interpretativní fenomenologickou analýzou. Během této analýzy se vynořilo několik zásadních témat, kterými byly: **sociální začlenění, přístup k poruše, aktivita v životě, nezávislost, vnímání sebe sama a fyzické zdraví**. V rámci těchto oblastí jsem poté představila rozebrané jednotlivé rozhovory.

Z témat šlo rozpoznat, že lidé s disociativní poruchou osobnosti hodnotí kvalitu života v míře její komplexnosti, což se shodovalo s poznatky získanými ve čtvrté kapitole.

Pacienti s disociativní poruchou osobnosti svou poruchu prožívají v rámci několika dimenzí, v nichž to, jak je přijímá jejich okolí, hraje významnou roli. Od toho se odvíjí jejich vnímání jich samých i jejich poruchy. Pacienti s disociativní poruchou osobnosti, kteří se cítili být přijatí rodinou, přáteli či partnerem, vnímali svůj život lépe a hodnotili jej jako spokojenější. Přínos disociativní poruchy identity spatřují ve svém přístupu, ne v ní samotné. Výsledky ukázaly rovněž to, že disociativní porucha identity je výrazně ovlivňuje v jejich životech.

Přínos mého výzkumu je v porozumění této poruchy a ve snaze nahlédnout do jejich života. Také přináší nové poznatky v rámci této poruchy na území České republiky.

LITERATURA

- American Psychiatric Association. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Dsm-5*. Arlington, VA.
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & Marinis, M. G. (2013). *Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase?* *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203. doi:10.5964/ejop.v9i1.484.
- Bergsma, J., & Engel, G. (1988). *Quality of life: Does measurement help?* *Health Policy*, 10(3), 267-279. doi:10.1016/0168-8510(88)90062-0.
- Bliss, E. L. (1984). *Spontaneous Self-Hypnosis in Multiple Personality Disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 135-148. doi:10.1016/s0193-953x(18)30786-x.
- Brand, B. L., Sar, V., Stavropoulos, P., Krüger, C., Korzekwa, M., Martínez-Taboas, A., & Middleton, W. (2016). *Separating Fact from Fiction*. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(4), 257-270. doi: 10.1097/hrp.0000000000000100.
- Cook, S., & Chambers, E. (2009). *What Helps and Hinders People with Psychotic Conditions Doing What They Want in Their Daily Lives*. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(6), 238-248. doi:10.1177/030802260907200602.
- Corring, D. J., & Cook, J. V. (2007). *Use of Qualitative Methods to Explore the Quality-of-Life Construct From a Consumer Perspective*. *Psychiatric Services*, 58(2), 240-244. doi:10.1176/ps.2007.58.2.240.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (Vyd. 2). Praha: Portál.
- 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. doi:10.1176/ajp.2006.163.4.623.
- Friedl, M. C., & Draijer, N. (2000). Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 1012-1013. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.1012>.
- Friedl, M., Draijer, N., & Jonge, P. D. (2000). *Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: The impact of study characteristics*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(6), 423-428. doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102006423.x
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., & Emrich, H. M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of*

Nervous and Mental Disease, 189(4), 249–257. <https://doi.org/10.1097/00005053-200104000-00007>.

Ginzburg, K., Somer, E., Tamarkin, G., & Kramer, L. (2010). Clandestine Psychopathology: Unrecognized Dissociative Disorders in Inpatient Psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 378–381. doi:10.1097/nmd.0b013e3181da4d65.

Goodwin, J. M., & Sachs, R.G. *Child Abuse in the Etiology of Dissociative Disorders*. In: Michelson, L. K., & Ray, W. J., (Ed) (1996). *Handbook of Dissociation*. Springer, Boston: MA.

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum* (1st ed.). Praha: Grada Publishing.

Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397–412. doi: 10.1007/bf00974598.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

Herman, E., Hovorka, J., Praško, J., Bajaček, M., Doubek, P., & Nežádal, T. (2008). Disociativní poruchy v praxi: Dissociative disorders in practice. *Psychiatria Pro Praxi*, 9(6), 277–282.

Hnilicová, H., & Bencko, V. (2005). Kvalita života - vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický Lékař*, 85(11), 656–660.

Horen, S. A., Leichner, P. P., & Lawson, J. S. (1995). Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 40(4), 185–191.

Howell, E. F. (2011). *Understanding and treating dissociative identity disorder: a relational approach*. New York: Routledge.

Chu, J. (2005). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12. doi:10.1080/15299732.2011.537247.

Kluft, R. P. (1987). An update on multiple personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 38(4), 363–373.

Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). *Interpretativní fenomenologická analýza*.

Kováč, D. (2001). Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Československá Psychologie*, 45(1), 34–44.

Křivohlavý, J., Kvalita života: Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. In: Hnilicová, H. (Ed.). (2004). *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*,

Kongresový sál hotelu Aurora. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.

Loewenstein, R. J., Hornstein, N., & Farber, B. (1988). Open trial of clonazepam in the treatment of posttraumatic stress symptoms in MPD. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 1(3), 3-12.

Loewenstein, R., & Putnam, F. (1990). The clinical phenomenology of males with MPD: A report of 21 cases. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3, 135-143.

Loewenstein, R. J., & Ross, D. R. (1993). *Multiple Personality Disorder and Dissociation*. PsycEXTRA Dataset. doi:10.1037/e324272004-010 .

Mareš, J. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících*. Brno: MSD.

Merckelbach, H., Boskovic, I., Pesy, D., Dalsklev, M., & Lynn, S. (2017). Symptom overreporting and dissociative experiences: A qualitative review. *Consciousness and Cognition*, 49, 132-144. doi:10.1016/j.concog.2017.01.007.

Merckelbach, H., Devilly, G. J., & Rassin, E. (2002). Alters in dissociative identity disorder. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 481-497. doi:10.1016/s0272-7358(01)00115-5.

Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M., & Erni, T. (1996). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37(5), 355-361. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90017-6](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90017-6).

Morton, J. (2004). Differentiating dissociation and repression. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(5), 670-671. doi: 10.1017/s0140525x04350156.

Moult, M. (2017). *Dissociative Amnesia*. Encyclopedia of Clinical Neuropsychology, 1-3. doi: 10.1007/978-3-319-56782-2_1120-2.

Nerad J. M., Neradová L (2005). Příspěvek k diskuzi o problematice disociativních stavů s přihlédnutím k dílu Pierra Janeta (1859-1947), *Čes a Slov Psychiat*. 2005; 101(2): 98-104.

Pastucha, P., Praško, J., & Cinculová, A. (2011). Patologická disociace - je, či není? *Psychiatrie Pro Praxi*, 12(4), 162-165.

Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M., De Marinis, M. G. (2011). A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *La Clinica terapeutica*, 162, 99-103.

Piper, A. (1994). Multiple Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164(5), 600-612. doi:10.1192/bjp.164.5.600.

- Praško, J., Herman, E., Raszka, M., Hovorka, J., & Doubek, P. (2007). Disociativní poruchy a jejich léčba. *Medicína Pro Praxi*, 4(9), 471-476.
- Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ptáček, R., & Bop, P. (2009). Metody diagnostiky disociativních symptomů. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 105(4), 163-172.
- 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.
- Putnam, F. W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 413-429. doi: 10.1002/jts.2490020406.
- Putnam, F. W. (1989): *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York, The Guilford Press.
- 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.
- Quen, J. M. (1986). *Split minds/ split brains: histor. and current perspectives*. New York: New York Univ. Pr.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Reeves, C. (1982). Breuer, Freud and the case of Anna O: A re-examination. *Journal of Child Psychotherapy*, 8(2), 203-214. doi: 10.1080/00754178208256768 .
- Ringrose, J. L. (2012). *Understanding and treating dissociative identity disorder (or multiple personality disorder)*. London: Karnac Books.
- Roháčová, K. (27. 1. 2017) *FILM VS. REALITA: Porucha identity fascinuje Hollywood. Stereotypu zabijáka se ale nevyhnul ani Rozpolcený*. Získáno z www.irozhlaz.cz.
- 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.
- Ross, C. A. (2011). Possession Experiences in Dissociative Identity Disorder: A Preliminary Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 393-400. doi:10.1080/15299732.2011.573762.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fleisher, W. P., & Norton, G. R. (1991). The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1717-1720. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1717>.

Ross, C. A., Duffy, C. M. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, Reliability and Validity of Dissociative Disorders in an Inpatient Setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7-17. doi: 10.1300/j229v03n01_02.

Ross, C. A., Heber, S., & Anderson, G. (1990). The Dissociative Disorders Interview Schedule. *American Journal of Psychiatry*, 147(12). doi:10.1176/ajp.147.12.1698-b

Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., & Özdemir, Ö. (2003). The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 119–136. https://doi.org/10.1300/J229v04n01_08.

Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B., & Baral, I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 216–222. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)90050-6](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(00)90050-6).

Saxe, Glenn & van der Kolk, Bessel & Berkowitz, R & Chinman, Gary & Hall, K & Lieberg, G & Schwartz, J. (1993). Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *The American journal of psychiatry*. 150. 1037-42. 10.1176/ajp.150.7.1037.

Smolík, P. (1997). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika* (2. rev. vyd). Praha: Maxdorf.

Spiegel, D. (1984). Multiple Personality as a Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 101-110. doi:10.1016/s0193-953x(18)30783-4 .

Spiegel, D. (2006). Recognizing Traumatic Dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 566. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.566.

Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña E., Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824-852. doi:10.1002/da.20874.

Staniloiu, A., & Markowitsch, H. J. (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet Psychiatry*, 1(3), 226-241. doi:10.1016/s2215-0366(14)70279-2.

Stevenson, R. L. (2014). *Podivný případ doktora Jekylla a pana Hyda*. Brno: B4U Publishing.

Světová zdravotnická organizace (2014). *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10*. (1993) (2. vyd). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

The Quality of Life Model. (nedat). Získáno z http://sites.utoronto.ca/qol/qol_model.htm.

Tutkun, H., Sar, V., Yargic, I., Ozpulat, T., Yanik, M., Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish University Clinic. *The American journal of psychiatry*, 155, 800-5. 10.1176/ajp.155.6.800.

Ustohal, L., & Venclíková, S. (2016). Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 112(4), 172-176.

VandenBos, G. R. (2015). *APA dictionary of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.

Veenhoven, R. (2000). Four Qualities of Life. The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 1-39. doi:10.1023/A:1010072010360.

World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization.

Xiao, Z., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, M. Y., Chen, M. J., ... Keyes, B. B. (2006). Trauma and Dissociation in China. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1388-1391. doi: 10.1176/ajp.2006.163.8.1388.

Zapf, W., Individuelle Wohlfahrt: *Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität in den Bundesrepublik*. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Ed.) (1984). *Lebensqualzitate in der Bundesrepublik*. Frankfurt am Main: Campus.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Kvalita života pacientů s disociativní poruchou identity

Auto práce: Adéla Přadková

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph. D.

Počet stran a znaků: 80, 148 120

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 74

Abstrakt: Předmětem mé práce je kvalita života pacientů s disociativní poruchou identity. Cílem práce je popsat vliv disociativní poruchy identity na kvalitu života a zaměřit se na to, v jakých oblastech se tato porucha negativně projevuje, a zda vnáší do života i pozitivní přínos. Vyházím z teoretických modelů kvality života a získané poznatky s nimi porovnávám. Ve výzkumu používám kvalitativní metodologii. Respondenti byli vybíráni záměrných výběrem metodou samovýběru a sněhové koule. Data jsem posbírala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Analýza proběhla formou interpretativní fenomenologické analýzy. Pacienti s disociativní poruchou osobnosti svou poruchu prožívají v rámci několika dimenzí, v nichž to, jak je přijímá jejich okolí, hraje významnou roli. Od toho se odvíjí jejich vnímání jich samých i jejich poruchy. Přínos disociativní poruchy identity spatřuji ve svém přístupu, ne v ní samotné. Výsledky ukázaly rovněž to, že disociativní porucha identity je výrazně ovlivňuje v jejich životech.

Klíčová slova: disociativní porucha identity, mnohočetná porucha osobnosti, kvalita života, klinická psychologie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Quality of life of patients with dissociative identity disorder

Author: Adéla Přadková

Supervisor: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph. D..

Number of pages and characters: 80, 148, 120

Number of appendices: 3

Number of references: 74

Abstract: The subject of my work is the quality of life of patients with dissociative identity disorder. The aim of this work is to describe the influence of dissociative identity disorder on the quality of life and focus on the areas in which the disorder is negatively manifested and whether it brings positive benefits to life. I start from theoretical models of quality of life and compare the findings with them. I use qualitative methodology in my research. Respondents were selected by deliberate selection using a self-selection method and a snowball. I collected the data using a semi-structured interview. The analysis was in the form of an interpretative phenomenological analysis. Patients with dissociative personality disorder experience their disorder in several dimensions in which their environment plays an important role. This is the reason for their perception of themselves and their disorder. They see the benefit of dissociative identity disorder in their approach, not in it. The results also showed that dissociative identity disorder affects them significantly in their lives.

Key words: dissociative identity disorder, multiple personality disorder, quality of life, clinical psychology

Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Kvalita života pacientů s disociativní poruchou identity

Autor práce: Adéla Přadková

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Vaculčíková Sedláčková, Ph. D.

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Kvalita života pacientů s disociativní poruchou identity“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Beru na vědomí, že rozhovory budou nahrávané pro účely tohoto výzkumu a nebudou nikde zveřejněny ani použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....