

jedinců s akutní stresovou poruchou. Protože se symptomy akutní stresové poruchy a neurokognitivní symptomy související s poraněním mozku mohou překrývat, diferenciální diagnóza mezi akutní stresovou poruchou a symptomy neurokognitivní poruchy zapříčiněnými poraněním mozku může být provedena na základě přítomnosti symptomů, jimiž se obě poruchy liší. Zatímco znovuprožívání a vyhýbání se jsou charakteristické pro akutní stresovou poruchu, a ne pro poranění mozku, přetrvávající dezorientace a zmatek jsou specifické spíše pro poranění mozku (neurokognitivní účinky) než pro akutní stresovou poruchu. Navíc je rozlišení založeno na skutečnosti, že symptomy akutní stresové poruchy přetrvávají pouze do 1 měsíce po vystavení traumatu.

## Poruchy přízpusobení

### Diagnostická kritéria

- A. Rozvoj emocionálních nebo behaviorálních symptomů v reakci na identifikovatelný stresor během 3 měsíců od počátku působení stresoru.
- B. Tyto symptomy nebo chování jsou klinicky závažné a manifestují se jedním, popř. oběma následujícími způsoby:
  1. Výrazná nepohoda, která je v nepoměru k závažnosti nebo intenzitě stresoru, přičemž se bere v úvahu vnější kontext a kulturní faktory, které by mohly mít vliv na závažnost a manifestaci symptomů.
  2. Výrazné funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.
- C. Narušení související se stresem nesplňuje kritéria pro jinou duševní poruchu a není pouze zhoršením již dříve existující duševní poruchy.
- D. Symptomy nepředstavují normální zármutek.
- E. Jakmile stresor nebo jeho následky pominou, symptomy nepřetrvávají déle než dalších 6 měsíců.

*Specifikujte poruchu:*

**309.0 (F43.21) S depresivní náladou.** Převažují špatná nálada, plačtivost nebo pocit bezmoci.

**309.24 (F43.22) S úzkostí.** Převažují nervozita, starosti, rozechvělost nebo separační úzkost.

**309.28 (F43.23) Se smíšenou úzkostí a depresivní náladou.** Převažuje kombinace deprese a úzkosti.

**309.3 (F43.24) S poruchou chování.** Převažuje porucha chování.

**309.4 (F43.25) Se smíšenou poruchou emocí a chování.** Převažují jak emocionální symptomy (např. deprese, úzkost), tak porucha chování.

**309.9 (F43.20) Nespecifikovaná.** U maladaptivních reakcí, které nelze klasifikovat jako jeden ze specifických podtypů adaptační poruchy.

*Specifikujte: Akutní:* Porucha trvá méně než 6 měsíců.

*Perzistentní (chronická):* Porucha trvá 6 měsíců nebo déle.

### Diagnostické znaky

Přítomnost emocionálních nebo behaviorálních symptomů v reakci na identifikovatelný stresor je klíčovým znakem poruchy přízpusobení (kritérium A). Stresor může být jedinou událostí (např. ukončení milostného vztahu), nebo zde může existovat více stresorů (např. výrazné obchodní potíže a zároveň problémy v manželství). Stresory mohou být rekurentní (např. související se sezónními obchodními krizemi, neuspokojivými sexuálními vztahy) nebo trvalé (např. dlouhodobé bolestivé one-

mocnění se zvyšující se invaliditou, život ve čtvrti zamořené kriminalitou). Stresory mohou mít vliv na jednu osobu, na celou rodinu nebo na větší skupinu či komunitu (např. přírodní katastrofa). Některé stresory mohou doprovázet specifické vývojové události (např. zahájení školní docházky, odchod od rodičů, návrat k rodičům, vstup do manželství, neúspěch v dosažení kariérních cílů, odchod do důchodu).

Poruchy přízpusobení mohou být diagnostikovány následně po smrti milované osoby, pokud intenzita, kvalita nebo perzistence zármutku překračuje míru, která by se dala očekávat při zvážení kulturních, náboženských nebo věku odpovídajících norem. Specifičtější skupina symptomů související se zármutkem se nazývá komplikované a protrahované truchlení.

Poruchy přízpusobení jsou spojované se zvýšeným rizikem pokusů o sebevraždu a dokonané sebevraždy.

### Prevalence

Poruchy přízpusobení jsou běžné, i když prevalence se může mezi jednotlivými studovanými populacemi lišit stejně jako při použití různých metod hodnocení. Procento jedinců v ambulantní péči, u nichž je stanovena primární diagnóza poruchy přízpusobení, se pohybuje přibližně v rozmezí 5–20 %. V prostředí psychiatrických nemocnic je to často nejběžnější diagnóza, jejíž výskyt mnohdy dosahuje 50 %.

### Vývoj a průběh

Podle definice začíná porucha přízpusobení do 3 měsíců od nástupu stresoru a netrvá déle než 6 měsíců po působení stresoru nebo jeho následků. Pokud je stresem akutní událost (např. propuštění z práce), porucha obvykle začíná okamžitě (tj. do několika dnů) a její trvání je relativně krátké (tj. není delší než několik měsíců). Pokud stresor nebo jeho následky přetrvávají, porucha přízpusobení může přetrvávat a přejít do perzistentní formy.

### Rizikové a prognostické faktory

**Environmentální.** Jedinci se znevýhodněnými životními podmínkami bývají vystaveni velkému počtu stresorů, což může představovat zvýšené riziko vzniku adaptační poruchy.

### Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Při klinickém posouzení, zda je reakce jedince na stresor maladaptivní nebo zda související stres překračuje běžně očekávanou míru, by měl být zvážěn kontext kulturního prostředí jedince. Povaha, význam a prožívání stresorů a hodnocení reakce na stresory se může lišit mezi kulturami.

### Funkční důsledky poruchy přízpusobení

Subjektivní nepohoda nebo funkční narušení související s poruchami přízpusobení se často projevuje jako snížená výkonnost v zaměstnání nebo ve škole a dočasná změny v sociálních vztazích. Porucha přízpusobení může komplikovat průběh onemocnění u jedince, který má ještě jiný všeobecný zdravotní problém (např. nižší úroveň spolupráce s lékařem při dodržování léčebného režimu, prodloužená délka pobytu v nemocnici).

### Diferenciální diagnóza

**Velká depresivní porucha.** Pokud se u jedince v reakci na stresor objeví symptomy, které splňují kritéria velké depresivní poruchy, diagnóza poruchy přízpusobení se nestanovuje. Profil symptomů velké depresivní poruchy ji odlišuje od poruch přízpusobení.

**Posttraumatická stresová porucha a akutní stresová porucha.** U poruchy přizpůsobení může mít stresor jakoukoli závažnost, na rozdíl od závažnosti nebo typu vyžadovaného kritériem A u akutní stresové poruchy a posttraumatické poruchy. K rozlišení poruch přizpůsobení od obou těchto posttraumatických diagnóz je nutné zvážit načasování a profil symptomů. Poruchy přizpůsobení lze diagnostikovat okamžitě a mohou přetrvávat do 6 měsíců po vystavení traumatické události, zatímco akutní stresová porucha se objevuje pouze od 3 dnů do 1 měsíce od vystavení stresoru a PTSD nelze diagnostikovat, dokud neuplyne 1 měsíc od výskytu traumatického stresoru. Požadovaný profil symptomů PTSD a akutní stresové poruchy je odlišuje od poruchy přizpůsobení. Co se týče symptomů, poruchu přizpůsobení je možné diagnostikovat následně po traumatické události, pokud jedinec vykazuje symptomy akutní stresové poruchy nebo PTSD, které nesplňují diagnostický práh pro některou z těchto poruch. Porucha přizpůsobení by také měla být diagnostikována u jedinců, kteří nebyli vystaveni traumatické události, ale přesto se u nich vyskytují všechny symptomy typické pro akutní stresové poruchy nebo pro PTSD.

**Poruchy osobnosti.** V případě poruch osobnosti mohou být některé rysy osobnosti spojeny s vulnerabilitou vůči situační nepohodě a mohou připomínat poruchu přizpůsobení. Životní historie dané osoby pomůže interpretovat její chování v důsledku nepohody a rozlišit dlouhodobou poruchu osobnosti od poruchy přizpůsobení. Kromě toho, že některé poruchy osobnosti zahrnují vulnerabilitu vůči nepohodě, mohou stresory zhoršovat také symptomy poruchy osobnosti. Pokud je přítomna porucha osobnosti, jsou splněna kritéria pro symptomy poruchy přizpůsobení a narušení související se stresem překračuje to, co by bylo možné přičíst symptomům maladaptivní poruchy osobnosti (tj. je splněno kritérium C), měla by být stanovena diagnóza poruchy přizpůsobení.

**Psychické faktory ovlivňující jiné somatické onemocnění.** V případě psychických faktorů, které ovlivňují jiná somatická onemocnění, je onemocnění zhoršováno specifickými psychickými entitami (např. psychické symptomy, chování, jiné faktory). Tyto psychické faktory mohou usplňovat, zhoršit nebo zvýšit riziko jedince na výskyt somatického onemocnění nebo mohou zhoršit už existující onemocnění. Naproti tomu porucha přizpůsobení je reakce na stresor (např. na somatické onemocnění).

**Normální reakce na stres.** V těžkých situacích bývá rozrušena většina lidí. Potom nejde o poruchu přizpůsobení. Diagnóza by měla být stanovována jen tehdy, když míra nepohody (např. změny nálad, úzkost nebo chování) překračuje to, co by se dalo normálně očekávat (což může být v různých kulturách různé) nebo když nepříznivá událost vyvolá funkční narušení.

### Komorbidita

Poruchy přizpůsobení mohou doprovázet většinu duševních poruch a jakoukoli somatickou poruchu. Tyto poruchy je možné diagnostikovat souběžně s jinou duševní poruchou pouze v případě, pokud daná duševní porucha nevysvětluje konkrétní symptomy, které se vyskytují v reakci na stresor. Například u jedince, který má zároveň diagnózu obsedantně-kompulzivní poruchy, se může rozvinout porucha přizpůsobení s depresivní náladou po ztrátě zaměstnání. Nebo může mít jedinec depresivní nebo bipolární poruchu a zároveň poruchu přizpůsobení, pokud jsou splněna kritéria pro obě poruchy. Poruchy přizpůsobení běžně doprovázejí somatické onemocnění a mohou být hlavní psychickou reakcí na somatickou poruchu.

## Jiná specifikovaná traumatická porucha a porucha spojená se stresem 309.89 (F43.8)

Tato kategorie se aplikuje na projevy, u nichž převládají symptomy charakteristické pro traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem, jež způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech života. Zároveň tyto stresory nesplňují úplná kritéria jiné poruchy z kategorie traumatických poruch a poruch spojených se stresem. Kategorie jiné traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem se používá v situacích, kdy se klinický pracovník rozhodne sdělit důvody, pro něž projevy nesplňují kritéria pro jinou specifickou poruchu ze skupiny traumatických poruch a poruch spojených se stresem. Lékař tedy zapíše „jiná traumatická porucha a porucha spojená se stresem“ a doplní specifický důvod (např. „komplikované a protražované truchlení“).

Mezi příklady projevů, které je možné specifikovat za použití výše zmíněné kategorie „jiné specifikované poruchy“, patří následující:

1. **Poruchy přizpůsobení se zpožděným začátkem symptomů, které trvají déle než 3 měsíce po stresoru.**
2. **Poruchy přizpůsobení s prodlouženým trváním po více než 6 měsíců bez prodlouženého trvání stresoru.**
3. **Ataque de nervios.** Viz „Slovník kulturních konceptů nepohody“ v příloze.
4. **Jiné kulturní syndromy.** Viz „Slovník kulturních konceptů nepohody“ v příloze.
5. **Komplikované a protražované truchlení.** Tato porucha je charakterizována závažným perzistentním zármutkem a truchlením (viz kapitolu „Onemocnění určená k dalšímu zkoumání“).

## Nespecifikovaná traumatická porucha a porucha spojená se stresem 309.9 (F43.9)

Tato kategorie se aplikuje na projevy, u kterých převládají symptomy charakteristické pro traumatické poruchy a poruchy spojené se stresem, které způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiných důležitých oblastech života, zároveň však nesplňují všechna kritéria žádné jiné poruchy z diagnostické kategorie traumatických poruch a poruch spojených se stresem. Kategorie nespecifikovaná porucha spojená s traumatem a stresory se používá v situacích, kdy lékař nediodiagnostikuje specifický důvod, proč projevy nesplňují kritéria pro jakoukoli specifickou poruchu ze skupiny traumatických poruch a poruch spojených se stresem a zahrnuje i ty z nich, u nichž nejsou dostatečné informace pro stanovení specifičtější diagnózy (např. v prostředí jednotek intenzivní péče).

# Disociativní poruchy

Pro disociativní poruchy je charakteristické přerušení a/nebo diskontinuita v normální intergraci vědomí, paměti, identity, emocí, vnímání, tělesných vjemů, kontroly motorických pohybů a chování. Disociativní příznaky mohou potenciálně narušit kteroukoliv oblast psychických funkcí. Tato kapitola zahrnuje disociativní poruchu identity, disociativní amnézii, depersonalizační/derealizační poruchu, jiné specifikované disociativní poruchy a nespecifikovanou disociativní poruchu.

Disociativní příznaky jsou prožívány jako (a) nechťené zásahy do vědomí a chování, doprovázené subjektivním pocitem ztráty kontinuity (tj. „pozitivní“ disociativní příznaky, jako jsou roztržité identity, depersonalizace, derealizace) a/nebo (b) nemožnost vybavit si informace nebo ovládat duševní funkce, jež jsou za normálních okolností přístupné nebo ovladatelné (tj. „negativní“ disociativní symptomy jako amnézie).

Disociativní poruchy často vznikají jako následky traumatu a mnoho z příznaků, včetně pocitu zahanbení a zmatenosti z těchto příznaků nebo touhy je ukrýt, je blízkou přítomností traumatu ovlivněno. V DSM-5 jsou disociativní poruchy zařazeny vedle traumatických poruch a poruch se stresem, ale nejsou zařazeny mezi ně, což odráží blízký vztah těchto dvou diagnostických skupin. Jak reakce na akutní stres, tak posttraumatická stresová porucha obsahují i disociativní příznaky, jako je amnézie, flashbacky, otupělost a depersonalizace/derealizace.

*Depersonalizační/derealizační poruchu* charakterizuje klinicky významná a trvalá nebo opakovaná depersonalizace (tj. prožitky neskutečnosti nebo odtržení se od vlastní mysli, osoby nebo těla) a/nebo derealizace (tj. prožitky neskutečnosti nebo odtržení se od svého okolí). Při těchto změněných prožitcích je ale zachován kontakt s realitou. Neexistují žádné důkazy pro to, že by u některých jedinců převažovaly depersonalizační nebo derealizační příznaky. Jedinci trpící touto poruchou mohou tedy trpět depersonalizací, derealizací nebo obojím.

*Disociativní amnézie* je charakterizována neschopností vybavit si autobiografické informace. Amnézie může být lokalizovaná (tj. na událost nebo časový úsek), selektivní (tj. určitý aspekt události), nebo generalizovaná (tj. vlastní identita a minulost). Disociativní amnézie je taková neschopnost vybavit si autobiografické informace, která není vysvětlitelná běžným zapomínáním. Může a nemusí být přítomno účelné cestování nebo zmatené toulání se (tj. fuga). Ačkoliv někteří jedinci s amnézií si brzy uvědomují, že „ztratili pojem o čase“ nebo že mají mezery v paměti, většina jedinců s disociativními poruchami si zpočátku není amnézie vůbec vědoma. Uvědomění si amnézie se u nich dostaví, pouze když ztratí osobní identitu nebo když je vnější okolnosti dovedou k poznání, že jim chybí nějaká osobní informace (tj. když objeví důkazy událostí, na něž si nemohou vzpomínat, nebo když jim někdo jiný řekne nebo se zeptá na událost, na kterou si nemohou vzpomínat). Dokud k tomuto nedojde, mají tito jedinci „amnézii na svou amnézii“. Amnézie je brána jako hlavní a zásadní znak disociativní amnézie; jedinci prožívají nejčastěji lokalizovanou nebo selektivní amnézii, méně často pak generalizovanou. Disociativní fuga je u osob s disociativní amnézií vzácná, vyskytuje se ale běžně u disociativní poruchy identity.

Pro disociativní poruchu identity jsou charakteristické (a) přítomnost dvou nebo více odlišných stavů totožnosti nebo zážitků stavu posedlosti a (b) opakované epizody amnézie. Roztržení totožnosti se může lišit podle kultury (např. prezentace ve formě stavu posedlosti) a okolností. Tito jedinci tedy mohou zažívat nespojitosti vlastní identity a paměti, které ale nemusí být okolím okamžitě zjevné nebo

mohou být zahalené jejich vlastními pokusy dysfunkci skrývat. Jedinci s disociativní poruchou identity zažívají (a) opakující se nevysvětlitelné intruze do svého vědomého konání a a uvědomování si sama sebe (např. hlasy; disociace jednání a řeči; rušivé myšlenky, emoce a impulsy), (b) změny v sebepojetí (např. postoje, preference, pocit, jako by vlastní tělo nebo jednání nebylo vlastní), (c) zvláštní změny vnímání (např. depersonalizace nebo derealizace, jako třeba pocit odloučení od vlastního těla, když se pořežou) a (d) intermitentní funkční neurologické symptomy. Vlivem stresu často dojde k přechodnému zhoršení disociativních příznaků, což je dělá zjevnějšími. Zbývající kategorie ostatních specifikovaných disociativních poruch obsahuje sedm příkladů: chronické nebo rekurentní smíšené disociativní symptomy, které se blíží, ale nenaplnují diagnostická kritéria disociativní poruchy identity; disociativní stav následkem brainwashingu a jiných nátlakových donucovacích metod; dva akutní případy smíšených disociativních symptomů, trvající méně než 1 měsíc, z nichž jeden se vyznačuje také přítomností psychotických příznaků; a tři jedno-příznakové případy – disociativní trans, disociativní stupor nebo koma a Ganserův syndrom (podávání přibližných nebo vágních odpovědí).

## Disociativní porucha identity 300.14 (F44.81)

### Diagnostická kritéria

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

### Diagnostické znaky

Hlavním znakem disociativní poruchy osobnosti je přítomnost dvou nebo více rozdílných osobností nebo zážitků posedlosti (kritérium A). Zřejmost nebo skrytost těchto stavů se ovšem různí v závislosti na psychické motivaci, aktuální úrovni stresu, kultuře, vnitřních konfliktech, dynamice a na emoční přizpůsobivosti. Pokud jsou psychosociální tlaky silné a/nebo trvají dlouho, mohou se vyskytovat období s trvalým narušením identity. Projevy alternativní identity jsou zcela zřejmé v mnoha případech u disociativní poruchy identity ve formě posedlosti a v malém množství případů se jako posedlost nemanifestují.

U většiny jedinců s disociativní poruchou identity bez formy posedlosti se nesouvislost v totožnosti po dlouhou dobu nemusí zjevně manifestovat; pouze u menšiny z nich dojde k pozorovatelné změně identity, které se dostane klinické pozornosti. Pokud nelze odlišné stavy osobnosti přímo pozorovat, může být porucha identifikována na základě dvou skupin příznaků: (1) náhlé změny nebo nesouvislosti ve vnímání a uvědomování si sebe sama (kritérium A) a (2) opakující se disociativní amnézie (kritérium B).

Příznaky kritéria A jsou spojeny se zkušeností diskontinuity, jež může ovlivňovat kterýkoliv aspekt individuálního života. Jedinci s disociativní poruchou osobnosti mohou udávat pocit, že se najednou stali odosobněnými pozorovateli své „vlastní“ řeči a jednání a mohou se cítit neschopní to zastavit (vnímání sebe). Takoví jedinci mohou také udávat slyšení hlasů (např. dětský hlas, pláč, hlas duchovní bytosti). V některých případech jsou hlasy zakoušeny jako vícečetné, nepochopitelné, nezávislé myšlenkové proudy, nad kterými nemá jedinec žádnou kontrolu. Mohou se náhle vyskytnout silné emoce, impulsy, a dokonce i mluvení nebo jiné jednání bez pocitu kontroly nebo pocitu, že jsou jedinci vlastní (uvědomování si sebe sama). Tyto emoce a impulsy jsou často označovány jako ego-dys-tonní a matoucí. Postoje, vzhled a osobní preference (např. v jídle, aktivitách, oblékání) se mohou náhle měnit a vracet zase zpět. Jedinci mohou udávat, že cítí svá těla jinak (např. si připadají jako malé dítě, jako osoba opačného pohlaví nebo obrovská a svalnatá). Změny ve vnímání sebe sama a ztráta uvědomování si sebe sama mohou být doprovázeny pocitem, že postojte, emoce a chování – dokonce i vlastní tělo – „nejsou moje“ a/nebo „je neovládám“. Přestože většina příznaků kritéria A je subjektivních, může být mnoho takových nesouvislostí v řeči, afektivitě a chování pozorováno rodinou, přáteli nebo klinickými pracovníky. U některých případů disociativní poruchy identity, zejména mimo západní prostředí, jsou také nápadné neepileptické záchvaty a jiné konverzní příznaky.

Disociativní amnézie jedinců s disociativní poruchou identity se manifestuje třemi hlavními způsoby: (1) jako mezery ve vzpomínkách na dávnější životní události (např. období dětství nebo dospívání; některé důležité životní události, jako úmrtí prarodiče, svatba, porod); (2) jako výpadky provozní paměti (např. co se stalo dnes, dobře naučených schopností typu jak vykonávat svou práci, používat počítač, číst, řídit); a (3) jako objevení důkazu o každodenních činnostech a úkolech, o nichž si dotyční jedinci nepamatují, že by je vykonávali (např. nalezení nevysvětlitelných předmětů v nákupní tašce nebo mezi svým majetkem; nalezení nepochopitelných zápisků nebo kreseb, které nemohl udělat nikdo jiný; objev neznámého zranění; „přistihnutí se“ uprostřed nějaké činnosti). Disociativní fugy, při kterých člověk zjistí, že jde o disociativní cestování, jsou časté. Tito jedinci s disociativní poruchou identity tedy mohou udávat, že se najednou ocitli na pláži, v práci, v nočním klubu nebo někde doma (např. na záchodě, v posteli nebo na pohovce, v koutě), bez jakékoliv vzpomínky na to, jak se tam dostali. Amnézie není u jedinců s disociativní poruchou identity vázána na stresující nebo traumatické události; tito jedinci si rovněž často nedokáží vzpomenout na každodenní události.

Jedinci s disociativní poruchou identity se liší co do uvědomování si svých amnézií a postoji k nim. Je pro ně běžné, že minimalizují své amnestické příznaky. Něco z jejich amnestického chování může být nápadné ostatním – jako když si nemohou vzpomenout na něco, u čeho byli viděni, že dělají nebo říkají, když si nevybaví své vlastní jméno nebo když nepoznávají svého partnera, děti nebo blízké přátele.

Disociativní poruchy identity ve formě posedlosti se typicky manifestují jako chování, které budí dojem, jako kdyby daného jedince ovládal nějaký „duch“, nadpřirozená bytost nebo cizí osoba, takže se dotyčný začne chovat nebo mluvit zřetelně neobvyklým způsobem. Chování některých jedinců například může vypadat, jako by jejich identitu nahradil „duch“ holčičky, která ve stejné komunitě před lety