

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

DISERTAČNÍ PRÁCE

**DISOCIATIVNÍ SYMPTOMY U VYBRANÝCH TYPŮ
PSYCHICKÝCH ONEMOCNĚNÍ**

MUDr. PhDr. PETR PASTUCHA

OLOMOUC, LEDEN 2010

Copyright © 2010, Petr Pastucha

Veškerá práva vyhrazena. Žádná část dokumentu nesmí být kopírována, uchovávána v řešeršním systému nebo přenášena jakýmkoliv způsobem, včetně elektronického, mechanického, fotografického či jiného záznamu a uveřejněna bez předchozí dohody a písemného svolení vlastníka autorských práv.

Prohlašuji, že jsem pod vedením Doc. MUDr. Jána Pavlova Praška, CSc. vypracoval tuto disertační práci samostatně a uvedl veškeré literární i elektronické zdroje, které jsem při jejím koncipování využil.

V Olomouci 30.1.2010

Děkuji doc. MUDr. Jánu Praškovi, CSc. za vedení práce
a MUDr. Andrei Cinculové za podporu v jejím dokončení.

SEZNAM ZKRATEK

A - DES – The Adolescent Dissociative Experience Scale, Škála disociativních zkušeností v adolescenci

BAI - Beck Anxiety Inventory, Beckův dotazník úzkosti

BDI - Beck Depression Inventory, Beckův dotazník deprese

CRH - Corticotropin releasing hormone, kortikoliberin

DDIS - Dissociative Disorders Interview Schedule, Interview disociativních poruch

DES - Dissociative Experience Scale, Škála disociativních zkušeností

DES - T - Dissociative Experience Scale- Taxon, subškála dotazníku DES měřící patologickou disociací

DID - Disociativní porucha identity

DSM - IV- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostický a statistický manuál duševních onemocnění, 4. revize

MID - Multidimensional Inventory of Dissociation, Multidimensionální dotazník disociace

MKN - 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. vydání

MMPI - Minnesota multiphasic personality inventory, Minnesotský mnohofázový osobnostní dotazník

OCD - Obsessive - compulsive disorder, Obsedantně kompulzivní porucha

PET- Pozitronová emisní tomografie

NPY - Neuropeptid Y

PTSD - Posttraumatic Stress Disorder, Postraumatická stresová porucha

SCID-D-R - Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders- Revised, Strukturované klinické interview

SDQ - 20 – Somatoform Dissociation Questionnaire, Dotazník somatoformní disociace

Y-BOCS - Yale- Brown Obsessive-Compulsive Scale, Yale- Brown škála obsesí a kompulzí

Obsah

1. ÚVOD	8
2. DISOCIACE.....	9
2.1 Historické pojetí disociace	9
2.2 Současné pojetí disociace	12
2.3 Diagnostika disociativních poruch	29
2.4 Disociace v běžné populaci.....	33
2.5 Prevalence disociace u psychiatrických pacientů.....	35
2.6 Disociace a sociodemografické faktory	39
2.7 Terapie disociativních poruch	41
3. CÍL PRÁCE	46
4. METODIKA.....	47
4.1 Charakteristiky souboru a design studie	47
4.2 Použité metody.....	53
4.3 Etické aspekty výzkumu	56
4.4 Hypotézy	56
4.5 Statistické metody.....	57
5. VÝSLEDKY	59
5.1 Popisná statistika celého souboru.....	59
5.2 Rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými skupinami mezi sebou a kontrolami v demografických datech	60
5.3 Rozdíly podle pohlaví.....	61
5.4 Rozdíly podle vzdělání.....	62
5.5 Rozdíly podle věku.....	66
5.6 Rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými skupinami mezi sebou a kontrolami ve skórech disociace.....	68
5.7 Zúžený výběr z kontrolního souboru stratifikovaný podle věku.....	69
5.8. Rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými skupinami mezi sebou a kontrolami v úzkostných skórech.....	71

5.9 Rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými skupinami mezi sebou a kontrolami v depresivních skórech	73
5.10 Vztah mezi skóry disociace a úzkosti, disociace a deprese v celém souboru pacientů....	75
5.11 Analýza výsledků uvnitř jednotlivých hodnocených diagnostických skupin	77
5.12 Zastoupení vysoce disociujících podle skóre DES v jednotlivých diagnostických okruzích	86
5.13 Zastoupení podle skóre patologické disociace v jednotlivých skupinách	87
6. DISKUSE.....	91
6.1 Disociace v naší populaci.....	91
6.2 Disociace a sociodemografické faktory	92
6.3 Vztah mezi disociací a ostatními sledovanými příznaky	92
6.4 Vzájemné srovnání jednotlivých diagnostických skupin	94
6.5 Patologická disociace	95
6.6 Limity studie, další výzkum	96
7. ZÁVĚR	97
8. LITERATURA.....	99
9. KLÍČOVÁ SLOVA	113
PŘÍLOHY	114

1. Úvod

Fenomén disociace bývá popisován jako vzájemné oddělení různých mentálních procesů a zahrnuje široké spektrum projevů od běžných, každodenních zážitků (např. denní snění), až po projevy závažné psychopatologie jako je příklad mnohočetné poruchy osobnosti. Disociace jako taková však není jevem specifickým pouze pro člověka – řadu disociativních projevů můžeme pozorovat i u zvířat. Popisy disociace jako vlastní patologické jednotky lze vysledovat již v pracích kliniků ze 17. století. Pozornost věnovaná tomuto jevu pak narůstá ve století devatenáctém, kdy se objevují dvě odlišná pojetí věnovaná tomuto jevu.

Zatímco psycholog Pierre Janet považoval disociaci za jev „abnormální“, objevující se u lidí psychicky odlišných od ostatních, jiní jeho současníci (např. William James) nahlíželi na disociaci jako na příznak, který je součástí běžných lidských prožitků a nachází se na pomyslném kontinuu. Koncepce disociace jako kontinua přetrvává až do devadesátých let 20. století, kdy se rozvíjí poznatky potvrzující disociaci jako dimensionální jev a objevují se pokusy rozlišovat disociaci jako jev „nepatologický“ a „patologický“ (Putnam, 1997, str. 66; Waller et. al., 1996).

Po přelomu tisíciletí se objevují zcela nové teorie vysvětlující fenomén disociace. Je to např. fronto- limbický diskonekční model, nové přístupy k disociaci z pohledu kognitivní teorie a teorie schémat či např. „typové“ pojetí disociace kompartmentalizace vs. detachmentu. Větší pozornost je v současnosti zároveň věnována disociaci u běžné populace, tedy u jedinců bez psychiatrické anamnesy či známek symptomů duševní nemoci.

Cílem této disertační práce je shrnutí moderních poznatků, ověření prevalence disociace u zdravé populace a u vybraných typů psychických onemocnění, stanovení míry patologické disociace a posouzení korelace příznaků disociativních, úzkostných, depresivních a obsedantně kompulzivních.

2. Disociace

2.1 Historické pojetí disociace

Až do konce 19. století, kdy poprvé popsal disociační poruchy jako samostatnou nosologickou jednotku francouzský filozof a psycholog P. Janet pod pojmem „désagrégation mentale“, byly disociativní poruchy řazeny mezi projevy „hysterie“. Samotný pojem hysterie, který byl používán již ve starověkém Egyptě pochází z řeckého slova „hystera“ a byl to pojem, který označoval dělohu. Jelikož se předpokládalo, že děloha je příčinou projevů hysterie, byly tyto projevy specifické pouze pro ženy. Ve středověku byly projevy hysterie považovány za následek uhranutí, čarodějnictví či posedlosti děblem (Fink, 1996), což mnohdy vedlo až k čarodějnickým procesům s upalováním postižených.

Neuroanatom Thomas Willis (1622- 1675) odmítl považovat za původce hysterie putující dělohu a vyslovil předpoklad o původu potíží v mozku a míše. Thomas Sydenham (1624- 1689) již považoval hysterii za mentální onemocnění (Fink, 1996).

Jean- Martin Charcot (1825- 1893) viděl příčiny hysterie v narušení schopnosti vnímání a sebekontroly, věnoval pozornost emočním souvislostem i socioekonomickému pozadí svých pacientů. Charcot jako první pak upozornil na hysterii nejen u žen, ale i u mužů. Tím přispěl k definitivnímu opuštění teorie o původu hysterie v ženských pohlavních orgánech i k následnému převzetí léčby hysterie neurology, aby se zakrátko stala doménou psychiatrie (in Micale, 1990).

Charcottoův žák Pierre Janet (1849- 1947) používal zpočátku termín „desagrégation mentale“, později pak pojem disociace (in Van der Hart, Dorahy, 2006). Disociace je podle Janeta výsledkem dědičné slabosti základní mentální energie, která znemožňuje zdravému jedinci integrovat různé psychické funkce do stabilní a vědomé psychologické struktury. Pokud dojde k úbytku mentální energie potřebné k udržení integrity self, a to ať již spontánně nebo v důsledku psychologického traumatu, dojde k disociaci - tedy ztrátě kontroly nad psychologickými funkcemi. Janet nahlížel na disociaci jako na výhradně patologický jev. Ve výzkumu a

léčbě dissociativních poruch byl Janet jedním z posledních významných zastánců hypnózy v době, kdy ostatní významní francouzští neurologové (Dejerine, Babinski) pokládali hysterii „jen“ za důsledek sugescce, případně i simulace (Maaranen, 2008).

Babinski se snažil léčit příznaky hysterie zejména autoritativním přesvědčováním s využitím „protisugescí“ a jako první použil místo termínu hysterie specifičtější termín „pithiatismus“- termín pro tu oblast hysterických příznaků, které jsou ovlivnitelné přesvědčováním a sugescemi (Phillippon, Poirier, 2009, str. 306).

Nezávisle na Janetovi rozpracoval ve stejném časovém období teorii rozpojení normálního vědomí do dvou izolovaných oblastí vědomí Morton Prince. Toto rozpojení vědomí považoval Prince za patologii vysvětlující projevy dementia praecox (schizofrenie) (Harms, 1961).

Sigmund Freud (1856- 1939) se domníval, že emoční konflikt potlačený do nevědomí způsobí mechanismem tzv. konverze somatický symptom (mentální příznak je transformován do tělesného). Tak jsou ohrožující vzpomínky disociovány- potlačeny z vědomí. Podle Erdelyiho (in Merskey, 1995, str. 311) Freud nerozlišoval exaktně mezi pojmy disociace a represe - tyto pojmy nemají jasné hranice, jejich významy se mnohdy prolínají a oba patří k obranným mechanismům chránícím psychickou integritu jedince. Freud původně nahlížel na disociaci jako na jev způsobený traumatickými a potlačenými vzpomínkami ve vztahu k ranému dětství jedince, později pak zahrnul disociaci pod obranný mechanismus represe jako jev chránící před nepřijatelnými impulsy a pudy.

Rozdíly mezi teorií disociace Pierra Janeta a mechanismem represe Sigmunda Freuda se ve své práci věnují R. Ptáček a P. Bob (Ptáček, Bob, 2009). Zatímco u represe jde o reakci na jevy intrapsychické a je procesem aktivním, je disociace především reakcí na podněty vnější a představuje spíše pasivní proces (Steinberg in Ptáček, Bob, 2009). Dalším rozdílem mezi represí a disociací je podstata a komplexita materiálu, se kterým oba procesy souvisejí. V případě represe nedochází k tak komplexnímu ovlivnění psychických procesů, pocit prožívání „self“ zůstává v porovnání s procesem disociace neporušen (Kernberg in Steinberg, 1995, str. 27).

Nárůst disociativních symptomů v důsledku traumat 1. světové války obrátily pozornost psychologů (např. McDougalla, Mitchella, Myerse) ke vztahu mezi akutním traumatem, disociativní osobnostní strukturou a disociativními symptomy (Vermetten et al., 2007). Důraz na časový vztah stresové události a disociativních příznaků klade i současná mezinárodní klasifikace nemocí v obecných kriteriích disociativních poruch.

Disociativní potíže amerických vojáků po návratu z Vietnamské války vedly opět k nárůstu zájmu o tuto problematiku a další výzkum potvrdil existenci posttraumatické stresové poruchy jako samostatné nosologické jednotky s významným zastoupením disociativních příznaků. O něco později se pozornost psychologů zaměřila i na dysharmonický vývoj v dětství - psychické i fyzické zneužívání, týrání a zanedbávání (Putnam, 1997).

V 70. a 80. tých letech 20 století vytvořil Ernest Hilgard na základě experimentů s hypnózou neodisociativní teorii disociace, která stejně jako ostatní novodobé teorie věnuje pozornost disociaci jako jevu rozšířenému v běžné populaci a tedy jevu nepatologickému. Disociace podle Hilgarda (in Lynn, S. J., Rhue, J.W., str. 84) je blízká mimovolním jevům, které lze indukovat v hypnotickém stavu (např. motorické projevy, amnesie). Hilgardův model připomíná (na rozdíl od Fredova vertikálního modelu) pozdější kognitivní teorie disociace o horizontálním uspořádání mentálních struktur. Tato horizontální teorie vychází z možností paralelního fungování více mentálních procesů zároveň. Jako příklad lze uvést fenomén, kdy v průběhu hypnotického stavu se subjekt vyhne překážce a to přestože na úrovni sensorické její vjem popírá. Podle Hilgarda je klíčovou bariérou, jež brání propojení mentálních obsahů mechanismus amnesie. Vybavování zapomenutých vzpomínek v hypnotickém stavu je tak důležitým terapeutickým nástrojem (Maldonado, J.R., Spiegel, D. in Tasman et al., 2008, str. 1559).

2.2 Současné pojetí disociace

2.2.1 Disociace v klasifikačních systémech

Odhady prevalence disociativních poruch v běžné populaci se pohybují mezi 1% až 0,01%, výrazně vyšší je pak prevalence mezi psychiatrickými pacienty (Maldonado, J.R., Spiegel, D. in Tasman et al., 2008, str. 1560). Většinu diagnostikovaných poruch tvoří ženy a to až přes 90% případů (Putnam et al., 1986). Narůstající výskyt disociativních poruch bývá přičítán větší pozornosti, která se v posledních 3 desetiletích disociativním poruchám věnuje. Disociativní poruchy jsou rozšířeny v celém světě, podoba symptomů je však různá. Zatímco v rozvojových zemích se nejčastěji objevují případy disociativního transu a stavů posedlosti, v rozvinutých zemích jsou to nejčastěji disociativní křeče a poruchy motoriky.

Disociativní poruchy jako samostatná diagnostická kategorie nahradily kategorii hysterie až v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (Smolík, 1996), platné od r. 1992. V diagnostickém systému DSM byla kategorie disociativních poruch poprvé uvedena ve III. revizi z r. 1980.

Pro určení diagnózy disociativní poruchy jsou podle Mezinárodní klasifikace nemocí (Smolík, 1996) vyžadována tato obecná diagnostická kritéria:

Nesmí být přítomny žádné známky somatické poruchy, která by vysvětlovala charakteristické příznaky disociativní poruchy, mohou být ovšem přítomny somatické poruchy s jinými příznaky

Existuje přesvědčivá časová souvislost mezi začátkem poruchy a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami.

Pokud není psychologická souvislost průkazná, měla by být diagnóza poruchy pokládána za prozatímní. Je potřebné pokračovat v hledání jak somatických, tak psychologických příčin. Pokud jsou přítomny známé poruchy centrálního a periferního nervového systému, měla by se diagnóza disociativní poruchy stanovovat velmi opatrně. Příznaky jsou často poplatné pacientovým představám o tom, jak by mělo somatické onemocnění vypadat. Klinické ani laboratorní vyšetření obvykle nepotvrdí přítomnost nějaké existující somatické poruchy.

DSM-IV definuje disociaci jako „narušení obvykle integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity a percepce vnějšího prostředí“ (APA, 1994).

V současném klasifikačním systému DSM IV je uvedeno pět disociativních poruch:

1. Disociativní amnézie
2. Disociativní fuga
3. Depersonalizační porucha
4. Disociativní porucha identity
5. Disociativní porucha jinak nespécifikovaná.

V klasifikaci MKN 10 je obsaženo 9 kategorií disociativních poruch:

1. Disociativní amnézie
2. Disociativní fuga
3. Disociativní stupor
4. Trans a stavy posedlosti
5. Disociativní porucha motoriky
6. Disociativní křeče
7. Disociativní porucha citlivosti a senzorní poruchy
8. Smíšené disociativní (konverzní) poruchy
9. Jiné disociativní (konverzní) poruchy zahrnující rovněž Ganserův syndrom a mnohočetnou poruchu osobnosti.

Srovnání současných klasifikačních systémů MKN- 10 z r. 92 a DSM- IV z r. 1994 uvádí tab. 1 (podle Soukup, 2006):

MKN-10	DSM-IV
F44 disociativní poruchy	disociativní poruchy
F44.0 disociativní amnézie	300.12 disociativní amnézie
F44.1 disociativní fuga	300.13 disociativní fuga
F44.2 disociativní stupor	
F44.3 trans a stavy posedlosti	

F44.4 disociativní porucha motoriky	300.11 konverzní porucha (patří mezi somatoformní poruchy)
F44.5 disociativní křeče	
F44.6 dis. porucha citlivosti a sensorické poruchy	
F44.7 smíšené disociativní (konverzní) poruchy	
F44.8 jiné disociativní (konverzní) poruchy	
F44.80 Ganserův syndrom	
F44.81 mnohočetná porucha osobnosti	300.14 disociativní porucha identity
F44.88 jiné specifikované (konverzní) poruchy	
F44.9 dis. (konverzní) poruchy, nespecifikované	300.15 disociativní porucha, nespecifikovaná
F45 somatoformní poruchy	somatoformní poruchy
F45.0 somatizační porucha	300.81 somatizační porucha
F45.1 nediferencovaná somatizační porucha	300.70 nediferencovaná somatizační porucha
F45.3 somatoformní vegetativní dysfunkce	
F45.4 přetrvávající somatoformní bolestivá porucha	307.80 bolestivá porucha
F48 jiné neurotické poruchy	
F48.1 depersonalizační a derealizační syndrom	300.60 depersonalizační porucha (patří mezi disociativní poruchy)

Tabulka č.1

Jak plyne z přiložené tabulky, je to, co dříve spadalo do kategorie hysterie, v současné DSM klasifikaci rozděleno do několika nezávislých kategorií. Do samostatné kategorie somatoformních poruch spadají konverzní poruchy, u nichž jsou přítomny příznaky připomínající somatický

stav, ale nedochází u nich k disociaci psychických funkcí, které jsou normálně integrovány: vědomí, paměti, identity nebo vnímání okolí.

Klasifikace MKN 10 vyjímá depersonalizační a derealizační syndrom z kategorie dissociativních poruch na základě toho, že nedochází ke ztrátě kontroly nad vnímáním a emocemi a pacient si je vědom nereálnosti změny (Smolík, 1996).

Zatímco klasifikace DSM IV obsahuje samostatnou kategorii pro dissociativní poruchu identity (DID), spadá tato v klasifikaci MKN 10 do kategorie jiných dissociativních poruch pod názvem mnohočetná porucha osobnosti.

Významným rozdílem obou klasifikací je absence obecného kritéria v DSM IV pro přesvědčivou časovou souvislost mezi začátkem poruchy a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami. Naopak DSM IV obsahuje kritérium klinicky významného dopadu na zhoršené fungování jedince v oblasti sociální, profesní nebo jiné. MKN 10 toto kritérium neobsahuje.

Hranice mezi poruchami dissociativními a jinými (např. akutní reakcí na stres, posttraumatickou stresovou poruchou) je neostrá, stejně tak může být neostré i vymezení dissociativních poruch a příznaků spadajících do pomyslné normality. To vše ukazuje naši nejistotu v postojích vůči dissociativním poruchám.

2.2.2 Disociace a její definice

Pohledy různých autorů na jev disociace se mohou odlišovat v závislosti na jejich postoji k disociaci jako osobnostnímu rysu na pomyslném kontinuu intenzity příznaků či jako k patologickému fenoménu, který se vyskytuje v čase omezeně.

Přes množství definic pojmu disociace od různých autorů, mají všechny jeden klíčový prvek společný - disociace je jev, kdy je narušeno propojení mezi různými mentálními obsahy. Za normálních okolností jsou tyto mentální obsahy, kterými mohou být například myšlenky, emoce, volní ovládání motoriky, vnímání, paměť a vzpomínky či pocit vlastní identity vzájemně propojeny. Kromě disociace, tedy „oddělení“ mohou být tyto

mentální obsahy zároveň zneprístupněny vědomí se ztrátou schopnosti jejich vybavení.

2.2.3 Disociace z různých teoretických východisek

2.2.3.1 Disociace jako obranný mechanismus

Na základě psychodynamických teorií jsou obranné mechanismy včetně disociace považovány za síly chránící integritu člověka před zahlcením nepřijatelnými či ohrožujícími emocemi nebo vzpomínkami na traumatizující události (Williams, 1999, str. 117). K disociaci dochází jak v akutní fázi traumatu, tak i později. Vztah mezi ranými traumatickými zážitky (především fyzické a sexuální zneužívání) a korelaci se závažností disociativních příznaků potvrzuje řada studií. Stejně tak je však potvrzena vyšší míra disociace u dospělé populace s posttraumatickou poruchou u prodělaného traumatu v dospělosti. Disociativní příznaky se nevyskytují u všech, kteří byli vystaveni stejnému typu traumatu. U vojáků americké armády, kteří bojovali ve Vietnamu, došlo k rozvoji vážných disociativních příznaků nebo posttraumatické poruchy u necelých 25% z nich (Keane, Fairbank, 1983). Dojde-li tedy k rozvoji disociativních příznaků záleží i na jiných faktorech, než jen na vystavení se traumatu. Přehled studií, které potvrzují signifikantně významnou vyšší míru disociace u traumatizované populace ve srovnání s kontrolní skupinou uvádí tabulka č. 2 (podle Putnam, Carlson in Bremner, Marmar, 1998, str. 44):

Autor/rok	N	Použitá škála	Typ populace	traumatu,	Kontrolní skupina
DiTomaso and Routh, 1993	312	DES	studenti se zneužití	zážitkem	studenti bez zážitku zneužití
Putnam et al., 1995	105	CDC	sexuálně zneužití dívky	zneužití	párované dívky
Nash et al.	105	IDS, DCS	zneužití ženy		ženy bez anamnesy zneužití
Sandberg, Lynn, 1992	66	DES	studenti s anamnesou zneužití		studenti bez anamnesy zneužití

Bremmer et al., 192	85	DES	váleční veteráni s PTSD	váleční veteráni bez PTSD
Briere, Runtz, 1989	195	TSC-33	pacienti s anamnesou sex. zneužití v dětství	pacienti bez anamnesy sex. zneužití v dětství
Briere, Runtz, 1988	251	HSCL	ženy s anamnesou sex. zneužití v dětství	ženy bez anamnesy sex. zneužití v dětství
Chu, Dill, 1990	98	DES	Hospitalizovaní psychiatričtí pacienti s anamnesou sex. zneužití v dětství	hospitalizovaní psychiatričtí pacienti bez anamnesy sex. zneužití v dětství
Goff et al.	61	DES	psychotičtí pacienti s anamnesou sex. zneužití v dětství	Psychotičtí pacienti bez anamnesy sex. zneužití v dětství
Sanders, Giolas, 1991	47	DES	Adolescentní hospitalizovaní pacienti s anamnesou sex. zneužití v dětství	adolescentní hospitalizovaní pacienti bez anamnesy sex. zneužití v dětství
Strick, Wilcoxon, 1991	84	DES	ambulantní ženy s anamnesou sex. zneužití v dětství	ambulantní ženy bez anamnesy sex. zneužití v dětství
Warshaw et al., 1993	711	DES	pacienti s PTSD	pacienti bez PTSD
Pribor et al.	1993	DES	pacienti s anamnesou zneužití	pacienti bez anamnesy zneužití
Johnson et al., 1992	148	DES	studenti s anamnesou zneužití	studenti bez anamnesy zneužití

Tabulka č. 2

Vysvětlivky: DES = Dissociative Experiences Scale, CDC = Child Dissociative Checklist, IDS = Indiana Dissociation Scale, DCS = Dissociation Content Scale, TSC- 33 = Trauma Symptom Check- list- 33, HSCL = Hopkins Symptom Checklist

V průběhu traumatu některé oběti prožívají desintegraci v prožívání, sebeuvědomování a fragmentaci paměti. Později dochází ke střídání živých, bolestivých prožitků prodělané zkušenosti a pocitů odpojení. Ačkoli disociované zážitky nemusí být přístupny jejich uvědomění, i nadále

mohou ovlivňovat prožívání a chování. Objevují se mnohočetné disociativní symptomy včetně pocitů depersonalizace a derealizace. Čím časněji dojde k působení traumatu v průběhu individuálního vývoje, tím větší je následné psychologické postižení (Maldonado, Spiegel in Bremner, Marmar, eds., str. 66, 1998).

Podle některých autorů (Nijenhuis et al., 2004; Waller et al., 2000) somatoformní disociace (podle klasifikace DSM IV) v reakci na trauma připomíná obranné reakce zvířat typu zamrznutí v reakci na ohrožení. Jako příklad takového typu disociace lze uvést prožitky analgesie, anestezie, motorické inhibice až paralýzy.

2.2.3.2 Disociace a dědičnost

Některé studie potvrzují významnou dědičnou komponentu disociace (Becker- Blease et. al., 2004; Jang et. al. 1998), předpokládají však významný vliv prostředí na pozdější manifestaci disociativních příznaků. Vzhledem k tomu, že různé studie se zabývají vlivem dědičnosti na rozdílné typy disociace, případně používají položky zaměřené jen na některé vybrané příznaky charakterizující nepatologickou disociaci, jiné se naopak zaměřují na nejvíce závažné známky disociace zastoupené ve škále DES-T, je obtížné vyslovit jednoznačný závěr o vlivu dědičnosti na disociaci.

Do budoucna by jistě bylo přínosné např. ověření hypotézy, nehraje-li dědičnost větší roli v disociaci nepatologické (Becker- Blease et al., 2004), zatímco environmentální faktory mají větší význam v případě disociace patologické (Ogawa et al., 1997).

2.2.3.3 Biologické faktory u disociace

V současné době narůstá počet studií, které se zabývají biologickými korelátů disociace a to zejména díky využití moderních zobrazovacích metod mozku.

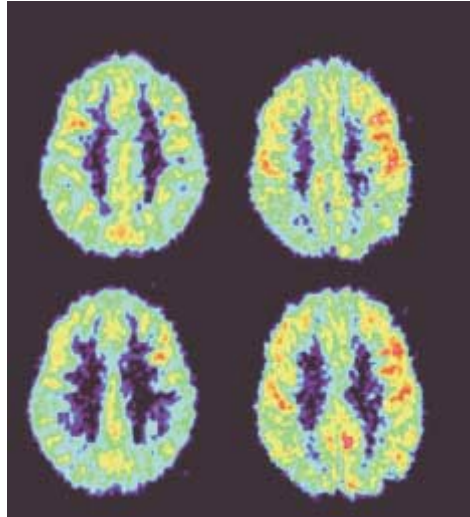
Studie Vermettena et al. (2006) na vzorku 15 pacientek s disociativní poruchou identity potvrzuje na nálezech z magnetické rezonance zmenšené objemy hippokampu a amygdaly. Všechny pacientky z této studie zároveň splňovaly kritéria posttraumatické stresové

poruchy s anamnesou fyzického nebo sexuálního zneužívání v dětství. Není jasné, je-li snížený objem amygdaly a hippocampu následkem zneužívání nebo zdali již před vystavením traumatu predisponoval pacientky k rozvoji disociativní poruchy identity a posttraumatické stresové poruchy. Zároveň mohou platit i hypotézy obě- genetické faktory mohou podmiňovat menší objem amygdaly a hippocampu s vyšším rizikem rozvoje DID a v případě vystavení se traumatickým událostem dochází působením glukokortikoidů, neurotransmiterů a neuromodulátorů k dalšímu negativnímu ovlivnění objemu těchto mozkových struktur.

Prožitek depersonalizace je charakteristický změnou vnímání jedince v oblasti pocitů, prožívání a emocí, které jsou jakoby odpojené od jeho prožívání. Mohou se objevit prožitky sebezpozorování jakoby zvnějšku, zážitky bytí „mimo tělo“. Klasifikace DSM IV řadí tento syndrom mezi disociativní poruchy a je potvrzena pozitivní korelace disociativních příznaků ve škále DES s prožitky depersonalizace (Simeon et al., 1998). Lze proto předpokládat podobné etiologické mechanismy vysvětlující depersonalizaci a disociaci.

Změnami v metabolismu glukosy za využití pozitronové emisní tomografie a magnetické rezonance mozku u pacientů s depersonalizační poruchou se věnovala průkopnická (zřejmě vůbec první) studie Simeona et al. (2000). Autoři prokázali při srovnání se zdravými kontrolami nižší metabolickou aktivitu v některých oblastech mozkové kůry (Broadmannovy arey 21 a 22 horního a středního temporálního gyru vpravo), v jiných oblastech naopak aktivitu signifikantně vyšší (Broadmannovy arey 7B a 39 parietálně, area 19 okcipitálně vlevo).

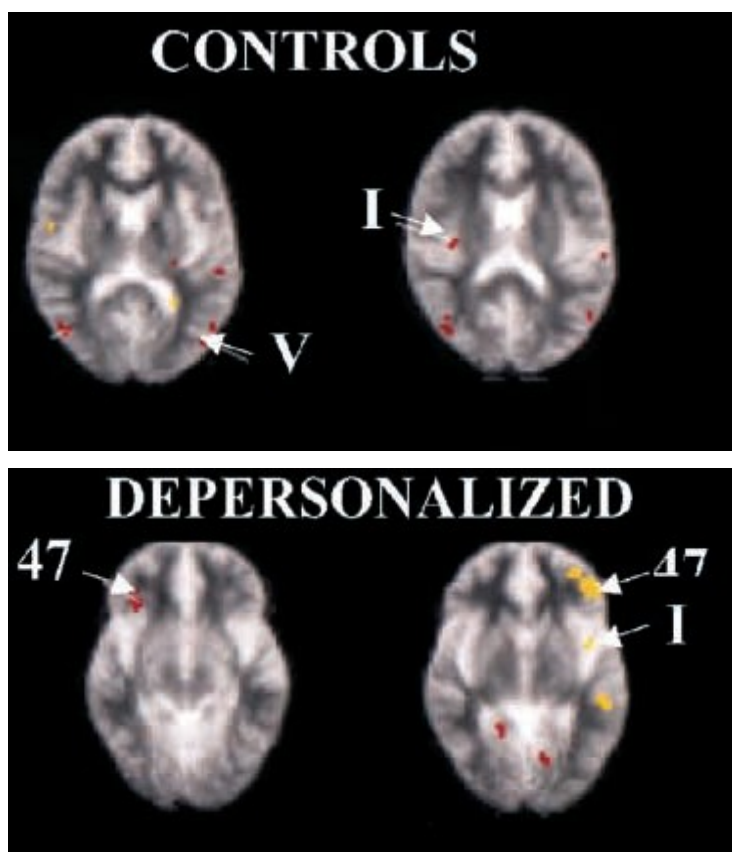
Vyšší metabolickou aktivitu parietálně u pacienta s depersonalizační poruchou (zobrazení vpravo) ve dvou po sobě jdoucích vrstvách (PET zobrazení) zachycuje obrázek č. 1 (podle Simeon et al., 2000)



Vysvětlivky: levá zobrazení- zdravý subjekt, pravá zobrazení- pacient s depersonalizační poruchou

M. Phillips a M. Sierra (2003) zkoumali reakce mozku na vyprovokované emoce u pacientů s depersonalizační poruchou. K zobrazení využili funkční magnetické rezonance. Subjektivní prožívání averzivních scén bylo u depersonalizačních pacientů prožíváno v porovnání se zdravými subjekty jako méně ohrožující. Jak se ukázalo, pacienti s depersonalizační poruchou (6 subjektů), vykazovali vyšší aktivitu v oblasti mozkové insuly při emočně neutrálních stimulech. U pacientů s depersonalizací došlo v reakci na aversivní stimuly k vyšší aktivaci mozku v oblasti pravé prefrontální a ventrolaterální kůry. Maximální aktivace levé insuly při neutrálních podnětech (na rozdíl od zdravých dobrovolníků) korelovala výrazně pozitivně s odpovědí pravé ventrolaterální prefrontální kůry při vystavení aversivním podnětům. Absence aktivace levé insuly při aversivních stimulech a naopak aktivace při neutrálních stimulech je opakem změn u zdravých subjektů (Phillips, Sierra, 2003).

Popsaná zjištění znázorňuje obrázek č. 2 (podle Phillips, Sierra, 2003):



Levá strana mozku je na pravé straně obrázku a naopak

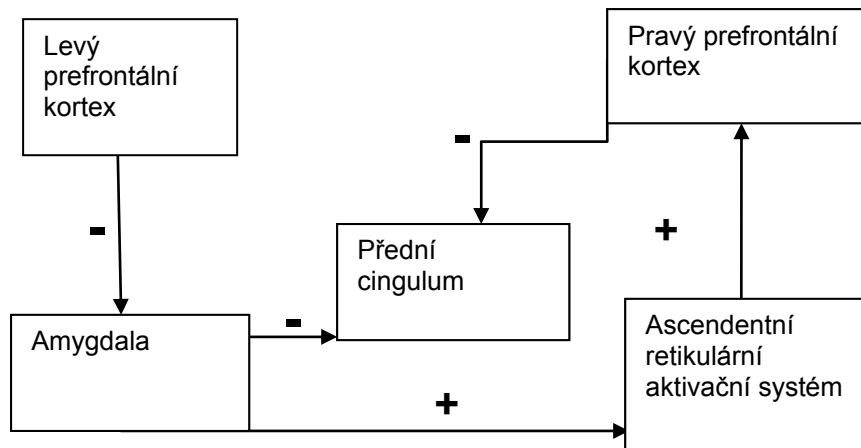
Vysvětlivky: červeně- aktivace na averzivní stimulaci, žlutě- aktivace na neutrální scény, I- levá insula, V- vizuální kortex, 47- Brodmannova area 47 (ventrolaterální prefrontální kortex), levá (žlutě) a pravá (červeně)

Tyto nálezy naznačují, že klíčovým fenoménem depersonalizace jako jevu emočního otupění (odpojení) je redukováná reaktivita v oblastech mozku, jež jsou odpovědné za emoční reaktivitu a naopak zvýšená reaktivita v oblastech zodpovědných za regulaci emocí (Phillips et al., 2001).

M. Sierra a G. Berríos (1998) popsali tzv. fronto- limbický diskonekční model disociace. Tento model předpokládá, že hyperaktivita levé prefrontální kůry inhibuje amygdalu a tím dochází ke snížení emoční odezvy. Zároveň neinhibovaná část amygdaly působí aktivačně na ascendentní retikulární aktivační systém. Ascendentní aktivační systém vede ke zvýšení vigily a k aktivaci pravé prefrontální kůry. Aktivita pravé prefrontální kůry inhibuje přední cingulum.

Schematicky fronto- limbický model disociace popisuje následující schéma č. 1 (podle Sierra, Berrios, 1998):

Schéma č. 1



Důsledkem těchto procesů je zhoršení soustředění, pocity myšlenkové prázdnoty a stav hypervigility. Tento model však nevysvětluje doprovodné změny kognitivní a změny ve vnímání tělesného schématu. (Mula et al. in Raszka, 2008a).

Fronto- limbická diskonekce je nazírána z pohledu evolučního jako funkční mechanismus pomáhající v situaci extrémního ohrožení minimalizovat úzkost a posilovat behaviorální kontrolu. Tento mechanismus se však stává dysfunkčním, je- li spouštěn bez přítomnosti ohrožení anebo pokud chronifikuje (Spizter et al., 2006).

Elzinga et al. (2007) zjistili zajímavé výsledky u jedinců s disociativní poruchou, které u nich prokazují lepší paměťové schopnosti. Funkční magnetická rezonance potvrdila vyšší aktivitu mozkové kůry prefrontálně vlevo, dorsolaterálně a v oblasti parietální kůry. Zároveň tito pacienti vykazovali méně chyb při plnění úkolů, jež byly zaměřeny na pracovní paměť při vzrůstající náročnosti úkolů a to i navzdory tomu, že prožívali vyšší míru úzkosti a horší soustředění než kontrolní vzorek zdravých dobrovolníků.

Yamamotová a Papežová (2002) poukazují na vzájemný vztah mezi disociací, opioidním systémem a regulací stresové osy v součinnosti s neuropeptidem Y (NPY) a kortikoliberinem (CRH). Autorky shrnují

společná data několika studií, které by mohly vysvětlovat nižší míru disociace vyšší hladinou NPY. NPY má anxiolytické účinky, zlepšuje percepční a paměťové funkce a zvyšuje ostražitost při stresu. Opačné účinky má kortikoliberin. Změny v tvorbě a uvolňování těchto hormonů mohou ovlivňovat způsob reakce na stres. Oba hormony se tvoří v paraventriculárních jádrech hypothalamu a pro jejich regulaci je významná oblast centrálního jádra amygdaly a periakveduktální šed'. Autorky považují periakveduktální šed' za významnou strukturu, která koordinuje somatické, autonomní a antinocepční funkce. Periakveduktální šed' hraje významnou roli v koordinaci emočních stavů i v reakcích na stres. Excitace kaudální ventrolaterální části vyvolává reakce, které se vyskytují v situacích vážného ohrožení- dojde k útlumu spontánní aktivity, hyporeaktivitě („zamrznutí“, „freezing“) a ztrátě reakcí na vnější podněty (Yamamotová a Papežová, 2002). Reakce „zamrznutí“ je velmi blízká nebo i shodná s disociativní poruchou motoriky.

Simeon et al. (2007) zjistili v moči hospitalizovaných pacientů s disociativní poruchou signifikantně zvýšené hladiny kortisolu v porovnání se zdravými dobrovolníky. Tito pacienti zároveň vykazovali signifikantně nižší pokles kortisolu při dexametasonovém supresním testu než kontrolní populace. Stejně tak i reaktivita na stres, vyjádřená mírou disociace a kortisolové reaktivity vykazovala negativní korelaci. Tedy čím byla vyšší míra disociativních příznaků, tím byla nižší odpověď v produkci kortisolu. Tato studie prokazuje úzký vztah mezi dysregulací osy hypothalamo-hypofyzárně - nadledvinové a disociativními příznaky u pacientů s disociativní poruchou.

2.2.3.5 Kognitivní teorie disociace

Jedním z modelů, který nabízí vysvětlení procesu disociace je teorie schémat Jeffreyho Younga (Young, 2006). Tato koncepce vychází z předpokladu, že nezvladatelná emoce může být asociována s patologickým schématem. To spočívá ve způsobu kognitivního nahlížení na sebe samého a/nebo vnější události a osoby. Jediněc následně vyvíjí takové chování a kognitivní zpracování událostí, které mu umožní emočnímu ohrožení se vyhnout. Jak se ukazuje, takovéto maladaptivní

strategie se vyskytují nejen na úrovni vědomé, ale i nevědomé (Paton, 1992), což platí i pro mechanismus disociace. Disociace je jedním z mechanismů, které podle Younga používáme v módu „detached protector“, což je modus psychiky, jež nás chrání před bolestným prožíváním a umožňuje zvládnout nadměrný stres. Tento modus odpovídá mechanismu zvládnání pomocí vyhýbání se „avoidance“ (Young et al., 2003, str. 43) a to zejména v rovině kognitivní a emocionální, vede však k omezení prožívání nejen negativního, ale i pozitivního, jakémusi „strojovému fungování“, spojenému s depersonalizací.

Jiným kognitivně- behaviorálním modelem disociace je model vycházející z kognitivní teorie osobnosti a psychopatologie Aarona T. Becka (in Kennedy et al., 2004). Disociace je chápána ve smyslu „rozpojení“ mentálních procesů a může se objevit na různých stupních zpracování informací. Beck předpokládá, že mentální procesy probíhají ve struktuře „módů“, což jsou soubory schémat odpovědné za kódování kognitivních, afektivních, behaviorálních a fyziologických informací v odpovědi na podněty. Schémata vyhodnocují vnitřní a vnější podněty v závislosti na kontextu a aktivují jim příslušné módy. Tyto procesy se vyskytují automaticky, bez vědomé snahy a zapojení vůle.

Za normálních okolností probíhá mezi jednotlivými schématy hladce a průběžně výměna informací, a to jak mezi, tak i v rámci jednotlivých módů. V případě disociace dochází k narušení mentálních procesů na třech stupních - na stupni 1. prvotního automatického propracování, 2. v rámci jednotlivých módů a 3. mezi módy.

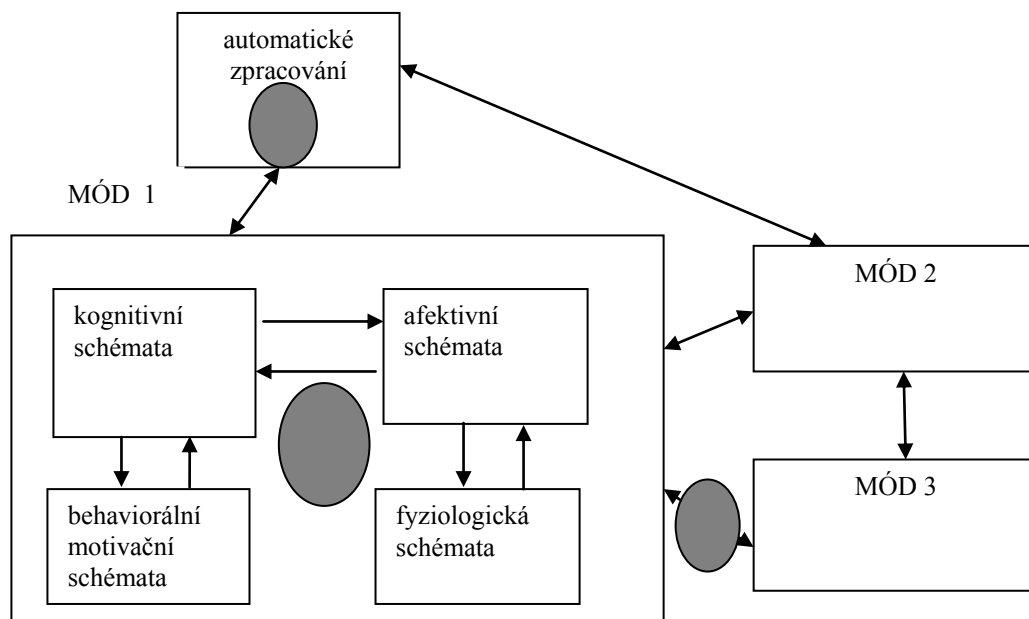
Ad. 1. Disociace na úrovni prvotního propracování je zřejmě předvědomým mechanismem, který brání propojení vjemů, emocí nebo myšlení a zároveň inhibuje možné další, vědomé zpracování informací. Tento typ disociace by vysvětloval paměťové abnormality ve vztahu k traumatickým vzpomínkám, zejména ve smyslu odpojení od kontextu. Paměťové stopy na traumatickou událost tak mohou vést k izolovaným příznakům, jako jsou například záblesky vizuálních, sluchových nebo čichových halucinací.

Ad 2. Na úrovni jednotlivých módů se disociace projevuje narušením asociací mezi schématy emocí, chování, myšlení a

fyziologických procesů. To vede k narušení integrace těchto 4 schémat s projevy jako je např. výskyt mimovolných vtíravých myšlenek či naopak neschopnost vědomého vybavení si informací („okénka“). Chybění emočního doprovodu v reakci na trauma se dá chápat jako odpojení emočního prožívání od ostatních schémat. Opakování izolovaných činností a rituály v chování lze chápat jako odpojení schématu chování od ostatních schémat. Somatické a konverzní příznaky (např. bolest, ztráta motorické funkce, analgesie) jsou chápány jako odpojení fyziologických procesů od ostatních schémat.

Ad. 3 Disociace mezi módy zahrnuje částečné nebo úplné rozpojení různých módů. Mechanismem úplného rozpojení různých módů se vysvětluje například disociativní porucha identity (mnohočetná porucha osobnosti dle MKN 10). Při rozpojení jednotlivých módů může dojít k jejich „přepnutí“, kdy například impulzivní chování není v tomto módu regulováno a projevuje se příznaky kognitivními, behaviorálními a afektivními. V jiném módu se naopak impulzivita v žádné z těchto komponent neprojevuje. Jiným příkladem rozpojení mezi módy jsou epizody depersonalizace a derealizace (Kennedy et al., 2004). Kognitivně behaviorální model disociace podle Becka znázorňuje schéma č. 2.

Schéma č. 2: struktura osobnosti a stupně disociace. (podle Kennedy et al., 2004)



2.2.3.6 *Disociace jako koncept kompartmentalizace a koncept odpojení (detachmentu)*

Rozdílné typy disociace popisuje model „kompartmentalizace“ a „detachmentu“ (Holmes et al., 2005).

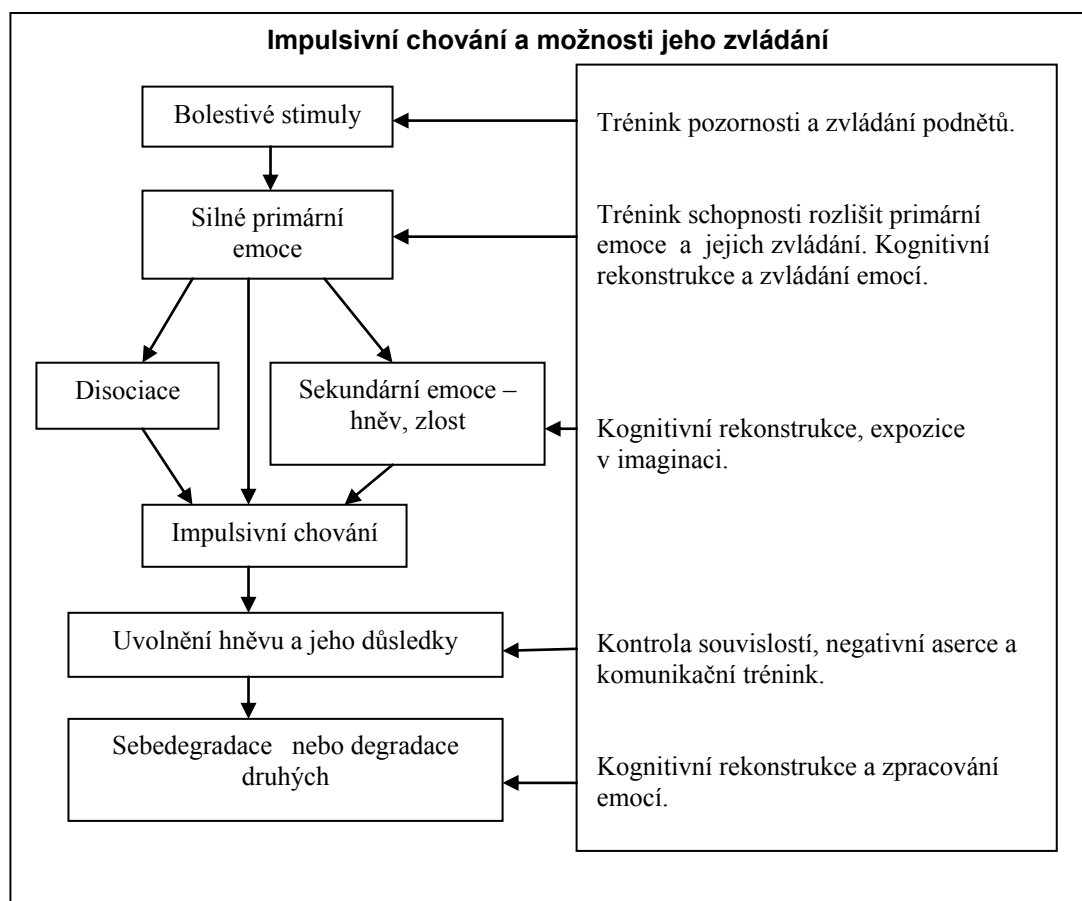
Typ I – kompartmentalizace je charakteristický narušením schopnosti kontrolovat procesy nebo děje, které obvykle podléhají kontrole. Příkladem může být neschopnost vybavit si běžně dostupné informace. Významnou charakteristikou kompartmentalizace je to, že procesy probíhají „normálně“, přestože jsou odděleny od vědomé kontroly. I nadále tak ovlivňují oblasti chování, kognicí a emocí (Spitzer et al., 2006). Kompartmentalizací jsou vysvětlovány konverzní příznaky u somatizačních poruch, disociativní amnézie, disociativní fuga a disociativní porucha identity.

Naopak disociace typu II - detachment je popisována jako změněný stav vědomí spojený s pocitem odpojení - odcizení od vnímání sama sebe nebo vnějšího světa. Typickými zástupci disociace tohoto typu jsou prožitky depersonalizace, derealizace a prožitky mimotělních zkušeností. Patofyziologické mechanismy těchto zkušeností vysvětluje fronto - limbický diskonekční model (Sierra, Berrios, 1998). Detachment se často vyskytuje ve spojení s traumatem, tedy např. u pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou. Vykazuje i podobnosti s disociativními zkušenostmi během traumatické události a u disociace charakteru emočního ochromení (Holmes, Brown et al., 2005). Typickým zástupcem depersonalizace typu detachmentu je depersonalizační porucha, zatímco konverzní porucha (dle DSM IV) je považována za typický příklad typu kompartmentalizace. U posttraumatické stresové poruchy jsou zastoupeny charakteristiky obou typů (Spitzer et al., 2006).

Spitzer et al. (2006) uvádějí studie a důkazy potvrzující rozdíly mezi kompartmentalizací a detachmentem. Za ne zcela průkazné považují autoři důkazy, že pacienti se somatizačními poruchami (a mechanismem kompartmentalizace) vykazují jen minimálně příznaky detachmentu a naopak. Pacienti s mechanismem kompartmentalizace však mají jiné neurofyziologické charakteristiky fronto- limbické inhibice.

Tato koncepce dvou odlišných typů disociace přináší i rozdílné pojetí v terapeutických přístupech. U disociace typu I (kompartmentalizace) je vhodné využít k reaktivaci a reintegraci kompartmentalizovaných obsahů hypnózy či přímých a nepřímých sugescí (Holmes, Brown et al., 2005) anebo propracování silných emocí souvisejících s traumatickými událostmi v rámci KBT nebo Terapie zaměřené na schémata (psaní terapeutických dopisů, hraní rolí, práce v imaginaci) (Praško et al., 2009a). U disociace typu detachmentu se osvědčily kognitivně behaviorální techniky se zaměřením na potenciální spouštěče (viz. diagram č. 2), na to, jak „odpojení“ (detachmentu) předcházet, případně jak jej ukončit (Hunter et al., 2005), spolu s nácvikem všímavosti- mindfulness (Praško et al. 2009a).

Příklad kognitivně behaviorální intervence ilustruje schéma č. 3:



Podle Praško a Látalová, 2010

2.2.4 Disociace- kontinuum nebo kategorie?

Dimensionální model (používán je i termín model disociativního kontinua) disociace předpokládá, že prožitky charakteru disociace jsou běžnou součástí normální lidské zkušenosti a nacházejí se na pomyslném kontinuu charakterizovaném u jednotlivých jedinců různou mírou disociativních zkušeností. Jedním z prvních moderních zastánců této teorie byl E. Hilgard, který hledal spojitost mezi disociací a hypnotickými fenomény. V průběhu hypnózy dochází i u zdravé populace k manifestaci jevů, které můžeme označovat jako disociativní.

Na základě pojetí disociace jako kontinua byla vyvinuta Škála disociativních zkušeností- the Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein, Putnam, 1986). V devadesátých letech rozvinul Putnam teorii, že disociativní symptomy jsou rozděleny dichotomně a že tedy může existovat více disociativních subtypů (Putnam et al., 1996). Tyto nálezy potvrdil Waller (Waller et al., 1996), a zároveň rozlišil položky v DES, jež jsou charakteristické pro disociaci kterou nazval patologickou disociací. U tohoto typu disociace je malá pravděpodobnost, že by se vyskytly u běžné populace (např. položka „Někteří lidé mají zkušenost v tom, že shledají sebe sama na nějakém místě a nevědí, jak se tam dostali“). Naopak jiné příznaky (např. položka „Některým lidem se stává, že když hledí na televizi nebo film, jsou tak pohlceni příběhem, že si nejsou vědomi ostatních událostí kolem nich“), jsou běžně přítomny u normální populace a jsou vyjádřením nepatologických disociativních osobnostních rysů, které se kvalitativně liší od patologického typu disociace. Na základě těchto zjištění vytvořil Waller se spolupracovníky 8 položkovou subškálu dotazníku DES k identifikaci jedinců s patologickou disociací (Waller et al., 1996; Waller, Ross, 1997). Tento 8 položkový dotazník autoři nazvali DES-T a je vybrán z 28 původních položek dotazníku DES. Nepatologická disociace se týká absorpce a imaginativního zaujetí, kdežto patologická disociace se projevuje amnézií na disociativní stavy, pocity derealizace a depersonalizace a změnami v prožívání identity. Tato koncepce znamená jistou renesanci Janetova pojetí disociace jako patologického fenoménu - rozpojení mentálních procesů u psychicky nemocných (Putnam et al., 1996; Waller et al., 1996). Rozdíl mezi disociativními jevy patologickými a

nepatologickými není rozdílem pouze v kvantitě, ale i kvalitě. I některé další studie podporují tento typologický konstrukt disociace (Allen et. al., 2002; Irwin, 1999), zatímco jiné studie podporují spíše dimensionální model disociace (Simeon et al., 2003; Watson, 2003)

Někteří autoři (Van der Hart, Van der Kolk, Boon in Bremer, Jamar, 1996, str. 255) dělí dále patologickou disociaci na disociaci ve třech úrovních. Primární disociace zahrnuje fragmentované zpracování traumatických událostí. Sekundární disociace znamená individualizované vnímání dané události bez odpovídajícího emočního doprovodu. Třetí typ disociace zahrnuje vytvoření oddělených osobnostních identit.

2.3 Diagnostika disociativních poruch

Běžně používané osobnostní testové baterie (např. MMPI - Minnesotský mnohofázový osobnostní dotazník, Rorschachův test) mohou pomoci v porozumění pacientovy osobnostní struktury, nebývají však dostatečně senzitivní v měření disociativních příznaků, což zároveň může vést k podhodnocení reálné prevalence disociativních poruch. K měření míry disociace byly proto vyvinuty skrínigové sebesposuzovací dotazníky, dotazníky pro pozorovatele a strukturovaná klinická interview.

2.3.1 Dotazník DES

Škála disociativních zkušeností DES (Bernstein, Putnam, 1986) je nejrozšířenější nástroj k měření disociativních příznaků. DES je jediným nástrojem k měření disociace, pro který existuje standardizovaná česká verze (Bob, 2000). Je to krátký 28 položkový sebehodnotící dotazník, který byl vytvořen v polovině 80-tých let jako skrínigový nástroj k detekci disociativních poruch a k měření míry disociace v rámci výzkumných studií. Odpovědi se nanášejí na 100 mm dlouhou úsečku, na které respondent zaznamenává, v jakém procentu se mu daná disociativní zkušenost stává. V původní verzi dotazníku DES (Bernstein, Putnam, 1986) bylo k vyhodnocování používáno milimetrové měřítko a výsledné skóre pak bylo tvořeno součtem délek v jednotlivých položkách dělených 28. Revidovaná verze je vyhodnocována na 100 mm dlouhé vizuálně

analogické škále, kde vyšetřovaní označí procento času vyjadřující, jak často se jim daná zkušenost stává. Při vyhodnocování jsou zaznamenaným bodům přiřazeny číselné hodnoty od 0 do 10. Celkový součet bodových hodnot dělený počtem položek (28) udává výsledné skóre. Vyšší dosažené hodnoty pak indikují vyšší úroveň disociace. Revidovaná verze dotazníku DES je jednodušší ve vyhodnocování a odpovědi jsou zároveň i jednoznačnější. Tato verze dotazníku DES byla použita i v naší studii.

Dotazník DES prokázal velmi dobrou souběžnou validitu s jinými dotazníky měřícími disociaci a rovněž velmi dobrou prediktivní validitu u disociativní poruchy identity a posttraumatické stresové poruchy (van Ijzendoorn, Schuengel, 1996).

Za účelem skríningu disociativních poruch navrhli různí autoři rozličné hodnoty cut-off skóre, zpravidla v rozmezí 15- 30 bodů. Cut- off skóre představuje hraniční hodnotu indikující vysokou míru disociace. Někteří (Draijer, Boon, 1993) navrhují na základě validace škály DES cut-off skóre 25 bodů (odpovídá senzitivě 93% a specifitě 86%). Steinberg et al. (1991) považují za optimální hodnotu cut-off skóre 15- 20 bodů, jelikož při vyšším cut-off skóre dochází ke snížení senzitivity. Naopak Chalupníček (Chalupníček, 2008) zvolil cut-off skóre 30 bodů. V naší studii, stejně jako v řadě předchozích studií (např. Maaranen, 2006; Cloitre et al., 1997), byla za hodnotu cut-off skóre zvolena hodnota 20 bodů, při němž je dosaženo vysoké specifity i senzitivity, ale i hodnota 30 bodů s vyšší specifitou a nižší senzitivitou.

2.3.2 Dotazník DES- T

Škála disociativních zkušeností – taxon, DES-T (Waller et al., 1996; Waller, Ross, 1997) byla vyvinuta z dotazníku DES k identifikaci typově odlišné, patologické disociace. Slovo taxon je blízké pojmům „typ“, „třída“, „kategorie“, taxometrické metody jsou pak takové, jež umožňují odlišení typových charakteristik od charakteristik dimensionálních.

Škála DES-T zahrnuje položky 3,5,7,8,12,13, 22 a 27 dotazníku DES. Za patologické charakteristiky disociace jsou pokládány změny v prožívání osobní identity, pocity depersonalizace a derealizace, pocity

rozpojení vědomí (narušená integrace uvědomování si), disociativní amnesie a sluchové halucinace.

Watsonova (Watson, 2003) studie zaměřená na konstrukční validitu a test- retestovou stabilitu DES-T potvrdila velmi dobrou validitu, avšak retestová stabilita po 2 měsících dosáhla pouze koeficientu 0,62. Takto nízká stabilita testu by svědčila proti kategoriálnímu konstruktovi disociace, nicméně studie byla provedena na neklinickém vzorku populace a tento závěr proto není jednoznačný.

Vyhodnocení patologické disociace lze provést za pomoci statistických programů, které využívají vážených skóre každé položky dotazníku DES (Waller et al., 1996) s výsledkem, který udává, jaké procento populace dosahuje patologické disociace (např. DES- taxon 0,5%).

Jinou možností, kterou jsme z důvodu menší náročnosti zvolili v naší studii my, je stanovení cut- off skóre, které po součtu položek škály DES-T porovnáme s dosaženými hodnotami. Jsou-li dosažené hodnoty vyšší než cut-off skóre, dosahuje subjekt vysoké míry patologické disociace. Za optimální cut-off skóre je pokládána hodnota 20 bodů v DES-T, a to zejména při skríningu patologické disociace ve všeobecné populaci (Waller et al., 1996; Waller, Ross, 1997). Rovněž v naší studii jsme zvolili hodnotu 20 bodů jako mezní (cut-off) pro rozlišení subjektů, kteří mají patologickou disociaci vysokou (≥ 20) a nízkou (≤ 20).

2.3.3 Jiné dotazníkové metody

Dotazník somatoformní disociace SDQ-20 byl vytvořen v roce 1996 Ellenem Nijenhuisem a spolupracovníky k měření somatoformních komponent disociace (Nijenhuis et al., 1996). Tento dotazník se skládá z 20-ti položek, které jsou zaměřeny na tělesné příznaky (např. „Nemohu polykat nebo pouze s velkým úsilím“). Korespondenti odpovídají na škále od 1 do 5, výsledné skóre se tedy pohybuje mezi 20- 100 body.

Zkrácená 5-ti položková verze dotazníku SDQ-20 byla vyvinuta stejnými autory (Nijenhuis et al., 1997) jako SDQ-5 a obsahuje položky necitlivosti k bolesti, sníženého uvědomování si vlastního těla nebo jeho

částí, pocity výpadků zorného pole, ztrátu schopnosti mluvit nebo potíže s mluvením a pocit bolesti při močení.

Cambridgeská škála disociace CDS měří výhradně pocity depersonalizace (Sierra, Berrios, 2000).

Multidimensionální dotazník disociace MID je 218 položkový sebesposuzovací dotazník a byl navržen pro pacienty se směsí příznaků disociativních, posttraumatických a hraničních. Je jediným dotazníkem disociace, který obsahuje i validizační škály (Dell, 2002).

Adolescentní dotazník disociativních zkušeností A-DES (Armstrong et al., 1997) je 30-ti položková škála s 11 bodovou stupnicí od nikdy (0 bodů) do vždy (10 bodů). Je variantou dotazníku DES upravenou jako nástroj pro screening disociace v adolescenci (zhruba 12- 20 let věku). A-DES má čtyři odvozené subškály a to subškálu disociativní amnézie, subškálu absorpce a imaginativního zaujetí, subškálu zážitků pasivního ovlivňování/vměšování a subškálu depersonalizace a derealizace.

2.3.4 Klinická interview

Strukturované klinické interview SCID-D-R (Steinberg, 1993) je polostrukturované interview, které se skládá z 276 základních a navazujících otevřených otázek. SCID-D-R vyhodnocuje přítomnost a hloubku disociativní amnesie, poruch a změn identity, depersonalizace a derealizace a pomáhá vyhodnotit jeden z pěti typů disociativní poruchy dle klasifikace DSM-IV. Administrace trvá obvykle do 2 hodin, toto interview je považováno za zlatý standard výzkumných studií.

Interview DDIS (Ross, 1989) obsahuje 131 otázek a umožňuje diagnostikovat disociativní poruchy (disociativní amnézie, disociativní fuga, depersonalizační syndrom a disociativní poruchu identity) a několik dalších duševních poruch (somatizační porucha, velká depresivní epizoda a hraniční poruchu osobnosti). Zároveň toto interview měří několik dalších fenoménů a zjišťuje i anamnestické údaje. Interview trvá přibližně 45 minut a k jeho administraci není třeba na rozdíl od SCID-D-R větších zkušeností.

2.4 Disociace v běžné populaci

2.4.1 Prevalence disociace v běžné populaci

Ve většině studií bylo k měření celkové míry disociace použito dotazníků DES, případně dotazníku DES-T k měření patologické disociace. Vzhledem k použití těchto dotazníků i v naší studii uvádím v tabulce č. 3 pouze studie s použitím těchto škál.

Autoři rok, země	Vzorek (Věk/ prům. věk ± SD)	% žen	Použité dotazník	Prevalence vysoké disociace	Průměr skóre (± SD)
Akyüz et al. 1999, Turecko	994 (18-65/ 34.7 ± 12.9)	47.2	DES	DES ≥ 20 u 3.8% DES ≥ 30 u 1%	6.7 (± 6.1)
Boysan et al. 2009, Turecko	549 (17- 34/ 22,3 ± 2,34)	33,3	DES		22,59 (± 11,71)
Lipsanen et al. 2003, Finsko	924 (18-64/ 40.1 ± 12.6)	60.0	DES		8.4 (± 7.9)
Maaranen 2008, Finsko	2001 (25-64/ 44,3±10,7)	56	DES DES-T	DES-T ≥ 20 u 3,4%	8,0 (± 8,1)
Putnam et al. 1996, USA a Kanada	415 (nad 22 let/ 40.5)		DES	DES ≥ 30 u 4.4%	8.3 (± 9.3)
Ross et al. 1990, Kanada	1055 (nad 20 let/ 43.2 ± 16.7)	58.3	DES	DES ≥ 20 u 12.8% DES ≥ 30 u 5%	10.8 (± 10.2)
Sayar K., Samet K. 2003, Turecko	145 (15- 18/ 16,4 ± 0,72)	60.7	DES	DES ≥ 30	17 (± 7.8)
Seedat et al. 2003, USA	1007 (18-65/ 39.6 ± 13.0)	63.3	DES-T	DES-T ≥ 20 u 4.4% DES-T ≥ 30 u 2%	DES-T 3.5 (± 8.6)

Spitzer et al. 2006, Nemecko	297 (18-77/ 39.0 ± 13.2)	58.2	DES-T DES- taxon	DES-taxon 0.3%	2.3 (± 4.2)
Waller and Ross, 1997, Kanada	1055 (nad 20 let/ 43.2 ± 16.7)	58.3	DES- taxon	DES-taxon 3.3%	
Xiao et al. 2006, Čína	618 (41.7 ± 5.9)	52.0	DES DES- taxon	DES-taxon 0.5%	2.6 (± 4.3)

Tabulka č. 3

Rádi bychom nyní okomentovali studie, které jsou metodologicky podobné studii naší a jejichž autoři zvolili identické cut-off skóry ať již pro skrínig disociace celkové (DES ≥ 20) nebo (i) disociace patologické (DES-T).

Studie Akyüz et al. (1999) na reprezentativním vzorku 994 subjektů dosahovala průměrného skóre 6,7 (SD ± 6,1), skóre DES ≥ 20 se vyskytlo u 3,8% populace.

Ve studii Maaranena (2008) byla prevalence patologické disociace 3,4% (DES-T ≥ 20) a nebyl statisticky významný rozdíl mezi muži (3,6%) a ženami (3,2%). Průměrné skóre DES u rozsáhlého souboru 2001 subjektů bylo 8,0 (SD ± 8,1). Průměrné celkové skóre bylo nižší u mužů než u žen (7,8 vs. 8,2, p = 0,034) a statisticky nevýznamně klesalo se zvyšujícím se věkem.

Studie Rosse et al. (Ross et al., 1990) na vzorku 1055 subjektů rovněž potvrdila, že míra disociace klesá se zvyšujícím se věkem, nepotvrdily se rozdíly v míře disociace v závislosti na pohlaví, zaměstnání, vzdělání. Průměrné skóre bylo 10,8 (SD ± 10,2).

Seedat et al. (Seedat et al., 2003) použili pouze škálu DES-T u vzorku 1007 dospělých. 4,4% subjektů dosáhlo více než 20 bodů a vyšší skóry patologické disociace byly dosaženy u mužů, afro-američanů a subjektů s vyšším užíváním alkoholu.

Příslušnost k taxonické DES (tedy patologické disociaci vyhodnocené na základě statisticky vážených skórů) se ve studiích

pohybuje od 0,3% populace (Spitzer et al., 2006) po 3,3% (Waller, Ross, 1997)

Nejnižší průměrné skóre DES bylo 2,6 (SD \pm 4,3) u neklinického vzorku dělníků v Číně (Xiao et al., 2006). Naopak nejvyšší skóre bylo 17 bodů (SD \pm 7,8) u vzorku adolescentní populace v Turecku (Sayar, Samet, 2003) a ve studii Boysan et al. (2009) rovněž na vzorku adolescentní populace v Turecku s celkovým skóre 22,6 bodů.

Studie Boba (Bob et al., 2005) v české populaci zjistila průměrnou míru disociace 8,9 bodů (\pm 9,7), a to na vzorku 50 zdravých dobrovolníků s průměrným věkem 39,2 (\pm 12,4 let).

2.5 Prevalence disociace u psychiatrických pacientů

2.5.1 Prevalence disociace v celkové populaci psychiatrických pacientů

Prevalencí disociativních příznaků mezi ambulantními psychiatrickými pacienty ve státě New York se zabývala studie Foote et al. (2006). Autoři použili škálu DES a dotazník Traumatic Experiences Questionnaire u 231 pacientů. Následně 82 pacientů (35%) podstoupilo strukturované interview DDIS. Výsledná data byly získány pouze ze vzorku těchto 82 pacientů, kteří se však demograficky ani v sebehodnoticích škálách nelišili od celkového vzorku pacientů. Kritéria pro disociativní poruchu splňovalo 29% procent pacientů, u 5 pacientů (6%) byla diagnostikována disociativní porucha identity. Takto vysoká prevalence však může být dána i metodologickými nedostatky, včetně specifických charakteristik zkoumané populace newyorského Bronxu s vysokou prevalencí fyzického i sexuálního zneužívání.

Z 299 pacientů hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení v kanadském Winnipegu skórovalo v dotazníku DES hodnotami vyššími než 20 bodů v 80 případech, což odpovídá 27% (Ross et al., 1991).

Stejnou hodnotu cut-off skóre 20 bodů stejně jako v Rossově studii si zvolili i švýcarští autoři u akutně hospitalizovaných psychiatrických pacientů (Modestin et al., 1996). Z celkem 207 pacientů jich skórovalo výše než 20 bodů 20%.

Hodnotu cut-off skóre 30 bodů zvolili autoři (Tutkun et al., 1998) u populace hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Z celkového počtu 166 subjektů jich tuto hranici překročilo 24 (14,5%).

2.5.2 Prevalence disociace u vybraných psychických onemocnění

Vzhledem k zaměření naší práce se budeme věnovat disociaci pouze u pacientů s disociativní poruchou, emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou a depresivní poruchou.

Dostupných studií, které hodnotí intenzitu disociativních příznaků u vlastních disociativních poruch je poměrně málo. Na relativně malém souboru pacientů byla provedena studie v Severním Irsku (Dorahy et al., 2006). Průměrná míra disociace u 13 pacientů s různými subtypy disociativní poruchy DES byla ve škále DES 39 bodů. Naše populace pacientů s různými subtypy disociativní poruchy dle klasifikace MKN 10 dosáhla průměrného skóre 53,8 bodů (Pastucha et al., 2009b).

Srovnání disociace u pacientů s hraniční poruchou osobnosti a pacientů bez diagnózy hraniční poruchy prokazuje nejen signifikantně vyšší hodnoty celkového DES skóre u pacientů s hraniční poruchou osobnosti, ale i rozdílnou distribuci v míře disociace (Zanarini et al., 2000). Zatímco v případě 290 pacientů s hraniční poruchou osobnosti jich mělo 32% nízkou míru disociace (skóre 0-10), 42% střední míru disociace (skóre 10-29) a vysokou míru disociace 26% (nad 29), vykazovalo 72 pacientů kontrolního vzorku nízkou míru disociace v 71%, střední v 26% a jen 3% měly míru disociace vysokou. Distribuce jednotlivých disociativních zkušeností je u hraničních poruch osobnosti heterogennější a jsou zde významně více zastoupeny např. příznaky disociativní amnezie a depersonalizace (Zanarini et al., 2000), které jsou pokládány za známky disociace patologické (Waller et al., 1996).

I naše studie (Pastucha, 2009a) potvrzuje vysoce významně vyšší skóry disociace (DES $63,6 \pm 48,71$) u pacientů s hraniční poruchou osobnosti vůči normální populaci (DES $21,29 \pm 21,45$) a to na hladině významnosti $p < 0,0001$. U hraničních pacientů dosáhlo cut-off skóre 30 bodů 17 pacientů z 24 vůči 4 z 31 zdravých subjektů.

Komorbidity hraniční poruchy osobnosti a disociativních poruch se zabýval Vedat Sar (Sar et al., 2006). Studie byla realizována na 1301 studentech vysokých škol v Turecku s průměrným věkem 20,7 let. K diagnostice hraniční poruchy osobnosti použili autoři Strukturované klinické interview k diagnostice osobnostních poruch dle DSM IV (SCID-III) a k diagnostice disociativních poruch Strukturované klinické interview pro disociativní poruchy (SCID-D). Prevalence hraniční poruchy osobnosti byla vysoká- 8,5% a zároveň splňovalo 72,5% studentů v této skupině diagnostická kritéria pro některou z disociativních poruch. V kontrolní skupině bez hraniční poruchy osobnosti mělo disociativní poruchu 18,0% studentů, což je rozdíl signifikantně vysoce významný (Sar et al., 2006). Prevalence disociativních poruch ve výši 18,0% u zdravé populace je velmi vysoká, provedeme-li srovnání s ostatními studiemi disociativních poruch u zdravé populace ať již s cut-off skóre 20 či 30 bodů (viz. tab. č. 3).

Vysoká psychiatrická komorbidita mezi hraniční poruchou osobnosti a disociativními poruchami může mít několik vysvětlení. Může to být vlivem společných rizikových faktorů (trauma/zneužívání v dětství) nebo jedna z poruch může být rizikovým faktorem pro poruchu druhou anebo to může být neostrými hranicemi a překrýváním se těchto dvou diagnóz. (Sar et al., 2006).

Mírou disociace u pacientů s panickou poruchou se zabýval Gulsun et al. (2007). U 35 pacientů s panickou poruchou (s nebo bez agorafobie) byla průměrná míra disociace dle škály DES 30,3 bodů. Klinicky významné bylo sledování odpovědi na léčbu paroxetinem u pacientů s vyšší mírou disociace (nad 30 bodů) a pacientů s nižší mírou disociace (pod 30 bodů). U pacientů s nižší mírou disociace byl efekt léčby a pokles anxiety signifikantně významnější (Gulsun et al., 2007).

Studie Ball et al. (1997) přináší značně odlišné výsledky od studie předchozí a to zejména v míře disociace. Průměrné DES skóre u pacientů s panickou poruchou bylo 2,36 (SD = 4,85) a žádný z pacientů s panickou poruchou neměl DES skóre vyšší než 20 bodů, které autoři zvolili jako cut-off skóre pro vysokou míru disociace. Korelace mezi mírou disociativních symptomů a symptomů úzkosti a deprese nebyla průkazná ve vztahu

k aktuální míře úzkosti, ale pozitivně korelovala s úzkostí charakteru sociální fobie a úzkosti v rámci charakteristik osobnosti. U celkového vzorku pacientů s úzkostnými poruchami byla prokázána významná korelace mezi mírou komorbidní deprese a příznaky disociativními. Autoři upozorňují na možnost přímého vlivu deprese v odpovědích na některé položky dotazníku DES (např. zahledění se před sebe nebo neuvědomování si toho, co bylo řečeno). Pokud by se tato hypotéza potvrdila, bylo by nutné ji brát v úvahu při interpretaci DES skóre u depresivních pacientů. Navzdory vysoké prevalenci derealizace při panických atakách byla celková míra jiných disociativních příznaků nízká, na rozdíl od pacientů s posttraumatickou stresovou poruchou. Jako vysvětlení nabízí autoři (Ball et al., 1997) hypotézu, že se disociační příznaky objevují více v návaznosti na trauma nežli ve vztahu k úzkosti.

V naší studii (Pastucha, 2009b) jsme zkoumali vztah disociace a anxiety u pacientů s panickou poruchou a u zdravé populace. I přes vyšší průměrné skóre v dotazníku DES u pacientů s panickou poruchou než u kontrolní populace ($21,45 \pm 25,52$ vs. $14,45 \pm 13,6$) nebyl tento rozdíl statisticky významný. Pacienti s panickou poruchou však měli v porovnání se zdravými subjekty frekventněji vysoké disociativní skóre s cut-off skóre více než 30 bodů (10 z 41) vs (4 z 66). Míra disociace měřená škálou DES pozitivně korelovala s mírou subjektivní úzkosti (dotazník BAI), nikoli však s mírou deprese (dotazník BDI-Ia).

Je otázkou, zdali jsou disociativní stavy jako je depersonalizace a derealizace komponentami anxiety anebo jsou samostatnými příznakovými konstrukty (Hunter et al., 2004; Raszka et al., 2008a).

V současné literatuře je relativně málo metodologicky kvalitních studií, které se věnují disociaci u pacientů s depresivní poruchou. Studii na vzorku české populace realizoval Bob et al. (2005). Do studie autoři zařadili 70 pacientů s depresivní fází (včetně 7 pacientů s depresivní epizodou bipolární afektivní poruchy). Byly použity dotazníky BDI-II, DES, SDQ. Pro stanovení vysoké míry disociativních příznaků byly zvoleny cut-off skóre 25 bodů v případě dotazníku DES a 40 bodů u dotazníku SDQ. U 34,2% depresivních pacientů se vyskytlo vyšší bodové hodnocení stupně

disociace alespoň v jednom z použitých dotazníků, což je velmi vysoký výskyt disociace ve srovnání se zdravou populací (Bob et al., 2005).

Pozitivní korelace disociace a depresivních příznaků u normální populace je potvrzena celou řadou studií (např. Mulder et al., 1998; Sar, 2007; Maaranen, 2006). Tyto studie prokazují vysokou komorbiditu depresivních a disociativních příznaků a to na vzorku populací původně bez diagnostikovaných psychických onemocnění.

Studie provedená Oedegaardem et al. (2008) u 42 pacientů s depresivní fází zjistila průměrné skóre na škále DES 9,0 bodů a 5,7 bodů na škále DES- T (Oedegaard et al., 2008).

Studie na naší populaci (Bob, 2001) u 22 pacientů s dg. depresivní fáze neprokázala statisticky signifikantní pozitivní korelaci mezi škálami DES a BDI-II, avšak při vyšších hodnotách ve škále BDI-II míra disociace narůstala. Při hodnotě BDI- II ≥ 30 byl median DES 16,58 a při hodnotě BDI-II ≥ 40 byl median DES roven 22,36 (Bob, 2001).

Fenoménem disociace u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou v podmínkách otevřeného oddělení se systematickou kognitivně behaviorální terapií se zabývá M. Raszka a J. Praško (Raszka et al., 2009a, Praško et al, 2009b; Praško et al., 2008). 47 pacientů s OCD dosahovalo průměrného skóre disociace 12,86 bodů ($\pm 11,15$). Při rozdělení pacientů na ty, kteří měli nižší (< 12 bodů) a vyšší (> 12 bodů) skóry v dotazníku DES dosahovali ti s menší mírou disociativních příznaků po léčbě častěji nízké skóry ve výsledném CGI. To naznačuje, že vyšší míra disociace může predikovat nižší úspěšnost KBT léčby (Praško et al., 2008).

2.6 Disociace a sociodemografické faktory

2.6.1 Věk

Negativní korelace mezi věkem a mírou disociace byla zjištěna u všeobecné populace pomocí škály DES (Akyüz et al., 1999, Ross et al., 1993). Naopak finská studie (Maaranen, 2006) závislost míry disociace a věku nepotvrdila.

Vztah mezi patologickou disociací a věkem se neprokázal opět ve studii Maaranena (Maaranen, 2006), naopak ve studii Seedata (Seedat et al., 2003) se skóre patologické disociace snižovalo s vyšším věkem.

2.6.2 Pohlaví

Metaanalýza shrnující výsledky 19 studií (Van Ijzendoorn, Schuengel, 1996) neprokázala v závislosti na pohlaví rozdíl v míře disociace, a to ani u disociace celkové (škála DES), ani u disociace patologické (škála DES T). Naopak Maarenova studie (Maaranen, 2006) prokázala vyšší míru disociace u žen, zatímco patologická disociace nebyla pohlavím ovlivněna. Ve studii Seedata (Seedat et al., 1990) však byla u mužů zastoupena patologická disociace ve vyšší míře než u žen.

2.6.3 Vzdělání, inteligence

Vzdělání nemá na míru disociativních symptomů ve všeobecné populaci vliv (Ross et al., 1990). Stejně tak u pacientů s disociativní poruchou nebyly zamenány abnormality ani v celkovém inteligenčním quocientu, ani v jednotlivých subtestech Wechslerova inteligenčního testu (WAIS-R) (Rossini, Schwartz, Braun, 1996). Van Ijzendoorn, Schuengel (1996) podrobili analýze 6 studií s daty zohledňujícími vzdělání a disociaci a na škále DES nepotvrdili signifikantně významnou korelaci mezi stupněm vzdělání a DES skóry. Pouze u jedné studie (Dunn et al., 1993) provedené na populaci pacientů hospitalizovaných pro závislost na psychoaktivních látkách se prokázala nízká negativní korelace vzdělání a míry disociace ($p < 0,05$), neboli vyšší úroveň vzdělání mírně korelovala s nižšími skóry DES. Ve stejné studii (Dunn et al., 1993) byla zjištěna vysoce signifikantní korelace mezi vyšším IQ a nižšími skóry DES. Autoři nabízejí vysvětlení, že minimálně středoškolské vzdělání je potřebné k porozumění položkám dotazníku DES. Nižším vzděláním pak vysvětlují i vyšší skóry disociace u afroamerické populace.

2.7 Terapie disociativních poruch

Ve většině případů disociativních stavů dochází k jejich spontánní úpravě, někdy však potíže chronifikují nebo se opakují v různých časových intervalech.

2.7.1 Farmakoterapie

U disociativních poruch chybí kontrolované prospektivní studie o účinnosti jednotlivých psychofarmak. Od roku 1989 bylo provedeno pouze 10 retrospektivních, nerandomizovaných, nekontrolovaných studií. Psychofarmaka se vzhledem k vysoké komorbiditě disociativních poruch s dalšími psychickými poruchami podávají symptomaticky. Pozitivní korelaci mezi intenzitou disociativních, úzkostných a depresivních příznaků u pacientů s disociativní poruchou potvrdila i naše studie (Pastucha et al., 2009c). Doporučuje se léčit depresivní, úzkostné a psychotické příznaky pomocí antidepresiv či antipsychotik (Betts, Boden, 1992; Bowman et al., 2001; Donofrio 2000; Gates et al. 1991; Kanner et al., 2001; Látalová et al., 2009). Ke snížení napětí nebo úzkosti mohou být krátkodobě účinná anxiolytika s jejich následným vysazením (vzhledem k riziku návyku). U chroničtějších případů s depresivními příznaky může pomoci antidepresivní léčba. Účinnost antidepresiv však je patrná více na náladě, než na disociativních fenoménech. V poslední době se objevují kazuistiky s použitím moderních antikonvulziv, které fungují jako thymostabilizéry (například lamotrigin) (Látalová, 2009). Podávání stabilizátorů nálady může vést ke snížení emoční lability, zmírnění impulzivity a agresivity zejména u pacientů, kteří zároveň trpí emočně nestabilní poruchou osobnosti. V případě disociativních křečí je otázkou, zdali vysadit antiepileptika u pacientů, u nichž byla epilepsie vyloučena. Oto et al. (2005) zjistili, že vysazení antiepileptické medikace bylo provázeno přechodným zvýšením četnosti záchvatů pouze u 8% pacientů. U většiny nedocházelo k nežádoucímu efektu a bylo zaznamenáno snížení frekvence záchvatů. K tvrzení, že vysazení antiepileptik je bezpečnou metodou, která pacientům prospěje (s pozitivním ekonomickým důsledkem), by bylo potřebné zopakování studie.

Psychofarmaka se tedy podávají spíše symptomaticky, jejich skutečná efektivita je však nejasná, protože nebyl prováděn systematický výzkum.

Spíše historický význam má dnes metoda amobarbitalového interview, která spočívala v intravenózní aplikaci krátkodobě působících barbiturátů, benzodiazepinů nebo thiopentalu (Cloninger, 1993). Cílem bylo pod vlivem hypnotik narušit disociativní bariéru a umožnit kontakt s disociovanými obsahy. V současnosti se tato metoda nepoužívá.

2.7.2 Psychoterapie

Základní podmínkou jakékoli terapie u disociativních poruch je podpůrný přístup s vytvořením dobrého terapeutického vztahu.

Dynamická psychoterapie se snaží pomoci postiženému získat náhled a odstranit emoční poklad pro disociaci. Terapeutické postupy jsou zaměřeny na zlepšení tolerance psychiky vůči stresu a frustraci (vzhledem k vnitřním i vnějším impulsům). To pacientovi umožní opustit maladaptivní obranné psychické mechanismy, které vedou k disociaci nebo konverzi. Zlepšená adaptace pak umožní uvést nevědomé disociované a konvertované psychické obsahy do vědomí s následným vymizením příznaků (Praško, Pastucha in Praško et al., 2010b, str. 620).

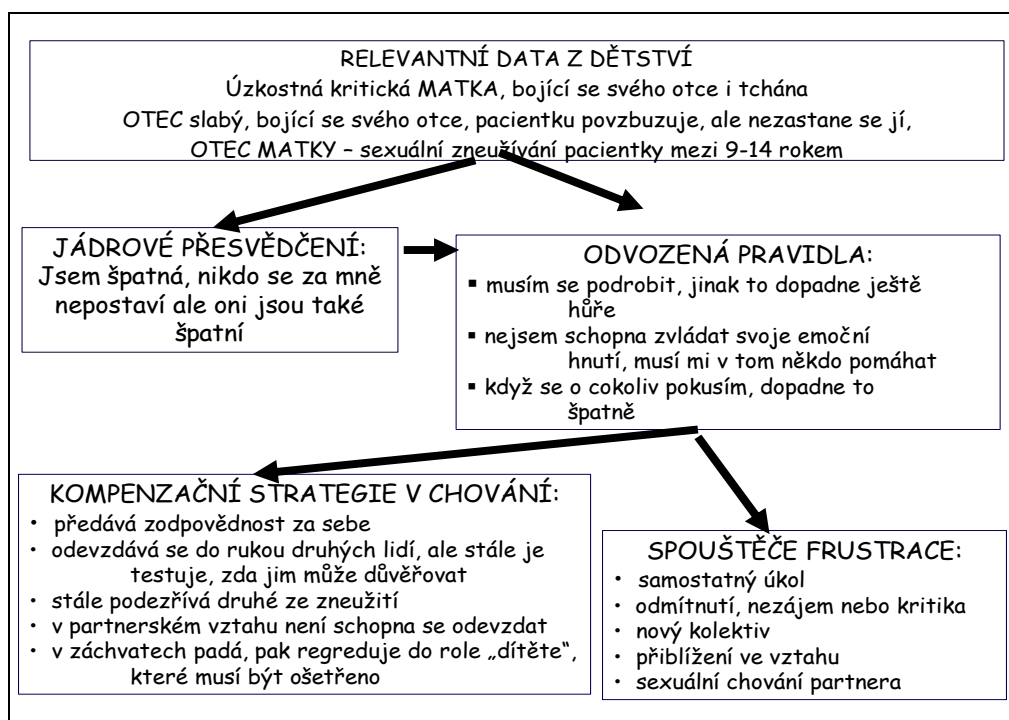
Z psychoanalytických koncepcí disociace vychází využití abreakce, kdy dochází ke znovuprožití traumatické situace v bezpečném terapeutickém rámci. Abreakce však nemusí vést k plnému terapeutickému efektu, neboť konečným cílem léčby není pouze prožití emocí spojených s traumatem, ale i jejich integrace do psychiky a jejich bezpečné zvládnutí (Spiegel, Maldonado, 2003, str. 1460). Proto je namísto doplnit abreakci dalšími technikami, jako je podpora, klarifikace, interpretace, přerámování, konfrontace apod.

Hypnotická psychoterapie nabízí jak možnost abreakce v hypnotickém stavu, tak i možnou redukci symptomů a získání lepšího vhledu. Účinnost 10 sezení hypnózy potvrzuje např. studie Moene et al. (2003). Další terapeutickou možností hypnózy je využití techniky promítacího plátna. Tento přístup umožňuje pacientovi vybavit si oddělené vzpomínky a naučit se zpracovat emoce, které jsou k nim vázané (Spiegel a Spiegel, 1978). V hypnóze si pacient vybavuje traumatickou událost jako

by se na ni díval na promítacím plátně. Projekce na plátno bývá jednodušší pro ty pacienty, kteří si u běžné hypnózy nejsou schopni vybavít traumatické vzpomínky a emoce. To, že se traumatizující událost odehrává projikovane na imaginárním plátně, umožňuje její zkoumání a vybavování s menší mírou subjektivně vnímaných ohrožujících pocitů. Zároveň lze například imaginárně rozdělit promítací plátno na poloviny s paralelním dějem, kdy na jedné polovině se odehrává traumatizující událost a na druhé děj, který před traumatem chrání a pomáhá tak pacientovi se s traumatem lépe vyrovnat (Herman et al., 2004).

U disociativních poruch byla popsána řada kasuistik a jedna kontrolovaná studie, které ukazují na užitečnost kognitivně behaviorální terapie (Chalder 1996, Goldstein et al. 2004). Základním cílem kognitivně behaviorální terapie disociativních poruch je pomoci pacientovi integrovat fragmentované konflikty, zážitky, emocionální stavy a integrovat části své osobnosti. Terapie krok za krokem pomáhá uvědomit si reálné minulé i aktuální problémy, pomocí emocionální rekonstrukce je propojit s emocionálními stavy a pak systematicky hledat cestu k řešení aktuálních problémů. Základem terapie je důvěryhodný terapeutický vztah, umožňující postupně pojmenovat bolestné zážitky, kterým se pacient během rozvoje disociativní poruchy kognitivně a emocionálně vyhýbal. V průběhu KBT dochází k propracování traumatických událostí, je využívána imaginace, relaxační techniky, systematická desenzibilizace a biofeedback. Vizualizace umožňuje propojit vzpomínky s disociovanými emocionálními reakcemi a zpravidla vede k silné abreakci. Často je potřebné pacienta naučit dovednostem, které umožní řešit současné problémy a konflikty, jež souvisí s rozvojem disociativní poruchy nebo s jejím udržováním (např. nácvik komunikace) (Praško et al., 2010b, str. 621).

Schéma č. 4: KBT formulace případu u 21leté dívky trpící disociativními křečemi (podle Praško et al., 2010b)



Základní kroky KBT u disociativních poruch jsou následující (podle Praško et al., 2010b):

- behaviorální, kognitivní a funkční analýza (detailní popis běžného záchvatu: spouštěče, kognice, emoční stavy, zabezpečovací a vyhýbavé chování, modulátory, bezprostřední důsledky; dlouhodobé důsledky: vliv na životní styl, rodinnou situaci, pracovní situace, vztahy; hlubší postoje- kognitivní schémata),
- edukace týkající se kognitivního a emocionálního vyhýbání jako udržovacích faktorů a o možnostech terapeutické intervence,
- monitorování disociovaných stavů a spouštěčů frustrace, modifikujících faktorů a problémů v životě,
- kontrola spouštěčů: vyhnutí se nebo jejich lepší zvládnání,
- změna chování: kontrola dechu, relaxace, expozice, nácvik dovedností: sociální, kognitivní rekonstrukce, nácvik řešení problémů,

- expozice: spouštěčům, iniciálním příznakům, traumatickým vzpomínkám (imaginace, hraní rolí, dopisy),
- posílení rozpomínání na klíčové životní události a změny, porozumění nárokům na sebe a druhé, zmapování konfliktů a zranění, prodělaných stresových situací, vnitřních rozporů a tendencí,
- emocionální propracování konfliktů a zranění (psaní terapeutických dopisů, hraní rolí, práce v imaginaci,
- kognitivní restrukturalizace (změna schémat v kognicích, emočních stavech, chování)

Výsledky získané z prospektivní otevřené studie (Goldstein et al., 2004) u pacientů s disociativními křečemi ukazují, že 12 sezení KBT vedlo k významnému snížení frekvence záchvatů a zlepšení psychosociálního fungování pacientů. V této studii došlo k významné redukci frekvence disociativních záchvatů (nejméně o 50%) u 13 ze 16 pacientů, kteří léčbu dokončili. U 4 pacientů záchvaty úplně vymizely na konci léčby i v půlroční katamněze a u dalších 3 pacientů za měsíc po akutní léčbě i v půlroční katamněze. Významné bylo zlepšení psychosociálního fungování, které bylo patrné ve fungování v práci, doma a ve volném čase jak na konci léčby, tak v katamněze. Snížilo se vyhybavé chování, celková úzkostnost i skóry deprese. I když se náhled účastníků na možné emocionální příčiny disociativních záchvatů příliš nezměnil, významně ustoupilo jejich přesvědčení o somatické příčině potíží, což korespondovalo se zlepšením pracovního a sociálního přizpůsobení hodnoceného IPQ dotazníkem (Illness perception questionnaire). Dále došlo ke zvýšení přesvědčení o vlastní schopnosti kontrolovat záchvaty, zlepšila se pracovní schopnost, 5 pacientů, kteří na počátku nepracovali pracovat začalo. Ekonomický benefit byl v i tom, že během studie byla u všech ukončena zbytečná antiepileptická léčba.

3. Cíl práce

Cílem studie je stanovit míru disociativních příznaků u zdravé populace, pacientů s depresivní poruchou, disociativní poruchou, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou a hraniční poruchou osobnosti. Dalším cílem je zjistit, zda se jednotlivé diagnostické kategorie mezi sebou ve skórech disociace liší, zda skóry disociace u těchto diagnostických skupin souvisí se sociodemografickými faktory (věk, pohlaví, vzdělání), mírou úzkosti, deprese či obsedantně kompulzivní symptomatologie (v případě pacientů s OCD).

Sekundárním cílem naší studie je ověřit koncept patologické disociace.

4. Metodika

4.1 Charakteristiky souboru a design studie

4.1.1 Design studie

Výzkumu se celkově zúčastnilo 432 osob, do studie bylo zařazeno 188 pacientů a 209 kontrolních osob ve věku 17- 66 let. Při sběru dat nebyli účastníci stratifikováni a to ani z hlediska pohlaví, věku, vzdělanosti, místa bydliště. Účast ve studii byla dobrovolná, účastníci byli písemně informováni o účelu sběru dat a anonymitě respondérů. Při administraci dotazníků bylo uvedeno, že odpovědi nemají charakteristiky dobrých či špatných odpovědí, na vyplnění bylo poskytnuto libovolné množství času. Při vyplňování dotazníků respondéři uvedli věk, pohlaví a vzdělání. Všichni účastníci podepsali informovaný souhlas. Vyplnění dotazníků probíhalo v přítomnosti administrátora, který v případě nejasností poskytl respondentovi vysvětlení. Všechny vyplněné dotazníky byly zařazeny do výzkumu. Pro neúplně či nesprávně vyplněné dotazníky jich bylo z analýzy dat celkem 35 vyloučeno a tyto nejsou ve výsledcích nijak zohledněny. Sběr dotazníků probíhal od května 2007 do prosince 2009. Dotazníky byly administrovány ve 2 psychiatrických ambulancích v Olomouci, v psychiatrické ambulanci Psychiatrického centra Praha, v psychiatrické ambulanci ve Valašském Meziříčí a na otevřeném odd. Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc a Psychiatrického centra Praha.

Diagnózy byly stanoveny zkušeným atestovaným psychiatrem podle výzkumných diagnostických kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10, 1996).

4.1.2 Charakteristiky zkoumaného klinického vzorku

Všem pacientům s psychiatrickou diagnózou byly administrovány dotazníky Škála disociativních zkušeností (DES), Beckův inventář deprese (BDI) a Beckův inventář úzkosti (BAI), pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou navíc vyplnili dotazník Y-BOCS.

4.1.2.1 Vstupní kritéria pro pacienty:

a) Vstupním kritériem zkoumaného klinického vzorku byla aktuální přítomnost potíží při jednom z těchto typů onemocnění a splnění výzkumných diagnostických kritérií dle klasifikace MKN- 10 (1996):

Depresivní fáze středně těžká (F 32.1 nebo F 33.1),

Disociativní porucha jakéhokoli subtypu (F 44),

Panická porucha (F 41.0,)

Obsedantně kompulzivní porucha (F42),

Emočně nestabilní porucha osobnosti- hraniční typ (F 60.3).

b) Věk 17-80 let

c) Muži a ženy

V případě depresivní fáze byli zařazeni jak pacienti s první epizodou deprese, tak i pacienti s periodickou depresivní poruchou s aktuální depresivní fází.

Byla použita obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro F32 depresivní epizodu (Smolík, 1996):

G1. Depresivní epizoda by měla trvat alespoň 2 týdny

G2. V průběhu života jedince se nikdy nevyskytly příznaky, které by stačily k naplnění kritérií pro hypomanickou nebo manickou epizodu

G3. Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou

Hodnocení závažnosti deprese popisuje tabulka č. 4 (zařazeni byli pouze pacienti se středně těžkou depresivní fází).

Tabulka č. 4 : Hodnocení závažnosti deprese (podle Smolík, 1996):

LEHKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA	STŘEDNĚ TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA	TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA BEZ PSYCHOTICKÝCH PŘÍZNAKŮ	TĚŽKÁ DEPRESIVNÍ EPIZODA S PSYCHOTICKÝMI PŘÍZNAKY
A. Obecná diagnostická kritéria pro depresivní epizodu:			
G1. Trvání alespoň 2 týdny			
G2. V průběhu života se nikdy nevyskytly příznaky hypomanie nebo mánie			
G3. Není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou			
B. Musí být přítomny z následujících příznaků:			
alespoň dva	alespoň dva	všechny tři	všechny tři
(1) depresivní nálada v míře jednoznačně abnormální pro daného jedince, přítomna po většinu dne a téměř každý den a trvající alespoň 2 týdny			
(2) ztráta zájmu nebo potěšení při aktivitách, které jsou normálně příjemné			
(3) pokles energie nebo zvýšená unavitelnost			
C. Z následujícího seznamu přídatných symptomů musí být přítomny:			
Jeden nebo více	alespoň šest	alespoň osm	alespoň osm
(1) ztráta sebevědomí nebo sebeúcty			
(2) bezpředmětné prožívání výčitek proti sobě samému nebo pocitů nadměrné a bezdůvodné viny			
(3) opakované myšlenky na smrt nebo sebevraždu nebo jakékoli suicidální chování			
(4) stížnosti nebo důkazy svědčící o snížené schopnosti myslet nebo soustředit se, o nerozhodnosti nebo váhavosti			
(5) změna psychomotorické aktivity s agitovaností nebo zpomalením (subjektivně nebo objektivně)			
(6) poruchy spánku jakéhokoliv typu			
(7) změna chuti k jídlu (snížení nebo zvýšení) s odpovídajícími změnami hmotnosti			
D. Kterýkoli z následujících okruhů:			
Nesmí být přítomen	nesmí být přítomen	nesmí být přítomen	musí být přítomen
(1) bludy nebo halucinace, jiné než uváděné jako typicky schizofrenní, nejčastěji mají depresivní, sebeobviňující, hypochondrický, nihilistický, paranoidní nebo persekuční obsah			
(2) depresivní stupor			

V případě periodické depresivní poruchy platí tyto obecná kritéria MKN- 10 (podle Smolík, 1996):

G1. V minulosti se vyskytla alespoň jedna depresivní epizoda lehká, středně těžká nebo těžká, která trvala minimálně 2 týdny a byla oddělena od současné epizody obdobím nejméně 2 měsíců prostých jakýchkoli prokazatelných příznaků poruch nálady.

G2. Nikdy v minulosti se nevyskytla epizoda, která splňovala kritéria pro hypomanickou nebo manickou epizodu.

G3. Nejužívanější vylučující podmínka: Epizoda není způsobena užíváním psychoaktivních látek nebo organickou duševní poruchou.

Do naší studie byli zařazeni pouze pacienti se středně těžkou depresivní epizodou splňující tedy podmínky:

A. Jsou splněna hlavní kritéria pro rekurentní depresivní poruchu

B. Současná epizoda splňuje kritéria pro středně těžkou depresivní epizodu

V případě disociativních poruch platí tyto obecná kritéria MKN- 10 (Smolík, 1996):

G1. Nesmí být přítomny žádné známky somatické poruchy, která by vysvětlovala charakteristické příznaky disociativní poruchy, mohou být ovšem přítomny somatické poruchy s jinými příznaky

G2. Existuje přesvědčivá časová souvislost mezi začátkem příznaků poruchy a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami

Pro jednotlivé disociativní poruchy jsou dále specifikovány klinické rysy ve formě specifických kritérií.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro panickou poruchu (podle Smolík, 1996):

A. Jedinec prožije opakované panické ataky, které nejsou v přímé souvislosti s určitou situací nebo objektem a které se často objeví spontánně, tj. epizody nelze předvídat. Panické ataky nesouvisejí s výraznou námahou nebo s expozicí nebezpečným nebo život ohrožujícím situacím.

B. Panická ataka je charakteristická všemi následujícími kritérii:

1. je to ohraničená epizoda intenzivního strachu a nepohody

2. začíná náhle

3. dosahuje maxima během několika málo minut a trvá nejméně několik minut

4. musí být přítomny alespoň čtyři z níže uvedených příznaků, přičemž jeden z nich musí být z a) až d):

Příznaky vegetativního podráždění

a) palpitace nebo bušení srdce nebo zrychlený puls,

b) pocení,

c) chvění nebo třes,

d) sucho v ústech.

Příznaky týkající se hrudníku a břicha

e) obtížné dýchání,

f) pocit zalykání se,

g) bolesti nebo nepříjemné pocity v hrudníku,

h) nauzea nebo břišní nevolnost.

Příznaky týkající se duševního stavu

i) pocit závratě, neklidu, mdloby, točení hlavy,

j) pocity, že objekty nejsou reálné (derealizace) nebo že jedinec je mimo (depersonalizace),

k) strach ze ztráty kontroly, „zešílení“, ztráty vědomí,

l) strach ze smrti.

Celkové příznaky

m) návaly horka nebo chladu

n) pocity znecitlivění nebo mravenčení.

C. Nejběžněji užívané vylučovací podmínky: Panické ataky nejsou způsobeny somatickou poruchou, organickou duševní poruchou nebo jinými duševními poruchami, jako jsou schizofrenie a příbuzné poruchy, poruchy nálady nebo somatoformní poruchy

Diagnostická kritéria MKN-10 pro obsedantně kompulzivní poruchu (podle Smolík, 1996):

A. Obsese nebo kompulze jsou přítomny po většinu dní po dobu nejméně 2 týdnů

B. Obsese a kompulze mají sdílet následující projevy, které musí být přítomny všechny:

1) Jsou považovány pacientem za jeho vlastní, nikoli za vnucené nějakou jinou osobou nebo vnějším působením

2) Jsou opakované a nepříjemné a musí být přítomna nejméně jedna obsese nebo kompulze, která je pacientem považována za nepřiměřenou nebo nesmyslnou

3) Pacient se jim pokouší čelit, i když odpor vůči dlouhodobým obsesím nebo kompulzím může být minimální. Musí být přítomna nejméně jedna obsese nebo kompulze, kterým se pacient snaží neúspěšně čelit

4) Prožitek obsedantní myšlenky nebo provedení kompulzivního činu nejsou samy o sobě příjemné. Měly by se rozlišovat od dočasného uvolnění napětí nebo úzkosti.

C. Obsese nebo kompulze působí těžkosti nebo ruší pacientovo sociální nebo individuální konání většinou tím, že zabírají čas.

D. Nejběžněji užívané vylučovací podmínky: Obsese nebo kompulze nejsou projevem jiných duševních poruch, jako jsou schizofrenie a příbuzné poruchy nebo poruchy nálady

Diagnostická kritéria MKN-10 pro emočně nestabilní poruchu osobnosti- hraniční typ (podle Smolík, 1996):

A. Musí být splněna obecná kritéria pro poruchu osobnosti

B. Musí být splněny nejméně tři příznaky z:

a) tendence jednat neočekávaně a bez uvážení následků,

b) tendence k nesnášenlivému chování a ke konfliktům s ostatními,

c) sklon k výbuchům hněvu nebo zuřivosti s neschopností kontrolovat následné explozivní chování,

d) obtíže se setrváním u jakékoli činnosti, která nenabízí okamžitý zisk,

e) nestálá a nevypočitatelná nálada; spolu s nejméně dvěma z následujících:

- 1) narušená a nejistá představa o sobě samém, cílech a vnitřních preferencích, včetně sexuálních
- 2) sklon k zaplétání se do intenzivních a nestálých vztahů, které často vedou k emočním krizím
- 3) přehnaná snaha vyhnout se odmítnutí
- 4) opakované nebezpečí nebo realizace sebepoškození
- 5) chronické pocity prázdnoty

4.1.2.2 Vylučovací kritéria pro pacienty:

- a) Přítomnost jiné duševní poruchy nespadající do žádné z vybraných skupin
- b) Splnění kritérií pro více než jedno z vybraných skupin onemocnění
- c) Závažné tělesné onemocnění

4.1.3 Charakteristiky kontrolního souboru

Kontrolní soubor byl tvořen pacienty stomatologické ambulance v Přerově. U těchto respondentů byl administrován pouze dotazník DES a to za přítomnosti vyškolené zdravotní sestry.

Vylučovacím kritériem byla přítomnost jakékoli duševní poruchy jak v současnosti, tak i v anamnéze.

4.2 Použité metody

4.2.1 Škála disociativních zkušeností DES

The Dissociative Experiences Scale (DES) (Bernstein a Putnam, 1986; Carlson, Putnam, 1991, 1993) (příloha č. 1) je 28 položkový dotazník určený ke skrínungu disociativních příznaků. Je nejpoužívanějším dotazníkem používaným k měření míry disociace pro výzkumné i klinické účely. Respondent na vizuální analogové stupnici označuje, jak často zažívá disociativní příznaky (v procentech času).

Je to zatím jediný nástroj k měření disociace, pro který existuje standardizovaná česká verze (Bob, 2000). Vnitřní konsistenci, validitu a strukturu jednotlivých faktorů české verze dotazníku DES potvrdila studie Ptáčka et al. (2007) na vzorku 783 dospělých subjektů ze tří skupin (pacienti s epilepsií, s depresí a z normální populace).

Škála DES prokázala vnitřní konzistenci (Cronbachova alfa) 0,93 a to v metaanalýze 16 studií (van Ijzendoorn a Schuengel, 1996), případně 0,95 ve studii Frischholze et. al. (1990). Test- retestová stabilita prokazuje vysokou spolehlivost 0,93 (Frischholz et al., 1990).

Za účelem skríningu disociativních poruch různí autoři navrhli různé hodnoty cut-off skóre jako hranici vysoké míry disociace. V naší studii jsme za hodnotu cut-off skóre použili hodnotu 20 a 30 bodů.

4.2.2 Škála disociativních zkušeností Taxon DES-T

The Dissociative Experiences Scale Taxon (DES-T) byla vyvinuta k odlišení patologické disociace (Waller et al., 1996, Waller, Ross, 1997) a obsahuje položky 3,5,7,8,12,13,22 a 27 dotazníku DES. Tyto položky hodnotí alteraci identity, depersonalizaci, derealizaci, narušení pozornosti-uvědomování si, disociativní amnézii a sluchové halucinace. Za optimální hodnotu cut-off skóre v dotazníku DES-T je pokládána hodnota 20 bodů (Waller et al., 1996, Waller a Ross, 1997), kterou jsme použili i v naší studii.

4.2.3 Beckův inventář deprese BDI

Beck Depression Inventory (BDI IA) (příloha č. 2) je 21 položkový sebesposuzovací dotazník deprese (Beck et al., 1988) vztažený k období posledního týdne. Každá položka obsahuje 4 alternativní odpovědi. Vybírá se jedna z nich, která nejlépe odpovídá pacientovým současným pocitům a myšlenkám. Skórování je následující: položky A – 0 bodů, B – 1 bod, C – 2 body, D – 3 body. Čím vyšší je celkové skóre, tím vyšší je míra depresivity.

Pro klinicko – diagnostickou praxi byly vytvořeny tyto normy:

0 – 9.....normální nálada

10 – 18.....mírná deprese

19 – 29.....střední deprese

30 – 63.....silná deprese

Korelace Beckova inventáře deprese s ostatními standardizovanými škálami deprese se pohybuje kolem 0,70, vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) se pohybuje od 0,73- 0,95 (Domino G., Domino M.L., 2006, str. 191).

4.2.4 Beckův inventář úzkosti BAI

Beck Anxiety Inventory (BAI) (příloha č. 3) (Beck, Emery, 1985) je 21 položkový sebesposuzovací dotazník vztažený k období posledního týdne. Každá otázka má stejné možnosti 4 odpovědí, které vystihují intenzitu potíží a jsou seřazeny ve sloupcích. Tyto možnosti jsou: vůbec- 0 bodů, mírně (moc mě to nerušilo)- 1 bod, středně (bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet)- 2 body, vážně (stěžím jsem to vydržel)- 3 body.

Součet bodů vyjadřuje intenzitu úzkosti:

7 minimální úzkost

8- 15 mírná úzkost

16- 25 střední úzkost

26- 63 silná úzkost

Skóry dotazníku BAI mají střední až vysokou konvergentní validitu s dotazníky a škálami úzkosti (>0,5) (Steer, 2008), vnitřní konzistence (Cronbachova alfa) dotazníku BAI je 0,93 (Magán et al., 2008).

4.2.5 Y- BOCS

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-Bocs) (příloha č. 4) (Goodman et al., I, II, 1989) je hodnotící škála založená na interview mezi hodnotitelem a subjektem. Obsahuje 10 položek, každá hodnocená na stupnici od 0 (bez příznaků) do 4 (extrémní intenzita příznaků). Celkové skóre se pohybuje v rozmezí od 0 do 40 bodů. 5 otázek se zaměřuje na obsedantní myšlenky a 5 na kompulzivní projevy, subskóry vyjadřují intenzitu přítomných obsesí nebo kompulzí.

Celkové skóre vyjadřuje intenzitu obsedantně kompulzivních příznaků:

0- 7 klinicky nevýznamné

8- 15 mírné

16- 23 střední

24- 31 vážné

32- 40 extrémní

4.3 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl proveden v souladu s poslední verzí Helsinské deklaráce a doporučeními pro Dobrou klinickou praxi (Guideline for Good Clinical Practice; EMEA, 2002).

4.4 Hypotézy

Před zahájením studie jsme stanovili nulové a alternativní hypotézy.

Nulové hypotézy:

N-1: Skóry disociace se neliší mezi pacienty a zdravými kontrolami;

N-2: Není rozdíl mezi skóry disociace mezi jednotlivými diagnostickými kategoriemi;

N-3: Skóry disociace nesouvisí s intenzitou psychopatologie u jednotlivých diagnostických kategorií

N-4: Skóry disociace nesouvisí s věkem

N-5: Skóry disociace nesouvisí s pohlavím

N-6: Skóry disociace nesouvisí s dosaženým vzděláním.

Alternativní hypotézy:

A-1: Pacienti s psychickými poruchami (depresivní poruchou, disociativními poruchami, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou a hraniční poruchou osobnosti) trpí v průměru vyšší mírou disociace, než osoby v kontrolním souboru;

A-2: Jednotlivé diagnostické skupiny se mezi sebou v skórech disociace liší:

A-2a) pacienti s disociativními poruchami mají vyšší skóry disociace než kontrolní soubor a než pacienti s depresivní poruchou, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou;

A-2b) pacienti s hraniční poruchou osobnosti mají vyšší skóry disociace než kontrolní soubor a než pacienti s depresivní poruchou, panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou;

A-2c) pacienti s disociativními poruchami mají vyšší skóry disociace než pacient s hraniční poruchou osobnosti;

A-2d) vysoké skóry disociace se objevují častěji u pacientů s disociativní poruchou a hraniční poruchou osobnosti než u ostatních hodnocených psychických poruch;

A-3: Skóry disociace souvisí s intenzitou psychopatologie:

A-3a) Skóry disociace souvisí u celého souboru i u jednotlivých diagnostických kategorií se skóry úzkosti;

A-3b) Skóry disociace souvisí u celého souboru i u jednotlivých diagnostických kategorií se skóry deprese;

A-3c) Skóry disociace souvisí u pacientů trpících obsedantně kompulzivní poruchou se skóry obsesí a kompulzí;

A-4: Skóry disociace souvisí s věkem – ve vyšším věku jsou nižší;

A-5: Skóry disociace souvisí s pohlavím – u ženy jsou vyšší

A-6: Skóry disociace souvisí se vzděláním – při vyšším vzdělání jsou nižší.

4.5 Statistické metody

Celkový počet položek od všech kontrol a pacientů dosahuje téměř 15 tisíc hodnot. Data byla transformována na sumy a subškály jednotlivých posuzovacích stupnic, zapisována do předem připravených formulářů a kontinuálně editovaná do paměti počítače. Jsou nyní k dispozici jak v papírové, tak v digitální formě.

Demografická (věk, pohlaví, vzdělání), klinická a měřitelná kvantitativní data (celkové hodnocení v posuzovacích stupnicích DES, BAI, BDI a Y-BOCS) byla analyzována pomocí sloupcové statistiky k vypočtení průměrů, směrodatných odchylek a hodnocení typu rozložení. Typy rozložení demografických a klinických charakteristik byly určeny

pomocí Shapiro-Wilkova W testu. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami pacientů a kontrolami byly hodnoceny pomocí jednoduché ANOVA metody s post hoc Bonferroniho mnohočetným srovnávacím testem, případně pomocí nepárových t -testů v případě normálního rozložení, nebo pomocí Kruskal-Wallisova testu s post hoc Dunnovým mnohočetným srovnáním v případě, že rozložení nemělo normální distribuci. Vztah mezi proměnnými s normální distribucí (u celého souboru a většiny diagnóz věk, BDI, BAI) byl hodnocen Pearsonovou korelační analýzou, zatímco Spearmanova korelační analýza byla užita v případě proměnných s nenormální distribucí (DES a patologický DES u části psychických poruch, výjimečně jiné posuzovací stupnice). Lineární regrese DES skóre jako nezávislé veličiny s BDI, BAI a Y-BOCS jako závislých proměnných byla použita pro identifikaci základních symptomových proměnných, které souvisí s mírou disociace u jednotlivých poruch.

U kvalitativních dat byly určeny četnosti jednotlivých hodnot, pro porovnávání četnosti v jednotlivých skupinách byl použit chi-kvadrát test nebo Fisherův exaktní test.

Výsledky byly považovány za významné pokud dosáhly 5% hladiny statistické významnosti. Všechny analýzy byly provedeny pomocí statistického programu PRISM-3. Důležité výsledky statistického hodnocení byly pro zpřehlednění editovány do tabulek.

5. Výsledky

5.1 Popisná statistika celého souboru

Dotazníky byly podány celkem 432 osobám, z toho 397 je vyplněné vrátilo. Celkem vrátilo vyplněné dotazníky 123 mužů a 274 žen. Poměr mužů a žen odpovídá rozložení psychiatrické morbidity u emočních a úzkostných poruch v populaci. Z toho 38 osob mělo ukončené základní vzdělání, 247 středoškolské vzdělání a 112 vysokoškolské vzdělání. Průměrný věk celého souboru byl $37,9 \pm 13,33$ let. Bez psychiatrické morbidity bylo 209 osob (kontroly), které se rekrutovaly z náhodně vybraného vzorku osob přicházejících na zubní ošetření. Psychiatrická morbidita byla vyloučena otázkou na psychické problémy v minulosti či současnosti, eventuálně potřebu psychiatrické nebo psychologické léčby. Soubor s vybranými psychiatrickými diagnózami zahrnoval 188 subjektů.

V dotazníku hodnotícím míru disociace DES byl průměrný skóre všech subjektů (pacientů i kontrol) $27,19 \pm 31,59$ bodů. Průměrný skóre v Beckově úzkostném inventáři dosahoval $22,52 \pm 13,88$ bodů a v Beckově depresivním inventáři $18,94 \pm 12,68$ bodů. Průměrný Y-BOCS, hodnocený pouze u pacientů s OCD, dosahoval $20,89 \pm 10,60$ bodů.

Tabulka č. 4: Popisná statistika celého souboru – kontrol a všech diagnóz

	věk	pohlaví		Vzdělání:			diagnóza:					pat			Y-	
		M	Ž	Z	S	V	Ko	De	Di	Pa	OC	Hr	DES	DES	BAI	BDI
Počet	397	274	38	247	112	209	32	32	45	55	24	397	342	186	186	55
Průměr	37,9											27,18	4,792	22,52	18,94	20,89
Standardní odchylna	13,33											31,59	8,766	13,88	12,68	10,60
Normální rozložení	ne											ne	ne	ano	ne	ano

Legenda: M=muž; Ž=žena; Z=základní vzdělání; S=středoškolské vzdělání; V=vysokoškolské vzdělání; Ko=kontroly; De=Depresivní epizoda; Di=Disociativní poruchy; Pa=Panická porucha; OC=Obsedantně kompulzivní porucha; Hr=Hraniční porucha osobnosti; DES=Dissociative Experience Scale; patDES=patologický DES; BAI=Beck Anxiety Inventory; BDI=Beck Depression Inventory; Y-BOCS=Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale

5.2 Rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými skupinami mezi sebou a kontrolami v demografických datech

Do studie bylo zařazeno 188 pacientů. Kritéria pro depresivní poruchu- středně těžkou epizodu (buďto jako první epizoda deprese nebo v rámci periodické depresivní poruchy) splňovalo 32 pacientů, pro disociativní poruchu rovněž 32, pro panickou poruchu 45, pro obsedantně kompulzivní poruchu 55 a pro hraniční poruchu osobnosti 24 pacientů. Ve všech skupinách převažovaly ženy nad muži a dominovalo středoškolské vzdělání.

Tabulka č. 5: Popisná statistika u klinicky morbidních pacientů

	věk	pohlaví M v Ž	vzdělání Z v S v V	DES	pat-DES
Počet hodnocených	188	61 v 127	25 v 121 v 42	188	133
Průměr	35,6			33,46	8,297
Standardní odchylka	12,16			40,16	12,17
Normální rozložení	ano			ne	ne

Tabulka č. 6: Popisná statistika - podle diagnostických okruhů

Kontroly	věk	Pohlaví: M v Ž	Vzdělání: Z v S v V	DES	pat-DES	BAI	BDI	Y- BOCS
Počet hodnocených	209	58 v 151	13 v 126 v 70	209	209			
Průměr	39,98			21,53	2,562			
Standardní odchylka	14			19,57	4,374			
Normální rozložení	ne			ne	ne			
depresivní porucha								
Počet hodnocených	32	10 v 22	11 v 17 v 4	32	32	32	32	
Průměr	44,75			42,89	8,688	24,59	21,75	
Standardní odchylka	12,46			54,87	15,9	15,76	14,41	
Normální rozložení	ano			ano	ne	ano	ano	
Disociativní poruchy								
Počet hodnocených	32	9 v 23	5 v 20 v 7	32	32	31	31	
Průměr	38,78			53,83	11,58	24,94	21,74	
Standardní odchylka	12			39,71	10,54	13,35	12,96	
Normální rozložení	ano			ano	ano	ano	ano	
Panická porucha								
Počet hodnocených	45	12 v 33	3 v 33 v 9	45	45	45	45	
Průměr	36,56			21,04	3,067	25,02	15,96	
Standardní odchylka	11,76			24,73	5,201	13,59	8,821	
Normální rozložení	ano			ano	ne	ano	ano	
OCD								

Počet hodnocených	55	23 v 32	0 v 38 v 17	55		54	54	55
Průměr	31,2			13,11		15,2	12,5	20,89
Standardní odchylka	9,091			13,75		11,86	9,983	10,6
Normální rozložení	ano			ne		ano	ano	ano
Hraniční porucha osobnosti								
Počet hodnocených	24	7 v 17	6 v 13 v 5	24	24	24	24	
Průměr	27,46			63,6	13,21	28,38	31,67	
Standardní odchylka	9,659			48,71	14,64	10,84	10,52	
Normální rozložení	ano			ano	ano	ano	ano	

5.3 Rozdíly podle pohlaví

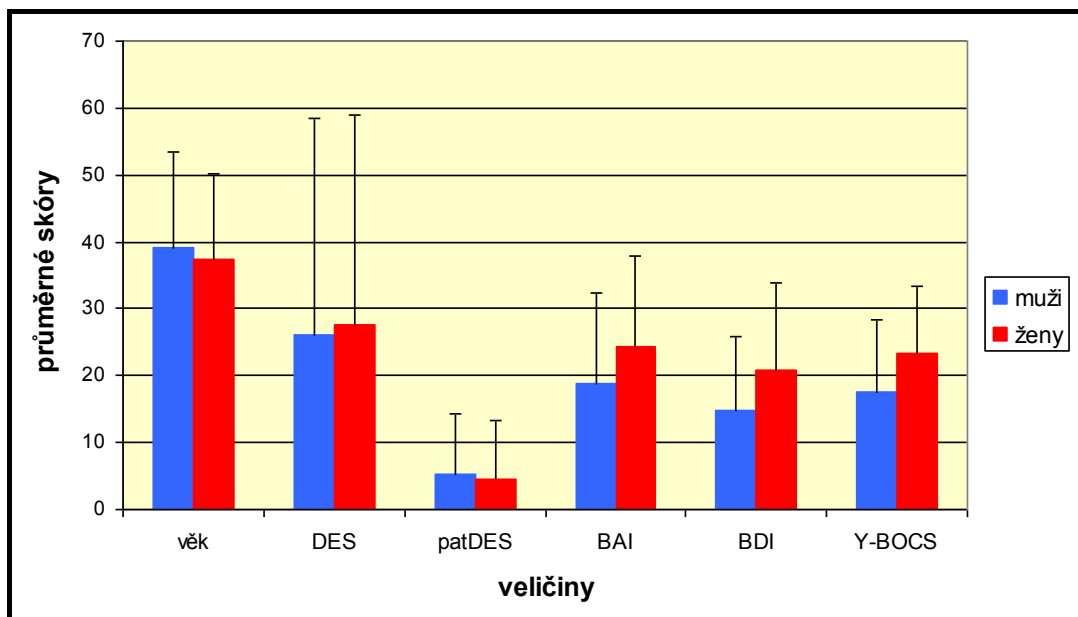
Mezi pohlavími se neobjevil rozdíl v průměrném věku, zastoupení dosaženého vzdělání ani v poměrném zastoupení jednotlivých diagnostických skupin. Rovněž v průměrném skóru disociace hodnoceném DES není mezi muži a ženami statisticky významný rozdíl. Ani průměrné skóry obsesí a kompulzí se mezi pohlavími statisticky významně neliší, i když rozdíl se statistické významnosti již blíží (nepárový t-test: $t=1.972$ $df=53$; $p=0,0538$). Statisticky významný rozdíl se však objevuje v průměrném skóre úzkosti hodnoceném BAI a průměrném skóre deprese hodnoceném BDI – v obou případech ženy dosahují vyšších průměrných skóre.

Tabulka č. 7: Popisná statistika celého souboru rozděleného podle pohlaví

	Muži	Vzdělání:		Diagnóza:				DES	patDES	BAI	BDI	Y-BOCS
		Z v S v V	Ko v De v Di v Pa v OC v Hr									
počet	123	11 v 78 v 34	58 v 10 v 9 v 12 v 23 v 7				123	100	59	59	23	
průměr	39,13						26,01	5,315	18,73	14,68	17,65	
směrodatná odchylka	14,36						32,48	9,107	13,55	11,17	10,66	
normální rozložení	ano						ne	ne	ano	ano	ano	
ženy												
		27 v 169 v										
počet	274	78	151 v 22 v 23 v 33 v 32 v 17				274	242	127	127	32	
průměr	37,35						27,7	4,576	24,28	20,92	23,22	
směrodatná odchylka	12,83						31,24	8,631	13,73	12,89	10,08	
normální rozložení	ano						ne	ne	ano	ano	ano	

statistika	t-test:	chi-square:		Mann	Mann	t-test:	t-test:	
	ns	ns	chi-square: ns	Whitney:	Whitney:	p<	p<	t-test:
				ns	ns	0,05	0,005	ns

Graf č.1: Rozdíly podle pohlaví v jednotlivých veličinách



5.4 Rozdíly podle vzdělání

Při rozdělení do skupin podle nejvyššího dosaženého vzdělání se ukazuje, že se skupiny se základním, středním a vysokoškolským vzděláním statisticky významně neliší v průměrném věku ani poměru zastoupení pohlaví.

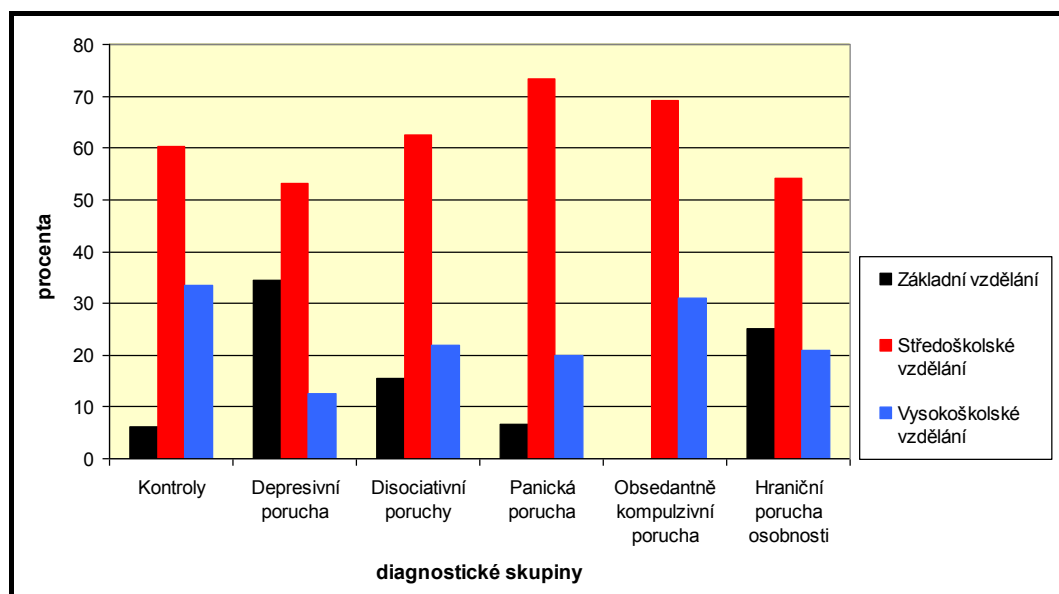
Tabulka č. 8: Popisná statistika podle dosaženého vzdělání v celém souboru

základní	věk	Pohlaví:		Diagnóza:				DES	patDES	BAI	BDI	Y-BOCS
		M v Ž	Ko v De v Di v Pa v OC v Hr									
počet	38	11 v 27	13 v 11 v 5 v 3 v 0 v 6					38	38	25	25	0
průměr	43,21							41,01	8,303	24,4	25,68	
směrodatná odchylna	17,55							48,86	14,48	17,29	14,81	
normální rozložení	ano							ano	ne	ano	ano	
střední												
počet	247	78 v 169	126 v 17 v 20 v 33 v 38 v 13					247	209	121	121	38
průměr	37,36							26,12	4,579	23,06	18,93	22,26
směrodatná odchylna	13,13							30,65	8,18	13,83	12,42	10,47
normální rozložení	ne							ne	ne	ano	ano	ano
vysokoškolské												
počet	112	34 v 78	70 v 4 v 7 v 9 v 17 v 5					112	95	40	40	17
průměr	37,29							24,81	3,858	19,7	14,78	17,82
směrodatná odchylna	11,77							24,68	6,494	11,41	10,3	10,54
normální rozložení	ano							ne	ne	ano	ano	ano
statistika	Kruskal-Wallisův chi-square test: ns		chi-square: p < 0,0001		Kruskal-Wallis test: ns	Kruskal-Wallis ANOVA test: ns	ANOVA: p < 0,005	t-test: ns				

Tabulka č. 9: Rozdíly v diagnostických skupinách podle vzdělání procentuálně

	Kontroly	Depresivní porucha	Disociativní poruchy	Panická porucha	Obsedantně kompulzivní porucha	Hraniční porucha osobnosti
Základní vzdělání	6,22	34,38	15,63	6,67	0	25
Středoškolské vzdělání	60,29	53,13	62,50	73,33	69,09	54,17
Vysokoškolské vzdělání	33,49	12,50	21,88	20,00	30,91	20,83
Celkem	100	100	100	100	100	100

Graf č. 2: Procentuální zastoupení dosaženého vzdělání v jednotlivých diagnostických skupinách v procentech



V dosaženém vzdělání se jednotlivé diagnostické skupiny včetně kontrolního souboru mezi sebou statisticky významně lišily (chi-square, df: 44.99, 10; $p < 0.0001$, počet řad 3, počet sloupců 6). Tento rozdíl jde zejména na vrub statisticky významnému rozdílu v dosaženém vzdělání

a) mezi skupinou kontrol a:

- skupinou trpící depresivní poruchou (chi-square, df: 26.31, 2; $p < 0.0001$; řady 3, sloupce 2);

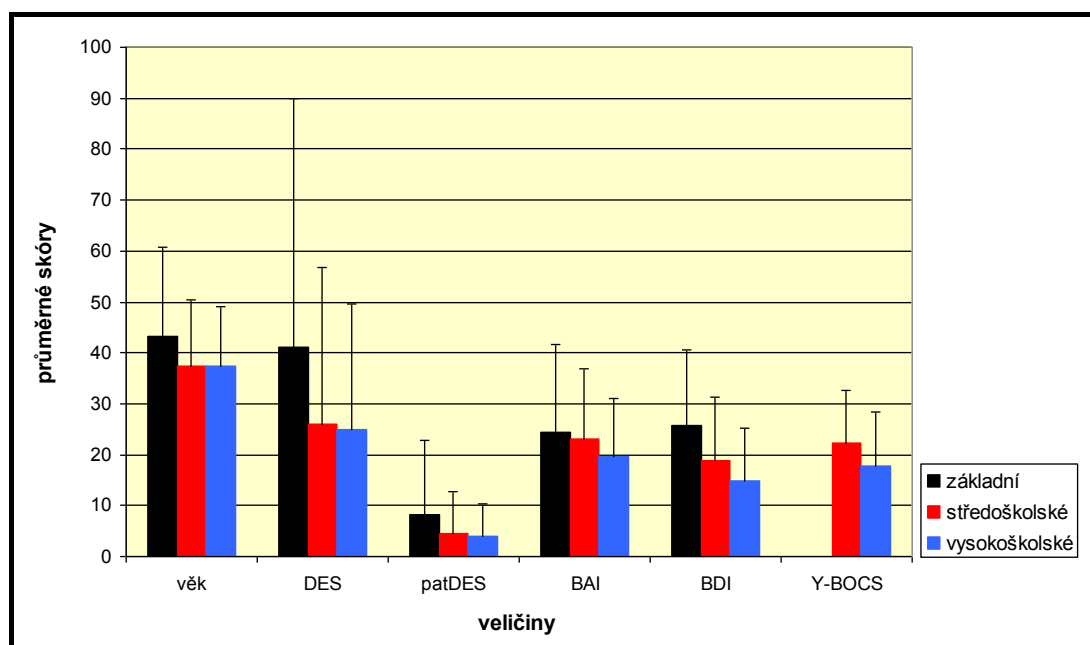
- skupinou trpící hraniční poruchou osobnosti (chi-square, df: 10.52, 2; $p < 0.01$; řady 3, sloupce 2);
b) mezi skupinou trpící depresivní poruchou a:
- skupinou trpící panickou poruchou (chi-square, df: 9.696, 2; $p < 0.01$; řady 3, sloupce 2);
- skupinou trpící obsedantně kompulzivní poruchou (chi-square, df: 22.56, 2; $p < 0.0001$; řady 3, sloupce 2);
c) mezi skupinou trpící disociativní poruchou a:
- skupinou trpící obsedantně kompulzivní poruchou (chi-square, df: 9.324, 2; $p < 0.01$; řady 3, sloupce 2);
d) mezi skupinou trpící obsedantně kompulzivní poruchou a:
- skupinou trpící hraniční poruchou osobnosti (chi-square, df: 14.94, 2; $p < 0.001$; řady 3, sloupce 2);

Pacienti s depresivní poruchou ve srovnání s kontrolním souborem častěji dokončili jen základní vzdělání, podobně pacienti s hraniční poruchou osobnosti. Zdá se tedy, že pacienti s depresivní poruchou a hraniční poruchou jsou statisticky významně méně vzdělaní než osoby z kontrolního souboru. Pacienti s depresivní poruchou dosahují také statisticky významně nižšího vzdělání, než pacienti s panickou poruchou a pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou. Pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou dosáhli navíc také statisticky významně vyššího vzdělání než pacienti s disociativními poruchami a hraniční poruchou osobnosti.

Při porovnání kvantitativních veličin hodnotících skóry disociace (DES) a úzkosti (BAI) nebyly zjištěny rozdíly mezi skupinami rozdělenými podle vzdělání (u DES Kruskal-Wallis test: ns; u BAI ANOVA: ns). Ovšem při porovnání průměrných skóre deprese (BDI) byl zjištěn statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinami rozdělenými podle vzdělání, kdy pacienti s nižším vzděláním dosahují vyšších průměrných skóre v BDI (ANOVA: $F=5,997$; $df=185$; $p < 0,005$), v následném Bonferroniho mnohočetném srovnávacím testu se ukazuje, že za tento rozdíl odpovídají vyšší průměrné depresivní skóre u pacientů se základním vzděláním (při

srovnání s pacienty se středoškolským vzděláním $p < 0,05$; při srovnání s vysokoškolským vzděláním $p < 0,01$). U pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi ve skórech v Y-BOCS u pacientů se středoškolským a vysokoškolským vzděláním (nepárový t-test: ns).

Graf č. 3: Průměry v jednotlivých kvantitativních veličinách podle dosaženého vzdělání



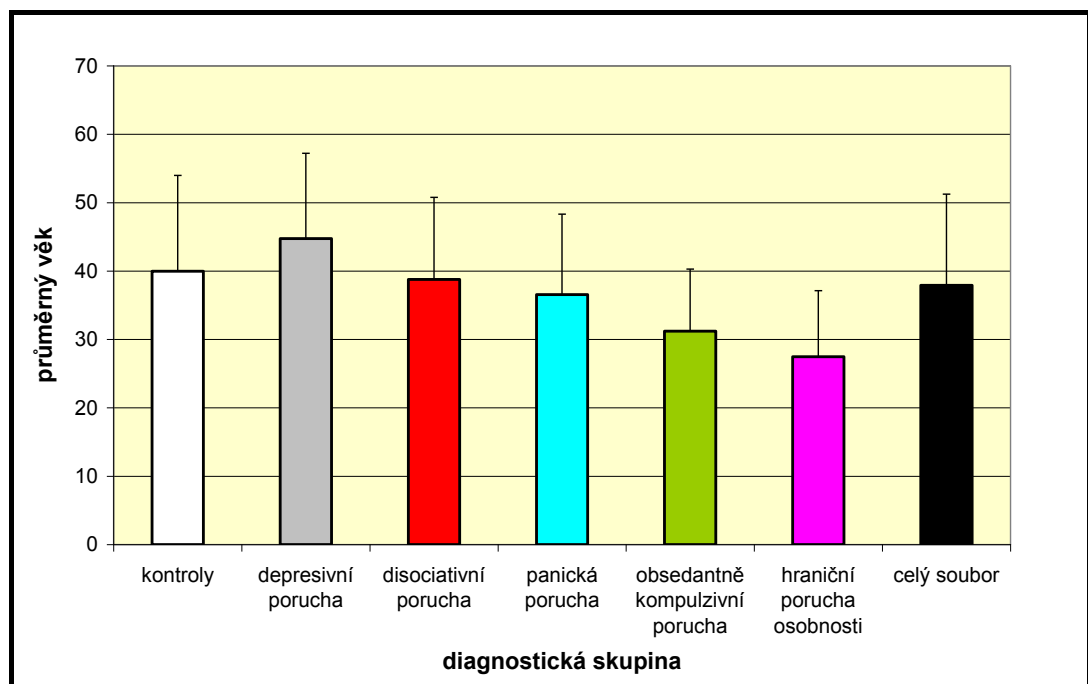
5.5 Rozdíly podle věku

V průměrném věku se kontroly a diagnostické skupiny v celkové kalkulaci všech skupin mezi sebou statisticky významně neliší (ANOVA $f = -23,71$; $df: 143$: ns). V následné post hoc analýze mezi dvojicemi skupin se však objevily statisticky významné rozdíly mezi následujícími skupinami:

- kontrolami a pacienty s obsedantně kompulzivní poruchou (Mann Whitney test: $U = 3655$, $p < 0.0001$);
- kontrolami a pacienty s hraniční poruchou osobnosti (Mann Whitney test: $U = 1182$, $p < 0.0001$);

- pacienti s depresivní poruchou a panickou poruchou (nepárový t-test: $t=2.940$ $df=75$; $p < 0.005$);
- pacienti s depresivní poruchou a obsedantně kompulzivní poruchou (nepárový t-test: $t=5.835$ $df=85$; $p < 0.0001$);
- pacienti s depresivní poruchou a hraniční poruchou osobnosti (nepárový t-test: $t=5.642$ $df=54$; $p < 0.0001$);
- pacienti s disociativní poruchou a obsedantně kompulzivní poruchou (nepárový t- $t=3.790$ $df=54$; $p < 0.0005$);
- pacienti s disociativní poruchou a hraniční poruchou osobnosti (nepárový t-test: $t=2.568$ $df=98$; $p < 0.05$);
- pacienti s panickou poruchou a obsedantně kompulzivní poruchou (nepárový t-test: $t=2.568$ $df=98$; $p < 0.05$);
- pacienti s panickou poruchou a hraniční poruchou osobnosti (nepárový t-test: $t=3.247$ $df=67$; $p < 0.005$)

Graf č. 4: Průměrný věk u jednotlivých diagnostických skupin



V našem výběru byli tedy pacienti s hraniční poruchou osobnosti i obsedantně kompulzivní poruchou statisticky významně mladší než kontrolní soubor. Zároveň byli pacienti s hraniční poruchou osobnosti statisticky významně mladší než pacienti s depresivní poruchou,

disociativními poruchami a panickou poruchou. Pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou, disociativními poruchami, panickou poruchou a hraniční poruchou osobnosti byli statisticky významně mladší než pacienti s depresivní poruchou.

5.6 Rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými skupinami mezi sebou a kontrolami ve skórech disociace

Při porovnání skóreů disociace v DES mezi kontrolami a skupinou pacientů jako celkem nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl (Mann Whitney test: ns). Ovšem jednotlivé skupiny se ve skórech disociace mezi sebou statisticky významně liší.

a) Srovnání DES mezi skupinou kontrolních subjektů, obsedantně kompulzivní poruchy a ostatními bylo pro ne-normální rozložení prováděno neparametrickým Kruskal-Wallisovým testem, s následným Dunnovým mnohočetným srovnávacím testem, statisticky významné rozdíly se ukázaly mezi skupinami:

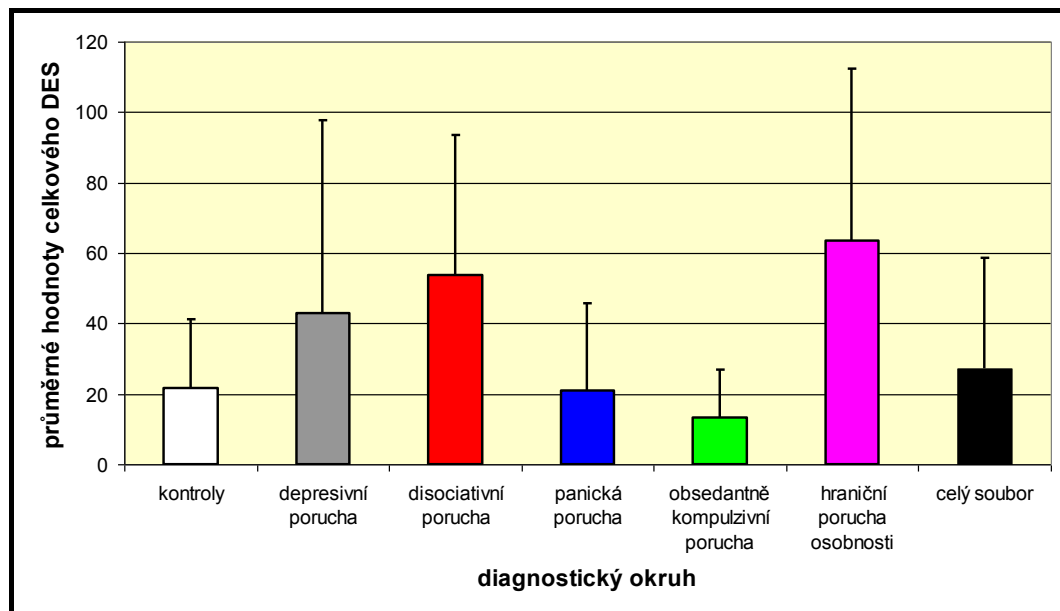
- Kontroly a disociativní poruchy ($p < 0.001$);
- Kontroly a obsedantně kompulzivní porucha ($p < 0.05$);
- Kontroly a hraniční porucha osobnosti ($p < 0.001$);
- Depresivní porucha a obsedantně kompulzivní porucha ($p < 0.001$)
a
- Obsedantně kompulzivní porucha a hraniční porucha osobnosti ($p < 0.001$).

b) Srovnání DES mezi skupinami Depresivní poruchy, Disociativní poruchy a Hraniční porucha osobnosti, které měly normální rozložení proběhlo pomocí ANOVA ($f = 20,38$; $df = 396$; $p < 0.0001$) s následným Bonferroniho mnohočetným srovnávacím testem. V následném porovnání se jako statisticky významné rozdíly ukázaly průměry DES mezi skupinami:

- Depresivní poruchy a Panická porucha ($p < 0.05$);
- Disociativní poruchy a Panická porucha ($p < 0.001$);

- Panická porucha a Hraniční porucha osobnosti ($p < 0.001$).

Graf č. 5: Průměr DES u jednotlivých diagnóz a kontrol



Zdá se tedy, že nejvyšší skóry disociace v DES dosahují pacienti s hraniční poruchou osobnosti, s disociativními poruchami a s depresivní poruchou, kteří se významně liší od kontrolní skupiny, zatímco průměrné skóry disociace se statisticky významně neliší od kontrol vs. pacientů s panickou poruchou a u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou jsou dokonce významně nižší než u kontrol.

5.7 Zúžený výběr z kontrolního souboru stratifikovaný podle věku

Vzhledem k tomu, že pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou a hraniční poruchou osobnosti jsou statisticky významně mladší, než kontrolní soubor a výsledky by mohly být ovlivněny rozdílem ve věku, byl z kontrolního souboru vytvořen pod-soubor, kdy náhodným výběrem se stratifikací bylo vybráno z kontrolního souboru 123 osob tak, že bylo náhodně vyřazeno 55 osob starších než byl průměrný věk původního kontrolního souboru. Takto snížený průměrný věk $31,89 + 9,62$ let u zúženého kontrolního souboru se statisticky významně neliší od

průměrného věku pacientů s hraniční poruchou osobnosti ani pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou (Kruskal Wallisův test: ns, post hoc Dunnův mnohočetný srovnávací test: všechny 3 srovnání ns).

Tabulka č. 10: Průměrný věk a popisná data zúženého výběru kontrol stratifikovaného podle věku

	věk	DES	pat-DES
počet hodnocených	123	123	123
průměr	31,89	22,54	2,61
směrodatná odchylka	9,62	20,77	4,67
Test normality	ne	ne	ano

Průměrný DES zúženého výběru kontrol se neliší od průměrného DES původního kontrolního souboru, zachovává si i podobně velký rozptyl. Protože rozložení dat není normální, pro porovnání průměrného DES byla použita neparametrická statistika (Kruskal-Wallisův test a post hoc analýzou pomocí Dunnova mnohočetného srovnávacího testu).

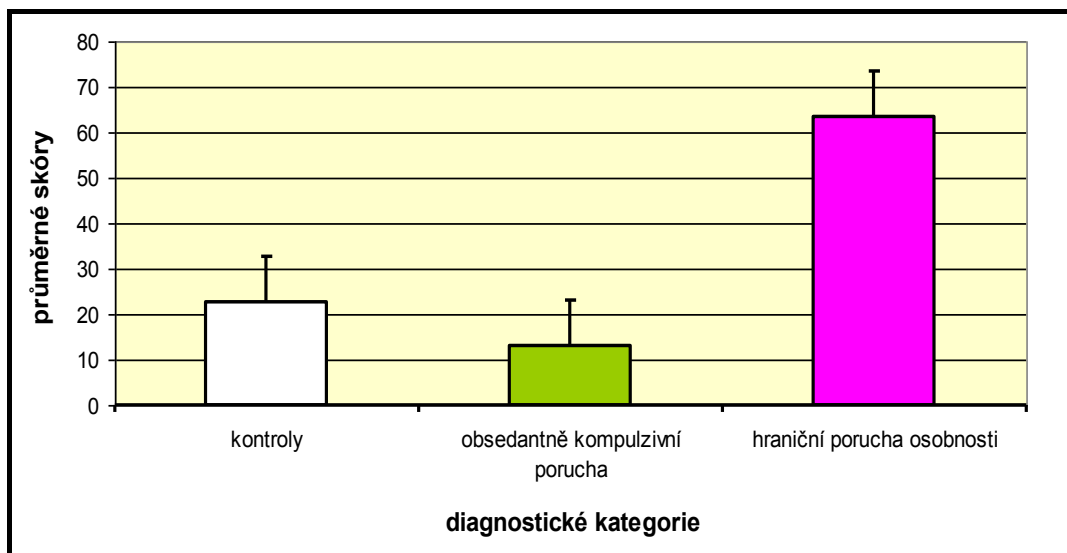
Tabulka č. 11: Průměrný DES po zúžení výběru kontrol podle věku a statistické porovnání s DES u pacientů s OCD a hraniční poruchou osobnosti

	průměr	Směrodatná odchylka
kontroly	22,54	20,77
obsedantně kompulzivní porucha	13,11	13,75
hraniční porucha osobnosti	63,6	48,71
Kruskal-Wallisův test		
Hodnota p	p < 0,0001	
Kruskal-Wallisova statistika	35,22	
Dunnův mnohočetný srovnávací test		
DES-kontroly vs DES-OCD	31,26	Hodnota p p < 0.01
DES-kontroly vs DES-Hraniční	-53,06	p < 0.001
DES-OCD vs DES-Hraniční	-84,33	p < 0.001

Průměrné skóry DES se statisticky významně liší mezi všemi třemi skupinami. Průměrný skór DES u skupiny trpící obsedantně kompulzivní poruchou je významně nižší než u kontrolního souboru a ten zase

statisticky významně nižší než u souboru trpícího hraniční poruchou osobnosti.

Graf č. 6: Průměrný DES po zúžení výběru kontrol podle věku, porovnání s DES u pacientů s OCD a hraniční poruchou osobnosti



5.8 Rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými skupinami mezi sebou a kontrolami v úzkostných skórech

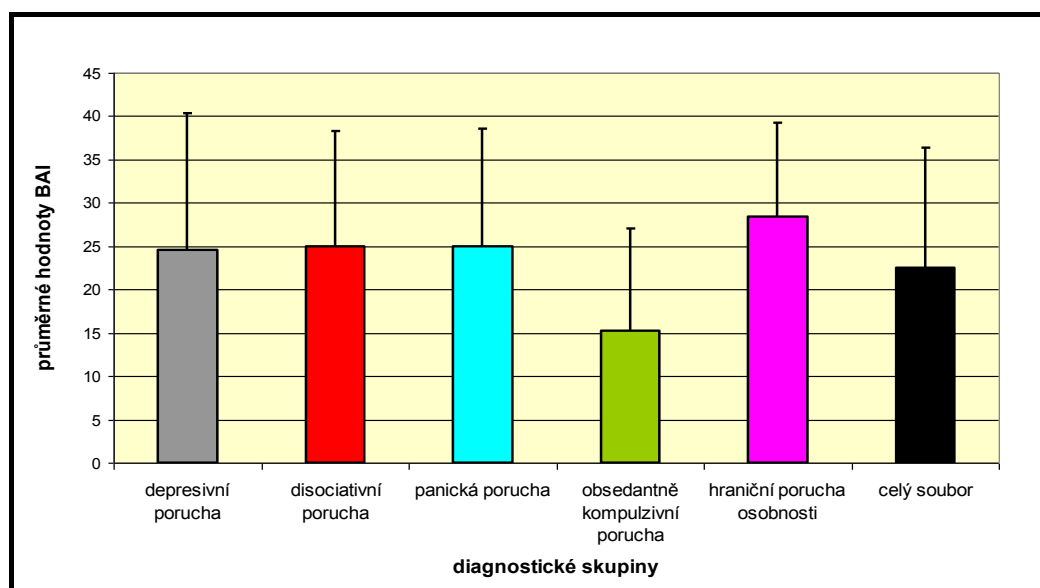
Rozložení skórů v Beckově úzkostném inventáři bylo u všech skupin hodnocených psychických poruch normální. K bližšímu určení rozdílů mezi jednotlivými diagnostickými skupinami bylo proto možné použít jednoduchou (one-way) analýzu rozptylu s následným Bonferroniho mnohočetným srovnávacím testem. Analýza rozptylu ukazuje na statisticky významný rozdíl mezi skupinami (ANOVA: $f = 6,231$, $df = 185$, $p < 0,0001$), při post hoc hodnocení pomocí Bonferroniho mnohočetného srovnávacího testu se ukazuje, že tento rozdíl jde plně na vrub nižších průměrných úzkostných skórů u skupiny s obsedantně kompulzivní poruchou, která se v sub-analýzách statisticky významně liší od všech ostatních skupin. Ostatní skupiny se mezi sebou v průměrné míře úzkostnosti významně nelišily.

Tabulka č. 12: Beckův úzkostný inventář - srovnání skupin pomocí analýzy rozptylu

One-way analysis of variance			
Hodnota p	0,0001		
Počet skupin	5		
F	6,231		
ANOVA tabule	SS	df	MS
Rozdíly mezi sloupci	4314	4	1078
Residuální (uvnitř sloupců)	31320	181	173,1
Celkem	35640	185	
Bonferroniho mnohočetný srovnávací test	Průměrný rozdíl.	t	Hodnota p
BAI-Dep vs BAI-Dis	-0,3417	0,1031	p > 0.05
BAI-Dep vs BAI-Pan	-0,4285	0,1408	p > 0.05
BAI-Dep vs BAI-OCD	9,39	3,2	p < 0.05
BAI-Dep vs BAI-Hran	-3,781	1,064	p > 0.05
BAI-Dis vs BAI-Pan	-0,08674	0,02825	p > 0.05
BAI-Dis vs BAI-OCD	9,732	3,283	p < 0.05
BAI-Dis vs BAI-Hran	-3,44	0,9616	p > 0.05
BAI-Pan vs BAI-OCD	9,819	3,698	p < 0.01
BAI-Pan vs BAI-Hran	-3,353	1,008	p > 0.05
BAI-OCD vs BAI-Hran	-13,17	4,081	p < 0.001

Průměrný skór úzkosti u pacientů s depresivní poruchou, disociativní poruchou a panickou poruchou je prakticky identický, o něco vyšší je průměrný skór úzkosti u pacientů trpících hraniční poruchou osobnosti, nicméně rozdíl není statisticky významný.

Graf č. 7: Beckův úzkostný inventář - srovnání jednotlivých diagnostických skupin



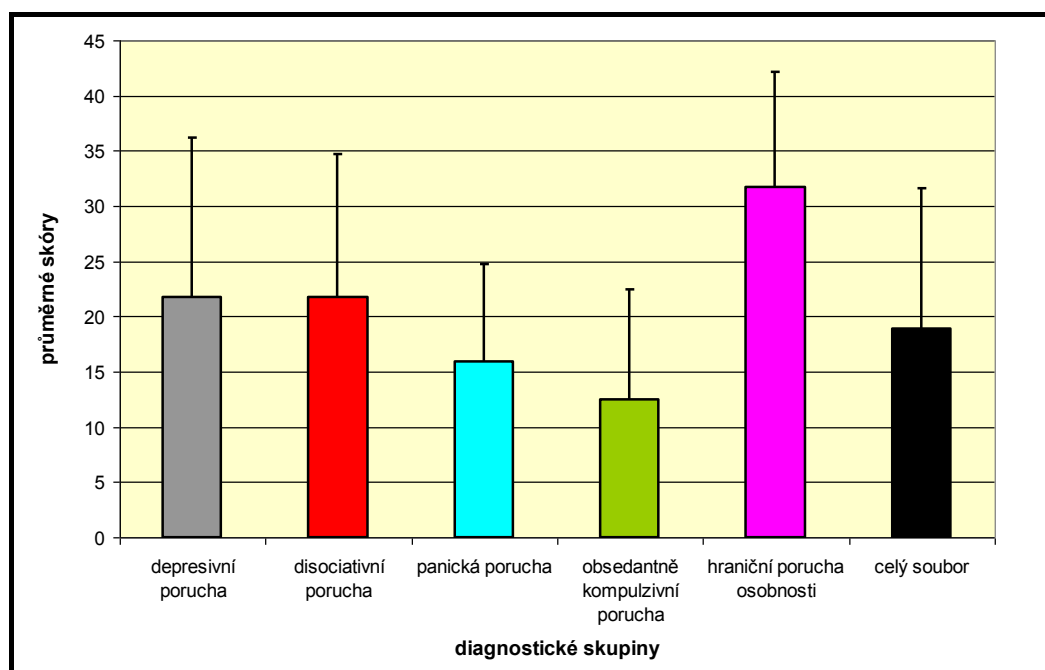
5.9 Rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými skupinami mezi sebou a kontrolami v depresivních skórech

Distribuce skóreů v Beckově depresivním inventáři byla u všech skupin hodnocených psychických poruch normální. Ke statistickému určení rozdílů mezi jednotlivými diagnostickými skupinami proto bylo možné použít jednoduchou (one-way) analýzu rozptylu s následným Bonferroniho mnohočetným srovnávacím testem. Podle analýzy rozptylu je mezi skupinami statisticky významný rozdíl (ANOVA: $f = 13,99$, $df = 185$, $p < 0,0001$). Při následném hodnocení pomocí Bonferroniho mnohočetného srovnávacího testu se ukazuje, že za tento rozdíl odpovídají nižší průměrné depresivní skóre u skupiny s obsedantně kompulzivní poruchou, a vyšší průměrné depresivní skóre u skupiny s hraniční poruchou osobnosti, které se v sub-analýzách statisticky významně liší od ostatních skupin. Skupiny pacientů s panickou vs. disociativní, panickou vs. depresivní a panickou vs. obsedantně kompulzivní poruchou se mezi sebou v průměrné míře deprese významně nelišily (hladina významnosti $p > 0,05$).

Tabulka č. 13: Beckův depresivní inventář - srovnání skupin pomocí analýzy rozptylu

One-way analysis of variance			
Hodnota p	0,0001		
Počet skupin	5		
F	13,99		
ANOVA Tabule	SS	df	MS
Rozdíly mezi sloupci	7024	4	1756
Residuální (uvnitř sloupců)	22720	181	125,5
Celkem	29750	185	
Bonferroniho mnohočetný srovnávací test	Průměrný rozdíl.	t	Hodnota p
BDI-Dep vs BDI-Dis	0,008064	0,002856	p > 0.05
BDI-Dep vs BDI-Pan	5,794	2,236	p > 0.05
BDI-Dep vs BDI-OCD	9,25	3,701	p < 0.01
BDI-Dep vs BDI-Hran	-9,917	3,278	p < 0.05
BDI-Dis vs BDI-Pan	5,786	2,213	p > 0.05
BDI-Dis vs BDI-OCD	9,242	3,661	p < 0.01
BDI-Dis vs BDI-Hran	-9,925	3,258	p < 0.05
BDI-Pan vs BDI-OCD	3,456	1,528	p > 0.05
BDI-Pan vs BDI-Hran	-15,71	5,548	p < 0.001
BDI-OCD vs BDI-Hran	-19,17	6,973	p < 0.001

Graf č. 8: Beckův depresivní inventář - srovnání jednotlivých diagnostických skupin



5.10 Vztah mezi skóry disociace a úzkosti, disociace a deprese v celém souboru pacientů

Rozložení skóre disociace v DES nemá normální distribuci. Vztah mezi skóry disociace hodnocenými DES, věkem a skóry psychopatologie v BAI, BDI a Y-BOCS byl tedy statisticky hodnocen pomocí neparametrického korelačního Spearmanova r. Jak ukazuje následující tabulka, skóry DES vysoce statisticky významně korelují se skóry úzkosti hodnocené BAI i skóry deprese hodnocené v BDI. U pacientů trpících obsedantně kompulzivní poruchou pak statisticky významně korelují se skóry obsesí a kompulzí hodnocenými Y-BOCS.

Tabulka č. 14: Korelace – DES v celém souboru proti ostatním veličinám (neparametrická)

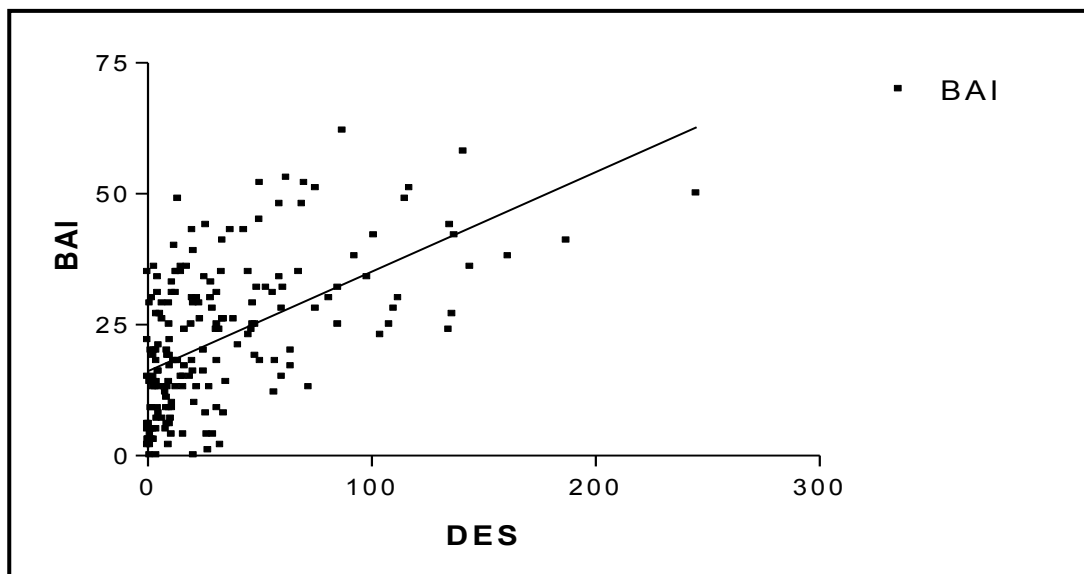
	věk	pat-DES	BAI	BDI	Y-BOCS
Počet XY párů	397	342	186	186	55
Spearmanovo r	-0,05848	0,8174	0,5672	0,5666	0,3798
p hodnota	0,245	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,005

Mezi skóry DES a BAI platí statisticky významný lineárně regresivní vztah, tzn. čím vyšší je hodnota DES, tím vyšší je hodnota BAI a opačně.

Tabulka č. 15: Lineární regrese DES k BAI u všech pacientů dohromady

r ²	0,3027
Sy.x	11,62
F	79,87
DFn, DFd	1.000, 184.0
Hodnota p	< 0,0001
Počet hodnocených	186

Graf č. 9: Lineární regrese DES k BAI u všech pacientů dohromady

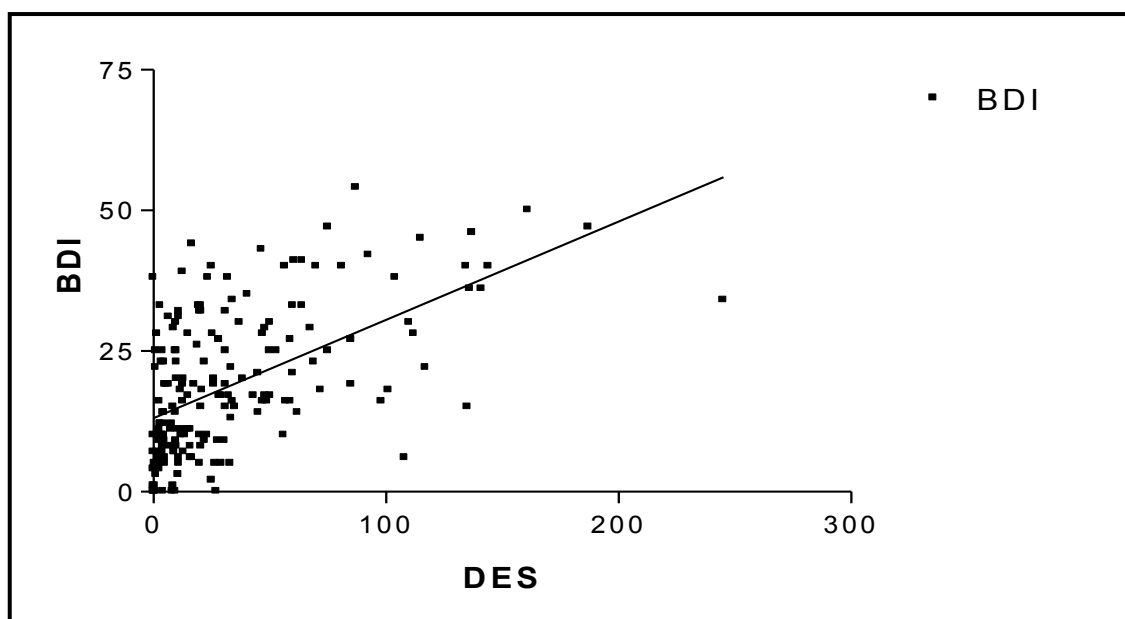


Mezi skóry DES a BDI platí statisticky významný lineárně regresivní vztah, tzn. čím vyšší je hodnota disociace v DES, tím vyšší je hodnota deprese v BDI a opačně.

Tabulka č. 16: Lineární regrese DES k BDI u všech pacientů dohromady

r ²	0,3059
S _{y.x}	10,59
F	81,11
DF _n , DF _d	1.000, 184.0
Hodnota p	< 0,0001
Počet hodnocených	186

Graf č. 10: Lineární regrese DES k BDI u všech pacientů dohromady



5.11 Analýza výsledků uvnitř jednotlivých hodnocených diagnostických skupin

5.11.1 Depresivní porucha

DES u pacientů s depresivní poruchou má normální rozložení, je tedy možné provést hodnocení korelačního koeficientu pomocí parametrické metody (Pearsonovo r).

Tabulka č. 17: Parametrická korelace DES ke věku a ostatním posuzovacím stupnicím u pacientů s depresivní poruchou

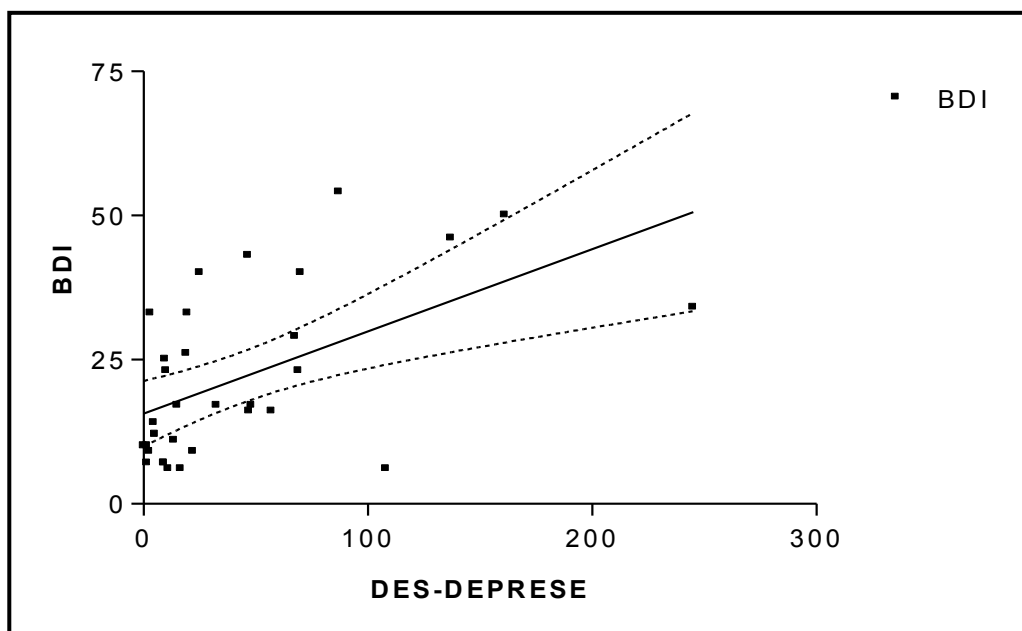
	věk	pat-DES	BAI	BDI
Počet XY párů	32	32	32	32
Pearsonovo r	-0,3094	0,9349	0,6034	0,5435
p hodnota	ns	p < 0,0001	p < 0,0005	p < 0,005

Míra disociace hodnocena DES u pacientů s depresivní poruchou statisticky významně koreluje s patologickým DES, skóry úzkosti v BAI i skóry deprese v BDI.

Tabulka č. 18: Lineární regrese DES se skóry v ostatních posuzovacích stupnicích u pacientů s depresivní poruchou

	věk	pat-DES	BAI	BDI
F	3,176	208,2	17,18	12,58
DFn, DFd	1.000, 30.00	1.000, 30.00	1.000, 30.00	1.000, 30.00
p hodnota	ns	p < 0,0001	p < 0,0005	p < 0,005
r2	0,09574	0,8741	0,3641	0,2954

Graf č. 11: Lineární regrese DES a BDI u pacientů s depresivní poruchou



5.11.2 Disociativní poruchy

DES u pacientů trpících disociativními poruchami vykazuje normální rozložení. Proto je možné provést korelaci k věku a ostatním posuzovacím stupnicím pomocí parametrické metody a určit Pearsonovo r.

Tabulka č. 19: Parametrická korelace DES ke věku a ostatním posuzovacím stupnicím u pacientů s disociativními poruchami

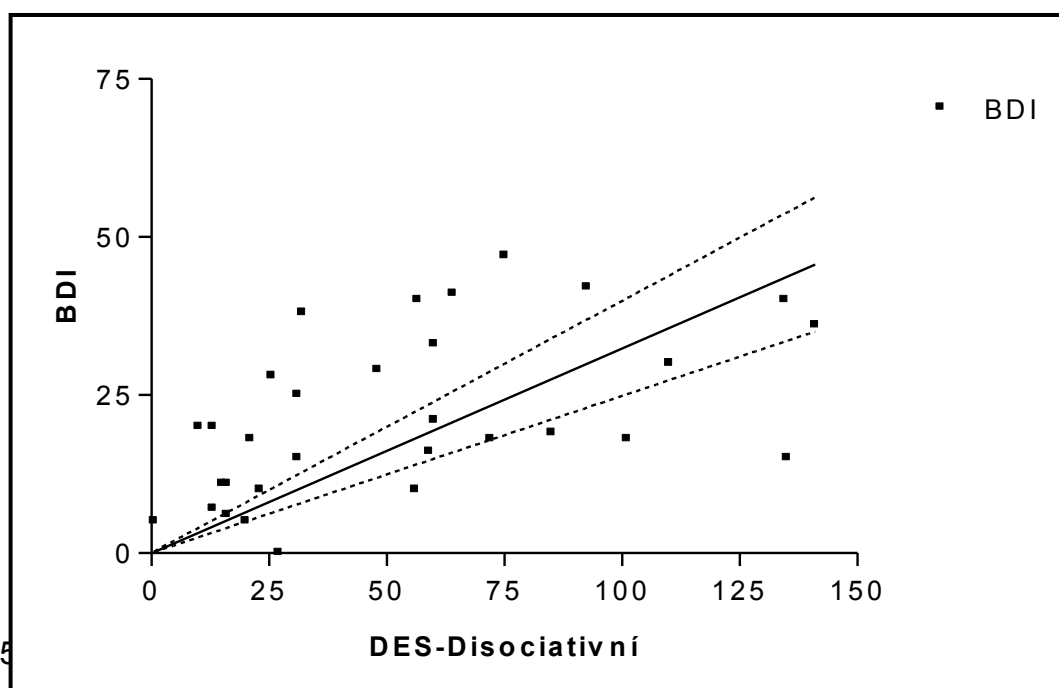
	věk	pat-DES	BAI	BDI
Počet XY párů	32	32	31	31
Pearsonovo r	0,3361	0,9052	0,6041	0,5181
p hodnota	ns	p < 0,0001	p < 0,0005	p < 0,005

Skóry disociace hodnocené pomocí DES u pacientů s disociativními poruchami statisticky významně korelují s patologickým DES, úzkostnými skóry v BAI i depresivními skóry v BDI.

Tabulka č. 20: Lineární regrese DES se skóry v ostatních posuzovacích stupnicích u pacientů s disociativními poruchami

	věk	pat-DES	BAI	BDI
F	3,82	136,1	16,66	10,64
DFn, DFd	1.000, 30.00	1.000, 30.00	1.000, 29.00	1.000, 29.00
p hodnota	0,06	p < 0,0001	p < 0,0005	p < 0,005
r2	0,113	0,8194	0,3649	0,2685

Graf č. 12: Lineární regrese DES a BDI u pacientů s disociativními poruchami



DES u pacientů s panickou poruchou má normální rozložení, proto je možné určit korelační koeficient (Pearsonovo r) pomocí parametrické statistické metody.

Tabulka č. 21: Parametrická korelace DES ke věku a ostatním posuzovacím stupnicím u pacientů s panickou poruchou

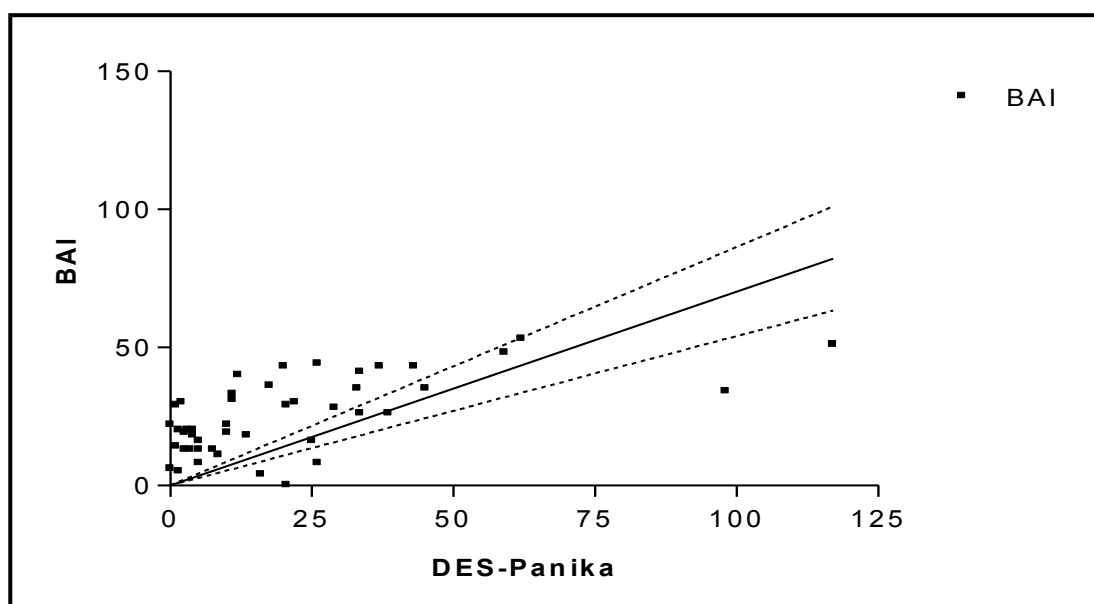
	věk	pat-DES	BAI	BDI
Počet XY párů	45	45	45	45
Pearsonovo r	-0,05327	0,7084	0,6224	0,2054
p hodnota	ns	p < 0,0001	p < 0,0001	Ns

Skóry disociace hodnocené pomocí DES u panické poruchy statisticky významně koreluje s patologickým DES, úzkostnými skóry v BAI ale nikoliv depresivními skóry v BDI (to se neobjevilo u žádné jiné z hodnocených poruch).

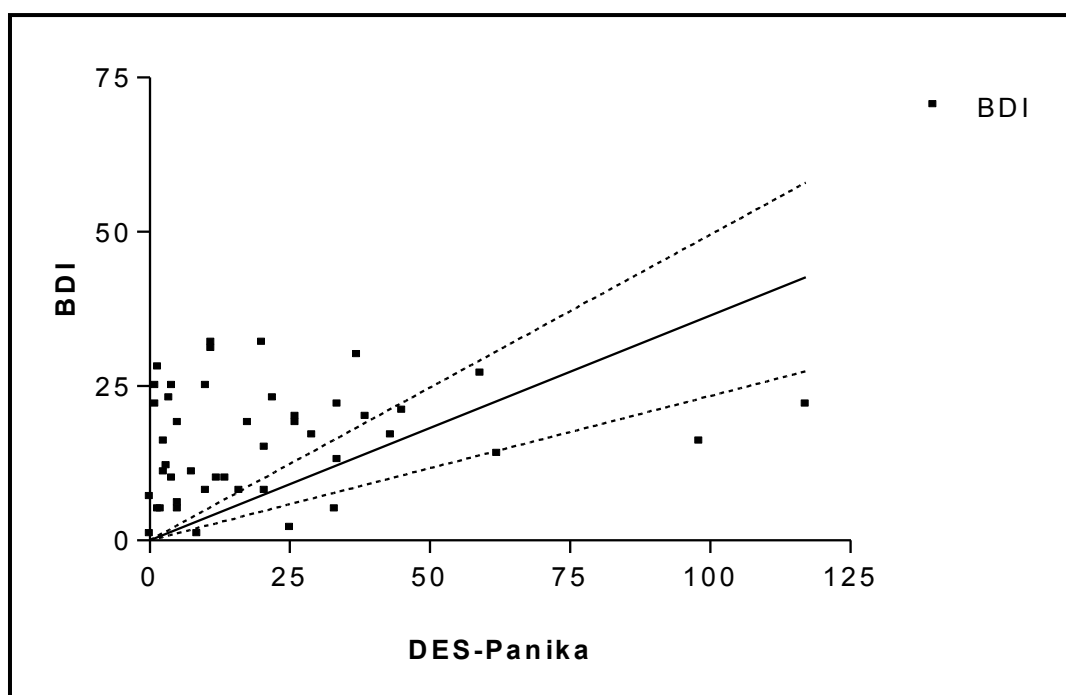
Tabulka č. 22: Lineární regrese DES se skóry v ostatních posuzovacích stupnicích u pacientů s panickou poruchou

	věk	pat-DES	BAI	BDI
t	5,099	8,7	8,781	5,63
DF	44	44	44	44
p hodnota	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

Graf č. 13: Lineární regrese DES a BAI u pacientů s panickou poruchou



Graf č. 14: Lineární regrese DES a BDI u pacientů s panickou poruchou



5.11.4 Obsedantně kompulzivní porucha

U pacientů trpících obsedantně kompulzivní poruchou nemá DES normální rozložení, pro výpočet korelačního koeficientu (Spearmanovo r) byla proto použita neparametrická statistická metoda.

Tabulka č. 23: Neparametrická korelace DES k věku a ostatním posuzovacím stupnicím u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou

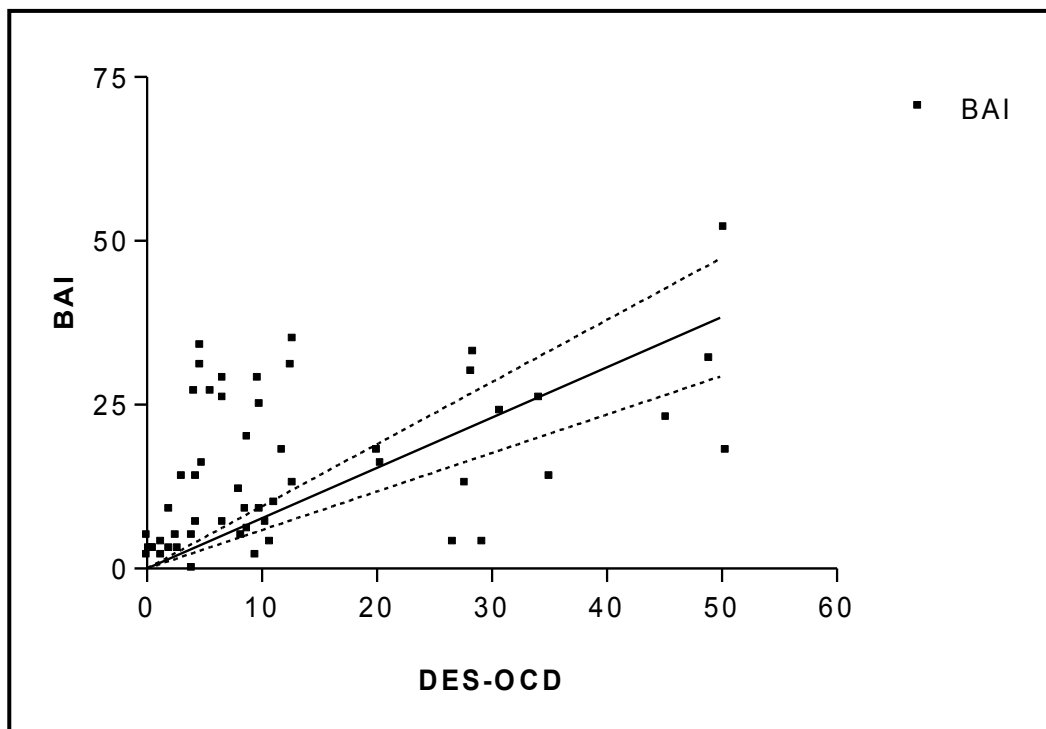
	věk	BAI	BDI	Y-BOCS
Počet XY párů	55	54	54	55
Spearmanovo r	0,09147	0,5425	0,5497	0,3798
p hodnota	ns	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,005$

Skóry disociace hodnocené pomocí DES u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou statisticky významně korelují s patologickým DES, úzkostnými skóry v BAI, depresivními skóry v BDI i příznaky obsedantními a kompulzivními v dotazníku Y-BOCS. To znamená, že čím vyšší je hodnota disociace v DES, tím vyšší jsou skóry v BDI, BAI a Y-BOCS a opačně.

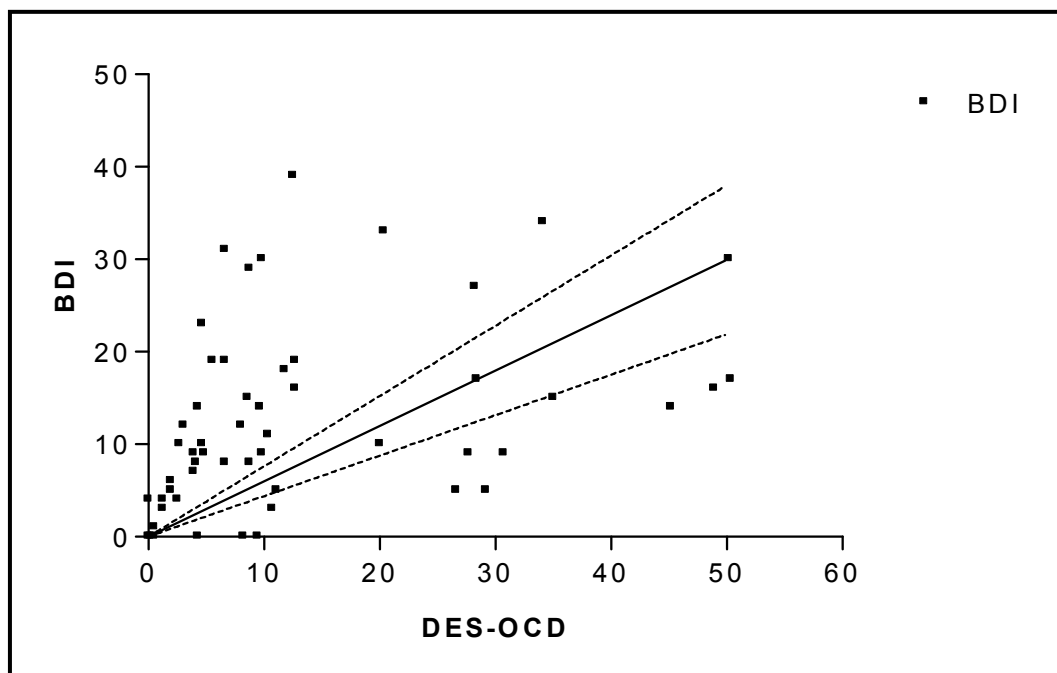
Tabulka č. 24: Lineární regrese DES se skóry v ostatních posuzovacích stupnicích u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou

	věk	BAI	BDI	Y-BOCS
t	6,736	8,546	7,462	7,397
DF	54	53	53	54
p hodnota	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001	p < 0,0001

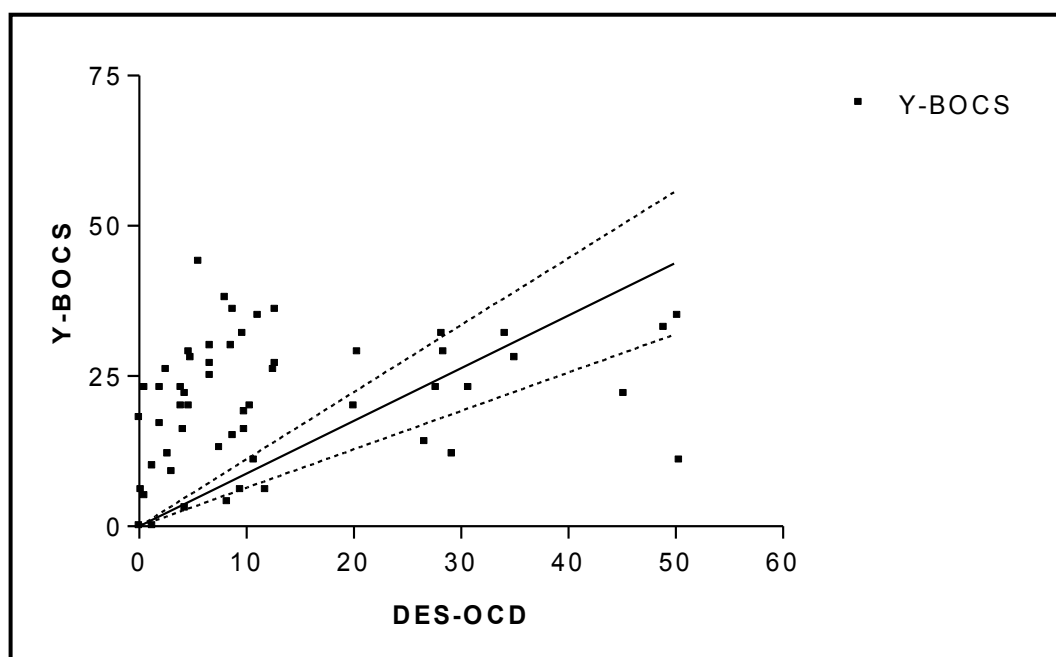
Graf č. 15: Lineární regrese DES a BAI u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou



Graf č. 16: Lineární regrese DES a BDI u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou



Graf č. 17: Lineární regrese DES a Y-BOCS u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou



5.11.5 Hraniční porucha osobnosti

DES u pacientů trpících hraniční poruchou osobnosti vykazuje normální rozložení. Proto je možné provést korelaci ke věku a ostatním posuzovacím stupnicím pomocí parametrické metody a určit Pearsonovo r .

Tabulka č. 25: Parametrická korelace DES k věku a ostatním posuzovacím stupnicím u pacientů s hraniční poruchou osobnosti

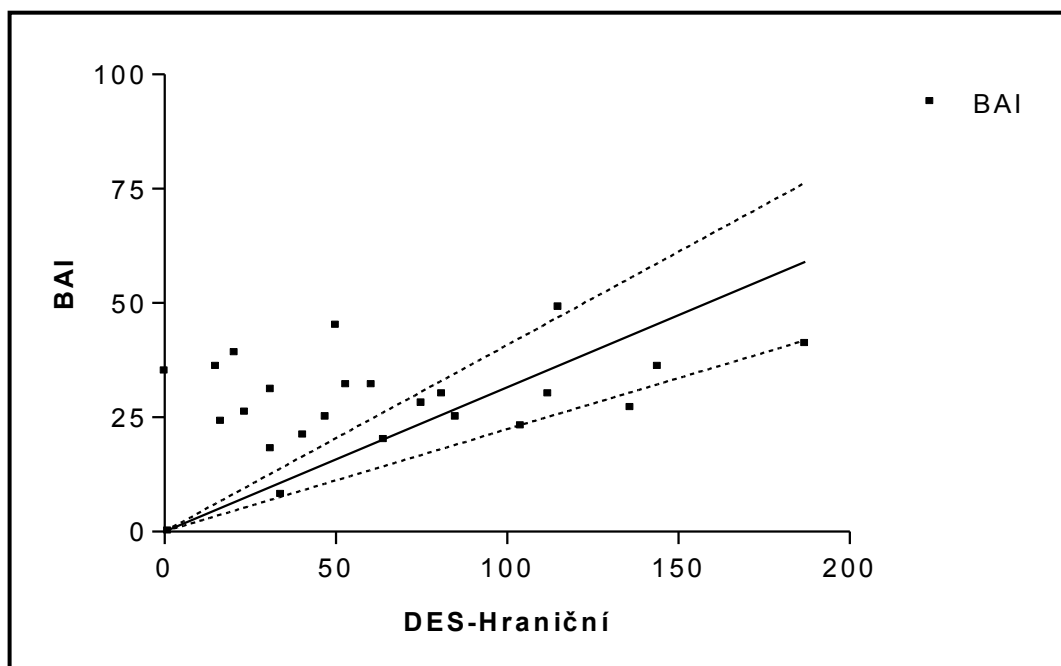
	věk	pat-DES	BAI	BDI
Počet XY párů	24	24	24	24
Pearsonovo r	-0,0586	0,9443	0,3767	0,4665
p hodnota	0,7856	$p < 0,0001$	ns	$p < 0,05$

Skóry disociace hodnocené pomocí DES u pacientů s hraniční poruchou osobnosti statisticky významně korelují s patologickým DES, depresivními skóry v BDI ale nikoliv s úzkostnými skóry v BAI (to se neobjevilo u žádné jiné z hodnocených poruch).

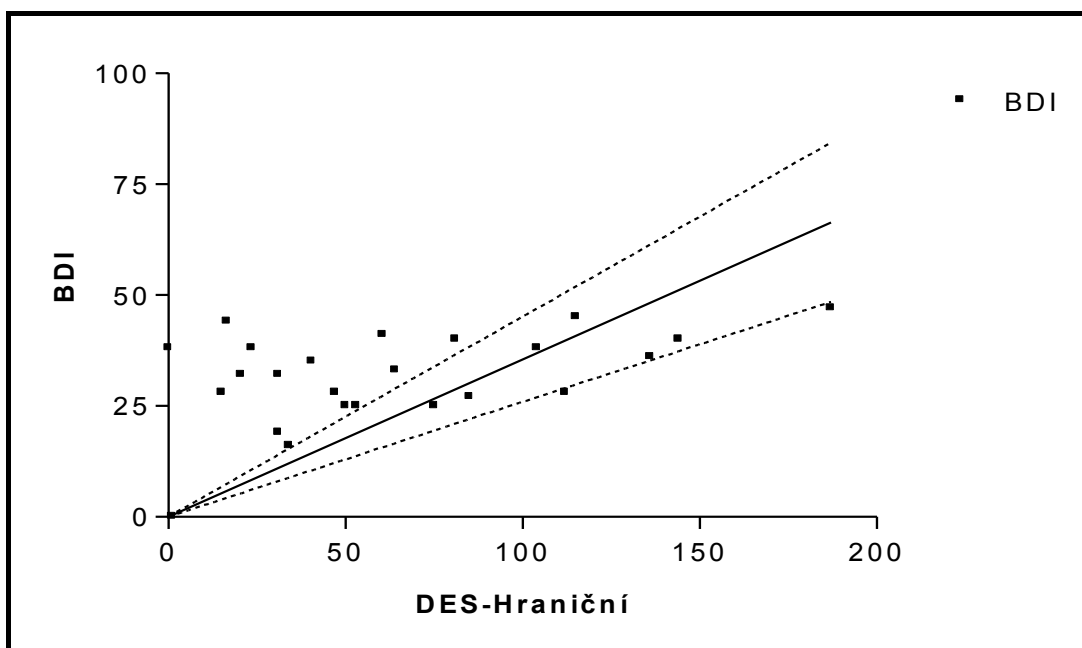
Tabulka č. 26: Lineární regrese DES se skóry v ostatních posuzovacích stupnicích u pacientů s hraniční poruchou osobnosti

	věk	pat-DES	BAI	BDI
t	5,357	16,19	7,097	7,655
DF	23	23	23	23
p hodnota	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$

Graf č. 18 : Lineární regrese DES a BAI u pacientů s hraniční poruchou osobnosti



Graf č. 19: Lineární regrese DES a BDI u pacientů s hraniční poruchou osobnosti



5.12 Zastoupení vysoce disociujících podle skóre DES v jednotlivých diagnostických okruzích

U jednotlivých diagnostických kategorií byli pacienti s vysokými skóre DES (nad 30) zastoupení v různém poměru (chi-kvadrát, df: 52.32, 5: $p < 0,0001$), kdy statisticky významně vyšší zastoupení než u kontrol je u pacientů s disociativními poruchami (Fisherův exaktní test: $p < 0.0001$) a u pacientů s hraniční poruchou osobnosti (Fisherův exaktní test: $p < 0.0001$).

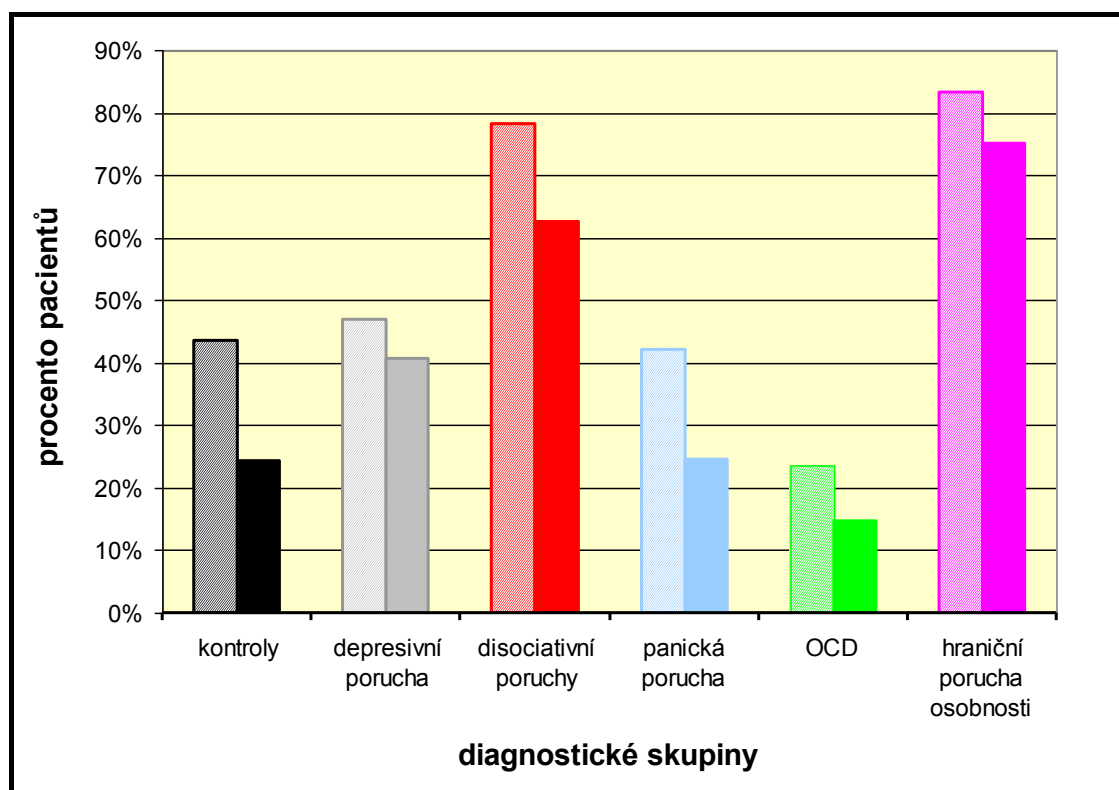
Tabulka č. 27: Zastoupení probandů se skóre DES nad 20 a nad 30 bodů v jednotlivých diagnostických kategoriích

diagnostický okruh	kontroly	depresivní porucha	disociativní poruchy	panická porucha	OCD	hraniční porucha osobnosti
počet s DES nad 20	90	15	25	19	13	20
% s DES nad 20	43,54%	46,88%	78,12%	42,22%	23,64%	83,33%
počet s DES nad 30	51	13	20	11	7	18
celkový počet	209	32	32	45	55	24
% s DES nad 30	24,40%	40,62%	62,50%	24,44%	14,58%	75,00%

Tabulka č. 28: Porovnání DES nad 30 bodů u jednotlivých dg. okruhů v kontingenční tabulce

kontingenční tabulka	
Chi-square, df	52.32, 5
Hodnota p	$p < 0.0001$
Počet řad	2
Počet sloupců	6

Graf č. 20: Procento pacientů se skóry DES nad 20 a nad 30 bodů u jednotlivých diagnostických skupin



Barevně plné sloupce vyjadřují procentuální zastoupení se skóry DES nad 30 bodů, šrafované vyjadřují skóry nad 20 bodů.

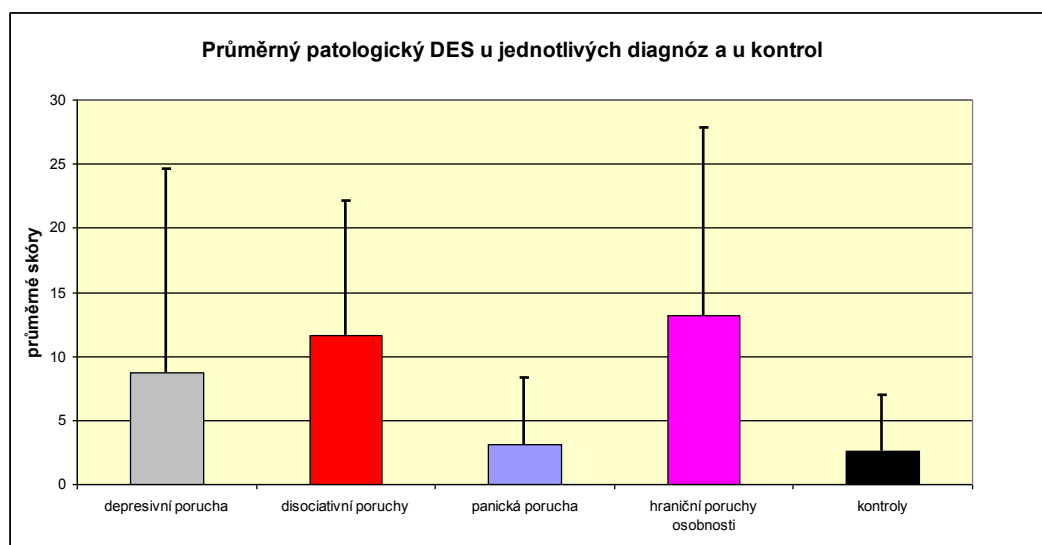
5.13 Zastoupení podle skóre patologické disociace v jednotlivých skupinách

Výpočet skóre patologické disociace nebyl proveden u skupinu pacientů s OCD.

Tabulka č. 29: Průměrné skóre v patDES u jednotlivých skupin.

diagnóza	depresivní porucha	disociativní poruchy	panická porucha	hraniční porucha osobnosti	kontroly
průměrný patologický DES	8,688	11,58	3,067	13,21	2,562
směrodatná odchylka	15,9	10,54	5,201	14,64	4,374

Graf č. 21: Průměrný patologický DES u jednotlivých diagnóz a kontrol



Protože rozložení dat v patologickém DES nemá normální distribuci, byla pro vzájemné porovnání průměrného patDES mezi jednotlivými skupinami použita neparametrická statistika (Kruskal-Wallisův test a post hoc analýza pomocí Dunnova mnohočetného srovnávacího testu).

Tabulka č. 30: patDES- srovnání skupin pomocí analýzy rozptylu:

Kruskal-Wallisův test			
Hodnota p	P<0.0001		
Kruskal-Wallisova statistika	42,27		
	Rozdíl v součtu		
Dunnův mnohočetný srovnávací test	kategorií	Hodnota P	Závěr
patDESkont vs patDESdepr	-41,37	P > 0.05	ns
patDESkont vs patDESdis	-96,37	P < 0.001	***
patDESkont vs patDESpan	-9,77	P > 0.05	ns
patDESkont vs patDEShran	-87,37	P < 0.001	***
patDESdepr vs patDESdis	-55	P > 0.05	ns
patDESdepr vs patDESpan	31,6	P > 0.05	ns
patDESdepr vs patDEShran	-46	P > 0.05	ns
patDESdis vs patDESpan	86,6	P < 0.01	**
patDESdis vs patDEShran	9	P > 0.05	ns
patDESpan vs patDEShran	-77,6	P < 0.05	*

Statisticky významné rozdíly se ukázaly mezi skupinami:

- Kontroly a disociativní poruchy (p < 0.001);

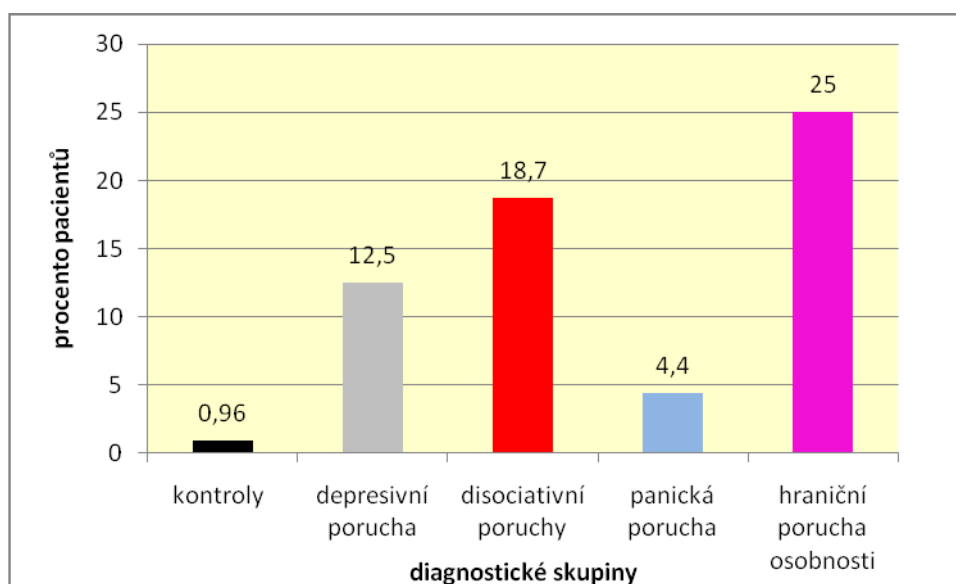
- Kontroly a hraniční porucha osobnosti ($p < 0.001$);
- Disociativní poruchy a panická porucha ($p < 0.01$);
- Panická porucha a hraniční porucha ($p < 0.05$).

Stejně jako v případě celkového skóre DES jsme i u patologického DES stanovili cut-off skóre jako hranici vysoké míry patologické disociace na 20 bodů a provedli srovnání mezi souborem kontrol a všech morbidních pacientů z hlediska četnosti patDES>20.

Tabulka č. 31: Zastoupení probandů se skóry patDES

diagnostický okruh	kontroly	depresivní porucha	disociativní poruchy	panická porucha	hraniční porucha osobnosti
počet s patDES nad 20	2	4	6	2	6
% s patDES nad 20	0,96%	12,5%	18,7%	4,4%	25,0%

Graf č. 22: Procento pacientů se skóry patDES nad 20 bodů u jednotlivých diagnostických skupin



Tabulka č. 32: Porovnání patDES nad 20 bodů u jednotlivých dg. okruhů v kontingenční tabulce

kontingenční tabulka	
Chi-square, df	37.48,4
Hodnota p	$p < 0.0001$
Počet řad	2
Počet sloupců	5

U jednotlivých diagnostických kategorií byli pacienti s vysokými skóry patDES (nad 20) zastoupení v různém poměru (chi-kvadrát, df: 37.48,4: $p < 0,0001$), kdy statisticky vysoce významně vyšší zastoupení než u kontrol je u pacientů s disociativními poruchami (Fisherův exaktní test: $p < 0.0001$) a u pacientů s hraniční poruchou osobnosti (Fisherův exaktní test: $p < 0.0001$). Mezi skupinou kontrol a depresivní poruchy byla statistická významnost na 5% hladině (Fisherův exaktní test: $p < 0.05$)

6. Diskuse

V diskuzi shrnuji a interpretuji výsledky výzkumu. Výsledky naší práce budou zařazeny do kontextu současných poznatků, naznačím limity studie a možné cíle pro další výzkum

6.1 Disociace v naší populaci

Míra disociace v kontrolním souboru zdravých subjektů v naší studii byla 21,5 bodů. Tato hodnota je ve srovnání s podobnými studii vysoká. Například studie Boba (Bob et al., 2005) v české populaci zjistila průměrnou míru celkové disociace 8,9 bodů. Nejnižší průměrné celkové skóre DES bylo 2,6 bodů u vzorku dělníků v Číně (Xiao et al., 2006), adolescentní populace v Turecku dosahovala skóre 17 bodů (Sayar, Samet, 2003). Jiná studie tureckých autorů (Akyüz et al., 1999) zjistila celkovou míru disociace na úrovni 6,7 bodů. Ve studii Maaranena (2008) vykazovala populace ve Finsku celkovou míru disociace 8 bodů, kanadská populace dosahovala průměrného celkového skóre 10,8 bodů (Ross et al., 1990). Velmi blízko ke skóru dosaženému v naší studii má pouze studie realizovaná na vzorku tureckých studentů (Boysan et al., 2009) se skóre DES 22,6 bodů, což je zároveň jediná studie, která dokládá ještě vyšší míru disociace u normální populace nežli jsou naše výsledky.

V souvislosti s takto vysokou mírou disociace v kontrolním souboru osob bez psychiatrické anamnesy je nutné se zamyslet nad parametry kontrolního vzorku. Z hlediska demografických dat je náš kontrolní soubor srovnatelný s jinými soubory, které byly zkoumány např. ve studii Lipsanena et al. (2003) (Finsko), ve studii Maaranena (2008) (Finsko) nebo u naší populace (Bob et al., 2005). Přesto je míra disociace u našeho souboru výrazně vyšší. Jako vysvětlení se nabízí možný vliv aktuální situace při vyplňování škály DES. Ta byla vyplňována u pacientů před zubním vyšetřením a vnímaný stres by mohl ovlivnit jejich subjektivní popis disociativních příznaků a to i přes to, že škála DES je vztažena nikoli k aktuální situaci, ale k projevům disociace v minulosti.

Skóre patologické disociace u našeho souboru dosáhlo hodnoty 2,6 bodů a je tak srovnatelné s údaji jiných autorů. Například u vzorku obyvatel USA byla míra patologické disociace 3,5 bodů (Seedat et al., 2003), u obyvatel Německa 2,3 bodů (Spitzer et al., 2006).

6.2 Disociace a sociodemografické faktory

Naše výsledky nepotvrdily hypotézu, že míra disociace je ovlivněna pohlavím nebo vzděláním. Ve vztahu k pohlaví jsme v souladu s výsledky metaanalýzy z r. 1996 (Van Ijzendoorn, Schuengel, 1996). Naopak výsledky studií, které prokazují rozdílnou míru disociace v závislosti na pohlaví (Maaranen, 2006; Seedat et al., 1990) jsme nepotvrdili.

Vzdělání rovněž tak míru disociace neovlivňuje (Ross et al., 1990; Van Ijzendoorn, Schuengel, 1996), což je v souladu i s našimi výsledky.

6.3 Vztah mezi disociací a ostatními sledovanými příznaky

Tyto výsledky vycházejí z dat od souboru klinicky morbidních subjektů, jelikož kontrolní soubor zdravých neprošel škálováním potíží úzkostných, depresivních ani obsedantně kompulzivních.

Jedním z klíčových cílů naší studie je odpověď na otázku, platí-li pozitivní korelace mezi mírou disociativních příznaků a symptomy úzkosti a deprese, případně obsesí a kompulzí (u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou). Tato korelace se u souboru všech pacientů dohromady ukázala jako vysoce statisticky významná a to jak ve skórech úzkosti, deprese, tak i v intenzitě obsesí a kompulzí u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou.

Pozitivní korelaci deprese a disociace potvrzuje řada studií (Ball et al., 1997; Boysan et al., 2006; Maaranen, 2006; Mulder et al., 1998; Lambert et al., 2001; Sar, 2007). Stejně tak je potvrzena pozitivní korelace prožívané úzkosti a disociativních příznaků (Boysan et al., 2006; Lambert et al., 2001, Raszka et al., 2009).

Z výše uvedeného vyplývá, že původní psychoanalytický koncept disociace, která je považována za jeden z obranných mechanismů, jež

slouží jako ochrana před prožitkem úzkosti neplatí. Toto tvrzení je průkazné u všech námi zkoumaných diagnóz kromě pacientů s hraniční poruchou osobnosti. I naše předchozí studie u panické poruchy (Pastucha et al, 2009b) a disociativních poruch (Pastucha et al., 2009c) potvrzují pozitivní korelaci míry disociace a anxiety. U pacientů s hraniční poruchou osobnosti však korelace mezi intenzitou úzkosti a disociace neplatila. Zřejmě by bylo potřeba dalšího výzkumu k ověření, jde-li o pravidlo anebo je tato výjimka způsobena např. zkreslením v důsledku příliš malého vzorku pacientů.

Podobná výjimka se vyskytla i u analýzy korelace disociace a deprese u jednotlivých diagnóz. Tato výjimka se objevila pouze u pacientů s panickou poruchou, kde nebyla průkazná korelace disociace a depresivních skóru. Pro tuto skutečnost opět nemáme dostatečné vysvětlení, užitečné by však jistě bylo dále rozšířit vzorek pacientů. Průměrné skóry deprese u skupiny pacientů s panickou poruchou byly nízké, což může být jedním z důvodů, proč skóry deprese nekorelují s DES.

V případě pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou jsme prokázali korelaci míry disociace a skóru úzkostných, depresivních i korelaci s intenzitou obsedantních a kompulzivních projevů, což je v souladu se zjištěními Raszky et al. (2008).

Intenzita disociativních potíží může mít podle některých recentních studií dopad na účinnost terapie. V případě pacientů s panickou poruchou s vyšší mírou disociace byl efekt terapie paroxetinem na pokles anxiety méně výrazný ve srovnání s pacienty, kteří měli míru disociativních potíží nižší (Gulsun et al., 2007). Podobné závěry v případě účinnosti KBT u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou přináší Praško et al. (2008). Stejně tak i u pacientů s hraniční poruchou osobnosti s vyšší mírou disociace je prokázána horší odpověď na léčbu (Zannarini et al., 2008). Z uvedeného vyplývá, že v případě některých diagnóz (OCD, hraniční porucha osobnosti) by bylo vhodné disociativní příznaky identifikovat a poskytovat pacientům s vyšší mírou disociace terapii, která se kromě základní symptomatologie věnuje i příznakům disociativním (viz. kap. 2.7).

6.4 Vzájemné srovnání jednotlivých diagnostických skupin

Vzhledem k tomu, že při zařazení subjektů do studie nebyl prováděn výběr, ale byli zařazeni všichni ti, kteří splňovali vstupní kritéria, došlo k nerovnoměrnému rozvrstvení podle věku u jednotlivých diagnóz. Pacienti s depresivní poruchou však byli významně starší, pacienti s hraniční poruchou pak významně mladší. To by bylo možné vysvětlit nerovnoměrným rozvrstvením prevalence deprese ve vztahu k věku (Ünsal, 2008). V případě hraniční poruchy osobnosti její nižší prevalence s přibývajícím věkem odpovídá klinické zkušenosti i závěrům prospektivních studií (Praško, Látalová, 2010; Stone, 1993; Zanarini et al., 2003). Při srovnání míry disociace u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou a hraniční poruchou osobnosti jsme proto použili metodu zúženého výběru kontrolního souboru podle věku a vytvořili tak z hlediska věku srovnatelné soubory. Průměrné skóry DES se statisticky významně lišily mezi všemi třemi skupinami. Průměrný skór disociace u skupiny trpící obsedantně kompulzivní poruchou je významně nižší než u kontrolního souboru a ten zase statisticky významně nižší než u souboru trpícího hraniční poruchou osobnosti. Zjištění, že pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou vykazují nižší míru disociace než zdravé kontroly je překvapivé a může být způsobeno vysokým skóre disociace u zdravých kontrol v naší studii. Pro takto vysokou míru disociace u kontrolního souboru nemáme jiné vysvětlení než možnost ovlivnění situací před zubním ošetřením a možností, že někteří pacienti měli somatické onemocnění, které jsme nedetekovali. Ve studii Raszky et al. (2009a) byla disociace u zdravých subjektů výrazně nižší a zároveň i nižší než u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou.

Vysoká míra disociace u pacientů s hraniční poruchou osobnosti dosažená v naší studii je potvrzena v jinými studiích (Korzekwa et al., 2009 a,b; Zanarini et al., 2000; Ross, 2007).

Z hlediska klinické zkušenosti je zajímavé srovnání subjektivně vnímané úzkosti u jednotlivých diagnostických skupin. Nejvyšší míru úzkosti vykazuje soubor pacientů s hraniční poruchou osobnosti, tento skór přesto není statisticky významný vůči pacientům s depresivní,

disociativní a panickou poruchou. Naopak skupina pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou vykazuje významně nižší míru úzkosti vůči všem ostatním skupinám pacientů. Nízkou míru úzkosti u pacientů s OCD by snad bylo možné vysvětlit strukturou dotazníku BAI, kde jednotlivé položky jsou zacíleny zčásti na vegetativní příznaky úzkosti, jež u pacientů s OCD vůbec nemusí být přítomny.

Z hlediska depresivních příznaků vykazoval ve srovnání se všemi ostatními skupinami (jednotlivě) nejvyšší míru deprese soubor pacientů s hraniční poruchou a to na statisticky významné hladině významnosti, naopak nejnižší míru deprese vykazoval soubor s obsedantně kompulzivní poruchou.

Z uvedených skutečností vyplývá, že nejvyšší míru námi sledované psychopatologie u námi vybraných diagnostických skupin vykazují pacienti s hraniční poruchou osobnosti a to jak v míře disociace, tak i deprese a úzkosti. Tento výsledek však nelze zobecnit na celkovou míru psychopatologie, jelikož například pacienti s OCD nemusí vykazovat vysokou míru psychopatologie v těchto parametrech a přitom mohou mít závažné symptomy v oblasti obsedantně kompulzivních projevů.

6.5 Patologická disociace

Zajímavé informace přinesla naše studie při analýze skóre patologické disociace. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti a s disociativními poruchami vykazovali výrazně vyšší procentuální zastoupení vysokého skóre patDES (nad 20 bodů), než ostatní skupiny (vůči kontrolám na hladině významnosti < 0.001). Pořadí skupin podle míry patDES zcela odpovídá pořadí skupin podle zastoupení vysokého skóre DES v celkové škále (nad 30 bodů). Zdá se, že rozdíl v míře patologické disociace u hraniční poruchy osobnosti a disociativních poruch vůči kontrolám či pacientům s panickou poruchou verifikuje hypotézu patologické disociace, která je typově odlišná od disociace jako osobnostního rysu (Putnam et al., 1996; Waller et al.; 1996 Allen et. al., 2002; Irwin, 1999). Tuto hypotézu potvrzuje i analýza dat kontrolního

souboru - nízké průměrné skóre patologické disociace (2,6 bodů) a velmi nízký výskyt vysoké míry patologické disociace (0,96%).

6.6 Limity studie, další výzkum

Limitem naší studie je použití sebehodnotících škál. Bylo by tedy vhodné dolnit sebezposuzovací dotazníky škálami hodnocenými vnějším pozorovatelem nebo (polo)strukturovaným interview. Na naší populaci však zatím žádné objektivní škály ani interview zaměřené na míru disociace nebyly validizovány. Dalším limitem je zřejmě volba kontrolní skupiny, která je sice počtem subjektů poměrně obsáhlá, nicméně je otázkou, zdali se jedná o reprezentativní vzorek populace. Probandi nemuseli přiznat případné psychické onemocnění anebo (i) mohli trpět somatickou nemocí a na tuto skutečnost nebyli dotazováni.

V případě klinicky morbidních skupin by jistě bylo přínosné pokusit se o získání většího počtu subjektů v jednotlivých diagnostických skupinách. Zejména v případě disociativních poruch bylo obtížné získat dostatečně velký vzorek pacientů a proto musela být data sbírána na několika pracovištích.

U skóru v jednotlivých škálách nelze vyloučit u souborů nemocných možný vliv medikace na jejich hodnoty, což nebylo možné zohlednit pro metodologickou náročnost.

Výstupy z předloženého výzkumu naznačují, že disociativní symptomy mohou být u neklinické i klinické populace běžným jevem. U námi zkoumaných diagnóz dosahují vysoké intenzity a prevalence nejen u disociativních poruch, ale i u souboru hraniční poruchy osobnosti. Dalším výzkumem by bylo vhodné ověřit, nakolik může být úspěšnost léčby u jednotlivých diagnóz ovlivněna mírou disociativních příznaků. Výzvou pro výzkum zůstává i pojetí patologické disociace jako samostatného fenoménu, který je odlišný od „disociativních dispozic“ v rámci osobnostní struktury.

7. Závěr

V závěru přinášíme odpovědi na hypotézy, které byly stanovené před zahájením studie:

Nulová hypotéza N-1: Skóry disociace se neliší mezi pacienty a zdravými kontrolami.

Tato hypotéza se potvrdila; pacienti jako souhrnná skupina se ve skórech disociace neliší od zdravých kontrol.

Nulová hypotéza N-2: Není rozdíl mezi skóry disociace mezi jednotlivými diagnostickými kategoriemi.

Tato nulová hypotéza se nepotvrdila, zčásti platí alternativní hypotéza A-2: Jednotlivé diagnostické skupiny se mezi sebou ve skórech disociace liší:

A-2a) pacienti s disociativními poruchami mají vyšší skóry disociace než kontrolní soubor a než pacienti s panickou poruchou a obsedantně kompulzivní poruchou; jejich průměrné skóry se však neliší od pacientů s depresivní poruchou;

A-2b) pacienti s Hraniční poruchou osobnosti mají vyšší skóry disociace než kontrolní soubor a než pacienti s panickou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou; nikoliv však než pacienti s depresivní poruchou;

A-2c) tato subhypotéza se nepotvrdila, pacienti s disociativními poruchami nemají vyšší skóry disociace než pacienti s hraniční poruchou osobnosti; je tomu naopak, ovšem rozdíl nedosahuje statistické významnosti;

A-2d) tato hypotéza se potvrdila - vysoké skóry disociace se objevují častěji u pacientů s disociativní poruchou a hraniční poruchou osobnosti než u ostatních hodnocených psychických poruch.

Nulová hypotéza N-3: Skóry disociace nesouvisí s intenzitou psychopatologie u jednotlivých diagnostických kategorií.

Tato hypotéza se nepotvrdila, protože u většiny diagnostických skupin souvisí buď se skóry úzkosti, deprese nebo (u OCD skupiny) i se skóry obsesí a kompulzí. Platí zde tedy alternativní hypotéza A-3: Skóry disociace souvisí s intenzitou psychopatologie. O jednotlivých subhypotézách lze konstatovat:

A-3a) Skóry disociace souvisí u celého souboru i u jednotlivých diagnostických kategorií se skóry úzkosti - tato subhypotéza byla pro celý výběr nemocných prokázána. U jednotlivých diagnóz platí u depresivní poruchy, disociativních poruch, panické poruchy, obsedantně kompulzivní poruchy, ale nikoliv u hraniční poruchy osobnosti.

A-3b) Skóry disociace souvisí u celého souboru i u jednotlivých diagnostických kategorií se skóry deprese – tato subhypotéza byla pro celý výběr nemocných prokázána. U jednotlivých diagnóz platí u depresivní poruchy, disociativních poruch, obsedantně kompulzivní poruchy, hraniční poruchy osobnosti, ale nikoliv u panické poruchy.

A-3c) Skóry disociace souvisí u pacientů trpících obsedantně kompulzivní poruchou se skóry obsesí a kompulzí – tato subhypotéza byla prokázána.

Nulová hypotéza N-4: Skóry disociace nesouvisí s věkem.

Tato nulová hypotéza se prokázala pro celý hodnocený soubor i pro jednotlivé diagnostické skupiny.

Nulová hypotéza N-5: Skóry disociace nesouvisí s pohlavím.

Tato nulová hypotéza v našem celém souboru platí, průměrné skóry disociace u mužů a žen jsou podobné.

Nulová hypotéza N-6: Skóry disociace nesouvisí s dosaženým vzděláním.

Tato nulová hypotéza v našem celém souboru platí.

8. Literatura

1. Akyüz G., Dogan O., Sar V., Yargiç L.I., Tutkun H. (1999): Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Compr Psychiatry*; 40: 151-159
2. Allen J.G., Fultz J., Huntoon J., Brethour J. R. (2002) Pathological dissociative taxon membership, absorption, and reported childhood trauma in women with trauma-related disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*; 3:89-110
3. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and statistic manual of mental disorders, Fourth Edition. Washington, DC
4. Apgar, B. (1999): Childhood Trauma and Dissociation in Adulthood. *American Family Physician*; Sep. 1 1999
5. Armstrong J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z., Smith, S.R. (1997): Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis*; 185, 491-497
6. Ball S, Robinson A, Shekhar A, Walsh K (1997): Dissociative symptoms in panic disorder. *J Nerv Ment Dis*; 185:755-760
7. Beck, A.T., Emery, G. (1985): Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, Basic Books
8. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988): An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56(6), 893- 97
9. Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, W. (1996): Comparison of Beck Depression Inventories IA and II in psychiatric outpatients. *J Per Assess*; 67(3), 588- 97
10. Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G. (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review*; 8:77-100
11. Becker- Blease K.A., Deater- Deckard K., Eley T., Freyd J.J., Stevenson J., Plomin R. (2004): A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 45:3, 522- 532

12. Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1986): Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *J Nerv Ment Dis*; 174, 727-735.
13. Betts T., Boden, S. (1992): Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non- epileptic attack disorder. Part 1. *Seizure*; 1: 19-26
14. Bob, P. (2000): Disociativní procesy a jejich měření. *Česká a slovenská psychiatrie*; 96, 301-309
15. Bob, P. (2001): Disociativní tendence psyché a její překonání v zrcadlovém "já". FSS MU, katedra psychologie. Autoreferát disertační práce. http://eldar.cz/honza/dklub/bob_disoc_autoref.doc.24.12.2009
16. Bob, P. (2004): Dissociative Processes, Multiple Personality, and Dream Functions. *Am J Psychother*; 58(2): 139- 49
17. Bob, P., Ptáček, R., Paclt, I. (2002): Disociativní poruchy a možnosti diferenciatní diagnostiky epileptických a psychogenních neepileptických záchvatů. *Čs Psychiatr* 98; 7, 377- 381
18. Bob, P., Susta, M., Pavlát, J., Hynek, K., Raboch, J. (2005): Depression, traumatic dissociation and epileptic- like phenomena. *Neuro Endocrinol Lett*; 26(4): 321- 325
19. Bob, P., Zvolský, P., Paclt, I., Páv, M., Pavlát, J., Vyhnánková, Z., Uhrová, T., Žukov, I. (2002): Disociativní komponenty v etiopatogenezi deprese, možnosti jejich sledování a terapeutického ovlivnění. *Čs Psychiatr*; 98, 2, 81- 85
20. Bremner, J.D., Jarmar, C.R. (Eds) (1998): Trauma, memory and dissociation. Washington, DC: American Psychiatric Press
21. Boysan, M., Goldsmith, R., Cavus, H., Kayri, M., Keskin, S. (2009): Relations among anxiety, depression, and Dissociative Symptoms: The Influence of Abuse Subtype. *J Trauma Dissociation*; 10(1): 83- 101
22. Bowman, E.S. (2001): Psychopathology and outcome in pseudoseizures. In: Etinger A.B., Kanner A.M. (eds): *Psychiatric issues in epilepsy*. Lippincott Williams a Wilkins, Philadelphia, 2001
23. Carlson EB, Putnam FW, Ross CA, Anderson GG, Clark P, Torem Coons P, Bowman E, Chu JA, Dill D, Loewenstein RJ, and Braun BG: Factor analysis of the Dissociative Experiences Scale: A multicenter study.

In BG Braun & EB Carlson (Eds.). Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States. Chicago: Rush 1991. p. 16

24. Carlson EB, Putnam FW: An update on the Dissociative Experience Scale: An update on the Dissociative. *Dissociation*; 1993; 6: 16-27

25. Cloitre, M., Scarvalone, P., Dovede, J. (1997): Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*; 10, (3), 437- 452

26. Cloninger, C.R. (1993): Somatoform and dissociative disorders. In: *Medical basis of psychiatry*, 2nd edition, Winokur, G., Clayton, P.J. (eds.). WB Saunders, Philadelphia, 1993

27. Dell, P. F. (2002): Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis*; 190, 1-15

28. DePrince, A.P., Cromer, L.D. (Eds.) (2006): *Exploring dissociation: Definitions, Development and Cognitive correlates*, New York Haworth Press

29. Domino G., Domino, M.L. (2006): *Psychological testing: an introduction*. Cambridge University Press

30. Donofrio, N., Perrine, K. et al. (2000): Depression and anxiety in patients with non- epileptic seizures. In: Gates J.R., Rowan, J.A.: *Non-epileptic seizures*. Butterworth- Heinemann, Woburn, Maryland

31. Dorahy, J.M., Mills, H., Taggart, C., O 'Kane, M., Mulholland, C. (2006): Do dissociative disorders exist in Northern Ireland?: Blind psychiatric- structured interview assessments of 20 complex psychiatric patients. *Eur J Psychiat*; 20(3): 172-82

32. Draijer N., Boon S. (1993) The validation of the Dissociative Experiences Scale against the criterion of the SCID-D, using receiver operating characteristics (ROC) analysis. *Dissociation*; 7:28- 36

33. Dunn, G.E., Paolo, A.M., Ryan, J.J., Van Fleet, J. (1993): Dissociative symptoms in a substance abuse population. *Am J Psychiatry*; 150: 1043-1047

34. Elzinga B.M., Ardin A.M., Heijnis M.K., De Ruiter M.B., Van Dyck R., Veltman D.J. (2007): Neural correlates of enhanced working-memory

performance in dissociative disorder: a functional MRI study. *Psychol Med*; 37(2), 235- 245

35. EMEA, 2002:
<http://www.ema.europa.eu/pdfs/human/ich/013595en.pdf>. 20.3.2009

36. Fink, P. (1996): From hysteria to somatization: A historical perspective. *Nordic Journal of Psychiatry*; 50: 353- 363

37. Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., Lipschitz, D. (2006): Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*; 163, 623-629.

38. Fontenelle, F. L., Domingues M. A, Souza, W.F. , Mendlowicz, M.V., Menezes, G.B, Figueira, I.L., Versiani M (2007): History of trauma and dissociative symptoms among patients with obsessive- compulsive disorder and social anxiety disorder. *Psychiatric Quarterly*; 78 (3): 241- 250

39. Frischholz, E., Braun, B.G., Sachs, R.G., Hopkins, L., Shaefer D.M., Lewis, J., Leavitt, F., Pasquotto, J.N., Schwarz, D. (1990): The Dissociative experiences scale: Further replication and validation. *Dissociation*; III., (3)

40. Gates J.R., Luciano, D., Devinski, O. (1991): The classification and treatment of nonepileptic events. In: Devinski O., Teodor W.H. (eds): *Epilepsy and Behavior*. New York: Wiley- Liss, 251- 263

41. Goldstein, L.H., Deale, A.C., Mitchell- O'Malley, S.J., Tone, B.K., Mellers, J.D.C. (2004): An Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy as a Treatment for Dissociative Seizures. A Pilot Study. *Cog Behav Neurol*; 17: 41- 49

42. Goodman, W.K., Price, L.A., Rasmussen, S.A., Mazure, C.S., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989): The Yale Brown Obsessive Compulsive Rating Scale (Y-BOCS) Part I. Development, Use and Reliability. *Arch. Gen Psychiatry*; 46(11):1006- 1011.

43. Goodman, W., Price, L.A., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., Charney, D.S. (1989). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) Part II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*; 46(11):1012-1016.

44. Gulsun, M., Doruk, A., Uzun, O., Turkbay T., Ozsahin, A. (2007): Effect of dissociative experiences on drug treatment of panic disorder. *Clin Drug Investig*; 27: 583-590
45. Grambal, A., Sigmundová, Z., Bulíková, B., Jirátková, H., Praško, J. (2009): Hypnóza v léčbě disociativních poruch. *Psychiatrie (Suppl. 2)*; 13: 51-52
46. Harms, E. (1966): Predecessors of Morton Prince's Dissociation Concept. *Am J Psychiatry*; 117: 941- 942
47. Herman, E., Hovorka, J., Nežádal, T., Praško, J.: Disociativní poruchy. In: Seifertová, D., Praško, J., Höschl, C. (eds) (2004): *Postupy v léčbě psychických poruch*. Academia Medica Pragensis, Praha
48. Herman, E., Hovorka, J., Praško, J., Nežádal, T., Bajaček, M., Doubek, P. (2008): Disociativní poruchy v praxi. *Psychiatrie pro praxi*; 9(6): 277- 282
49. Holmes, E., Brown, R., Mansell, W., et al. (2005): Are there two quantitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev*; 25, 1-25
50. Hunter, E.C., Baker, D., Phillips, M.L. et al. (2005): Cognitive-behaviour therapy for depersonalization disorder: an open study. *Behav Res Ther*; 43: 1121- 1130
51. Hunter, E.,C., Sierra, M., David, A.S. (2004): The epidemiology of depersonalization and derealisation. A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 39 (1):9-18
52. Chalder, T. (1996): Non- epileptic attacks: A cognitive behavioral approach in a single case with a four year follow-up. *Clin Psychol Psychother*; 3: 291- 297
53. Chalupníček, A. (2008): Disociativní poruchy a paranoidní schizofrenie. Závěrečná práce. FSS MU Brno. http://is.muni.cz/th/65618/fss_m/Diplomova_prace.doc. 15.10.2009
54. Irwin, H.J. (1999) Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology*; 133:157-164.
55. Jang, K.L., Paris, J., Zweig- Frank, H., Livesley, W.J. (1998): Twin study of dissociative experience. *J Nerv Ment Dis*; 186, 345- 351

56. Kanner, A.M., Palac, S.P. et al. (2001): Treatment of psychogenic pseudoseizures. What do after we have reached the diagnosis? In: Etinger A.B., Kanner A.M. (eds): Psychiatric issuea in epilepsy. Lippincott Williams a Wilkins, Philadelphia, 2001
57. Keane T., Fairbank, J. (1983): Survey analysis of combat-related stress disorder in Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*; 140: 348- 350
58. Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L.Rouse, H., Ainsworth, Ch., Fearon, P., Waller, G. (2004): Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 35: 25- 48
59. Korzekwa, M.I., Dell, P.F, Pain, C. (2009a): Dissociation and Borderile Personality Disorder: An Update for Clinicians. *Current Psychiatry Reports*; 11: 82-88
60. Korzekwa, M.I., Dell, P.F., Links, P.S., Thabane, L., Fougere, P. (2009b): Dissociation in Borderline Personality Disorder: A detailed look. *Journal of Trauma and Dissociation*; 10: 346- 367
61. Lambert, M.,V., Senior, C., Fewtrell, W.D., Phillips, M.L., David, S.L. (2001): Primary and secondary depersonalisation disorder: a psychometric study. *J Affect Disord*; 63(1-3): 249- 256
62. Látalová, K., Kubínek, R., Cinculová, A. (2009): Farmakoterapie disociativních poruch. *Psychiatrie 13 (Suppl 2)*: 51
63. Lipsanen T., Saarijärvi S., Lauerma H. (2003): The Finnish version of the Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) and psychiatric distress; *Nordic Journal of Psychiatry*; 57:17-22.
64. Lynn, S.J., Rhue, J.W. (1991): Theories of hypnosis. *Current Models and Perspectives*. The Guilford Press
65. Magán, I., Sanz, J., García- Vera, M.P. (2008): Psychometric Properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population; 11, (2), 626- 640
66. Maaranen, P. (2006): Dissociation in the Finnish General Population, Doctoral dissertation, Department of Psychiatry University of Kuopio
67. Maaranen, P., Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampi K., Haatainen, K., Koivumaa- Honkanen H., Viinamäki (2008): The course of dissociation

in the general population: a 3-year follow-up study. *Compr Psychiatry*; 49 (3): 269- 274

68. Merskey, H. (1995): *The Analysis of Hysteria, Understanding Conversion and Dissociation*, London: Gaskell, 2nd Edition

69. Micale, M.S. (1990): Charcote and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth century France. *Medical History*; Oct. 34(4): 363- 411

70. Modestin, J., Exner, G., Junghan, M., Erni, T. (1996): Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Compr Psychiatry*; 37 (5): 355- 361

71. Moene, F., Spinhoven, P., Hoogduin, Dyck, R. van (2003): A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Int J Clin Exp Hypn*; 51, 29-50.

72. Mulder, R., T., Beautrais A.L., Joyce, P., R., Fergusson, D., M. (1998): Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry*; 155:806- 811

73. Nijenhuis E.R.S., Spinhoven P., Van Dyck R., Van der Hart O., Vanderlinden J. (1996) The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis*; 184:688-694

74. Nijenhuis E.R.S., Spinhoven P., Van Dyck R., Van der Hart O., Vanderlinden J. (1997) The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 96; 311-318

75. Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart O., Kruger, K., Steele, K. (2004): Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 38, 678- 686

76. Nijenhuis E.R.S., Van Dyck R., Spinhoven P., Van der Hart O., Chatrou M., Vanderlinden, J., Moene, F. (1999): Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand of Psychiatry*; 33: 511- 520

77. Oedegaard, K.J., Neckelmann, D., Benazzi, F., Svrstad V.E., Zliskal, H.S., Fasmer, O.B. (2008): Dissociative experiences differentiate bipolar II from unipolar depressed patients: the mediating role of cyclothymia and the Type A behaviour speed and impatience subscale. *J Affect Disord*; 108 (3): 207-16
78. Ogawa J.R., Sroufe L.A., Weinfield N.S., Carlson E., A., Egeland B. (1997): Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*; 9(4): 855- 879
79. Oldham, J.M., Skodol, A.,E., Bender, D.S. (2005): *Textbook Of Personality Disorders*. American Psychiatric Publishing
80. Oto, M., Espie, C., Pelosi, A., Selkirk, M., Duncan, R. (2005): The safety of antiepileptic drug withdrawal in patients with non- epileptic seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 76: 1682- 1685
81. Pastucha, P., Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Latalova, K., Sigmundova, Z., Tichackova, A. (2009a): Borderline personality disorder and dissociation- comparison with healthy controls. *Act Nerv Super Rediviva*; 51(3-4): 146- 149
82. Pastucha, P., Prasko, J., Grambal, A., Latalova, K., Sigmundova, Z., Sykorova, T., Tichackova, A. (2009b): Panic disorder and dissociation- comparison with healthy controls. *Neuro Endocrinol Lett*; 30(6):774- 778
83. Pastucha, P., Prasko, J., Grambal, A., Latalova, K., Sigmundova, Z., Tichackova, A. (2009c): Dissociative disorder and dissociation- comparison with healthy controls. *Neuro Endocrinol Lett*; 30(6): 769-773
84. Patron, C.J. (1992): Fear of abandonment and binge eating: A subliminal psychodynamic activation investigation. *J Nerv Ment Dis*; 180: 484- 490
85. Philippon, J., Poirier, J. (2009): *Joseph Babinski: A Biography*. Oxford University Press Inc., Oxford, England
86. Phillips, M., L., Sierra, M. (2003): Depersonalization Disorder: A Functional Neuroanatomical Perspective. *Stress*; 6(3): 157- 165
87. Phillips, M., L., Medford, N., Senior, C., Bullmore, E.T., Suckling, J., Brammer, M., J., Andrew, CH., Sierra, M., Williams, S., C., R., David, A.,

- S. (2001): Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Psychiatry Res*; 108, 145- 160
88. Praško, J., Raszka, M., Adamcová, K., Grambal, A., Kopřivová, J., Kudrnovská, H., Vyskočilová, J. (2008): Predikce terapeutické odpovědi v kognitivně behaviorální terapii u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou rezistentní na léčbu psychofarmaky. *Psychiatrie*; 12 (Suppl. 3): 55- 62
89. Praško, J., Pastucha, P., Raszka, M., Látalová, K., Herman, E., Hovorka, J., Doubek, P. (2009a): Disociativní křeče. *Cesk Slov Neurol*; 72/105(2): 429- 436
90. Praško, J., Raszka, M., Adamcová, K., Grambal, A., Kopřivová, J., Kudrnovská, H., Látalová, K., Vyskočilová, J. (2009b): Predicting the therapeutical response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmaco-resistant obsessive-compulsive disorder. *Neuro Endocrinol Lett*; 30(5): 624- 628
91. Praško, J., Lacová, M., Hunková, M., Pastucha, P., Raszka, M., Grambal, A., Látalová, K. (2009c): KBT přístupy v léčbě disociativních poruch. *Psychiatrie*; (Suppl. 2) 13, 52
92. Praško, J., Stolinová, H., Ticháčková, A., Grambal, A., Herman, E., Pastucha, P., Raszka, M., Látalová, K. (2009d): Disociace a disociativní poruchy; *Psychiatrie*; (Suppl. 2) 13, 48- 49
93. Praško, J., Látalová, K. (2010a): Hraníční porucha osobnosti a její léčba. Přednáška. 52. Česko-slovenská psychofarmakologická konference, Jeseník, 9.1.2010
94. Praško, J., Látalová, K., Stárková, L., Ticháčková, A. (eds.) (2010b): *Klinická psychiatrie*. In press
95. Psychiatrické centrum Praha (1996): Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum (přeloženo z anglického originálu). Praha, PCP, Zprávy č. 134, 179s.
96. Ptacek, R., Bob, P., Paclt, I., Pavlat, J., Jasova, D., Zvolsky P., Raboch, J. (2007): Psychobiology of dissociation and its clinical assessment. *Neuro Endocrinol Lett*; 28(2):191- 198

97. Ptáček, R., Bob, P. (2009): Disociace v dějinách psychologického myšlení. *Československá psychologie*; LIII/ 2, 184- 192
98. Putnam, F.W., Guroff, J.J., Siberman, E.D. et al.(1986): The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Rewiew of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*; 47, 285- 293
99. Putnam F.W., Carlson E.B., Ross C.A., Anderson G., Clark P., Torem M., Bowman E.S., Coons P., Chu J.A., Dill D.L., Loewenstein R.J., Braun 100. B.G. (1996): Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis*; 184:673-679.
101. Putnam, F.W (1997): Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective. The Guilford Press, New York
102. Raszka, M., Praško J. (2008a): Depersonalizace a derealizace-současné nálezy. *Česk Slov Neurol*; 71/104(3), 139- 146
103. Raszka, M., Praško, J., Adamcová, K., Kopřivová, J., Vyskočilová, J. (2008b): Disociace a kognitivní funkce u obsedantně- kompulzivní poruchy- průřezová studie. *Česká a slovenská psychiatrie*; 104: 298- 296
104. Raszka, M., Prasko, J., Kopřivová, J., Novák, T., Adamcová, K. (2009a): Psychological dissociation in obsessive- compulsive disorder is associated with anxiety level but not with severity of obsessive-compulsive symptoms. *Neuro Endocrinol Lett*; 30 (5): 624- 8
105. Raszka, M., Praško, J., Pastucha, P. (2009b): Neurobiologie disociativních poruch- zaostřeno na depersonalizaci. *Psychiatrie (Suppl. 2)*; 13:50
106. Ross, C.S. (2007): Borderline personality disorder and dissociation. *J Trauma Dissociation*; 8: 71- 80
107. Ross, C.A., Heber, S., Bortin, G.R., Anderson, D., Anderson, G. (1989): The dissociative disorders interview schedule: A structured interview: *Dissociation*; Vol. II, No. 3: 169- 189
108. Ross C.A., Joshi S., Currie R. (1990): Dissociative experiences in the general population. *Am J Psychiatry*; 147: 1547-1552
109. Ross, C.A., Anderson, G., Fleisher, W.P., Bortin, G.R. (1991): The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*; 148 (12): 1717- 20

110. Rossini, E.D., Schwartz, D.R., Braun B.G. (1996): Intellectual functioning of inpatients with dissociative identity disorder and dissociative not otherwise specified. Cognitive and neuropsychological aspects. *J Nerv Ment Dis*; 184(5): 289- 294
111. Sar, V., Akyüz, G., Kugu, N, Ozturk, E., Ertem- Vehid, H. (2006): Axis I Dissociative Comorbidity in Borderline Personality Disorder and Reports of Childhood trauma. *J Clin Psychiatry*; 67: 10, October 2006
112. Sar, V., Akyüz, G., Dogan, O. (2007): Prevalence of dissociative disorders among woman in the general population. *Psychiatry Res*; 149: 169- 176
113. Sayar, K., Samet, K. (2003): The Relationship Between Alexithymia and Dissociation in an Adolescent Sample. *Bull Clin Psychopharmacol*; 13:167-173
114. Seedat S., Stein M.B., Forde D.R. (2003) Prevalence of dissociative experiences in the community sample. Relationship to gender, ethnicity, and substance use. *J Nerv Ment Dis*; 191:115-120.
115. Shearer, S.L. (1994): Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 151(9): 1324-8
116. Sierra M., Berrios G.E. (1998): Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biol Psychiatry*; 44(9): 898- 908
117. Sierra, M., Berrios, G. E. (2000): The Cambridge depersonalisation scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research*; 93: 153-164
118. Simeon, D. (2004): Depersonalization Disorder: A Contemporary Overview. *CNS Drugs*; 18(6): 343- 354
119. Simeon, D., Guralnik O., Gross S., Stein D.J., Schmeidler J., Hollander E. (1998): The detection and measurement of depersonalization disorder. *J Nerv Ment Dis*; 186(9): 536-542
120. Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E., A., Spiegel- Cohen, J., Hollander, E., Buchsbaum, M.S. (2000): A PET Study of Depersonalization Disorder. *Am J Psychiatry*; 157: 1782- 1788
121. Simeon D., Knutelska M., Nelson D., Guralnik O., Schmeidler J. (2003) Examination of the pathological dissociation taxon in depersonalization disorder. *J Nerv Ment Dis*; 191:738-744.

122. Simeon D., Knutelska M., Yehuda R. (2007): Hypothalamic- pituitary- adrenal axis function in dissociative disorders, post- traumatic stress disorder, and healthy volunteers. *Biological Psychiatry*; 61(8), 966- 973
123. Smolík, P. (1996): *Duševní a behaviorální poruchy*, Maxdorf, Praha
124. Soukup, J. (2006): *Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci*. Rigorózní práce. Katedra psychologie FF UK Praha. [/www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejvyajejichprevence/psychickeproblemy/21240.aspx](http://www.zkola.cz/zkedu/rodiceaverejnost/socialnepatologickejvyajejichprevence/psychickeproblemy/21240.aspx). 25.11.2009
125. Spiegel, D., Maldonado, J.R.: *Dissociative disorders*. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A. (2003): *Psychiatry*; John Wiley and Sons, Cichester, England
126. Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H.J., Grabe, H.,J. (2006): Recent developments in the theory of dissociation. *World Psychiatry*; 5(2): 82- 86
127. Spitzer C., Barnow S., Grabe H.J., Klauer T., Stieglitz R.D., Scheiner W., Freyberger H.J. (2006): Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*; 7:51-62.
128. Steer, R.A. (2009): Amount of general factor saturation in the Bech anxiety inventory response of outpatients with anxiety disorders. *J Psychopathol Behav Asses*; Vol. 31, No 2, 112- 118
129. Steinberg, M. (1995): *Handbook for the Assesment of the Dissociation: a clinical guide*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC.
130. Steinberg M., Rounsaville B., Cicchetti D. (1991) Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *Am J Psychiatry*; 148:1050-1054.
131. Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Hall, P., Rounsaville, B. (1993): Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D): *Dissociation*; 6, 3-15.
132. Stone, M.H. (1993): Long-term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry*; 162: 299- 313

133. Tasman, A., Kay, J., Jeffrey, A.L., First, M.B., Maj, M. (2008): Psychiatry, Third Edition; John Wiley and Sons.
134. Tutkun, H., Sar, V., Yargic, L.I., Özpulat, T., Yanik, M., Kızıltan, E. (1998): Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a turkish university clinic. *Am J Psychiatry*; 155:800-805
135. Ünsal, A. (2008): Prevalence of depression and its relationship with sociodemographic characteristics among women in rural town of western Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry*; 9(3): 148- 155
136. Van der Hart, Dorahy, M.J. (2006): Pierre Janet and the concept of dissociation (Letter to the Editor). *Am J Psychiatry*; 163, 1646
137. Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. (1996): The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the dissociative experiences scale (DES). *Clinical Psychology Review*; 16, 365-382.
138. Vermetten E., Schmahl C., Lindner S., Loewenstein R.J., Bremner J.D. (2006): Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder. *Am J Psychiatry*; 163: 630- 636
139. Vermetten, E., Dorahy, J.M., Spiegel,D. (2007): Traumatic dissociation; American Psychiatric Publishing
140. Waller N.G., Hamilton K., Elliott P., Lewendon J., Stopa L., Waters A., Kennedy F., Lee G., Pearson D., Kennerley H., Hargreaves I., Bashford V., Chalkley J. (2000): Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*; 1:81- 98.
141. Waller, N.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B. (1996): Types of dissociation and dissociative types: A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*; 1(3), 300- 321
142. 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: 499- 510.
143. Watson D. (2003) Investigating the construct validity of the dissociative taxon: stability analyses of normal and pathological dissociation. *Journal of Abnormal Psychology*; 112:298-305.

144. Williams, M.L., Banyard V.L. (eds.) (1999): Trauma and Memory: Thousand Oaks, Calif.
145. Wise T.N., Mann LS, Sheridan MJ (2000): Relationship between Alexithymia, Dissociation and Personality in Psychiatric Outpatients. *Psychother Psychosom*; 69:123-127
146. Xiao Z., Yan H., Wang Z., Zou Z., Xu Y., Chen J., Zhang H., Ross C.A., Keyes B.B. (2006). Trauma and dissociation in China. *Am J Psychiatry*; 63:1388-1391
147. Yamamotová A., Papežová H. (2002): Neurobiologické mechanismy disociace, bolesti a vnímání vlastního těla. *Psychiatrie pro praxi*; 5: 213-218
148. Young, J. E., Klosko, J.S, Weishaar, M.E. (2003): Schema therapy: A Practitioner's Guide. The Guilford Press. New York
149. Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg F.R., Hennen J. (2000): The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry*; 41:223-227
150. Zanarini, M.C., Frankenberg, F.R., Hennen, J., Silk, K.R. (2003): The longitudinal course of borderline psychopathology: 6- year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*; 160(2): 274- 83
151. Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S, Reich, D.B., Fitzmaurice, G. (2008): The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow up. *Acta Psychiatr Scand*; 118(4):291-296

9. Klíčová slova

Anxieta,

Deprese,

Depresivní porucha,

Disociace,

Disociativní porucha,

Hraniční porucha osobnosti,

Obsedantně kompulzivní porucha,

Panická porucha,

Patologická disociace.

Přílohy

PŘÍLOHA č. 1	Dotazník DES
PŘÍLOHA č. 2	Dotazník BDI
PŘÍLOHA č. 3	Dotazník BDA
PŘÍLOHA č. 4	Dotazník Y- BOCS

PŘÍLOHA č. 1

Dotazník DES

jméno: _____

věk.....

datum: _____

pohlaví: M Ž

vzdělání: základní/ střední/ vyšší

Pokyny

Tento dotazník obsahuje 28 otázek, jež se týkají zkušeností, které se mohou vyskytovat ve vašem každodenním životě. Zajímá nás, jak často se Vám tyto události stávají. Je však důležité, aby Vaše odpovědi ukázaly, jak často tyto zkušenosti prožíváte, aniž jste pod vlivem alkoholu nebo drog. K tomu, abyste mohli odpovědět na otázku, je nutné, abyste vyjádřili odpovídající míru zkušenosti vyjádřené v otázce ve vztahu k sobě a vyznačili jej vertikální čarou na příslušném místě, jak je ukázáno na příkladu.

Příklad:

0% _____ 100%

1. Někteří lidé mají zkušenost, že si při řízení auta náhle uvědomí, že si nemohou vzpomenout na to, co se událo v průběhu celého výletu nebo jeho části. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

2. Někteří lidé občas shledají, že si při poslechu něčí řeči náhle uvědomí, že neslyšeli část nebo vůbec nic z toho, co bylo řečeno. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

3. Někteří lidé mají zkušenost v tom, že shledají sebe sama na nějakém místě a nevědí, jak se tam dostali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

4. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že naleznou sebe sama oblečené v oděvu a nevzpomínají si, že se oblékali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

5. Někteří lidé mají zkušenost, že naleznou nové věci mezi těmi, jež vlastní, a nemohou si vzpomenout, že je kupovali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

6. Někteří lidé občas shledají, že se setkají s lidmi, které neznají a kteří je nazývají jiným jménem a trvají na tom, že se spolu již setkali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

7. Někteří lidé mají občas zkušenost, že cítí, jako by stáli vedle někoho, nebo hledíce na sebe sama něco dělají a vidí sebe sama, jako by hleděli na jinou osobu. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

8. Někteří lidé říkají, že občas nepoznávají přátele nebo členy rodiny. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

9. Někteří lidé někdy shledají, že si nevzpomínají na důležité události ve svém životě (například svatba, promoce, maturita a podobně). Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

10. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že jsou obviňováni ze lhaní, aniž by lhali.

Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

11. Někteří lidé mají zkušenost, že hledí do zrcadla a nepoznávají sami sebe. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

12. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, že jiní lidé, věci nebo svět kolem nich nejsou reálné. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

13. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, jako by jim jejich tělo nenáleželo. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

14. Někteří lidé mají zkušenost, že si občas vzpomenou na nějakou minulou událost tak živě, že cítí, jako by tuto událost znovu prožili. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

15. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že si nejsou jisti, zda události, na něž si vzpomínají, se opravdu staly, nebo si je jen vysnili. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

16. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že se octnou na známém místě, které jim připadá zvláštní a neznámé. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

17. Některým lidem se stává, že když hledí na televizi nebo film, jsou tak pohlceni příběhem, že si nejsou vědomi ostatních událostí kolem nich. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

18. Některým lidem se občas stává, že jsou tak pohlceni fantazií nebo denním snem, že pociťují, jako by se jim to opravdu stalo. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

19. Některým lidem se stává, že jsou občas schopni ignorovat bolest. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

20. Některým lidem se stává, že občas sedí a upřeně hledí před sebe, o ničem nepřemýšlejí a nejsou si vědomi uplynulého času. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

21. Některým lidem se občas stává, že když jsou sami, hovoří nahlas sami se sebou. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

22. Někteří lidé shledávají, že v některé situaci jednají tak odlišně ve srovnání s jinou, že se cítí téměř tak, jako by byli dvěma různými lidmi. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

23. Některým lidem se občas stává, že v některých situacích jsou schopni vykonávat věci, které jsou pro ně obvykle obtížné, s úžasnou lehkostí a spontaneitou (například sport, práce, sociální situace). Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

24. Někteří lidé si občas nemohou vzpomenout, zda-li něco udělali, neboť mají jen myšlenku o tom, že tu věc udělali (například nevědí, zda-li poslali dopis, nebo si jen myslí, že jej poslali). Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

25. Někteří lidé někdy shledají, že udělali věci, na něž si nemohou vzpomenout, že je dělali. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

26. Někteří lidé občas naleznou zápisky, kresby nebo poznámky mezi těmi, jež jim náleží, které museli sami učinit, ale nemohou si vzpomenout kdy. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

27. Některým lidem se občas stává, že slyší hlasy uvnitř své hlavy, které jim říkají, co mají dělat nebo komentují to, co dělají. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

28. Někteří lidé občas pociťují, jako když hledí na svět skrze mlhu, takže lidé a objekty se jim jeví být vzdálenými a nejasnými. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.

0% _____ 100%

PŘÍLOHA č. 2

Dotazník BDI

jméno a příjmení (iniciály):.....
datum narození:.....
pohlaví:.....
vzdělání:.....
rodinný stav:.....
datum:.....

Máte před sebou dotazník obsahující skupiny různých tvrzení. Nejprve si v každé skupině přečtete všechna tvrzení a pak si vyberte to, které Vás nejlépe charakterizuje v posledních 2 týdnech (včetně dneška) a jeho číslo zakroužkujte. Pokud vám vyhovuje více tvrzení (popřípadě nevyhovuje žádné), zatrhněte to, které se blíží nejvíce.

1. 0 Necítím se smutný (á).

1 Cítím se posmutnělý (á), sklíčený (á).

2 Jsem stále smutný (á) a smutku se nedokážu zbavit.

3 Jsem tak nešťastný (á), že to nemohu snést.

2. 0 Příliš se budoucnosti neobávám.

1 Budoucnosti se obávám.

2 Vidím, že se už nemám na co těšit.

3 Vidím, že budoucnost je beznadějná, má situace se nemůže zlepšit.

3. 0 Nemám pocit nějakého životního neúspěchu nebo smůly.

1 V životě jsem měl(a) více smůly a neúspěchu než obvykle mají jiní lidé.

2 Vidím, že můj dosavadní život byl jen řadou neúspěchů.

3 Vidím, že jsem jako člověk (otec, matka, manžel(ka)) plně selhal.

4. 0 Jsem v podstatě spokojen.

- 1 Věci mě už netěší tak, jako dříve.
- 2 Nic mi již nepřináší uspokojení.
- 3 Ať dělám cokoliv, jsem nespokojen(a).

5. 0 Netrpím pocity viny.

- 1 Často mívám pocity viny.
- 2 Hodně často mívám pocity viny.
- 3 Stále trpím pocity viny.

6. 0 Nemám pocit, že bych měl(a) být za něco potrestán(a).

- 1 Mám pocit, že bych mohl(a) být za něco potrestán(a).
- 2 Očekávám, že budu nějak potrestán(a).
- 3 Vím, že budu potrestán.

7. 0 Necítím se příliš zklamán(a) sám (sama) sebou.

- 1 Zklamal(a) jsem se v sobě.
- 2 Jsem dosti znechuce(a) sám (sama) sebou.
- 3 Nenávidím se.

8. 0 Necítím se horší než kdokoliv jiný.

- 1 Mám spoustu nedostatků a dělám hodně chyb.
- 2 Stále si vyčítám všechny své chyby.
- 3 Za všechno špatné mohu já.

9. 0 Nepřemýšlím o sebevraždě.

- 1 Někdy pomýšlím na sebevraždu.
- 2 Často přemýšlím o sebevraždě.
- 3 Kdybych měl(a) příležitost, tak bych si vzal(a) život.

10. 0 Nepláču více než obvykle.

- 1 Pláču nyní častěji než předtím.
- 2 Pláču nyní stále, nedokážu přestat.
- 3 Nemohu už ani plakat.

11. 0 Nejsem nyní podrážděnější více než obvykle.
- 1 Jsem často podrážděný(á) a rozladěný(á).
 - 2 Jsem stále podrážděný(á) a rozladěný(á)
 - 3 Nemohu se již rozčílit ani věcmi, které mě dříve rozčilovaly.
12. 0 Neztratil(a) jsem zájem o druhé lidi
- 1 Mám menší zájem o ostatní lidi.
 - 2 Ztratil(a) jsem většinu zájmu o ostatní lidi.
 - 3 Ztratil(a) jsem všechnen zájem o ostatní lidi.
13. 0 Dokážu se většinou v běžných situacích rozhodnout.
- 1 Odkládám svá rozhodnutí častěji než dříve.
 - 2 Mám značné potíže v rozhodování.
 - 3 Vůbec se nedokážu rozhodnout
14. 0 Nemám větší starosti se vzhledem než dříve.
- 1 Mám starosti, že vypadám už dost staře a neatraktivně.
 - 2 Mám dojem, že se můj zevnějšek značně zhoršil, vypadám dost nepěkně.
 - 3 Mám pocit, že vypadám ošklivě až odpudivě
15. 0 Práce mi jde jako dřív.
- 1 Musím se nutit, když chci začít něco dělat.
 - 2 Dá mi velké přemáhání, abych cokoliv uděla(a).
 - 3 Nejsem schopen (schopna) jakékoliv práce.
16. 0 Spím stejně dobře jako dřív.
- 1 Nespím již tak dobře jako dříve.
 - 2 Probouzím se o hodinu až dvě dříve než obvykle a nemohu pak již spát.
 - 3 Denně se probouzím předčasně a nedokážu spát více než 5 hodin denně.
17. 0 Necítím se více unavenější než dříve.

- 2 Unavím se snadněji než dříve.
- 2 Téměř všechno mě unavuje.
- 3 Únava mi zabraňuje cokoliv dělat.

18. 0 Mám svou obvyklou chuť k jídlu.

- 1 Nemám takovou chuť k jídlu jako dříve.
- 2 Mám mnohem menší chuť k jídlu.
- 3 Zcela jsem ztratil(a) chuť k jídlu.

19. 0 V poslední době jsem nezhubnul(a).

- 1 V poslední době jsem zhubl(a) o více než 2,5 kg.
- 2 V poslední době jsem zhubl(a) o více než 5 kg.
- 3 V poslední době jsem zhubl(a) o více než 7,5 kg.

20. 0 Nestarám se o své zdraví více než obvykle.

1 Nyní mi dělají starosti různé bolesti po těle, žaludek, zácpa, srdce apod.

- 2 Velice často myslím na tělesné obtíže.
- 3 Moje bolesti a těžkosti mě zcela vyčerpávají.

21. 0 Nepozoruji snížení zájmu o sex.

- 1 Mám menší zájem o sex než dříve.
- 2 Mám o hodně menší zájem o sex než dříve.
- 3 Ztratil jsem úplně zájem o sex.

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku.

PŘÍLOHA č. 3

Dotazník BAI

Iniciály: Muž..... Žena.....

Datum:

Diagnosa:

věk:

Předkládáme Vám seznam běžných symptomů úzkosti. Přečtěte si pozorně každou položku seznamu. Označte, do jaké míry Vás jednotlivé symptomy obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška umístěním křížku na odpovídající místo v kolonce vedle každého symptomu.

	vůbec	mírně moc mě to nerušilo	středně bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet	vážně stěžím jsem to vydržel(a)
	0	1	2	3
Mrtvění nebo mravenčení				
Pocit horka				
Vratkost nohou				
Neschopnost odpočinku				
Strach z nejhorší události				
Závrať nebo pocit na omdlení				
Bušení srdce, zrychlený tep				
Neklid				
Zděšení				
Nervozita				
Pocit dušnosti				

Chvění rukou				
Třes				
Strach ze ztráty kontroly				
Namáhavé dýchání				
Strach ze smrti				
Panika				
Trávicí potíže nebo bolesti břicha				
Pocit na omdlení				
Zarudnutí v obličeji				
Pocení				

PŘÍLOHA č. 4

Dotazník Y-BOCS

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

Jméno pacienta: Datum měření:.....

Škála pro obsese

	0 h/den	0-1 h/den	1-3 h/den	3-8 h/den	8+ h/den
1. Čas zabraný obsesemi	0	1	2	3	4
2. Narušení činností obsesemi	vůbec ne 0	mírně 1	zřetelně, ale únosně 2	podstatné snížení 3	zneschopňující 4
3. Stres z obsesí	žádný 0	mírný 1	střední, ale ovládnutelný 2	vážný 3	téměř trvalý 4
4. Odolnost pro obsesím	vždy se brání 0	většinou 1	občas se snaží 2	často se poddává 3	zcela podléhá 4
5. Kontrola obsesí	úplná kontrola 0	hodně kontr. 1	střední kontr. 2	málo kontr. 3	bez kontroly 4

Škála pro kompulze

	0 h/den	0-1 h/den	1-3 h/den	3-8 h/den	8+ h/den
6. Čas zabraný kompulzemi	0	1	2	3	4
7. Narušení činností	vůbec ne 0	mírně 1	zřetelně, ale únosně 2	podstatné snížení 3	zneschopňující 4
8. Stres z kompulzí	žádný 0	mírný 1	střední, ale ovládnutelný 2	vážný 3	téměř trvalý 4
9. Odolnost proti kompulzím	vždy se brání 0	většinou 1	občas se snaží 2	často se poddává 3	zcela podléhá 4
10. Kontrola kompulzí	úplná kontrola 0	hodně kontr. 1	střední kontr. 2	málo kontr. 3	bez kontroly 4

