

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Anna Urbánková

**Disociace a trauma**

**Dissociation and trauma**

Praha, 2021

Vedoucí práce: Mgr. Klára Záplatová

## Poděkování

Chtěla bych poděkovat všem, kteří mě doprovázeli při psaní této práce. Přátelům a blízkým za pomoc, kterou mi poskytli, a za podporu, kterou jsem v nich měla. Děkuji své vedoucí Mgr. Kláře Záplatové za vlídný, upřímný a inspirativní přístup, díky kterému mohla být práce dokončena. A děkuji za příležitost a výzvu práci vytvářet a hlouběji se ponořit do zajímavého tématu.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 23. července 2021

.....

Anna Urbánková

## **Abstrakt**

Práce se zabývá disociací, traumatem a jejich vztahem. Větší prostor je věnován fenoménu disociace, vzhledem k její teoretické komplexnosti a nejednotě pojetí. Jako první je zmíněn klinický pohled na disociativní stavy. Nastíněna je historie, různé pohledy, kterými je k jevu přistupováno a současné, empiricky podpořené modely, které demonstrují fungování disociace. Pozornost je zaměřena na disociativní kontinuum a na zjištění spojená s přístupem. Popsány jsou některé jevy spadající pod patologické a nepatologické formy disociace. Trauma je v práci rozebíráno s ohledem na jeho definici, formy a události, které traumatizaci způsobují. V návaznosti na způsoby traumatizace jsou krátce pokryta témata vývojového traumatu a transgeneračního přenosu. Důsledky posttraumatického stresu jsou demonstrovány akutní stresovou reakcí a posttraumatickou stresovou poruchou. Práce rozebírá vztah disociace a traumatu, který je charakterizován s ohledem na časovost. Když k disociativním stavům dochází bezprostředně při traumatické události a mají ochrannou funkci, nebo když dlouhodobě přetrvávají a narušují každodenní bytí. Témata tvoří teoretický rámec, ze kterého vychází návrh kvantitativního výzkumu, který má za cíl objasnit vztah disociace a traumatu. Je zkoumáno, jestli disociace stoupá důsledkem traumatizace a jestli se disociativní symptomy kontinuálně zvyšují s vyšší mírou projevů posttraumatického stresu.

## **Klíčová slova**

Disociace, trauma, disociativní kontinuum, posttraumatický stres

**Abstract**

The thesis deals with dissociation, trauma and their relationship. More space is devoted to the phenomenon of dissociation, due to its theoretical complexity and disunity of conception. The clinical perspective on dissociative states is mentioned first. The history, different perspectives through which the phenomenon is approached and recent, empirically supported models that demonstrate the functioning of dissociation are outlined. Attention is focused on the dissociative continuum and the findings associated with the approach. Some of the phenomena classified under pathological and non-pathological forms of dissociation are described. Trauma is discussed in the paper with reference to its definition, forms and events that cause traumatization. Following the ways of traumatization, the topics of developmental trauma and transgenerational transmission are briefly covered. The consequences of post-traumatic stress are demonstrated by the acute stress response and post-traumatic stress disorder. The paper discusses the relationship between dissociation and trauma, which is characterized with regard to temporality. When dissociative states occur immediately following a traumatic event and have a protective function or when they persist for a long time and disrupt everyday existence. These issues form the theoretical framework on which a quantitative research design is based to enlighten the relationship between dissociation and trauma. It is examined whether dissociation increases as a consequence of trauma and whether dissociative symptoms continuously increase with higher levels of posttraumatic stress.

**Keywords**

Dissociation, trauma, dissociative continuum, posttraumatic stress

## Obsah

Úvod .....	8
Literárně přehledová část .....	10
1. Disociace .....	10
1.1 Klinické pojetí disociace .....	10
1.2 Teorie disociace .....	12
1.2.1 Neodisociativní teorie .....	13
1.2.2 Model strukturální disociace .....	14
1.2.3 Sebe-hypnotický model .....	14
1.2.4 4-D model .....	15
1.2.5 Model paralelně odlišných struktur .....	15
1.2.6 Model traumatického faktoru .....	16
2. Disociace jako kontinuum .....	17
2.1 Patologická a nepatologická disociace .....	18
2.2 Patologické formy disociace .....	19
2.2.1 Disociativní porucha identity .....	19
2.2.2 Trans a posedlost .....	20
2.3 Nepatologické formy disociace .....	20
2.3.1 Automatizace .....	20
2.3.2 Denní snění .....	21
2.3.3 Somnambulismus .....	21
2.4 Dissociative experiences scale - DES .....	22
3. Trauma .....	24
3.1 Formy traumatizace .....	24
3.2 Traumatické události .....	25
3.2.1 Vývojové trauma .....	25
3.2.2 Transgenerační přenos traumatu .....	26
3.3 Reakce na trauma .....	27

3.3.1	Akutní stresová reakce.....	27
3.3.2	Posttraumatická stresová porucha .....	28
4.	Disociace a trauma .....	30
4.1	Peritraumatická a persistentní disociace.....	31
	Návrh výzkumného projektu.....	33
5.	Cíle výzkumu .....	33
6.	Výzkumný design.....	34
6.1	Předpokládané výsledky.....	39
7.	Výzkumný soubor .....	35
8.	Výzkumné metody .....	36
9.	Způsob zpracování dat.....	37
10.	Etika výzkumu.....	38
11.	Diskuze.....	40
	Závěr .....	42
	Seznam použité literatury.....	43
	Seznam zkratk.....	55

## Úvod

Při výběru tématu pro mou bakalářskou práci mě nejvíce zaujal fenomén disociace. Získal si mě svým principem a nejasností, jelikož zastává jak funkci ochrannou, tak život zatěžující. Fungování disociace v kontinuálním pojetí ukazuje stejný princip rozdělení vědomí, které jednou pojmenujeme jako normální a jindy jako patologické. Nejasnost v definici a otázka, jestli rostoucí kvantita a kvalita disociativních stavů zvyšuje její patologii, mě dovedla k zamyšlení nad lidskou psychikou a nad zřejmě neexistující hranicí mezi patologickým a normálním. Originálně vypsané téma Disociace a trauma pak určilo základní rámec mého zaměření, ve kterém trauma hraje roli něčeho tolik nesnesitelného a s vědomím neslučitelného, že nás donutí odpojit se od okolí nebo od nás samotných. Při pohledu na vztah disociace a traumatu mě zaujala myšlenka, jestli síla a komplexnost traumatizace dokáže disociaci ovlivnit tak, aby se projevila svým kontinuálním charakterem.

První kapitola se zabývá obecným pohledem na disociaci. Je rozebírán klinický pohled, jak ho uvádí diagnostické manuály a jak je na něj nazíráno výzkumně a prakticky. Je zmíněna historie, která nastiňuje nesoulad v přístupech k jevu již od jeho počátku. Zbytek kapitoly je věnován teoriím disociace, zejména modelům, které demonstrují proces z kognitivního, emocionálního a senzomotorického hlediska.

Druhá kapitola se věnuje disociaci s ohledem na její kontinuální pojetí. Nastiňuje komplexnost a rozsah, ve kterém se symptomy disociace projevují. Prostor je věnován rozdělení na patologickou a nepatologickou disociaci a popisu vybraných jevů, které jsou pod formy řazeny. Disociativní porucha identity a trans a posedlost spadají pod patologické jevy. Jako nepatologické formy jsou popsány automatizace, denní snění a somnambulismus. Kapitola zmiňuje Dissociative experience scale (DES), dotazník, který je na principu kontinua založen.

Třetí kapitola pracuje s tématem traumatu. Rozebírá jeho formy a události, které k traumatizaci vedou. Prostor je věnován vývojovému traumatu a transgeneračnímu přenosu, které demonstrují komplexnost a široký dosah traumatu. Kapitola je zakončena následky traumatizace, konkrétně hovoří o akutní traumatické reakci a posttraumatické stresové poruše.

Čtvrtá kapitola shrnuje vztah disociace a traumatu. Jsou popsány dva přístupy, jeden hovořící o disociaci jako důsledku traumatu a druhý, který považuje traumatické vzpomínky u disociujících osob za vymyšlené. Literárně přehledová část končí nastíněním



vztahu z pohledu časovosti. Jestli se disociace objevuje přímo při traumatické události a ochraňuje jedince před nebezpečím, nebo jestli disociativní symptomy přetrvávají do přítomnosti a nechtěně zasahují do každodenního života.

Empirická část práce navrhuje výzkum, který se pokouší ověřit tvrzení, že disociace stoupá důsledkem traumatu a že zvyšující se míra traumatizace ovlivňuje míru zažívané disociace. Výzkum se snaží přispět k osvětlení disociativního procesu ve vztahu k traumatu na české populaci a má ambici, že výsledky pomohou jak na poli teoretickém, tak klinickém.

V práci je citováno dle sedmé edice normy APA (2020).

# Literárně přehledová část

## 1. Disociace

Slovo disociace pochází z latiny a znamená rozklad či rozštěpení (Petráčková, 1995). Za autora konceptu disociace je považován Pierre Janet. Ten se inspiroval myšlenkami Jacquese-Josepha Moreaua a přejímá jeho princip mentální desagregace. Slovo desagregace označuje nevratné oddělení dříve spojených částí. Z pohledu Pierra Janeta se jedná o nepřesné označení, neboť byl zastáncem přesvědčení, že disociativní poruchy je možné plně vyléčit a rozštěpené části osobnosti opět integrovat do jedné. Nakonec se nejvíce ujímá pojem disociace, který je užíván dodnes (Nerad & Neradová, 2005).

### 1.1 Klinické pojetí disociace

Disociace je v DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) charakterizována jako desintegrace na úrovni vědomí, paměti, identity, vnímání, reprezentace těla, motorické kontroly a chování. Manuál popisuje disociativní symptomy buď jako nenadálý zásah do vědomí doprovázený ztrátou kontinuity v subjektivním vnímání, anebo jako neschopnost kontroly takových mentálních funkcí, které jsou za běžných situací dostupné. První kategorie je označena jako pozitivní příznaky a spadá pod ni proces depersonalizace, derealizace a fragmentace identity.

Depersonalizaci lze definovat jako zážitky odloučení od vlastní mysli, vlastního já, nebo vlastního těla. Člověk se stává vnějším pozorovatelem sebe, svých myšlenek, činů, těla, vjemů a emocí. Může docházet k pocitu, že části našeho těla nejsou naše. Dále k fungování na autopilota nebo pocitu, že je člověk robot. Depersonalizace může vést k sebepoškození, kterého se člověk dopouští ve snaze dokázat si, že je pořád naživu. Derealizace označuje proces, kdy člověk zažívá pocit nereálnosti nebo odpoutanosti od okolí. Může se stávat, že nerozpozná jemu jinak známé místo, např. vlastní domov, nebo známé lidi, např. členy rodiny. Jak při depersonalizaci, tak derealizaci může docházet k amnézii, kdy si jedinec není vědom zažívaných epizod (American Psychiatric Association, 2013; Steinberg, 1995).

Druhá kategorie pojmenovává negativní symptomy a řadí do nich amnézii. Disociativní amnézie je charakterizována neschopností vybavit si informace či události. Mezery v paměti je možné považovat za elementární symptom disociace, jelikož tvoří

základ pro další dva výše zmíněné příznaky. Amnézie může být lokalizovaná na konkrétní událost či časové období, selektivní, která znemožňuje rozvzpomenout se na určitý aspekt události, nebo generalizovaná, týkající se identity a životní historie. Většina lidí s disociativní poruchou si není vědoma své amnézie. Nastává tzv. amnézie pro amnézii (American Psychiatric Association, 2013; Steinberg, 1995).

Steinberg (1995) řadí mezi základní symptomatiku ještě zmatení identity (identity confusion) a změnu identity (identity alteration). Zmatení identity zahrnuje nejistotu či konflikt ve svém vlastním nitru. Změna identity je definována jako přesouvání se mezi různými styly chování, kterých si postižený sám není vědom, a jsou patrné zejména pro přihlížející. Obměny rolí a projevů mohou být doprovázeny změnou jména a často jsou spojeny s amnézií. Waller, Putnam a Carlson (1996) považují za klíčové vlastnosti disociace ještě halucinatorní jevy.

DSM-V řadí pod disociativní poruchy kromě poruchy depersonalizace, derealizace a disociativní amnézie také disociativní poruchu identity či další specifikované poruchy, jako jsou např. akutní disociativní reakce na stresující událost nebo disociativní trans. ICD-10 (WHO, 2016) k fenoménu přistupuje podobně a popisuje ho jako narušení integrace vzpomínek, vědomí vlastního já, vlastních pocitů a ovládnutí tělesných pohybů. Mezi disociativní či konverzní poruchy je řazena disociativní amnézie, disociativní fuga, disociativní stupor, trans a posedlost, disociativní motorické poruchy, disociativní záchvaty, disociativní ztráta anestezie a ztráta citlivosti, smíšené disociativní poruchy, kategorie jiných disociativních poruch, do kterých patří Ganserův syndrom a dnes již nepoužívaný název pro disociativní poruchu identity mnohočetná osobnost a nakonec disociativní porucha nervové soustavy (WHO, 2016, F44). Přípravovaná, do češtiny momentálně nepřeložená ICD-11 (WHO, 2018) kapitolu upravuje a nově do ní řadí poruchu depersonalizace/derealizace, possessive trance disorder a částečnou disociativní poruchu identity.

Dříve byla disociace považována pouze za doprovodný jev jiných psychických poruch, a proto zde nebyla snaha se jí více zabývat nebo jí přikládat význam. Větší zájem přichází až se zařazením kapitoly disociativních poruch do DSM-III v roce 1980. V současné době se disociaci věnuje nemalý počet odborníků, i přes to se nikomu nepovedlo pojmenovat ucelený, obecně platný přístup, který by vystihoval podstatu procesu disociace (Ptáček & Bob, 2009a). Existuje několik pohledů, které byly formulovány v rámci klinické psychologie a psychologie osobnosti. Cardeña (1994)

hovoří minimálně o třech. První pohled využívá disociaci k charakterizaci mentálních modulů, systémů, které jsou částečně nezávislé, a člověk nad nimi nemá vědomou kontrolu. K přístupu řadí Cardeña ještě tři podkategorie. Disociace jako nedostatek integrace vjemů či probíhajícího chování. Za druhé, disociace jako separátně fungující mentální systémy nebo identity, které by měly být integrovány ve vědomí či paměti. A za třetí, disociace jako nesoulad mezi introspektivním posouzením člověka a jeho probíhajícím chováním a percepcemi. Další pohled nazírá na disociaci jako na změnu ve vědomí, během které se části jedincova self a jedincova okolí oddělí jedna od druhé. A třetí pohled považuje disociaci za obranný mechanismus, během kterého se může objevovat amnézie, odvrácení emocionální nebo fyzické bolesti, nebo chronický nedostatek integrace osobnosti. I přes nejednotu ve výkladu pojmu, je zde snaha o objasnění procesu disociace. Ve studiích zabývajících se touto problematikou můžeme nalézt pozitivní výsledky, které podporují návrhy různých modelů a teorií zohledňují kognitivně-emocionální a senzomotorické projevy disociace (Schimmenti & Sar, 2019).

## 1.2 Teorie disociace

I přes poměrně jasné vymezení, které poskytují DSM-V a ICD-10, není disociace fenoménem, který by byl pojímán jednotně. Rozdílnost v přístupech je patrná již od začátku a to hlavně v pojetí Pierra Janeta, kterému je přičítáno zavedení pojmu, a Sigmunda Freuda, který se ve stejné době zabýval popřením, tedy potlačením vědomých konstruktů do nevědomí (Ptáček & Bob, 2009a; Nerad & Neradová, 2005).

Pierre Janet považoval disociaci za patologický jev. Konkrétněji jako neschopnost organismu do sebe integrovat věci. Jeho pojetí je nazýváno jako vertikální disociace. Pod dané označení patří všechny fenomény, ve kterých dochází ke změně vědomí, k procesu, kdy dva proudy vědomí fungují paralelně vedle sebe. Jedná se o disociativní poruchy v psychiatrickém smyslu slova, trans, denní snění, somnambulismus a automatismy (Nerad & Neradová, 2005). Z výčtu lze poznat, že vertikální pojetí disociace je kontinuální, neb za tento fenomén považuje jak běžné psychické projevy, např. denní snění, tak těžší psychiatrická onemocnění. Přístupem k disociaci jako k patologickému jevu, zastává Janet diskontinuální pojetí a teorie disociálního kontinua z jeho prací pouze vychází (Spitzer et al., 2006; Ptáček & Bob, 2009b). Janet je prvním, kdo spojuje disociativní mechanismy a traumatické zážitky. Jeho poznatky byly dále rozvíjeny zejména v obdobích světových válek, kdy se jev stal patrným (Ptáček & Bob, 2009a).

Sigmund Freud zaujímá vůči disociaci jiný postoj. Považuje ji za ochranný mechanismus, princip odsunu vědomých myšlenek do nevědomí. Nazývá to popřením. V literatuře můžeme najít konstrukt pojmenovaný jako horizontální disociace. Pod tu patří mechanismy, které mají za úkol ochránit člověka před nepříjemnými nebo těžce přijatelnými skutečnostmi reálného světa (Nerad & Neradová, 2005; Ptáček & Bob, 2009a).

Přesto, že se jedná o stejný fenomén, je k němu přistupováno dvěma odlišnými způsoby. Rozdílnost koncepcí je natolik výrazná, že je do dneška nebyl nikdo schopen teoreticky sloučit (Nerad & Neradová, 2005). Literatura uvádí několik rozdílů, které jsou mezi pojetím Freuda a pojetím Janeta patrné, a díky kterým je možné jejich koncepce odlišit. Steinberg (1995) hovoří o zdroji, ze kterého jev pochází, a kterému se disociující člověk snaží vyhnout. Zdrojem popření jsou primárně vnitřní příčiny, zatímco původem disociace jsou stimuly působící z vnějšího prostředí. Popření je chápáno jako aktivní proces, kdy se člověk snaží vědomě ubránit nepříjemným obsahům vědomí. Disociace funguje pasivně, je způsobena nedostatečnou schopností integrace vjemů a je nevědomá (Nemiah, 1979). Další rozdíl spočívá v zachování self. V disociativním procesu dochází k jeho štěpení a dalším potenciálním alternacím identity. Při popření je upozaděna či oddělena jedna složka vědomého obsahu, self ale zůstává neporušeno a člověk dále funguje jako jednotná osoba (Rofe, 2008).

### **1.2.1 Neodisociativní teorie**

Dalším pohledem na fenomén poskytuje neodisociativní teorie vytvořena Ernestem Hilgardem. Ten pojmenoval tři principy, na kterých teorii staví. Prvním předpokladem je existence podřízených kognitivních systémů, které mohou mezi sebou reagovat, ale zároveň působit izolovaně. Dalším předpokladem je, že systémy jsou v procesu dle jisté hierarchie. Bez řízení by bylo vědomí nekontrolovatelně zaplaveno myšlenkami. Třetí předpoklad říká, že v soustavě musí existovat nadřazená struktura, která celým procesem hýbe a řídí ho (Ptáček & Bob, 2009a). Neodisociativní teorie se staví proti klasickým teoriím disociace, které pracují s tím, že oddělené struktury lidské psychiky mezi sebou nijak neinteragují. Hilgard navrhuje jiný pohled, který zohledňuje jak dimenzi, tak stupeň procesu disociace, a tvrdí, že kognitivní a behaviorální systémy, které byly odděleny v jedné rovině, spolu mohou v jiné rovině stále interagovat (Hilgard, 1973). Hilgard vytvořil pojem „skrytý pozorovatel“. Popisuje jím proces, kdy jedna složka vědomí stále vnímá svůj stav a integruje do sebe další proudy vědomí. Zmíněného jevu si

všiml při pokusech s hypnózou, při kterých i hluboce hypnotizované osoby byly schopny popisovat, co se s nimi děje (Nerad & Neradová, 2005).

### **1.2.2 Model strukturální disociace**

Model strukturální disociace zakládá svou teorii na stylu toho, jak se osoby vypořádávají s prožitým traumatem. Jedná se o dva procesy, znovuprožívání traumatu nebo jeho vytěsnění. Autoři oba dva procesy popisují jako komplexní vrozené systémy. Znovuprožívání traumatu propojují s obrannými systémy, které člověk využívá při ohrožení vlastní integrity. V rámci těchto komplexních systémů se objevují subsystemy boje, útoku a útěku. Vytěsnění traumatu připisují systémům, které řídí činnosti vykonávané v každodenním životě a těm sloužícím k přežití vlastního druhu. Teorie předpokládá disociaci mezi obrannými systémy a systémy, které obstarávají zvládnutí každodenního života a přežití druhu. Trauma vzniká vystavením se dlouhodobé zátěžové situaci a neschopnosti člověka tyto stimuly syntetizovat. Proces dle teorie narušuje základní evolučně dané struktury a následně vede k disociaci (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2010).

### **1.2.3 Sebe-hypnotický model**

Sebe-hypnotický model předpokládá, že vysoce hypnabilní jedinci budou využívat autohypnózu, aby se vyhnuli nepříjemným skutečnostem svého života. Disociativní porucha může vzniknout ve chvíli, kdy se autohypnóza stává opakovaným a podporovaným mechanismem sloužícím k vyhýbání se nepříjemným skutečnostem. Vztah mezi hypnabilitou a disociativitou byl diskutován již za Freuda, který tvrdil, že spontánní hypnotická reakce na trauma v kombinaci s autosugescí může vyvolat hysterické příznaky (Dell, 2018). Teorie má své odporovatele, např. Kihlstrom (1979) odmítá názor, že by vysoká hypnabilita byla asociována s psychopatologií. Studie zabývající se vztahem disociace a hypnability (Putnam & Carlson, 1998; Whalen & Nash, 1996) podporují Kihlstromův názor a vykazují nesignifikantní míru korelace zmíněných fenoménů, což vede k zavrnutí modelu. Dell (2018) kritizuje využití korelační studie. Tvrdí, že vztah mezi fenomény nefunguje na základě korelace, ale uvádí, že:

U některých vysoce hypnabilních jedinců se spontánně vyskytnou autohypnotické, mentálně distanční projevy (tj. disociativní příznaky) a následně se u nich vyvine disociativní porucha. U málo a středně hypnabilních jedinců se disociativní porucha nevyvine (protože se u nich vyvinout nemůže).

A konečně - u většiny vysoce hypnabilních jedinců se disociativní porucha nerozvine, protože jejich relativně pozitivní životní okolnosti je nemotivují k disociaci (s. 55).

Na základě výše zmíněného tvrzení předkládá Dell výsledky, které podporují teorii sebe-hypnotického modelu, pojímajícím o hypnabilitě jako rizikovém faktoru disociativních poruch.

#### **1.2.4 4-D model**

Frewen a Lanius (2014) zasazují svůj výzkum do rámce čtyř dimenzí, kterými jsou časová paměť, myšlení, tělo a emoce. V těchto dimenzích 4-D modelu popisují dvě skupiny projevů posttraumatického stresu. První skupinu tvoří symptomy, které vykazují osoby fungující v rámci normálního bdělého vědomí. Druhou skupinu příznaků nalezneme u osob, které zažívají disociativní změny vědomí. Např. v dimenzi „časová paměť“ je symptomatika lidí bez změněných stavů vědomí uvedena jako intenzivní vybavování si a připomínky tísně. U lidí s disociativními zkušenostmi jsou to flashbaky, znovuprožití a fragmentace. V dimenzi „tělo“ se normálně bdělí jedinci projevují psychologickou hyperaktivitou, zatímco osoby se zkušenostmi změněného vědomí zažívají depersonalizaci.

Porovnání symptomů posttraumatického stresu v dimenzích 4-D modelu přineslo následující výsledky. Symptomy zažívané u osob se změnami stavu vědomí se v populaci vyskytovaly méně často a byly mezi sebou méně korelované oproti skupině symptomů zažívaných osobami vykazující normální bdělé vědomí. Zároveň byla podpořena hypotéza, že skupina symptomů spojená se zkušenostmi se změněným stavem vědomí bude častěji pozorována u osob, které již v minulosti vykazovaly v nezávislých měřeních projevy disociace (Frewen a Lanius, 2014).

#### **1.2.5 Model paralelně odlišných struktur**

Model paralelně odlišných struktur tvrdí, že chronická traumatizace, zejména v období dětství, způsobuje funkční změnu organizace mysli, která nadále funguje jako vedle sebe jdoucí a samostatně pracující proudy. Separace vytváří útlum mezi vnitřním a vnějším světem člověka, tlumí tak i narušení, které bylo traumatem způsobeno. Ačkoliv vzniká za účelem ochrany, může narušit jedincův pocit identity. Kromě ochranné funkce, tedy horizontálního charakteru, zapadá model i do vertikálního pojetí disociace, jelikož popisuje vytvoření odlišných proudů vědomí (Šar, 2017). Do kontrastu staví model

BASK (behavior, affect, sensorium, knowledge), který vysvětluje disociaci v rámci procesu chování, afektu, sensoriky a vědomostí, a popisuje fenomén jako oddělení myšlenek od hlavního proudu vědomí. Jedná se tedy pouze o horizontální pohled (Braun, 1988). Šar (2017) navrhuje, že vytvoření paralelních struktur lépe odpovídá organizaci nervových soustav, které mohou mít jak horizontální tak vertikální charakter.

### **1.2.6 Model traumatického faktoru**

Model traumatického faktoru uvádí, že traumatické události, a zejména ty, které se udály v dětství v primárních citových vazbách, dále narušují schopnost integrace stresových podnětů. Vzniká větší pravděpodobnost viktimizace a další traumatizace. Disociace se zde objevuje jako snaha utéct od nepříjemných životních událostí a pocitů. Zároveň je disociace považována za zprostředkovatele psychopatologie (Schimmenti, 2018). Touto úvahou vzniká propojení mezi psychopatií a traumatem a i předpoklad, že nedostatečná péče v období primárních citových vazeb má pro život jedince komplexní důsledky (Schimmenti & Caretti, 2016). Schimmenti (2018) předkládá výsledky, které naznačují, že různé formy a četnosti traumatizace mají vliv na psychické zdraví člověka a tvrdí, že brzká a často frekventovaná traumatizace vede k vyšší aktivaci disociativních stavů a k závažnějším psychiatrickým onemocněním.



## 2. Disociace jako kontinuum

Disociace je komplexní jev, který postrádá jednotný pohled. Jeden z přístupů nazírá na disociaci jako na kontinuum. Princip je jedním z klíčových pojetí a přiklání se k němu velká část autorů. Vychází z prací Pierra Janeta, Mortona Prince a Williama Jamese a chápe fenomén jako dimenzionální proces pokrývající jak běžné či normální disociativní zážitky, např. denní snění, automatizace, tak závažná psychiatrická onemocnění, disociativní poruchy (Ptáček & Bob, 2009b; Spitzer et al., 2006).

Přítomnost disociativních symptomů byla vyzorována v řadě jiných psychických onemocnění. Zkušenosti se změněnými stavy vědomí se objevují u pacientů s hraniční poruchou osobnosti. Společně s disociací vykazují vyšší míry prožitého traumatu v dětství (Spitzer, Effler & Freyberger, 2000; Simeon et al., 2003). Sumlin, Wall a Sharp (2020) zkoumali roli fenoménu v hraniční poruše osobnosti jako zprostředkovatele sebepoškozování. Podařilo se prokázat vztah mezi disociací a sebevražednými myšlenkami, souvislost se sebepoškozováním podpořena nebyla. Symptomy hrají důležitou roli ve schizofrenii, k pozitivní korelaci dochází s halucinatorním chováním a bludy. Pokud osoba trpící schizofrenií vykazuje příznaky PTSD, je korelace silnější (Spitzer, Haug & Freyberger, 1997; Wearne et al., 2020). Komorbidita byla prokázána i u pacientů trpících obsedantně-kompulzivní poruchou. Porovnání symptomatologie obou poruch ukázalo, že nejvíce disociace zažívali pacienti, kteří se vyznačovali potřebou kontroly, symetrie a uspořádání. Naopak nulová korelace byla zaznamenána mezi disociativními symptomy a nutkáním často umývat, čistit, dotýkat se věcí, počítat je a agresivními impulzy (Belli et al., 2012; Grabe et al., 1999). Disociativní příznaky se projevují i v bipolární poruše, pacienti zažívají zmatení a změnu identity, amnézii, depersonalizaci a derealizaci (Hariri et al., 2015). Grabe, Spitzer a Freyberger (1999) se zaměřili na jev v kontextu vrozených a získaných vlastností. V rámci Cloningerova teoretického pojetí temperamentu a charakteru hledali prediktory disociativních symptomů. Některé charakterové rysy byly propojeny s vyšší pravděpodobností zážitků se změněným vědomí. Silný vztah byl nalezen u nízké sebedirektivity a vysoké sebetranscendence. Disociativní rysy jsou spojeny s alexithymií (Grabe et al., 2000) a poruchami příjmu potravy (Nilssona, Lejoncloube & Holmqvist, 2020). Se závažností poruchy příjmu potravy stoupají psychoformní a somatoformní disociativní symptomy. La Mela et al. (2010) se ve svém výzkumu zabývají patologickým nadměrným jedením a reportují vztah mezi mírou disociace a počtem epizod

záchvatovitého přejídání. Síla „vnitřního hlasu“, který pro pacienty s poruchou příjmu potravy jejich nemoc reprezentuje, byla asociována s traumatem prožitým v dětství a vztah byl disociací částečně zprostředkován (Nilssona, Lejoncloube & Holmqvist, 2020; Pugh, Waller & Esposito, 2018). Disociativní příznaky jsou jedním z kritérií diagnostiky PTSD a akutní stresové reakce (American Psychiatric Association, 2013).

S fenoménem jsou spojovány další jevy, jakými jsou prožitky pohlčení, imaginativní zaujetí, automatizace, maladaptivní denní snění, somnambulismus a trans (Atkinson, 2003; Bassetti, 2009; de Oliveira Maraldi, 2020; Pastucha, Praško & Cinculová, 2011; Schimmenti, Somer & Regis, 2019). Disociace se rozprostírá po širokém spektru jiných duševních projevů. Komplexnost jevu podtrhuje jeho neuchopitelnost a rozdílnost v teoretických přístupech, zároveň nabádá ke kontinuálnímu pojetí (Spitzer et al., 2006).

## **2.1 Patologická a nepatologická disociace**

Ačkoliv se většina autorů přiklonila ke kontinuální teorii, byl rozvinut názor, že symptomy disociace jsou rozděleny dichotomně a implikují existenci kategorií (Pastucha, Praško & Cinculová, 2011; Putnam & Carlson, 1998). Byla provedena taxometrická analýza, což je metoda odlišující typové a dimenzionální charakteristiky (Pastucha, Praško & Cinculová, 2011). Její výsledky ukazují rozdíl mezi tzv. nepatologickou kontinuální disociací a tzv. patologickou disociací, která je diskontinuální. Nepatologická forma tvoří dimenzionální konstrukt a vyznačuje se absorpcí a imaginativním zaujetím, což jsou jevy, které v určité míře zažívá normální, zdravá populace. V případě patologické disociace se jedná o typ či kategorii, jejíž symptomy jsou amnézie na disociativní epizody, derealizace, depersonalizace a změny identity, neboli stavy zažívané pacienty s disociativní poruchou identity a jinými disociativními poruchami (Waller, Putnam & Carlson, 1996).

Na základě výše zmíněných výsledků vytváří Waller, Putnam a Carlson (1996) osmi-položkový dotazník DES-T (DES-Taxon), subtest Dissociative experience scale (DES, Berstein & Putnam, 1986, popsán v kapitole 2.4), který je schopen rozpoznat patologickou disociaci a může být administrován za méně než pět minut. Nástroj umí spolehlivě odlišit disociativní poruchu identity od jiných klinických syndromů a přispívá k přesnější diagnostice a volbě léčebných postupů (Waller, Putnam & Carlson, 1996). Aplikace DES-T na širší vzorek obecné populace Severní Ameriky odhadla prevalenci

patologické disociace na 2 až 3,3% (Waller & Ross, 1997). Evropské výzkumy udávají prevalenci 0,3 až 1,8% u dospělé populace, 2,9% u studentů a 5,4 – 12,7% u klinických pacientů (Modestin & Erni, 2004; Spitzer et al., 2005). Navzdory tomu, že prevalence disociativních poruch je podobná jako u schizofrenie, zůstávají poruchy, např. disociativní porucha identity, nedostatečně prozkoumány (Dimitrova, 2020).

## **2.2 Patologické formy disociace**

Kapitola obsahuje dvě vybrané formy patologické disociace. Prostor je věnován disociativní poruše identity, která je zmíněna výše jako nedostatečně prozkoumána a demonstruje konec spektra patologických disociativních projevů, jedná se o čistě patologickou formu (Ross, 1997). A dále trans a posedlost, které mají dle literatury hybridní charakter a vedle své patologické formy, mohou být považovány i za nepatologické (de Oliveira Maraldi et al., 2020), čímž je naznačena obtížnost definice a uchopitelnosti disociativních stavů.

### **2.2.1 Disociativní porucha identity**

Disociativní porucha identity (DID) je psychiatrické onemocnění vyznačující se rozdělením identity člověka na dva nebo více odlišných stavů osobnosti. Každý z těchto stavů má odlišné smýšlení o sobě i o okolí (American Psychiatric Association, 2013). Diagnostická kritéria dle DSM-V zmiňují pocit diskontinuity sebe sama a okolního dění, narušení v oblasti chování, vnímání, paměti, kognice, afektu nebo smyslově-pohybových funkcí. Změny může jedinec na sobě pozorovat sám, nebo je rozpoznává okolí. Dalšími příznaky jsou výpadky paměti, osobních informací a neschopnost si rozpomenout na každodenní události, které neodpovídají běžnému zapomínání. Stav postižené osobě ztěžuje běžné fungování v pracovním či jiném sociálním prostředí (American Psychiatric Association, 2013). Nejčastější příčinou je chronické působení traumatických událostí v období dětství (Gillig, 2009). DID nevzniká jako rozdělení již jednotně fungující mysli, vytváří se nedostatečnou integrací vývojových potřeb a narušením primárního citového vztahu. Často traumatizovaná osobnost, dítě, není schopné pojmout fyzickou a emoční bolest, odděluje ji a ukládá do vzpomínek, paměť se následně fragmentuje a tvoří oddělené struktury. Dochází k vytváření odlišných behaviorálních stavů, které mohou přerůst v samostatné osobnosti (Dorahy et al., 2014; ISSTD, 2011).

## **2.2.2 Trans a posedlost**

ICD-10 (WHO, 2016, F44.3) definuje trans a posedlost jako „poruchy, kde je dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného uvědomování okolí“ a dodává, že se jedná o stavy mimovolní, nechtěné a vyskytující se mimo kulturně přijímané situace. DSM-V doplňuje popis o nereaktivitu, necitlivost, drobné stereotypní chování či přechodné ochrnutí (American Psychiatric Association, 2013). Prožité trauma může být faktorem pro patologické stavy transu a posedlosti (Hecker, Braitmayer, van Duijl, 2015). De Oliveira Maraldi et al. (2020) konstatují, že vedle patologické formy existuje i nepatologická disociace, do které patří i stavy transu např. při náboženských rituálech, a o které víme velice málo. Tvrdí, že ačkoliv diagnostické manuály zohledňují rozdíl patologického a nepatologického transu a posedlosti, většina výzkumů zdůrazňuje patologickou formu, což brání vytvoření adekvátních kritérií pro oba dva fenomény. Kulturní prostředí a zvyklosti mohou ovlivňovat obsah disociativního zážitku, přístup k němu a vyrovnávání se s ním. Trauma není jediným faktorem transu a posedlosti, roli mohou hrát náboženské zvyky, božstva či víra v nadpřirozené síly, oblasti, které by v kontextu disociace měly být více prozkoumány a to s ohledem na negativní a pozitivní zkušenosti, copingové strategie, kulturní rozdíly a vliv stavů na duševní pohodu a zdraví (de Oliveira et al., 2020).

## **2.3 Nepatologické formy disociace**

Kapitola je věnována fenoménům asociovaných s disociací, které literatura nejčastěji zmiňuje a považuje za nepatologické.

### **2.3.1 Automatizace**

O automatismech mluví již Janet ve své knize Psychologické automatismy (Janet, 1890). Popisuje stavy, opakování minulých zkušeností bez přítomnosti vědomé kontroly (Havens, 1966 in Ptáček & Bob, 2009a). Atkinson (2003) pojímá disociaci především jako automatické procesy, dovednosti, které nejprve vykonáváme soustředěně, vědomě, postupně si činnost osvojíme a provedeme ji zcela automaticky, bez uvědomění. Postupy, které byly původně obsaženy v explicitní paměti, se transformují do paměti implicitní a disociují se od vědomí (Atkinson, 2003; Plháková, 2004). Plháková (2004) upozorňuje, že Atkinson se od Janeta svou interpretací disociace liší. Janet automatismy pojímal ve spojení s fixními ideami, které vznikají traumatickou zkušeností a pomáhají tak oddělit nepřijatelné skutečnosti, které člověk není schopen asimilovat (Nerad & Neradová, 2005).

McLeoda, Byrnea a Aitkenb (2004) mluví o automatických stavech v kontextu trestního řízení. Zločin spáchán během disociativní epizody, při níž dochází k automatickému, nevědomému jednání, může vést ke zproštění viny nebo snížení trestu. Automatismy se pojí s hypnotickými stavy. Během hypnózy je člověk oddělen od svého vědomí, přesto dokáže vykonávat různé činnosti. Využívána je např. metoda automatického psaní, při které je zhypnotizovaný člověk instruován, aby písemně zaznamenával pohled do svého nevědomí, což může přinést cenné informace pro terapeutický proces (Anbar, 2001).

### **2.3.2 Denní snění**

Denní snění můžeme definovat jako ponoření se do vnitřního proudu myšlenek bez ohledu na momentální okolní dění a je normálním projevem aktivity lidské mysli. Snění je limitováno pouze vlastní fantazií a týká se např. plánování budoucnosti, řešení problémů, vzpomínek, alternativních realit nebo sexuálních myšlenek (Klinger, 2009; Zedelius et al., 2020). Aktivita může člověku dočasně ulevit od pocitů úzkosti. Pokud míra angažovanosti přerůstá určitou hranici, stává se denní snění patologickým (Ferrante et al., 2020). Maladaptivní denní snění (MD) se vyznačuje pocitem přítomnosti v živých, propracovaných představách, které mohou trvat i několik hodin. Testování reality je neporušeno, člověk je vždy schopen rozeznat skutečný svět a vlastní fantazie, představy jsou ale natolik frekventované a intenzivní, že negativně ovlivňují jedincův každodenní život a vztahy (Schimmenti, Somer & Regis, 2019; Somer, Somer & Jopp, 2016). Roste počet lidí, kteří na základě problémů s MD vyhledali odbornou pomoc a jejichž příznaky byly ze strany psychoterapeutů přehlíženy, minimalizovány, či špatně diagnostikovány (Bigelsen et al., 2016, & Somer, Somer & Jopp, 2016). Maladaptivní denní snění bylo ve výzkumech propojeno s traumatickými zkušenostmi, disociativními příznaky, obsedantně-kompulzivními příznaky či problémy s pozorností (Bigelsen et al., 2016; Ferrante et al., 2020). Bigelsen et al. (2016) a Ross, Rigway a George (2020) označují MD jako nedostatečně prozkoumaný klinický fenomén, dříve nerozpoznaný aspekt disociativních poruch, který ztěžuje jedincův život a měla by mu být věnována větší pozornost jak ve výzkumné, tak v klinické praxi.

### **2.3.3 Somnambulismus**

Somnambulismus je považován za abnormální, ale neškodné chování. Projevuje se jako pohybová aktivita za sníženého stavu vědomí, ke které dochází během neúplného

probuzení. Je častá u dětí, díky nezralosti centrální nervové soustavy, a neobvyklá u dospělé populace (Bassetti, 2009; Orme, 1967). Patofyziologický pohled mluví o náměsíčnosti v důsledku izolace nadměrné aktivity určitých neuronálních sítí, která vede k disociaci mezi „tělesným a duševním spánkem“ (Bassetti, 2009). Somnambulismus dospělých osob lze vysvětlit spíše psychologicky a je na něj nahlíženo jako na jednoduchou formu disociace, během které může jedinec přehrávat sny, fantazijní představy, nebo znovuprožívat traumatické události (Orme, 1967). Hospitalizovaní psychiatrickí pacienti, kteří vykazují zvýšené míry disociativních symptomů, mají častější zkušenosti s náměsíčností (Shah & Vanker, 2009). Hartman et al. (2001) ověřovali hypotézu, že somnambulismus je ochranný disociativní systém, který se projevuje aktivitou ve chvíli, kdy snížená kontrola při spánku dovolí nepříjemným pocitům a vzpomínkám proniknout do vědomí, s předpokladem, že proces je pravděpodobnější, pokud osoba prožila trauma. Z dvaceti dvou respondentů s diagnostikovanou poruchou spánku a tendencí k náměsíčnosti jich mělo trauma v anamnéze pouze šest. V podskupině s traumatickou zkušeností jeho charakter určoval následný obsah náměsíčných epizod a nočních děsů. Většina respondentů nevykazovala zvýšené míry bdělých disociativních symptomů, což nepodporovalo hypotézu. Studie popisuje dva ojedinělé případy, kdy traumatická událost způsobila pozdější nástup somnambulismu a PTSD. Vzhledem k existenci těchto případů navrhuje autoři novou hypotézu, že ochranný disociativní mechanismus může fungovat výhradně při spánku (Hartman et al., 2001).

## **2.4 Dissociative experiences scale - DES**

Vzhledem ke zmínce v kapitole 2.1, je nyní věnován prostor Dissociative experience scale (DES). Jedná se o metodu založenou na principu disociativního kontinua a je využívána jak pro klinické, tak teoretické účely (Ptáček & Bob, 2009b). Dissociative experience scale, do češtiny přeložený jako Škála disociativních zkušeností, je sebe-posuzovací dotazník měřící míru disociativních zážitků. Obsahuje položky, zaměřující se jak na běžné, normální projevy, tak na patologické. Dodržuje diagnostická kritéria uvedená v DSM-IV a rozpracovává především principy alterace identity a poruchy paměti v důsledku zážitků změny vědomí (Ptáček & Bob, 2009b). Autory dotazníku jsou Bernstein a Putnam (1986), kteří ve své studii porovnávali různé skupiny populace a ukázali kontinuální charakter zkušeností se změněným stavem vědomí. Nejnižší, ale ne nulovou, hodnotu vykazovali dospělí bez klinické diagnózy. Frekvence a rozmanitost disociativních zkušeností postupně narůstala u lidí trpících alkoholismem, fobiemi,

agorafobií, dále u adolescentů, osob se schizofrenií, PTSD a nakonec u pacientů s disociativní poruchou identity. Dotazník byl schopen rozlišit mezi osobami trpícími disociativní poruchou identity a všemi ostatními. Jak původní anglická verze, tak překlady vykazují dobrou variabilitu a reliabilitu (Ptáček & Bob, 2009b). Český překlad (Bob, 2000) byl standardizován na českou populaci a využit v dalších studiích (Bob et al., 2005; Bob et al., 2006; Ptáček et al., 2007). Ptáček et al. (2007) reportují rozložení průměrného skóru disociace, čímž podporují teorii kontinua.

### 3. Trauma

Slovo trauma pochází z řečtiny a znamená poranění, úraz či rána (Petráčková, 1995). Hartl a Hartlová (2009, s. 626) popisují trauma jako „duševní úraz, který má za následek funkční poruchy, někdy i organické změny“. Vágnerová (2012 s. 425) pojímá fenomén jako „zážitek natolik silný, že výrazným způsobem naruší prožívání, uvažování i chování postiženého člověka, ohrozí jeho duševní zdraví“. Praško (2003, s. 21) mluví o emocionálním zranění vznikající zážitkem, který „téměř u každého vyvolá v době ohrožení pronikavou tíseň a výraznou stresovou reakci. Vesměs jde o události, ve kterých jde o ohrožení života, zdraví, tělesné či psychické integrity nebo nejdůležitějších hodnot. Událost se stává traumatickou, když z různých důvodů překročí schopnost člověka ji emočně zvládnout“. Vizinová a Preiss (1999, s. 15) traumatickou událost popisují podobně: „Událost neobvykle hrozivého rázu, jež může způsobit duševní poruchy“. Dále ji charakterizují pěti komponentami (s. 17):

- 1) příčina je vnější
- 2) je pro jedince extrémně děsivá
- 3) znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity
- 4) vytváří v jedinci pocit bezmocnosti

Společnými rysy traumatu jsou náhlost, nečekanost, neodhadnutelnost, extrémní ohrožení, nemožnost uniknout, nepochopitelnost, disociace a narušení mezilidských vztahů (Vágnerová, 2012; Vizinová & Preiss, 1999).

#### 3.1 Formy traumatizace

Traumatizace je dělena na formu primární, sekundární a terciální. V primární formě je traumatizovaná osoba přímým cílem negativní události. Sekundární traumatizace vzniká u člověka, který není přímou obětí, ale má k ní blízký vztah (Vizinová & Preiss, 1999). Longitudiální studie zabývající se vývojem posttraumatické stresové poruchy u veteránů Jomkipurské války a jejich chotí ukázala, že porucha byla intenzivnější u samotných veteránů, křivka vývoje PTSD se ale shodovala jak u vojáků, tak u jejich partnerů (Solomon, Horesh & Ginzburg, 2021). Terciálně traumatizovaný člověk nemá přímý vztah s obětí, ale událost se ho nějakým způsobem např. profesně dotýká. Kromě dalších se může jednat o lékaře, zaměstnance záchranné služby, psychologa nebo hasiče (Vizinová & Preiss, 1999). Frost a Scott (2020) hovoří o běžném předpokladu, že terciální traumatizace postihuje zaměstnance pracující s traumatizovanou populací. Upozorňují



na vhodnost předpokládat traumatizaci i u pracovníků, kteří se setkávají s pachateli trestných činů a uzpůsobit tomu prevenci a podmínky práce.

### **3.2 Traumatické události**

Trauma vzniká prožitím negativní události, která se vymyká běžným zkušenostem. Jedná se o takovou intenzitu působení stresu, že na ni nestačí člověkem běžně používané obranné mechanismy a nedokáže situaci emočně zvládnout. Může se jednat o jednorázovou událost nebo o chronické působení stresu. (Vágnerová, 2012). Lze odlišit různé druhy traumatických událostí. Vizinová a Preiss (1999) pojmenovávají dvě základní kategorie, přírodní katastrofy a katastrofy způsobené člověkem. Praško (2003) udává kategorie tři. Katastrofy způsobené člověkem dělí na nehody a spáchané záměrně.

Přírodní katastrofy jsou události zapříčiněné přírodními silami. Jedná se např. o povodně, zemětřesení, výbuch sopky, požáry. Mezi nehody způsobené člověkem můžeme zařadit dopravní nehody, výbuchy plynů, lodní a letecké katastrofy, kolapsy budov. Traumatické události, které člověk páchá účelně, jsou znásilnění, zneužívání, týrání, zanedbávání, války, věznění, mučení, teroristické útoky, koncentrační tábory, vraždy a další. Lidské zavinění zhoršuje schopnost člověka událost vnitřně zpracovat. Důsledky jsou z psychologického hlediska závažnější, než je tomu u katastrof přírodních, které nemají konkrétního viníka a dají se vysvětlit jako „nevole osudu“, často u nich stoupá pocit sounáležitosti a vzájemná výpomoc (Praško, 2003; Vizinová & Preiss, 1999). Praško (2003) zmiňuje ještě další životní události, které mohou být vnímané jako trauma, např. úmrtí dítěte nebo blízké osoby, rozvod nebo ztráta zaměstnání. Neexistuje hranice mezi traumatickou a netraumatickou událostí. Trauma je udáváno subjektivním vnímáním toho, kdo situaci zažívá. Reakce na jednu událost se mohou lišit člověk od člověka (Vágnerová, 2012). Zvláštní pozornost si zaslouží dvě témata, která hovoří o traumatizaci v primární rodině, a která jsou zmíněna v následujících podkapitolách.

#### **3.2.1 Vývojové trauma**

Vývojové trauma vzniká ve vztahu dítěte a jeho primárního pečovatele. Může se jednat o rodiče, náhradní rodiče či pěstouny. Traumatizace znemožňuje navázat primární citové vazby, komplikuje další vývoj dítěte a narušuje jeho duševní zdraví. Události, které k traumatizaci vedou, mají většinou chronický charakter. Jedná se např. o zneužívání, týrání či zanedbávání (Doležalová, 2019). Dlouhodobá traumatizace negativně ovlivňuje vývoj mozku dítěte, narušuje celou nervovou soustavu a endokrinní systém. Dochází

k opoždění v oblasti vývoje kognitivních, řečových, motorických a sociálních dovedností (Heller, 2016). Traumatizace v raném věku je spojena s vyšší pravděpodobností výskytu psychiatrických onemocnění (Schimmenti & Caretti, 2016). Narušení primární citové vazby se ukazuje jako stimul, který komplexně zasahuje do současného i budoucího života dítěte. Způsobuje náchylnost k další traumatizaci a projevuje se na výkonu i v případě, že je dítě dáno do stabilní náhradní péče (Schimmenti, 2018; Zill, 2015).

Vzhledem k závažnosti výše zmíněného a k poznatku, že největší dopad má na člověka traumatizace vzniklá během prvních deseti let života, je zde snaha o přesnější diagnostiku následků vývojového traumatu (Heller, 2016). Jako nástroj vzniká DTD (Developmental trauma disorder), který má charakteristiky PTSD s rozšířením o symptomy odpovídající vývojové psychologii dítěte a dospívajících. Konkrétně se jedná o patnáct příznaků vypovídajících dysregulaci v oblasti emocí, somatiky, senzorky, kognice, chování a inter a intrapersonálních vztahů (Spinazzola, van der Kolk & Ford, 2021; D'Andrea et al., 2012). Návrh zařadit DTD jako diagnózu již do DSM-V, byl z důvodu nedostatečné empirické podpory zamítnut. Nové výsledky podporují hypotézu, že se DTD od PTSD některými svými prvky liší (Spinazzola, van der Kolk & Ford, 2021).

### **3.2.2 Transgenerační přenos traumatu**

Prožitá trauma ovlivňující vztah a komunikaci rodiče s dítětem, se nazývá transgenerační přenos traumatu. Ačkoliv dítě samo trauma nezažilo, jeho prvky jsou mu zprostředkovány a dochází k sekundární traumatizaci, která může působit i přes několik generací. Předpokládá se, že přenáшено je trauma, které nebylo v původní rodině uzdraveno (Tóthová, 2011). Fenomén je často zkoumán v souvislosti s holocaustem (Fossion et al., 2003; Sagi-Schwartz, van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2008). Zohar, Giladi a Givati (2007) provedli studii, která se zaměřovala na poruchy příjmu potravy, způsobené nedostatkem jídla během druhé světové války. Byla podpořena teze, že problémy s příjmem potravy se budou projektovat až do třetí generace od té, která holocaust osobně zažila. Dále je transgenerační přenos traumatu patrný v rodinách vojáků. Suozzi a Motta (2004) reportují horší výsledky duševního zdraví u dětí, jejichž rodiče zažili vyšší intenzitu a frekvenci bojů. Transgenerační přenos je zkoumán i v případě onemocnění rakovinou prsu. Předpoklad zněl, že ženy, které měly v rodině člena s dříve diagnostikovanou rakovinou, budou samy vlastní diagnózu hůře zvládat a budou náchylnější k PTSD. Výsledky se neprokázaly jako signifikantní. Bylo ale vyzorováno, že reakce žen na diagnózu ovlivňují jejich zkušenosti z minulosti, např. když se dříve

nemocný člen jejich rodiny dokázal zotavit, zvládaly vlastní onemocnění lépe (Anton et al., 2011).

### **3.3 Reakce na trauma**

Zkušenost s traumatickou událostí narušuje integritu člověka a může se projevit na jeho duševním zdraví, prožívání a chování. Síla reakce záleží na konkrétní osobě a na její schopnosti zvládat zátěž, aktuálních dispozicích, zkušenostech a kompetencích. Faktorem je možnost sdílení, podpora okolí, či postoj společnosti k dané události. Sílu reakce ovlivňuje samotná událost svým charakterem a záměrem. Roli hraje, jestli je člověk obětí sám nebo patří do skupiny postižených (Vágnerová, 2012). Reakce na trauma a jejich diagnostika je v DSM-V uvedena pod kapitolou Traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem a obsahuje následující: reaktivní porucha attachmentu, desinhibovaná porucha attachmentu, posttraumatická stresová porucha (PTSD), akutní stresová porucha a porucha přizpůsobení (American Psychiatric Association, 2013). ICD-10 (WHO, 2016) řadí poruchy pod oddíl Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43) a zmiňuje akutní stresovou reakci, posttraumatickou stresovou poruchu, poruchy přizpůsobení, jiné reakce na těžký stres a reakce na těžký stres NS. V této kapitole jsou podrobněji popsány dvě z těchto reakcí, akutní stresová reakce a posttraumatická stresová porucha.

#### **3.3.1 Akutní stresová reakce**

Akutní stresová reakce vzniká po vystavení se extrémně náročné situaci, kterou člověk není schopen vnitřně zpracovat. Lidský organismus odpovídá na ohrožení obrannou reakcí, rychlou biochemickou změnou, kterou označujeme útek, boj, či zamrznutí (Vodáčková, 2007). Vodáčková (2007) uvádí útek a boj jako aktivní reakce. Vyznačují se svalovým napětím, zrudnutím v obličeji, pocením, pocity horka, zrychlením tepu a dechu, výraznou mimikou, nadměrnou silou, výraznými emocemi, třesem, agresivními projevy, rychlým tempem řeči či těkáním. Zamrznutí je reakce pasivní a projevuje se ztuhlostí, strnulostí, zblednutím, ledovými končetinami, studeným potem, zpomalením fyziologických procesů, minimální mimikou, emoční oploštělostí, či depersonalizací a derealizací.

Akutní stresová reakce způsobuje dočasné narušení psychických a somatických funkcí, doprovázené pocitem zmatenosti a bezmocnosti. Obvykle vzniká pár minut po traumatické události a sama odezní během několika hodin či dnů. DSM-V pojmenovává pět kategorií symptomů, kterými jsou vtíravé myšlenky, negativní nálady,

disociace, vyhýbání se a vzrušivost. Člověk zažívá neodbytné vzpomínky na traumatickou událost, objevují se ve snech, způsobují nespavost a disociativní reakce. Typické je vyhýbání se podnětům, které by negativní zkušenost mohly připomínat. Dochází k poruchám pozornosti a soustředěnosti. Emoční reakce se může jevit buď jako oploštělost, odpoutanost či otupělost, anebo naopak jako silné afektivní výbuchy způsobené nepřiměřeným podnětem. Stav doprovází pocity úzkosti a deprese. Dochází k desorientaci a neschopnosti rozpoznat podněty. Člověk se apaticky odpojuje od okolí nebo vykazuje nadměrnou aktivitu. Může se objevit amnézie (American Psychiatric Association, 2013; Vágnerová, 2012; WHO, 2016).

### 3.3.2 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je opožděná, dlouhodobější reakce na traumatickou událost. Osobnostní rysy nebo neuróza v anamnéze mohou zhoršovat průběh onemocnění, nejsou ale vysvětlením vzniku. PTSD se vyznačuje chronickou úzkostí, napětím, přecitlivělostí, depresí či suicidálními tendencemi. Dochází k ožívování traumatu ve vtíravých myšlenkách na událost, flashbacích a snech. Dalšími rysy jsou anhedonie, stranění se lidí a podnětů, které událost připomínají, pocit tuposti, emoční oploštělost, nespavost, zvýšená hyperaktivita, zvýšená iritabilita, agrese, problémy s koncentrací a disociativní příznaky, depersonalizace a derealizace (American Psychiatric Association, 2013; Vágnerová, 2012; WHO, 2016).

Míra vystavení se traumatické události ovlivňuje pravděpodobnost vzniku PTSD a jeho průběh. Může dojít k chronifikaci nemoci, která vede k trvalé změně osobnosti (Vizinová & Preiss, 1999). Přetrvávající změna osobnosti je definována v ICD-10 v sekci F62. Musí být přítomna alespoň dva roky a typicky následuje po traumatické události, kterými jsou např. koncentrační tábor, pohromy, mučení nebo hrozba zabitím. Porucha se vyznačuje nepřátelským a podezřívavým postojem k okolí, pocitem beznaděje a prázdnoty, sociální zdrženlivostí a pocitem konstantního ohrožení (WHO, 2016). PTSD má kolísavý charakter a ve většině případů, mnohdy i spontánně, končí uzdravením. Vágnerová (2012, s. 437) se volně inspiroje Vizinovou a Preissem (1999) a uvádí průběh reakce na traumatický zážitek v pěti fázích:

1. **Fáze šoku a popření**, nevíry v možnost něčeho tak hrozného ve smyslu „To není možné, že by se něco takového vůbec mohlo stát“.
2. **Fáze přijetí reality traumatu** a prožitků s ním spojených ve smyslu „Něco tak hrozného se mi opravdu stalo“.

3. **Fáze postupného vyrovnávání** s traumatickým zážitkem spojeného se změnami v rozumovém hodnocení této zkušenosti i citovém prožívání: objevuje se deprese, zlost, a výkyvy nálady. V tomto období se může projevit zvýšená tendence k agresivitě: buď autoagrese, odmítnutí sebe samého jako osoby, která je prožitou událostí znehodnocena, nebo agrese zaměřená proti viníkům, resp. celému světu, v němž je něco takového možné. Tuto fázi může charakterizovat postoj „Právě mně se to stalo“.
4. **Fáze reflexe a zpracování traumatu**, kterou lze charakterizovat výrokem „Musím se s tím nějak vyrovnat“.
5. **Fáze zklidnění a vyrovnání**, které lze v souhrnu vyjádřit „Jsem to pořád já, a i když se mi něco takového stalo, musím žít dál“.

#### 4. Disociace a trauma

Vztah disociace a traumatu je popsán dvěma teoretickými názory, modelem traumatického faktoru (TM) a fantazijním modelem (FM) (Dalenberg et al., 2012). Model traumatického faktoru je rozebírán výše v kapitole 1.3.5. Kromě zmíněného principu, že trauma negativně zasahuje do integrity člověka, komplikuje mu normální fungování a ovlivňuje jeho náchylnost k další traumatizaci (Schimmenti, 2018), hovoří model i o pozitivním aspektu. Disociace ve vztahu k traumatu funguje jako automatická reakce na ohrožení, která odpojí člověka od jeho pocitů, vědomí, okolí, nebo sebe sama, a tím zajistí lepší šanci na přežití traumatické události a období po ní (Dalenberg et al., 2012; Spiegel, 1984). V určitých podmínkách je rozvinutí disociativního stavu žádoucí a život zachraňující. Pokud ale symptomy přetrvávají a začínají komplikovat každodenní život, stávají se nechtěným problémem (Nijenhuis, 2015 in Stavropoulos, 2020). „Disociace osobnosti začíná jako tvůrčí pokus o udržení života - a končí jako velký boj o jeho prožití“ (Nijenhuis, 2015, s. 130). Fantazijní model TM zpochybňuje a tvrdí, že trauma není původcem disociativních zkušeností. Disociativní symptomy jsou dle zastánců FM spojeny s vyšší tendencí k pseudovzpomínkám, sugestibilitě, fantazijním představám a kognitivním selháním (Giesbrecht et al., 2008), což způsobuje, že disociující osoba tvrdí, že prožila trauma, ke kterému ale ve skutečnosti nedošlo, jedná se o tzv. falešné vzpomínky (Schmidtová, Štěpánek & Čermák, 2021).

Studie zabývající se porovnáním traumatického a fantazijního modelu (Dalenberg et al., 2012; Dalenberg et al., 2014) podporují názor, že trauma způsobuje disociaci. Dle zjištění je disociace časově konzistentní s obdobím traumatu a jeho léčbou, zároveň je prediktivní pro anamnézu traumatu, i za kontroly náchylnosti k fantazii. Byl podpořen předpoklad, že disociace má regulační funkci v reakci na strach a ohrožení. Autoři tvrdí, že trauma hraje ve vztahu k disociaci komplexní roli a zahrnuje jak přímé tak nepřímé procesy. Vztah mezi disociací a sugestibilitou podpořen nebyl, ani nebyla prokázána predikce větších nepřesností v obnovené paměti. Analýza empirických studií našla více důkazů pro traumatický model a nepodpořila předpoklady, které uvádí model fantazijní (Dalenberg et al., 2012; Dalenberg et al., 2014).

Expozice traumatickým událostem vede k disociativním symptomům o to pravděpodobněji, pokud je událost prožita v období dětství (Schimmenti, 2018). Vyšší četnost a různé druhy traumatu, tzv. kumulativní trauma, způsobuje větší komplexnost symptomů disociace (Hodges et al., 2013). Vztah disociace a traumatu je naznačen

v DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), kde disociativní projevy, např. flashbacky, jsou symptomy posttraumatické stresové poruchy. Manuál uvádí disociativní podtyp PTSD (DPTSD), který se vyznačuje změnami stavu vědomí následkem prožití traumatické události, a který ke klasické symptomatologii PTSD řadí ještě depersonalizaci a derealizaci (American Psychiatric Association, 2013; Schmidtová, Štěpánek & Čermák, 2021). ICD-11 zavádí diagnózu komplexní posttraumatické stresové poruchy (CPTSD), která ke klíčovým aspektům PTSD přidává problémy s regulací afektu, pocity bezcennosti, viny a studu a potíže v rovině vztahů a blízkosti k ostatním (WHO, 2018). Klinicky významná míra disociativních projevů predikuje a zvyšuje závažnost CPTSD (Dorahy et al., 2013). Původní předpoklad byl, že ke zmíněným symptomům CPTSD patří i patologická disociace, která ale nakonec byla pomocí faktorové analýzy vyřazena (Scoboria et al., 2008; Schmidtová, Štěpánek & Čermák, 2021).

#### **4.1 Peritraumatická a persistentní disociace**

Peritraumatická a persistentní disociace popisují dvě formy vztahu disociace a traumatu s ohledem na čas. Peritraumatická disociace znamená prožívání změněných stavů vědomí během traumatické události nebo v krátkém období po ní. Její trvání nepřesahuje dobu několika týdnů a není považována za patologickou (Schmidtová, Štěpánek & Čermák, 2021; Zoellner, Alvarez-Conrad & Foa, 2002). Může zahrnovat zmatení, změny v prožívání času, desorientaci, emocionální šok, ztrátu pocitu reality a fragmentaci vědomí a self (Birmes et al., 2003; Lensvelt-Mulders et al., 2008). Peritraumatická disociace projevy depersonalizace, derealizace a znecitlivění vytváří vnitřní odstup od traumatické situace, tlumí nepříjemné emoce a snižuje vědomí přítomnosti v nesnesitelných podmínkách. Člověk může mít pocit, že skutečnost, která se před ním odehrává, je pouze obraz, jehož on sám není součástí. Může docházet k mimotělním zážitkům a analgezi (Krause-Utz et al., 2017; Schauer & Elbert, 2010). Osoby prožívající peritraumatickou disociaci jsou ve větším ohrožení vyvinutí posttraumatické stresové poruchy (Benzakour et al., 2021; Birmes et al., 2003; Lensvelt-Mulders et al., 2008; Nobakht, Ojagh & Dale, 2019). Narušené kódování traumatických vzpomínek může bránit zotavení (Zoellner, Alvarez-Conrad & Foa, 2002).

Persistentní disociace je pojem označující chronifikované symptomy peritraumatické disociace. V případě, že projevy depersonalizace, derealizace a znecitlivění překročí období několika týdnů od traumatické události a dále přetrvávají až do současnosti, jsou považovány za patologické (Bryant, 2009; Werner & Griffin,

2012). Panasetis a Bryant (2003) porovnáním peritraumatické a persistentní disociace zjišťují, že persistentní disociace je oproti peritraumatické silněji asociována s patologickými posttraumatickými symptomy. Briere, Scott a Weathers (2005) dochází ke stejným zjištěním ve vztahu k PTSD a tvrdí, že silnějším prediktorem spíše než narušené kódování vzpomínek je pozdější reakce na traumatizující zkušenosti a následné vyhýbání se jim.



# Návrh výzkumného projektu

## 5. Cíle výzkumu

Cílem tohoto kvantitativního výzkumu je objasnit vztah mezi disociací a traumatem u dospělé populace. Předěšlé výzkumy podpořily existenci vztahu mezi fenomény (viz kapitola 4). Studie prováděné na české populaci asociují disociativní zkušenosti s traumatickými událostmi (Bob, et al., 2005; Bob et al., 2006). Zahraniční výzkumy podporují předpoklad, že s rozmanitostí a vyšší frekvencí traumatických zážitků stoupá míra prožívané disociace (Schimmenti, 2018; Hodges et al., 2013). Tento výzkum má za cíl porovnat disociativní zkušenosti u dospělé populace, která prožila trauma a u populace, která trauma v anamnéze neuvádí. Vzhledem k dřívějším poznatkům je zde předpoklad existence vztahu, ve kterém disociativní zkušenosti stoupají, pokud člověk prošel traumatizující zkušeností. Dále je cílem prozkoumat extenzi posttraumatických a disociativních projevů s předpokladem, že vyšší traumatizace vede ke komplexnějším disociativním projevům. S přihlédnutím k disociativnímu kontinuu budou projevy disociace stoupat jak kvantitativně, tak kvalitativně s větším počtem a druhy prožitých traumatických událostí neboli situacemi, které není člověk schopen emocionálně integrovat a snaží se od nich distancovat.

Jsou stanoveny dvě hypotézy:

- Traumatizované osoby prožívají více symptomů disociace oproti osobám bez traumatu v anamnéze.
- Prožité trauma zvyšuje intenzitu disociativních prožitků.

## 6. Výzkumný design

Celý kvantitativní výzkum se odehrává na internetové platformě. Jsou využity dva dotazníky Dissociative experience scale (DES, Bernstein & Putnam, 1986) a Trauma symptom inventory-2 (TSI-2, Briere, 2010), které jsou popsány níže. Oba dva dotazníky budou umístěny na sociální síť s výzvou k vyplnění. Jako první respondent vyplňuje dotazník DES, který má ukázat, jak velkou zkušenost má s disociativními stavy. Následuje vyplnění TSI-2, který má změřit míru prožívaných traumatických symptomů.

Respondenti výzkumu jsou rozděleni do dvou kategorií, skupina, která má v anamnéze prožité trauma a skupina, která prožité trauma neuvádí. Umístění dotazníků na internetovou platformu bude obsahovat výzvu, aby se momentálně výzkumu účastnily pouze dospělé osoby s traumatem v anamnéze. Faktor bude ošetřen kontrolní otázkou v úvodu dotazníku. Po nasbírání dostatečného počtu odpovědí od respondentů, kteří jsou si vědomi, že prožili trauma, budou dotazníky znovu nahrány, tentokrát bez omezení. Momentálně se výzkumu mohou účastnit všechny dospělé osoby. Obě dvě skupiny respondentů vyplňují oba dva dotazníky a kontrolní otázku, ve které uvádí, jestli prožili či neprožili trauma, případně druh traumatu, se kterým mají zkušenost. Od každého účastníka získáváme informaci o jeho traumatických projevech, zkušenostech s disociativními stavy a o jeho vědomí toho, jestli zažil traumatickou událost.

Výsledky z dotazníku DES jsou porovnávány mezi skupinou s prožitým traumatem a skupinou bez uvedeného traumatu. Je ověřováno tvrzení, že traumatizovaní jedinci zažívají vyšší míru disociace. Dále je zkoumán vztah mezi výsledky TSI-2 a DES u celého vzorku, s účelem ověření předpokladu, že s vyšší traumatizací se zvyšují disociativní zkušenosti. Vzhledem k podstatě dotazníku DES, který funguje na principu disociativního kontinua, je předpokládáno, že i skupina, která neuvádí prožité trauma, bude vykazovat určitou míru disociace. Je sledováno, jestli DES skóry budou korelovat s výsledky TSI-2. Vztah disociace a traumatu je proto zkoumán jak u skupiny s traumatem, tak u skupiny bez něj.

## 7. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří dospělé osoby české populace ve věku od 20 ti do 60 ti let. Věkový interval je zvolen tak, aby účastník byl v období dokončeného středoškolského vzdělání a zároveň byl ještě v aktivním věku, před odchodem do důchodu. Respondenti jsou rozděleni do dvou skupin. První skupina je volena kritériálním výběrem a tvoří ji jedinci, kteří ve svém životě zažili traumatickou událost nebo události. Traumatická událost není dále specifikována, participant sám subjektivně hodnotí, jestli má zkušenost se situací, která pro něj byla traumatizující. Druhá skupina se skládá z osob, které ve své anamnéze trauma neuvádí, splňují pouze věkové rozhraní.

Počet osob v obou skupinách je minimálně 70. Nejprve jsou osloveny k participaci osoby, které spadají do skupiny s prožitým traumatem. Ve chvíli, kdy počet odpovědí dosáhne čísla 70, je účast nabídnuta druhé skupině, která traumatizaci neuvádí, a jsou sbírány odpovědi, kterých bude také nejméně 70. Celý vzorek je tvořen minimálně 140 ti účastníky.

Respondenti uvedou požadované demografické údaje, svůj věk a pohlaví.

## 8. Výzkumné metody

Data budou sbírána pomocí dotazníkového šetření. Budou využity dva nástroje Dissociative experiences scale (DES, Bernstein & Putnam, 1986) a Trauma symptom inventory-2 (TSI-2, Briere, 2010).

Dotazník DES je částečně popsán výše v kapitole 2.1. Je založen na principu disociativního kontinua a dokáže zachytit jak normální, tak patologické projevy disociace. Jedná se o sebe-posuzovací dotazník a skládá se z dvaceti osmi položek, které pokrývají různé formy disociativních zkušeností. Respondent odpovídá na deseti-bodové škále, kolik procent času (0% - 100%) se ho konkrétní disociativní projev týká. Nemá ovšem do odpovědi zahrnovat chvíle, kdy byl pod vlivem alkoholu nebo drog. Výsledkem je tzv. DES skór, který je průměrem všech otázek a nabývá hodnot od 0 do 100. Skóry s hodnotou 30 a více jsou považovány za vysokou míru disociace. Vzhledem k tomu, že dotazník měří i běžné, nepatologické disociativní projevy, je průměrný skór zdravé dospělé populace 5,4 (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993). Škála byla do češtiny přeložena v roce 2000 a byla prokázána její validita, reliabilita a faktorová struktura na české populaci (Bob, 2000; Ptáček et al., 2007). V tomto výzkumu je využívána volně dostupná česká verze dotazníku (Ptáček & Bob, 2009b).

TSI-2 je sebe-posuzovací dotazník, který měří psychologické aspekty následků traumatických zkušeností. Není vázán k jedné konkrétní traumatické události a dokáže pokrýt následky sexuálního a fyzického napadení, partnerského násilí, boje, mučení, dopravních nehod, hromadného neštěstí, lékařského traumatu, traumatické ztráty a zneužívání nebo zanedbávání v dětství. Obsahuje 136 položek, na které respondent odpovídá pomocí čtyř-bodové škály od 0 (nikdy) do 3 (často). Položky hodnotí posttraumatické projevy s ohledem na úzkost, deprese, hněv/podrážděnost, agresí, vtíravé vzpomínky, obranné vyhýbání se, disociaci, sexuální problémy, zhoršené sebehodnocení, dysfunkční chování, nejistou citovou vazbu, somatické problémy a sebevražednost. Metoda je schopna rozlišit předstírané a pravé symptomy (Briere, 1995; Briere, 2010). Dotazník v této chvíli neexistuje v české verzi, ani není volně dostupný. Pro účely využití v tomto výzkumu bude nutné provést překlad z původní angličtiny do češtiny, který proběhne zpětnou formou. Nově přeloženou českou verzi převede jiný překladatel opět do původní angličtiny a nesrovnalosti budou následně posouzeny. Autorská práva TSI-2 vlastní společnost PAR, Inc., od které je možné inventář získat a požádat o povolení k překladu.

## 9. Způsob zpracování dat

Statistická analýza dat kvantitativního výzkumu proběhne porovnáním dvou výběrových skupin a testováním vztahu mezi proměnnými. Ověření hypotézy, že traumatizované osoby prožívají více symptomů disociace oproti osobám bez traumatu v anamnéze, bude uskutečněno pomocí dvou-výběrového studentova t-testu. Je předpokládáno, že skupina, která prožila trauma, bude vykazovat vyšší míry disociace, vyšší DES skóry, oproti skupině účastníků, která trauma ve své anamnéze neuvádí. Dvou-výběrový t-test je zvolen z důvodu porovnávání dvou skupin s odlišnými charakteristikami. Pro ověření hypotézy, že prožité trauma zvyšuje intenzitu disociativních prožitků, proběhne testování vztahu mezi proměnnými pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Je předpokládána pozitivní korelace mezi výsledky dotazníků DES a TSI-2. Pearsonův korelační koeficient je zvolen vzhledem k tomu, že se jedná o kardinální proměnné a je očekáván lineární vztah.

Statistická analýza bude zpracována v programu JASP.

## 10. Etika výzkumu

Účast ve výzkumu je dobrovolná. Dobrovolnost je ošetřena způsobem sběru dat, kdy participant sám reaguje na nabídku vyplnění dotazníků. Je zachována anonymita. Respondent nikde neuvádí své jméno nebo jiné přesnější údaje, které by umožnily data propojit s konkrétní osobou. Účastník je informován o dobrovolnosti a anonymitě, která zaručuje, že data nebudou dále šířena. Dále je participant srozuměn s tím, že účast na výzkumu může kdykoliv bez postihu přerušit. Může se posléze k plnění dotazníku vrátit, nebo ho definitivně opustit.

Úvod obsahuje srozumění se základní charakteristikou a průběhem šetření. Dotazníky společně tvoří dlouhý seznam 164 ti položek a přibližný čas vyplnění je 30 minut. Na časové nároky je respondent předem upozorněn, aby měl možnost zhodnotit, jestli je schopen účasti. Upozorněn je i na témata, se kterými dotazníky pracují a to nejen kvůli obecné informovanosti o participaci, ale také kvůli psychické náročnosti, kterou s sebou dotazníky nesou. Zejména první skupina participantů, která uvádí, že má zkušenosti s traumatizací, může být vystavena nepříjemné situaci při vyplňování, kdy může dojít k vybavení si negativních pocitů a vzpomínek na nepříjemnou událost. Participant je vyzván, aby zvážil svou účast na základě zhodnocení svých možností.

Vzhledem k citlivosti tématu je účastníkům poskytnut kontakt na nonstop bezplatnou krizovou telefonickou intervenci, kterou mohou v případě potřeby využít.

## **11. Předpokládané výsledky**

Je předpokládáno, že skupina respondentů, která uvádí trauma v anamnéze, bude vykazovat vyšší míru disociativních zkušeností oproti skupině bez traumatu. Rozdíl mezi skupinami bude patrný na výsledcích dotazníku DES, tzv. DES skórech. Dále je očekáváno, že výsledky DES budou pozitivně korelovat s výsledky TSI-2. Vyšší míra traumatizace se v dotazníku TSI-2 ukáže vyšším skórem v projevech posttraumatického stresu. Zvyšující se skóry DES znamenají nárůst disociativních projevů ve své kvantitě i kvalitě. Mezi TSI-2 a DES skóry je předpokládán lineární vztah, podporující tvrzení, že s vyšší traumatizací kontinuálně rostou disociativní symptomy.

## 12. Diskuze

Výzkumy provedené jak na české, tak zahraniční populaci podporují tvrzení, že disociace stoupá vystavením se traumatizujícím situacím (Bob, et al., 2005; Bob et al., 2006; Dalenberg et al., 2012). Šetření vztahu disociace a traumatu v zahraničních studiích ukazuje, že vyšší míra a frekvence prožitého traumatu zvyšuje míru disociativních symptomů (Hodges et al., 2013; Schimmenti, 2018). Navrhovaný výzkum ověřuje tvrzení, že disociativní projevy traumatizovaných osob jsou vyšší oproti osobám bez traumatické zkušenosti, porovnáním dvou skupin probandů a zkoumá vztah disociativních symptomů a symptomů posttraumatického stresu na celém vzorku. Vzorek tvoří lidé, kteří buď prožili, anebo neprožili trauma. Na základě kontinuálního přístupu k disociaci je sledováno, jestli míra disociativních zkušeností bude stoupat se zvyšující se mírou posttraumatických symptomů. Poznatky přispějí k osvětlení role traumatu ve vztahu k disociaci a to jak v patologické, tak nepatologické formě.

Využití dotazníku DES (Bernstein & Putnam, 1986) odpovídá zaměření šetření vzhledem k tomu, že dokáže zachytit jak patologické, tak běžné projevy disociace. Výhodou je jeho dostupnost a validizovaný český překlad. TSI-2 (Briere, 2010) je vybrán z důvodu schopnosti zachytit projevy posttraumatického stresu ve velké šíři a bez zaměření na konkrétní traumatickou událost. Nevýhoda spočívá v dosavadní neexistenci českého překladu, který bude muset být proveden a zvyšuje tím časovou dotaci na realizaci výzkumu. Následná aplikace metody na českou populaci může v kombinaci se zaběhlým DES přinést zajímavé výsledky.

Důležitým bodem je trauma, jehož prožití či neprožití účastníci výzkumu uvádějí. Na dvou skupinách respondentů, rozdělených dle kritéria prožitého traumatu, je ověřován předpoklad, že disociace stoupá důsledkem traumatizace. Může docházet k případům, kdy člověk sice prošel traumatickou zkušeností, trauma ovšem vytěsnil a není si ho nyní vědom. Pouhý dotaz na prožití či neprožití traumatu není tuto skutečnost schopen odhalit a může tak dojít ke zkreslení dat zařazením respondenta do chybné skupiny. Předpokládané výsledky mohou narušit případy respondentů, kteří zažili trauma, jsou si ho vědomi, ale zároveň prošli určitými kroky, jak se s traumatem vyrovnat, např. psychoterapií. S faktorem úspěšného zpracování traumatu design výzkumu nepočítá, a proto by na něj mělo být v rámci interpretace výsledků pamatováno.

Provedení sběru dat on-line s sebou nese určité výhody i úskalí. Jedním z negativních aspektů je nemožnost kontroly, jestli dotazník respondent vyplňuje sám



za sebe. Dále není možné zajistit shodné podmínky pro vyplnění. Různá prostředí, ve kterých se budou participanti nacházet, budou nabízet různé druhy distraktorů, které mohou narušovat pozornost a ovlivnit odpovědi. Handicapem je také nemožnost doptat se výzkumníka na položky, kterým účastník neporozumí. Další problém s on-line sběrem dat by se mohl ukázat na návratnosti dotazníků, která by mohla být nízká, pokud se nepodaří oslovit cílovou skupinu. Výhoda designu spočívá v anonymitě, kterou internetové prostředí přináší. Anonymita i možnost dotazníky vyplnit ve známém, bezpečném prostředí může respondenta motivovat k účasti. S tím jde ruku v ruce i časová dotace, kterou účastník šetření věnuje, a která je nižší, než kdyby musel někam docházet. Dalším pozitivem je časová nenáročnost a zjednodušení práce pro stranu výzkumníka. On-line design umožňuje rychlé vytvoření dotazníku, jednoduchou distribuci, nahlédnutí do průběžných výsledků a export dat v automaticky elektronické verzi.

## Závěr

Disociace je fenomén, který postrádá jednotné pojetí. Manuály poskytují výčet symptomů, díky kterým lze diagnostikovat disociativní poruchy, existuje ale více, častokrát protichůdných, teoretických rámců, kterými autoři k disociaci přistupují (viz kapitola 1.1). Empirické zkoumání dílčích charakterů pomáhá pomalu objasňovat proces disociace a poskytuje lepší přehled pro práci s disociativními klienty (viz 1.2.1 až 1.2.6.).

Kontinuální pojetí disociace popisuje široký rozsah zkušeností se změněnými stavy vědomí, od běžných až po psychiatricky závažné. Literatura rozlišuje jevy asociované s disociací na nepatologické kontinuální a patologické diskontinuální (viz 2.2), existují ale fenomény, které ačkoliv jsou uvedené jako běžné či normální, mají svou patologickou formu, např. denní snění (viz 2.3.2.). A naopak jevy uvedené v diagnostických manuálech, jako jsou trans a posedlost, se objevují i jako nepatologické (viz 2.2.2).

Snaha uniknout z reálného světa si vyžaduje situaci, která k procesu vede. Trauma je nepříjemná, život ohrožující a emocionálně neintegrovatelná událost, která má široký dosah do života jedince s ohledem na jeho duševní zdraví a vztahy. Jedním z diagnostických kritérií pro poruchy způsobené posttraumatickým stresem jsou disociativní symptomy (viz 3). Vztah disociace a traumatu je vysvětlován s ohledem na funkci disociace jako ochranného prostředku před nebezpečím. Odpoutáním se od situace nebo od svého těla zvyšuje jedinec šance na přežití traumatické události. S chronifikací symptomů dochází k přeformulování podstaty disociace na patologickou a nežádoucí (viz 4).

Výzkum, který je v práci navrhován, si dává za cíl osvětlit vztah disociace a traumatu s ohledem na kontinuální pojetí disociace. Ověřuje předpoklad, že traumatizované osoby vykazují více disociativních zkušeností. Dále se věnuje otázce, jestli vyšší míra symptomů posttraumatického stresu zvyšuje kvantitativní a kvalitativní projevy disociace. Výsledky mají za cíl přispět ke zjištěním učiněným v oblasti vztahu disociace a traumatu a k teoretickému bádání o disociaci a jejích příčinách.

## Seznam použité literatury

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association (7th Ed.)*. American Psychological Association.

Anbar, R.D. (2001). Automatic Word Processing: A New Forum For Hypnotic Expression. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(1), 27–36. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/00029157.2001.10403453>

Anton S, Tomanović K, Mrdenović S, Katinić K, Gugić D., & Topić J. (2011). Transgenerational Transfer in Women with Breast Cancer. *Coll Antropol*, 35(3), 673–680.

Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Portál.

Bassetti, C. L. (2009) Sleepwalking: Dissociation Between “Body Sleep” and “Mind Sleep”. *Cognitive Neuroscience and Neuropathology*, 129–138. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800948-2.00008-X>

Belli, H., Ural, C., Vardar, M. K., Yesilyurt, S., & Oncu, F. (2012). Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 975–80. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.02.004>

Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a Dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.

Benzakour, L., Braillard, O., Mazzola, V., Gex, D., Nehme, M., Perone, S. A., Agoritsas, T., Kopp, G., Sara, C., Bondolfi, G., & Lador, F. (2021). Impact of peritraumatic dissociation in hospitalized patients with COVID-19 pneumonia: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 140, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.031>

- Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. *Consciousness and Cognition*, 42, 254–266. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017>
- Birmes, P., Brunet, A., Carreras, D., Ducassé, J. L., Charlet, J. P., Lauque, D., Sztulma, H., & Schmitt, L. (2003). The Predictive Power of Peritraumatic Dissociation and Acute Stress Symptoms for Posttraumatic Stress Symptoms: a Three-month Prospective Study." *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1337–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1337>
- Bob, P. (2000). Dissociative processes and their measurement. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 96, 5–13.
- Bob, P., Glaslova, K., Susta M., Jasova, D., & Raboch, J. (2006). Traumatic dissociation, epileptic-like phenomena, and schizophrenia. *Neuro Endocrinol Lett.*, 27, 321–326.
- Bob, P., Susta, M., Pavlat, J., Hynek, K., & Raboch, J. (2005). Depression, traumatic dissociation and epileptic-like phenomena. *Neuro Endocrinol Lett.*, 26, 321–325.
- Braun B. G. (1988). The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation* 1, 4–23.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (2010). *Trauma Symptom Inventory-2nd edition (TSI-2) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy1010>
- Briere, J., Scott, C., & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2295–2301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2295>
- Bryant, R. (2009). Is peritraumatic dissociation always pathological? In P. F. Dell & J. A. O’Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 185–195). Routledge.

- Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). New York, NY: Guilford Press.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation* 6(1), 16–27.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardena, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0026609>
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Cardena, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B. & Spiegel, D. (2014). Reality versus fantasy: Reply to Lynn et al. (2014). *Psychological Bulletin*, 140(3), 911–920. <https://doi.org/10.1037/a0036685>
- D'Andrea, W., Ford, J. D., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: Why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187–200. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x>
- Dell, P. F. (2018). Reconsidering the autohypnotic model of the dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 20(1), 48–78. <http://dx.doi.org/10.1080/15299732.2018.1451806>
- de Oliveira Maraldi, E., Costa, A., Cunha, A., Flores, D., Hamazaki, E., Pereira de Queiroz, G., Martinez, M., Siqueira, S., & Reichow, J. (2020). Cultural Presentations of Dissociation: The Case of Possession Trance Experiences. *Journal of trauma & dissociation*, 22(1), 11–16. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/15299732.2020.1821145>
- Dimitrova, L., Fernando, V., Vissiac, E. M., Nijenhuis E. R. S., Draijere, N., & Reindersf, A. A. T. S. (2020). Sleep, trauma, fantasy and cognition in dissociative identity disorder, posttraumatic stress disorder and healthy controls: a replication and

extension study. *European journal of psychotraumatology*, 11(1),  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1705599>

Doležalová, P. (2019). Komplexní vývojové trauma a užívání návykových látek. *Psychologie a její kontexty*, 10(2), 45–58. 10.15452/PsyX.2019.10.0012

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., Martínez-Taboas, A., Lewis-Fernández, R., & Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417. <https://doi.org/10.1177/0004867414527523>

Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K. F. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 72–79.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.010>

Ferrante, E., Marino, A., Guglielmucci, F., Schimmenti, A. (2020). The mediating role of dissociation and shame in the relationship between emotional trauma and maladaptive daydreaming. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000253>

Fossion, P., Rejas, M. C., Servais, L., Pelc, I., & Hirsch, S. (2003). Family approach with grandchildren of Holocaust survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 57(4), 519–27.

Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2014). Trauma-related altered states of consciousness: exploring the 4-d model. *Journal Of Trauma & Dissociation*, 15(4), 436–456.  
<http://doi.org/10.1080/15299732.2013.873377>

Frost, L., & Scott, H. (2020). What Is Known About the Secondary Traumatization of Staff Working With Offending Populations? A Review of the Literature. *Traumatology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/trm0000268>

Giesbrecht, T., Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., & Merckelbach, H. (2008). Cognitive processes in dissociation: An analysis of core theoretical assumptions. *Psychological Bulletin*, 134(5), 617–647. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.5.617>

- Gillig, P. M. (2009). Dissociative identity disorder: A controversial diagnosis. *Psychiatry*, 6(3), 24–29.
- Grabe, H. J., Goldsmith, F., Lehmkuhl, L., Gänsicke, M., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32(6), 319–324.
- Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (1999). Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *Am J Psychiatry*, 156, 1811–1813.
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänsicke, M., & Freyberger, H. J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychother Psychosom*, 69(3), 128–13. <https://doi.org/10.1159/000012380>
- Hariri, A. G., Gursu, G., Medine, Y., Oregul, F. F. C., Sumbul, E. A., Elbay, R. Y., & Gulec, H. (2015). Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. *Journal of affective disorders*, 184(15), 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.023>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hartman, D., Crisp, A. H., Sedgwick, P., & Borrow, S. (2001). Is there a dissociative process in sleepwalking and night terrors. *Postgraduate Medical Journal*, 77, 244–249. <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.77.906.244>
- Hasan, B., Cenk, U., Kanarya, V. M., Sema, Y., & Fath, O. (2012). Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 975–980.
- Havens, L. L. (1966). Pierre Janet. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143(5), 383–398.
- Hecker, T., Braitmayer, L., & van Duijl, M. (2015). Global mental health and trauma exposure: The current evidence for the relationship between traumatic experiences and spirit possession. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1). <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.3402/ejpt.v6.29126>

- Heller, L. (2016). *Uzdravení vývojového traumatu*. Fontána.
- Hilgard, E. R. (1973). A neodissociation interpretation of pain reduction in hypnosis. *Psychological Review*, *80*(5), 396–411.
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: Apath analysis. *Child Abuse and Neglect*, *37*, 891–898. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, *12*(2), 115–187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Janet, P. (1890). *L'Automatisme Psychologique*. Felix Alcon.
- Kihlstrom, J. F. (1979). Hypnosis and Psychopathology: Retrospect and Prospect. *Journal of Abnormal Psychology*, *88*(5), 459–473. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.88.5.459>
- Klinger, E. (2009). Daydreaming and fantasizing: Thought flow and motivation. Handbook of imagination and mental simulation. *Psychology Press*.
- Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D., & Elzinga, B. M. (2017). Dissociation and alterations in brain function and structure: Implications for Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *19*(1), 6. <https://10.1007/s11920-017-0757-y>
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellina, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(4), 393–400. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.008>
- Lensvelt-Mulders, G., van der Hart, O., van Ochten, J. M., van Son, M. J., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*(7), 1138–1151. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.006>
- McLeod, H. J., Byrne, M. K., & Aitken, R. (2004). Automatism and dissociation: Disturbances of consciousness and volition from a psychological perspective.



*International Journal of Law and Psychiatry*, 27(5), 471–487.

<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.06.007>

Modestin, J., & Erni, T. (2004). Testing the dissociative taxon. *Psychiatry Research*, 126(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2001.12.001>

Nemiah, J. C. (1979). Dissociative amnesia: A clinical and theoretical reconsideration. In: Kihlstrom, J. F., Evans, F. J., *Functional Disorders of Memory*. Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum Associates.

Nerad J. M. & Neradová L. (2005). Příspěvek k diskusi o problematice disociativních stavů s přihlédnutím k dílu Pierra Janeta (1859 - 1947). *Česká a slovenská psychiatrie*, 101(2), 98–104.

Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Nijenhuis, E., Van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 1–23.

Nilssona, D., Lejonclou, A., & Holmqvist, R. (2020). Psychoform and somatoform dissociation among individuals with eating disorders. *Nordic journal of psychiatry*, 74(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1664631>

Nobakht, H. N., Ojagh, F. S., & Dale, K. Y. (2019). Risk factors of post-traumatic stress among survivors of the 2017 Iran earthquake: The importance of peritraumatic dissociation. *Psychiatry Research*, 217, 702–707. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.057>

Orme, J. E. (1967). The incidence of sleepwalking in various groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(3), 279–281. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1967.tb05764.x>

Panasetis, P., & Bryant, R. A. (2003). Peritraumatic versus persistent dissociation in acute stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 563–566. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000004079.74606.ba>

- Pastucha, P., Praško, J., & Cinculová, A. (2011). Patologická disociace – je, či není? *Psychiatrie pro praxi*, 12(4), 162–165.
- Petráčková, V. (1995). *Akademický slovník cizích slov*. Academia.
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
- Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám*. Portál.
- Ptáček, R. & Bob, P. (2009a). Disociace v dějinách psychologického myšlení. *Československá psychologie*, 53(2), 184–192.
- Ptáček, R., Bob, P. (2009b). Metody diagnostiky disociativních symptomů. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 105(4), 163–172.
- Ptáček, R., Bob, P., Paclt, I., Pavlát, J., Jasová, D., Zvolský, P., & Raboch, J. (2007). Psychobiology of dissociation and its clinical assessment. *Neuroendocrinology letters*, 28, 191–198.
- Pugh, M., Wallerb, G., & Espositoc, M. (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder ‘voice’. *Child Abuse & Neglect*, 86, 197–205.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.005>
- Putnam, F. W. et al. (1996). Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 184(11), 673–679.
- Putnam, F. K., & Carlson, E. B. (1998). Hypnosis, dissociation, and trauma: Myths, metaphors, and mechanisms. In J. D. Bremner, & C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 27–55). American Psychiatric Press.
- Rofe, Y. (2008): Does repression exist? Memory, pathogenic, unconscious and clinical evidence. *Review of General Psychology*, 12, 63–85.
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder*. Wiley.
- Ross, C. A., Rigway, J. & George, N. (2020). Maladaptive Daydreaming, Dissociation, and the Dissociative Disorders. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2, 53-61. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190050>

Sagi-Schwartz, A., van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2008). Does intergenerational transmission of trauma skip a generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors.

*Attachment & Human Development, 10*(2), 105–121.

<https://doi.org/10.1023/A:1025706427300>

Şar, V. (2017). Parallel-distinct structures of internal world and external reality: Disavowing and re-claiming the self-identity in the aftermath of trauma-generated dissociation. *Frontiers in Psychology, 8*, 216.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00216>

Scoboria, A., Ford, J., Lin, H. J., & Frisman, L. (2008). Exploratory and confirmatory factor analyses of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress.

*Assessment, 15*(4), 404–425. <https://doi.org/10.1177/1073191108319005>

Shah, N., & Vankar, G. K. (2009). Dissociation In Psychiatric Inpatients. *Archives of Indian Psychiatry, 10*(1), 25–34.

Schauer M, & Elbert T. (2010). Dissociation following traumatic stress: etiology and treatment. *Journal of Psychology, 218*(2), 109–127. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000018>

Schimmenti, A. (2018). The trauma factor: Examining the relationships among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation, 19*(5), 552–571. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1402400>

Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental Trauma, Dissociation, and the Disconnected Self. *Psychoanalytic Psychology, 33*(1), 106–128. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038019>

Schimmenti, A., & V. Şar. (2019). A correlation network analysis of dissociative experiences. *Journal of Trauma and Dissociation, 20*(4), 402–419.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1572045>

Schimmenti, A., Somer, E., & Regis, M. (2019). Maladaptive daydreaming: Towards a nosological definition. *Annales Médico-Psychologiques, 177*(9), 865–874.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2019.08.014>

- Schmidtová, J., Štěpánek, P., & Čermák, I. (2021). Vliv traumatu v dětství na vznik a rozvoj disociativních poruch. *Československá psychologie*, 65(2), 178–200. <https://doi.org/10.51561/cspsych.65.2.178>.
- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., & Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectr*, 8(10), 755–762. <https://doi.org/10.1017/S109285290001912X>
- Solomon, Z., Horesh, D., & Ginzburg, K. (2021). Trajectories of PTSD and secondary traumatization: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 354–359. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.027>
- Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016). Childhood antecedents and maintaining factors in maladaptive daydreaming. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 471–478. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507>
- Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 101–110.
- Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2021). Developmental Trauma Disorder: A Legacy of Attachment Trauma in Victimized Children. *Journal of traumatic stress*, 0, 1–10. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1002/jts.22697>
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2006). Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*, 5(2), 82–86.
- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H. J., Klauer, T., Schneider, W., Freyberger, H. J., & Stieglitz, R. D. (2005). Frequency, Clinical and Demographic Correlates of Pathological Dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 51–62. [https://doi.org/10.1300/J229v07n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J229v07n01_05)
- Spitzer, C., Effler, K., & Freyberger, H. J. (2000). Posttraumatic stress disorder, dissociation and self-destructive behavior in borderline patients. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 46(3), 273–285.

- Spitzer, C., Haug, H. J., & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, *30*, 67–75. <https://doi.org/10.1159/000285031>
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide*. American Psychiatric Press.
- Stavropoulos, P. (2020). Review of Ellert Nijenhuis (2017) *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility, and Control – Enactive Trauma Therapy*, Volume 3, Goettingen, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co KG. *European Journal of Trauma*, *4*(2). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100140>
- Sumlin, E., Wall, K., & Sharp, C. (2020). The moderating role of dissociation in the relation between borderline features and factors of self-injury in adolescents. *Personality and Mental Health*, *14*(2), 215–226. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1002/pmh.1477>
- Suoizzi, J. M., & Motta, R. W. (2004). The Relationship Between Combat Exposure and the Transfer of Trauma-like Symptoms to Offspring of Veterans. *Traumatology*, *10*(1), 17–37. <https://doi.org/10.1177/153476560401000103>
- Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Portál.
- Vodáčková, D. (2007). *Krizová intervence*. Portál.
- Waller, N., Putnam F., & Carlson, E. (1996). Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, *1*(3), 300–321. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>
- Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(4), 499–510. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.4.499>

Wearne, D., Curtis, G., Melvill-Smith, P., Orr, K., Mackereth, A., Rajanthiran, L., Hood, S., Choy, W., & Waters, F. (2020). Exploring the relationship between auditory hallucinations, trauma and dissociation. *BJPsych Open*, 6(3), E54.

<https://doi.org/10.1192/bjo.2020.31>

Werner, K. B., & Griffin, M. (2012). Peritraumatic and persistent dissociation as predictors of PTSD symptoms in a female cohort. *Journal of Traumatic Stress*, 25(4), 401–407. <https://doi.org/10.1002/jts.21725>

Whalen, J. E., & Nash, M. R. (1996). Hypnosis and dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives. In L. K. Michelson, & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives* (pp. 191–206). Plenum.

World Health Organization, (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-10*.

World Health Organization, (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems, ICD-11*. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Zedelius, C. M., Protzko, J., Broadway, J. M., & Schooler, J. W. (2020). What Types of Daydreaming Predict Creativity? Laboratory and Experience Sampling Evidence. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*. Advance online publication.

<http://dx.doi.org/10.1037/aca0000342>

Zill, N. (2015). Attachment, Trauma, and Genetic Heritage Play Roles in Adopted Children's School Success. *Child Law Practice*, 34(12), 188–190.

Zoellner, L. A., Alvarez-Conrad, J., & Foa, E. B. (2002). Peritraumatic dissociative experiences, trauma narratives, and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 49–57. <https://doi.org/10.1023/A:1014383228149>

Zohar, A. H., Giladi, L., & Givati, T. (2007). Holocaust exposure and disordered eating: a study of multi-generational transmission. *European Eating Disorder Review*, 15(1), 50–57. <https://doi.org/10.1002/erv.730>

## Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
CPTSD	Complex Posttraumatic Stress Disorder
DES	Dissociative Experiences Scale
DES-T	Dissociative Experiences Scale Taxon
DID	Dissociative Identity Disorder
DPTSD	Dissociative Posttraumatic Stress Disorder
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DTD	Developmental Trauma Disorder
FM	Fantasy Model
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ISSTD	International Society for the Study of Trauma and Dissociation
MD	Maladaptive Daydreaming
PAR	Psychological Assessment Resources
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
TM	Trauma Model
TSI-2	Trauma Symptom Inventory-2
WHO	World Health Organization