

spáchala sebevraždu, jednající a mluvící, jako kdyby byla stále naživu. Nebo může kontrolu „převzít“ démon nebo božstvo, což vede k hlubokému narušení, a může pak například požadovat, aby dotyčný nebo jeho příbuzní byli potrestáni za nějaký minulý skutek, což je poté následováno mírnějšími změnami identity.

Většina stavů posedlosti je nicméně ve světě normální a obvyklou součástí duchovních praktik a nesplňuje kritéria pro disociativní poruchu identity. Identity, které vznikají při disociativní poruše identity ve formě posedlosti, se objevují opakovaně, jsou nechťené a nedobrovolné, způsobují závažnou klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení (kritérium C) a nejsou normální součástí běžně přijímané kulturní nebo náboženské praxe (kritérium D).

### Přidružené znaky podporující diagnózu

U jedinců s disociativní poruchou identity jsou typicky přítomny komorbidní deprese, úzkost, abúzus látek, sebepoškození, neepileptické záchvaty nebo jiné příznaky. Často si nejsou plně vědomi narušení vědomí, amnézie nebo jiných disociativních příznaků, případně je skrývají. Mnozí jedinci s disociativní poruchou identity udávají disociativní flashbaky, během kterých smyslově znovuprožívají předchozí události, jako by se děly v přítomnosti, což je často doprovázeno změnou identity, částečnou nebo úplnou ztrátou kontaktu s realitou nebo dezorientací během flashbacku a následnou amnézií na jeho obsah. Jedinci s touto poruchou typicky udávají různé typy týrání v průběhu dětství a dospělosti. Jiní jedinci nepopisují týrání, ale přítomnost zdrcujících událostí v mladém věku, jako mohou být opakované nebo dlouhotrvající lékařské procedury. Sebeškození a sebevražedné jednání je časté. Ve standardizovaných škálách vykazují tito jedinci vyšší míru hypnability a schopnosti disociace v porovnání s jinými skupinami a se zdravými kontrolními skupinami. Někteří jedinci zažívají přechodné psychotické fenomény a epizody. Do patofyziologie disociativní poruchy identity je zapojeno několik mozkových oblastí – orbitofrontální kortex, hipokampus, parahipokampální gyrus a amygdala.

### Prevalence

Dvanáctiměsíční prevalence disociativní poruchy identity mezi dospělými v malé komunitě v USA byla 1,5 %. Prevalence mezi pohlavími v této studii byla 1,6 % u mužů a 1,4 % u žen.

### Vývoj a průběh

Disociativní porucha identity je asociována se zdrcujícími zážitky, traumatickými událostmi a/nebo zneužíváním v dětství. Porucha se poprvé může manifestovat v téměř kterémkoliv věku (od nejranějšího dětství do pozdního věku). Disociace u dětí může způsobovat problémy s pamětí, koncentrací, přichylností (attachment) a s traumatickou hrou (traumatic play). U dětí nicméně obvykle nejsou přítomny změny identity; namísto nich nalézáme v první řadě překrývání a vzájemné rušení duševních stavů (kritérium A) s příznaky spojenými s diskontinuitou zážitků. Náhlé změny identity během dospívání se mohou jevit jako pouhý zmatek dospívajícího nebo jako časné stadium jiné duševní poruchy. Starší jedinci mohou přicházet k léčbě s příznaky působícími jako porucha nálady v pozdním věku, obsedantně-kompulzivní porucha, paranoia, porucha nálady s psychotickými příznaky, případně jako kognitivní porucha způsobená disociativní amnézií. V některých případech se s vzrůstajícím věkem mohou rušivé afekty a vzpomínky dostávat více a více do vědomí.

Psychická dekompenzace a zřejmé změny identity mohou být spouštěny (1) odchodem z traumatizující situace (např. opuštěním domova); (2) tím, že děti daného jedince dosáhnou stejného věku, ve kterém sám daný jedinec byl původně zneužíván nebo traumatizován; (3) pozdějšími traumatickými zážitky, dokonce i zdánlivě

nenápadnými, jako je např. menší dopravní nehoda; nebo 4) smrtí nebo závažným onemocněním těch, kdo je zneužívali.

### Rizikové a prognostické faktory

**Environmentální.** Fyzické a sexuální zneužívání je spojeno se zvýšeným rizikem disociativní poruchy identity. Prevalence dětského zneužívání nebo zanedbávání je u lidí s touto poruchou v USA, Kanadě a Evropě okolo 90 %. Ostatní formy traumatických zážitků, včetně klinických procedur a chirurgických zákroků, války, dětské prostituce a terorismu jsou též známy.

**Modifikátory průběhu.** Pokračující zneužívání, opětovná traumatizace v pozdějším věku, komorbidní duševní onemocnění či opožděná léčba jsou spojeny s horší prognózou.

### Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Mnohé znaky disociativní poruchy identity mohou být ovlivněny jedincovým kulturním prostředím. V kulturním prostředí, kde jsou takové projevy běžné, mohou u jedinců s disociativní poruchou identity být v popředí klinicky nevysvětlitelné neurologické příznaky jako neepileptické záchvaty, obrny, ztráta citlivosti. Rovněž v prostředí, které běžně přijímá možnost posedlosti (např. ve venkovských oblastech rozvojového světa nebo mezi určitými náboženskými skupinami v USA a v Evropě) se roztržštěné identity projevují ve formě posedlosti duchy, božstvy, demony, zvířaty nebo mytickými postavami. Převzetí jiné kultury nebo kontakt mezi kulturami může utvářet charakteristiky alternativních identit (např. v Indii budou hovořit anglicky a nosit západní oblečení). Disociativní porucha identity ve formě posedlosti může být od kulturně přijímaných stavů posedlosti rozeznána podle toho, že je nedobrovolná, působí obtíže, je nekontrolovatelná a často se opakující nebo trvalá; zahrnuje konflikty mezi jedincem a jeho okolím, rodinou, sociálním a pracovním prostředím; manifestuje se ve chvílích a na místech, jež porušují normy dané kultury nebo náboženství.

### Diagnostické faktory vázané na pohlaví

Ženy s disociativní poruchou identity převažují v klinické praxi mezi dospělými, ale ne mezi dětmi. Dospělí muži s disociativní poruchou identity často odmítají své příznaky a anamnézu traumatu, což může vést ke zvýšené míře falešně negativních diagnóz. Ženy s disociativní poruchou identity přicházejí častěji s akutními disociativními stavy (např. flashbaky, amnézie, fuga, funkční neurologické [konverzní] příznaky, halucinace, sebeškození). Muži obvykle vykazují větší míru kriminality nebo násilného jednání než ženy; mezi muži jsou běžnější spouštěči disociativních stavů boj, vězeňské podmínky a fyzické nebo sexuální útoky.

### Riziko sebevraždy

Přes 70 % ambulantních pacientů s disociativní poruchou identity se někdy pokusilo o sebevraždu; opakované pokusy jsou běžné a jiné sebeškozující jednání je také obvyklé. Zhodnocení rizika sebevraždy může být komplikováno přítomností amnézie na minulé sebevražedné jednání nebo faktem, že se vyšetřovaná identita necítí sebevražedně, ale neví o tom, že druhá identita ano.

### Funkční důsledky disociativní poruchy identity

Míra narušení se může projevovat různě, od zjevně minimální (např. u dobře fungujících profesionálů) až po závažnou. Nezávisle na velikosti postižení ale jedinci s disociativní poruchou identity obvykle minimalizují dopad disociativních a posttraumatických příznaků. U dobře zapojených jedinců mohou příznaky způ-



sobovat funkční narušení v příbuzenské, manželské, rodinné oblasti více než v jejich pracovním a profesním životě (ačkoliv posledně jmenovaný většinou bývá ovlivněn). S patřičnou léčbou dosahuje mnoho postižených jedinců významného zlepšení v pracovní a osobní oblasti. U některých však zůstává významné narušení ve většině životních aktivit. Tito jedinci mohou na léčbu odpovídat velice pomalým, pozvolným ústupem disociativních a posttraumatických příznaků nebo jejich zlepšenou tolerancí. Dlouhodobá podpurná léčba postupně zvyšuje schopnost těchto jedinců zvládat své příznaky a snižuje nutnost zvyšování restriktivní péče.

### Diferenciální diagnóza

**Ostatní specifikované disociativní poruchy.** Hlavním znakem disociativní poruchy identity je rozdělení identity s opakujícím se narušením vědomého fungování a vnímání sebe sama. Tento ústřední znak je společný s jednou z forem jiné specifikované disociativní poruchy, která se od disociativní poruchy identity liší přítomností chronických nebo rekurentních smíšených disociativních příznaků nesplňujících kritérium A pro disociativní poruchu identity nebo není doprovázena rekurentní amnézií.

**Velká depresivní porucha.** Jedinci s disociativní poruchou identity často trpí depresí a tyto příznaky často naplňují kritéria velké depresivní epizody. Z přesného posouzení ale vyplývá, že v některých případech tato deprese nenaplnuje kritéria pro velkou depresivní poruchu. Ostatní specifikované depresivní poruchy u osob s disociativní poruchou identity vykazují často důležitý rys: depresivní nálada a kognice *kolísají*, protože jsou často zažívány pouze v určitých stavech identity, ale v ostatních ne.

**Bipolární poruchy.** Jedincům s disociativní poruchou identity je často nesprávně diagnostikována bipolární porucha, nejčastěji bipolární porucha II. Relativně rychlé změny nálady u osob s touto poruchou – typicky v rámci minut či hodin oproti pomalejším změnám nálady, jež jsou typické pro jedince s bipolární poruchou – jsou způsobovány rychlými, subjektivními posuny nálady běžně udávanými u disociativních stavů, někdy také doprovázenými kolísáním celkové úrovně aktivity. U disociativních poruch identity se navíc může povznesená nebo depresivní nálada prezentovat ve spojení se zřejmými identitami, takže jedna či druhá nálada může převládat po relativně dlouhou dobu (často po dny), nebo se může měnit během minut.

**Posttraumatická stresová porucha.** Někteří traumatizovaní jedinci mají jak posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), tak disociativní poruchu identity. Proto je důležité rozlišovat mezi jedinci pouze s PTSD a jedinci se současným výskytem PTSD a disociativní poruchy identity. Tato diferenciální diagnóza od klinického pracovníka vyžaduje vyhodnocení přítomnosti či chybění disociativních příznaků, které nejsou charakteristické pro stresové poruchy nebo PTSD. Někteří jedinci s PTSD vykazují disociativní příznaky, které se také objevují u disociativní poruchy identity: (1) amnézie na určité aspekty traumatu, (2) disociativní flashbacky (tj. znovuprožívání traumatu se sníženým uvědomováním své současné orientovanosti) a (3) příznaky intruzí a výpadků, negativní změny kognice a nálady a agitovanost, které jsou zaměřené na traumatickou událost. Na druhou stranu jedinci s disociativní poruchou identity vykazují příznaky, které nejsou projevem PTSD: (1) amnézie na mnohé každodenní (tj. netraumatické) události, (2) disociativní flashbacky, které mohou být následovány amnézií na obsah flashbacku, (3) rušivé intruze (nesouvisející s traumatickým materiálem) disociovaných stavů identity na jedincovo vnímání a uvědomování si sebe sama a (4) méně často kompletní přechody mezi různými stavy identit.

**Psychotické poruchy.** Disociativní porucha identity může být zaměněna se schizofrenií nebo jinými psychotickými poruchami. Personifikované, vnitřní komunikativní hlasy u disociativní poruchy identity, zvláště dětské (např. „slyším pláč malé holčičky na záchodě a rozzlobeného muže, jak na ni křičí“), mohou být zaměněny za psychotické halucinace. Disociativní zážitky roztržité identity nebo posedlosti a vnímané ztráty kontroly nad vlastním myšlením, pocity, impulzy a jednáním mohou být chybně vyhodnoceny jako známky formálních poruch myšlení, jako je vkládání myšlenek nebo jejich odnímání. Jedinci s disociativní poruchou identity mohou udávat i vizuální, hmatové, čichové, chuťové a somatické halucinace, které obvykle souvisí s posttraumatickými a disociativními faktory, jako jsou nekompletní flashbaky. Jedinci s disociativní poruchou identity zažívají tyto příznaky tak, jako by je způsobovaly alternativní identity, nemají pro tyto fenomény bludné vysvětlení a často je popisují personifikovaným způsobem (např. „mám pocit, jako by někdo chtěl plakat máma očima“). Perzekuční a pohrdlivé vnitřní hlasy u disociativní poruchy identity související s depresivními příznaky mohou být chybně diagnostikovány jako depresivní porucha s psychotickými znaky. Chaotické změny identity a akutní intruze narušující proces myšlení mohou být od akutní psychotické poruchy odlišeny díky převaze disociativních příznaků a díky amnézii na danou epizodu, navíc může pomoci potvrdit diagnózu diagnostické zhodnocení po skončení krize.

**Poruchy vyvolané užíváním látek/léků.** Příznaky spojené s fyziologickými efekty látek mohou být odlišeny od disociativní poruchy identity, pokud je dané látce připisována etiologická souvislost s příslušnými příznaky.

**Poruchy osobnosti.** U jedinců s disociativní poruchou identity jsou často přítomny identity, jimž jsou zřejmě vlastní rozličné znaky těžkých poruch osobnosti, což navádí k diferenciální diagnóze poruch osobnosti, obzvláště hraničního typu. Důležité nicméně je, že dlouhodobá individuální variabilita osobnostních stylů (způsobená nekonzistencí identit) se liší od pervazivních a perzistentních dysfunkcí v ovládnání afektivity a mezilidských vztahů typických u jedinců s poruchami osobnosti.

**Konverzní porucha (porucha s funkčními neurologickými příznaky).** Tato porucha může být odlišena od disociativní poruchy identity absencí narušení identity charakterizované dvěma nebo více rozdílnými stavy osobnosti nebo zážitkem posedlosti. Disociativní amnézie u konverzní poruchy je více omezená a ohraničená (např. amnézie na neepileptický záchvat).

**Záchvatovité poruchy.** U jedinců s disociativní poruchou identity se mohou vyskytovat záchvatovité příznaky a chování, které připomíná komplexní parciální epileptické záchvaty s ohnisky v temporálním laloku. To zahrnuje pocity dějà vu, jamais vu, depersonalizace, derealizace, mimotělesné prožitky, amnézie, narušení vědomí, halucinace a jiné neodbytné fenomény týkající se vnímání, afektivity a myšlení. Normální elektroencefalografický nález včetně telemetrie odliší neepileptický záchvat od záchvatovitých příznaků disociativní poruchy identity. Jedinci s disociativní poruchou identity dosahují významně vyšší skóre disociativity, zatímco jedinci s komplexními parciálními záchvaty nikoliv.

**Faktivní porucha a simulace.** Jedinci předstírající disociativní poruchu identity neudávají některé mírnější rušivé symptomy, které jsou pro poruchu charakteristické; namísto toho zveličují obecně známé příznaky poruchy jako disociativní amnézii za současného opomíjení příznaků, o nichž je obecné povědomí menší,



jako je např. deprese. Jedinci předstírající disociativní poruchu identity bývají jejím průběhem relativně nerušení, nebo se dokonce zdá, že si „svou“ poruchu užívají. Jedinci s pravou disociativní poruchou identity naopak bývají zahanbeni a zdrčeni svými příznaky a mají tendenci o nich méně mluvit nebo popírat jejich přítomnost. Souvislé sledování, anamnéza a intenzivní psychometrické a psychologické vyšetření mohou pomoci stanovit diagnózu. Jedinci, kteří simulují disociativní poruchu identity, většinou vytvářejí omezené, stereotypně změněné identity s předstíranou amnézií týkající se těch událostí, na které je zaměřen jejich potenciální zisk. Například mohou přicházet se „zcela hodnou“ identitou a „zcela zlou“ identitou v naději, že dosáhnou exkulpace ze zločinu.

### Komorbidity

U mnoha jedinců s disociativní poruchou identity je přítomna komorbidní porucha. Pokud není disociativní porucha určena a specificky léčena, jsou tito jedinci často dlouhodobě léčeni pouze s komorbidní diagnózou a celková odezva na léčbu je omezená, z čehož potom pramení demoralizace a invalidita.

Jedinci s disociativní poruchou identity obvykle vykazují velké množství komorbidních poruch. Přítomna bývá zejména PTSD. Ostatní poruchy, jež jsou ve velké míře s disociativní poruchou identity komorbidní, zahrnují depresivní poruchy, poruchy způsobené traumatem a stresem, poruchy osobnosti (zejména vyhýbavá a hraniční porucha osobnosti), konverzní porucha (porucha s funkčními neurologickými příznaky), porucha se somatickými příznaky, poruchy příjmu potravy, poruchy vyvolané užíváním látek, obsedantně-kompulzivní porucha a poruchy spánku. Disociativní změny identity, paměti a vědomí mohou ovlivňovat prezentaci symptomů komorbidních poruch.

## Disociativní amnézie 300.12 (F44.0)

### Diagnostická kritéria

- Neschopnost vybavit si důležité autobiografické informace obvykle traumatického nebo stresového původu, kterou nelze vysvětlit běžnou zapomnětlivostí.  
**Poznámka:** Disociativní amnézie nejčastěji sestává z lokalizované nebo selektivní amnézie na specifickou událost nebo události; nebo z generalizované amnézie na identitu a životní události.
- Příznaky způsobují klinicky závažnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.
- Příznaky nelze přičíst fyziologickému účinku látek (např. abúzu alkoholu, jiných látek/léků), neurologickým nebo jiným somatickým onemocněním (např. parciální komplexní záchvaty, přechodná globální amnézie, následky uzavřeného poranění hlavy, traumatické poranění mozku, jiné neurologické faktory).
- Příznaky nelze lépe vysvětlit disociativní poruchou identity, posttraumatickou stresovou poruchou, akutní stresovou poruchou, poruchou se somatickými příznaky, závažnou nebo mírnou neurokognitivní poruchou.

**Kódovací poznámka:** Kód disociativní amnézie bez disociativní fugy je **300.12 (F44.0)**. Kód disociativní amnézie s disociativní fugou je **300.13 (F44.1)**.

### Specifikujte:

**300.13 (F44.1) S disociativní fugou.** Je přítomno zjevně záměrné cestování nebo zmatené toulání, které je spojeno s amnézií na identitu nebo na jinou důležitou autobiografickou informaci.

### Diagnostické znaky

Určující charakteristikou disociativní amnézie je neschopnost vybavit důležité autobiografické informace, které (1) by měly být úspěšně uloženy v paměti a (2) za normálních okolností by byly snadno vybavitelné (kritérium A). Disociativní amnézie se liší od trvalých amnézií způsobených neurobiologickým poškozením nebo toxicitou, které brání ukládání informací do paměti nebo jejich vybavování, tím, že je vždy potenciálně reverzibilní, protože vzpomínka byla úspěšně uložena.

*Lokalizovaná amnézie*, neschopnost vybavit si události z určitého ohraničeného časového úseku, je nejčastější formou disociativní amnézie. Lokalizované amnézie bývají rozsáhlejší než amnézie na jedinou traumatickou událost (např. měsíce nebo roky spojené se zneužíváním v dětství nebo intenzivními boji ve válce).

*U selektivní amnézie* si jedinec dokáže vybavit některé, ale ne všechny události z ohraničeného časového úseku. Může si tedy pamatovat některé části traumatické události, některé si ale nepamatuje. Někteří jedinci udávají jak lokalizovanou, tak selektivní amnézii.

*Generalizovaná amnézie*, kompletní ztráta vzpomínek na události vlastního života je vzácná. Jedinci s generalizovanou amnézií mohou zapomenout i svou osobní identitu. Někteří ztrácejí předchozí znalosti o světě (tj. sémantické vědomosti) a nedokáží vykonávat ani dobře naučené dovednosti (tj. procedurální vědomosti). Generalizovaná amnézie má akutní nástup; zmatenost, dezorientace a bezúčelné toulání jedinců s generalizovanou amnézií na ně většinou upoutá pozornost policie nebo psychiatrické pohotovosti. Generalizovaná amnézie bývá častější mezi válečnými veterány, oběti sexuálního útoku a jedinci, kteří prožili extrémní emoční vypětí nebo konflikt. Jedinci s disociativní amnézií si často nejsou vědomi (nebo jsou si vědomi pouze částečně) svých potíží s pamětí. Zejména mezi jedinci s lokalizovanou amnézií se najdou mnozí, kteří přikládají své ztrátě paměti minimální význam, a bývá jim nepřijemné, mají-li si něco z této paměti vybavit.

Při *systematizované amnézii* ztrácí jedinec vzpomínky na informace z určité oblasti (např. všechny vzpomínky týkající se vlastní rodiny, určitého člověka, sexuálního zneužívání v dětství).

Při *kontinuální amnézii* zapomíná jedinec každou novou událost, jakmile se stane.

### Přidružené znaky podporující diagnózu

U mnohých jedinců s disociativní amnézií bývá chronicky poškozena schopnost vytvářet a udržovat uspokojivé vztahy. Anamnéza traumatu, zneužívání v dětství a viktimizace je častá. Někteří jedinci s disociativní amnézií udávají disociativní flashbacky (tj. behaviorální znovuprožívání traumatických událostí). Mnozí mají též anamnézu sebepoškozování, sebevražedných pokusů a jiného vysoce rizikového chování. Časté jsou depresivní a funkční neurologické příznaky, stejně jako depersonalizace, autohypnotické příznaky a vysoká hypnabilita. Časté jsou i sexuální dysfunkce. Disociativní amnézií může předcházet mírné traumatické poškození mozku.

### Prevalence

Dvanáctiměsíční prevalence disociativní amnézie mezi dospělými v rámci studie malé komunity v USA byla 1,8 % (1,0 % u mužů; 2,6 % u žen).



## Vývoj a průběh

Nástup generalizované amnézie je obvykle náhlý. Méně je známo o nástupu amnézie lokalizované nebo selektivní, jelikož tyto jsou zřídka patrné, a to i samotnému jedinci. Ačkoliv lokalizované amnézii typicky předcházejí zdrcující nebo nesnesitelné události, může být její nástup opožděn o hodiny, dny i o delší časová období. Jedinci mohou udávat vícenásobné epizody disociativní amnézie. Jediná epizoda může predisponovat k dalším. Mezi amnestickými epizodami jedinec může a nemusí vykazovat akutní příznaky. Trvání zapomenutých událostí může být v rozsahu od minut po desetiletí. U některých epizod disociativní amnézie dochází k zlepšení záhy (např. po opuštění boje nebo jiné stresující situace), zatímco u jiných mohou epizody přetrvávat dlouhou dobu. Někteří jedinci si mohou postupně vybavovat disociované vzpomínky v průběhu let. Disociativní kapacity mohou, ale nemusí klesat s věkem. V době remisí amnézie může být přítomna významná nepohoda, sebevražedné jednání i příznaky posttraumatické stresové poruchy (PTSD).

Disociativní amnézie byla pozorována u malých dětí, dospívajících a dospělých. Její zhodnocení u dětí bývá nanejvýš obtížné, protože je pro ně složité porozumět otázkám týkajícím se amnézie a pro tazající může být těžké formulovat takové otázky týkající se paměti a amnézie, které by byly dětem srozumitelné. Pozorování domnělé amnézie je často obtížné odlišit od nepozornosti, zaujetí, úzkosti, opozičního chování a poruch učení. K diagnostikování disociativní amnézie u dětí bývá zapotřebí informací z několika různých zdrojů (např. učitel, terapeut, sociální pracovník).

## Rizikové a prognostické faktory

**Environmentální.** Jednorázové či opakované traumatické zážitky (např. válka, zneužívání v dětství, přírodní katastrofa, internace v koncentračních táborech, genocida) obvykle předcházejí nástupu poruchy. Pravděpodobnost disociativní amnézie vzrůstá s (1) větším počtem nepříznivých událostí v dětství, zejména fyzického a/nebo sexuálního zneužívání, (2) se zkušenostmi interpersonálního násilí (3) se zvýšenou závažností, frekvencí a násilností traumatu.

**Genetické a fyziologické.** Nejsou k dispozici žádné genetické studie týkající se disociativní amnézie. Studie ohledně disociací udávají významný podíl genetických a environmentálních faktorů jak u klinických, tak i mimoklinických vzorků populace.

**Modifikátory průběhu.** Odstranění traumatických okolností, na jejichž podkladě vznikla disociativní amnézie (např. boje) může navodit rychlý návrat paměti. Ztráta paměti u osob s disociativní fugou může být dobře refrakterní. Nástup příznaků PTSD může zmírnit lokalizovanou, selektivní nebo systematizovanou amnézii. Návrat vzpomínek ale může být prožíván na způsob flashbacků, proměňujících se v závislosti na amnézii jejich obsahu.

## Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

V Asii, na Středním Východě a v Latinské Americe někdy disociativní amnézii doprovází neepileptické záchvaty a jiné funkční neurologické příznaky. V kulturách s vysoce restriktivními sociálními tradicemi často nemusí v rozvoji disociativní amnézie hrát roli otevřená trauma. Místo toho může předcházet závažný psychický stres nebo konflikt (např. manželská krize, jiné rodinné problémy, potíže s vazbou [attachment], konflikty způsobené restrikcí nebo útlakem).

## Riziko sebevraždy

Sebevražda a jiné sebedestruktivní jednání jsou u osob s disociativní amnézií běžné. Sebevražedné jednání může být obzvláště významným rizikem, pokud dojde k náhlému ústupu amnézie a jedinec je zdrcen nesnesitelnými vzpomínkami.

## Funkční důsledky disociativní amnézie

Narušení u jedinců s lokalizovanou, selektivní nebo systematizovanou disociativní amnézií může být různé, od omezeného až k těžkému. U jedinců s chronickou generalizovanou disociativní amnézií obvykle dochází k funkčnímu narušení ve všech oblastech života. I když se tyto jedinci „znovu naučí“ svou životní historii, autobiografická paměť zůstává závažně narušená. Většina jich zůstává funkčně postižená v pracovní i mezilidské oblasti.

## Diferenciální diagnóza.

**Disociativní porucha identity.** Jedinci s disociativní amnézií mohou udávat depersonalizaci a jiné autohypnotické příznaky. Jedinci s disociativní poruchou identity udávají pervazivní diskontinuitu ve vnímání a uvědomování si sebe sama, doprovázenou mnoha dalšími disociativními příznaky. Amnézie u jedinců s lokalizovanou, selektivní a/nebo systematizovanou disociativní amnézií jsou relativně stabilní. Amnézie u disociativních poruch identity zahrnují amnézie na každodenní události, nacházení neznámých předmětů ve svém vlastnictví, náhlé výkyvy schopností a vědomostí, výrazné mezery ve vzpomínkách na svou životní historii a drobné amnestické mezery v mezilidských interakcích.

**Posttraumatická stresová porucha.** Někteří jedinci s PTSD si nemohou vybavit část nebo celou určitou traumatickou událost (např. oběť znásilnění s příznaky depersonalizace a/nebo derealizace, která si nemůže vybavit většinu událostí z celého dne, kdy byla znásilněna). Pokud amnézie překročí bezprostřední rámec traumatu, potvrzuje to komorbidní diagnózu disociativní amnézie.

**Neurokognitivní poruchy.** U neurokognitivních poruch je ztráta paměti na osobní informace obvykle součástí poruch kognice, afektivity, pozornosti, vyjadřování a chování. U disociativní amnézie se porucha paměti týká primárně autobiografických informací; intelekt a kognitivní schopnosti jsou zachovány.

**Poruchy spojené s užíváním látek.** V kontextu opakovaných intoxikací alkoholem nebo jinou látkou/lékem mohou být přítomny epizody „výpadků“, z nichž si jedinec nic nepamatuje. V odlišení těchto epizod od disociativní amnézie pomáhá dlouhodobá anamnéza, ze které je patrné, že se amnestické epizody objevují pouze v souvislosti s intoxikací a neobjevují se v jiných situacích; potom může být porucha identifikována jako vyvolaná užíváním látky. Odlišení může být ale náročné v případě, kdy jedinec s disociativní amnézií současně zneužívá alkohol nebo jinou látku v souvislosti se stresujícími situacemi, které zároveň zhoršují disociativní příznaky. Někteří jedinci s komorbidní disociativní amnézií a poruchou užívání látek připisují své problémy výhradně užívání těchto látek. Dlouhodobé užívání alkoholu nebo jiných látek může vést k těmito látkami vyvolané neurokognitivní poruše, která může být spojena s narušením kognitivních funkcí. V tomto případě ale dlouhodobá anamnéza užívání látek a trvalého narušení spojeného s neurokognitivní poruchou poslouží k odlišení od disociativní amnézie, u které typicky není přítomno žádné přetrvávající funkční narušení intelektu.

**Posttraumatická amnézie způsobená poškozením mozku.** Amnézie se může vyskytnout v souvislosti s traumatickým poškozením mozku (TPM) pokud byl