
SOUBORNÉ REFERÁTY

Disociace v dětství: klinické projevy a diagnostika Dotazník disociace v dětství

Soukup J., Papežová H.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

SOUHRN

Disociativní symptomy jsou častou reakcí dítěte na traumatické zážitky přesahující jeho mentální kapacitu na jejich zpracování. Disociace má ochrannou funkci, pokud však přetrvává, velmi negativně ovlivňuje kvalitu života dítěte, jeho duševní vývoj, sociální zařazení a perspektivu vzdělávání. Předpokladem úspěšné diagnostiky disociace u dětí je její cílené zkoumání a posouzení údajů z dotazníků, pozorování, rozhovoru a od osob dítěti blízkých. Diferenciálně-diagnosticky je třeba disociativní poruchy odlišit od poruch pozornosti, poruch chování, bipolární poruchy s rychlým cyklem, psychóz, epilepsie a poruch osobnosti. Prezentovaný Dotazník disociace v dětství je česká verze validního a reliabilního screeningového nástroje pro posouzení disociace v dětském věku.

Klíčová slova: disociace, trauma, Dotazník disociace v dětství.

SUMMARY

Soukup J., Papežová H.: Dissociation in Childhood: Clinical Manifestation and Diagnosis Child Dissociative Checklist

Dissociative symptoms in children are often a reaction to stimuli that are beyond the child's coping abilities. Dissociation has a protective function, but when it persists, it negatively influences child's quality of life, psychological development, social relationships and perspective of education. Focusing our attention to possible dissociation and making use of test results, observation, clinical interview and information from child's parents or teachers is necessary for making the diagnosis. The differential diagnosis of dissociative disorders in children include attention deficit disorders, conduct disorders, rapid cycling bipolar disorder, psychotic disorders, epilepsy, and personality disorders. Presented version of Child dissociative scale is Czech translation of a valid and reliable screening scale for measuring dissociation in children.

Key words: dissociation, trauma, Child Dissociative Checklist.

Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 5, pp. 236–240.

ÚVOD

Disociace je jedním ze způsobů, jakým dítě zvládá náročné situace, které přesahují jeho schopnosti zpracovávat podněty zvenčí a svoje prožitky. Jde o velmi efektivní obranný mechanismus, podložený komplexními psychobiologickými procesy, umožňující uchovat odděleně myšlenky, pocity, vzpomínky či vjemy, které jsou pro dítě vzájemně neslučitelné a přesahují jeho integrační kapacitu [10, 16]. Duševní zdraví člověka lze charakterizovat také mírou schopnosti integrace kognitivních a emocionálních procesů, jejich vědomé dostupnosti a vztahení k vlastní identitě. Disociace tyto procesy narušuje a znemožňuje být

plně přítomen s vědomím, že jsem to já, kdo prožívá [14].

K averzivním podnětům vyvolávajícím disociativní reakce patří často fyzické násilí, sexuální zneužívání, odmítavé domácí prostředí či šikana ve škole [10], dlouhodobé odloučení od zdroje podpory (např. od rodičů [16]), nebo reakce na bolestivou léčbu [1]. Traumatická situace vyvolává úzkost či strach, a pokud dítě nemá možnost úniku nebo podporu, uniká před situací vnitřně, prostřednictvím disociace [16]. Čím je dítě mladší, tím je disociativní zpracování neadekvátních podnětů pravděpodobnější, protože nedisponuje jinými, vyspělejšími obranami. Disociativní reagování, zprvu adaptivní, může přetrvávat. Jako účinná ochrana se snadno podmiňuje, znemožňuje integra-

ci některých prožitků, a tím narušuje duševní vývoj dítěte. Proto může postižené dítě disociovat nejen tehdy, když se ocitne v objektivně ohrožující situaci, ale v jakékoli jiné zátěžové situaci, kterou by zdravé dítě zvládlo. Velmi často ani není možné zjistit, zda příčinou disociativní reakce u dítěte byl nějaký podnět z okolí, neboť děti takto často reagují i na vlastní myšlenky, představy, pocity nebo tělesné vjemy [16].

Disociace komplikuje kromě psychologického vývoje (rozvoj pocitu vlastní identity, rozvoj schopnosti autonomního fungování) i vývoj sociální – narušení kvality attachmentu, zhoršení schopnosti zvládat složitější interpersonální situace doma, mezi vrstevníky nebo ve škole [6]. Tento handicap přináší další traumatizující zážitky (odmítání, nepochopení, tresty). Dítě ve škole často nedokáže dobře reagovat na složitější zadání, snadno podléhá stresu, citlivě reaguje na netrpělivost či hněv učitele [7]. Například dítě, které se naučilo na zvýšený hlas reagovat tím, že „vypne“ sluch, může mít potíže sledovat výuku třeba jen u hlasitě mluvícího či temperamentnějšího učitele [16]. Traumatizované děti pak selhávají v prostředí, které by jim jinak mohlo být oporou, školu nenávidí, myslí si o sobě, že jsou neschopné a brzy vzdávají další vzdělávání [7]. Narušení vývoje kognitivních funkcí (mj. schopnosti seberegulace) a sociálních schopností činí dítě vulnérabilní k dalším maladaptivním vzorcům chování a pozdější závažnější osobnostní a psychologické patologii [8]. Pozornost věnovaná disociativním projevům u dětí a jejich pečlivé zhodnocení je prvním krokem k přerušení kruhu, ze kterého dítě samo dokáže jen obtížně vystoupit.

KLINICKÉ PROJEVY A DIAGNOSTIKA

Disociativní poruchy v dětství mají svoje specifika a málokdy naplňují kritéria potřebná pro diagnózu podle MKN-10 nebo DSM-IV [9]. Možná také proto se v praxi setkáváme s disociativními diagnózami většinou ve smyslu konverzních (somatoformních) poruch, jejichž diagnostika je jednoznačnější. Klinicky se disociace u dětí projevuje různými příznaky, které je někdy obtížné odlišit od extrémních forem normálního chování [6]. Proto disociující dítě může být často káráno pro nepozornost, zapomětливость, roztržitost, pro výbuchy zlosti za to že neposlouchá, nebo že se doma neučí. Diagnostikovat disociaci lze nejlépe pomocí testů a vyšetření klinikem, který je obeznámen s projevy disociace a je schopen např. zaznamenat disociativní reakci dítěte v průběhu vyšetření – dotazování na disociativní prožitky nebo rozhovor o dalších aspektech prožívání, např. dotaz na to, jestli se dítě něčeho bojí, může působit jako spouštěč [16]. Vzhledem

k tendenci dítěte symptomy skrývat, je důležité sbírat další evidenci od učitelů, rodičů, terapeutů, sester na oddělení a dalších osob, které dítě dobře znají. K tomu je vhodné využití škál, jako je v tomto článku představený Dotazník disociace v dětství nebo Škála disociativních zážitků pro adolescenty (Adolescent Dissociative Experiences Scale, A-DES [10, 13]), jehož publikaci autoři připravují. Komplexní posouzení nejspíše zabrání mylné diagnostice disociativních symptomů jako projevů poruch pozornosti, učení, chování, nebo dokonce psychózy [3, 12].

Mezi disociativní příznaky u dětí patří: a) amnézie, b) poruchy vnímání vlastní identity, c) stavy podobné transu, d) rychlé změny nálad a chování, e) nepochopitelné změny v tom, co dítě zná, co si pamatuje, nebo co dovede, f) sluchové a zrakové halucinace, g) velmi živí imaginární společníci [12]. Konkrétní projevy disociace jsou pestré: např. náměšičnost, stále mnutí nebo hlazení se, náhlé trhané pohyby, dítě si může stěžovat na hluk v hlavě (např. slyší nařikání), na to, že říká slova, aniž by chtělo, bývá duchem nepřítomné v reakci na drobné stresy, chová se nepřiměřeně svému věku, ubližuje si, nevnímá riziko, bez zvláštního důvodu náhle ztichne, působí zmateně, vyhýbá se škole, neví, proč něco udělalo. Může se jednat o jednotlivé, poměrně izolované projevy, nebo o velmi komplexní obraz zahrnující mnoho z výše uvedených symptomů, jak tomu je u disociativní poruchy identity [5].

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Podmínkou pro udělení diagnózy disociativní poruchy podle MKN-10 je vedle klinické symptomatiky a) nepřítomnost organické tělesné patologie, která by symptomy vysvětlila a b) zjevný vztah a návaznost symptomů na stresující událost či problémové okolnosti [2]. Diferenciální diagnostika je obtížná a pečlivé lékařské vyšetření zcela nezbytné [4]. Mezi stavy, které je třeba vyloučit, patří epilepsie a další neurologické poruchy, alergie, expozice toxinům a působení legálních či nelegálních drog. Vedle vyloučení možných organických příčin potíží je třeba posoudit jiné možné psychiatrické poruchy (tab. 1).

U každé z diagnóz uvedených v tabulce 1, by měla být zvážena možnost disociativního onemocnění, a naopak, každé z těchto onemocnění by mělo být vzato do úvahy při diferenciální diagnóze patologické disociace [10]. Podezření na disociativní poruchu by se mělo také zvyšovat u pacientů s množstvím různých diagnóz či u neobvyklých případů. K diferenciální diagnostice přispívá i podrobná anamnéza zaměřená na možné příčiny chování dítěte (např. prožitá traumata).

Tab. 1. Přehled diagnóz, které je třeba při uvažování o patologické disociaci u dětí a adolescentů posoudit, a disociativní symptomy, které diagnózu připomínají [10].

Porucha aktivity a pozornosti a hyperkinetická porucha chování (ADHD)	Neklid; potíže s koncentrací; kolísavé akademické schopnosti; poruchy paměti; rozptýlení pozornosti následkem disociativních halucinací a zážitků pasivního ovlivňování/vměšování
Poruchy chování	Popírání nevhodného chování následující po amnézii (zřejmě lhaní); výbuchy zuřivosti; evidentní nedostatek pocívaná lítosti za špatné chování a agrese
Bipolární porucha s rychlým cyklem	„Přepnutí“ (switch) mezi identitami jsou mylně posuzována jako výkyvy nálady; iritabilita a vztek; suicidální chování; hypersexualita; grandiosita; deprese
Schizofrenie a jiné psychotické poruchy	Sluchové halucinace; zážitky pasivního ovlivňování/vměšování; disociativní „porucha myšlení“; vkládání-vyjímání myšlenek
Epilepsie	Amnézie na komplexní chování; depersonalizace; automatismy
Hraniční porucha osobnosti	Narušení identity a integrity self; výkyvy nálady; suicidální a sebepoškozující jednání; přechodné psychoticky působící symptomy

DOTAZNÍK DISOCIACE V DĚTSTVÍ

Dotazník disociace v dětství (DDD; orig. Child Dissociative Checklist [11]) byl vyvinut pro posouzení míry disociace u dětí. Jedná se o 20 položkový dotazník pro pozorovatele, kteří jsou dobře seznámeni s chováním dítěte v různých situacích (rodiče, pěstouni, učitelé, pečovatelé). Využívá 3bodovou stupnici, kde: 2 = položka velmi přesně odpovídá chování dítěte, 1 = odpovídá chování jen někdy nebo jen do určité míry, a 0 = položka chování nevystihuje. Posuzuje se stav disociativních projevů dítěte v současnosti a v průběhu předcházejících 12 měsíců, časový rámec lze dle potřeby upravit (např. průběžné každotýdenní vyhodnocování). Celkový skóre tvoří součet hodnot všech položek (0 – 40) a jako obecné měřítko lze vzít, že skóre 12 a více indikuje patologickou disociaci a stav dítěte vyžaduje bližší pozornost. Střední hodnoty a standardní odchylky skóre DDD pro různé věkové kategorie a diagnostické skupiny jsou uvedeny v tabulce 2. Reliabilita původní verze dotazníku je Cronbach $\alpha = 0,86$, test-retest = 0,74. Pro validitu dotazníku hovoří fakta, že sexuálně zneužívané děti mají vyšší skóre než nezneužívané, že dotazník rozlišuje mezi dětmi s disociativní poruchou a zneužívanými

Tab. 2. Střední hodnoty a standardní odchylky skóre DDD v různých věkových a diagnostických skupinách (podle DSM-IV) [10].

Skupina	Věk	M	SD	n
Normální	5-8	3,2	2,9	54
	9-11	2,9	1,0	42
	12-16	1,9	1,9	96
Zneužívané/ týrané	5-8	10,3	8,7	39
	9-11	6,1	6,5	87
	12-16	4,2	1,9	129
Disociativní porucha identity	5-8	24,1	8,5	9
	9-11	23,8	9,7	12
	12-16	22,3	9,1	26
Disociativní porucha nespecifi- kovaná	5-8	21,4	9,1	19
	9-11	16,5	6,9	8
	12-16	20,0	8,0	19

i nezneužívanými dětmi bez disociativní poruchy. Skóre DDD tak, jak je uváděli rodiče a pečovatelé, koreluje s tím, jak děti hodnotili jejich terapii [10, 12].

VYUŽITÍ DOTAZNÍKU DDD

Dotazník disociace v dětství je možno použít jako běžný screeningový nástroj a jako ukazatel míry disociace pro výzkumné a terapeutické účely. Vysoký skóre indikuje podezření na patologickou disociaci a potřebu podrobnějšího vyšetření, ovšem přítomnost disociativní poruchy nezaručuje (a naopak, nízký skóre ji nevylučuje). Dotazník mohou vyplnit rodiče, učitelé (vynechají otázky 17 a 18 – chování dítěte v noci), zaměstnanci na oddělení, možné je i průběžné vyplňování jedním pozorovatelem, např. rodiči v předem daných intervalech (každý týden, měsíc). V takovém případě může v prvních několika záznamech dojít k mírnému nárůstu udávaných symptomů, protože si pozorovatelé začínají disociativních projevů v chování více všimnout. Je užitečné, když rodiče uvedou i konkrétní příklady pozorovaného chování – díky tomu lze lépe posoudit způsob a kvalitu jejich záznamu. Další možností je využití DDD jako měřítka úspěšnosti léčebného postupu [10]. Je třeba upozornit na fakt, že všechny uvedené hodnoty se týkají anglické verze dotazníku. V Čechách potřebná validizační studie zatím neproběhla. Dotazník je veřejným vlastnictvím, lze jej kopírovat, jakékoli změny ale mohou ovlivnit jeho psychometrické vlastnosti a odlišné verze by měly být zřetelně odlišeny od verze původní.

ZÁVĚR

Článek se věnuje disociativním poruchám u dětí, jejich významu, diagnostice a diferenciální diagnostice. Rozpoznání disociace u dětí umožňuje včasnou a cílenou odbornou intervenci, která může přerušit začarovaný kruh traumatizace-disociace-traumatizace a ovlivnit kvalitu života a perspektivu posti-

Příloha

DOTAZNÍK DISOCIACE V DĚTSTVÍ

Frank W. Putnam, MD

V tomto dotazníku naleznete seznam položek, které popisují chování dětí. Zaměřte se na to, jak se vaše dítě chová nyní, nebo jak se chovalo v průběhu uplynulých 12 měsíců. Zakroužkujte prosím „2“, jestliže položka velmi přesně vystihuje chování vašeho dítěte. Zakroužkujte „1“, jestliže položka vystihuje chování dítěte jen někdy, nebo jen do určité míry. Pokud položka chování dítěte nevystihuje, zakroužkujte „0“.

Datum: _____ Věk: _____ Pohlaví: **M** **Ž** Označení _____

0	1	2	1.	Dítě si nepamatuje nebo popírá traumatické či bolestivé zážitky, o nichž víme, že se udály.
0	1	2	2.	Dítě je občas jako ve snách, upadá do stavů podobných transu nebo se často zdá, že je duchem nepřítomné. Od učitelů se dozvídáme, že dítě ve škole často zastihnou při denním snění.
0	1	2	3.	U dítěte se projevují rychlé změny osobnosti. Jeho projevy se mohou měnit od stydlivého ke společenskému, od femininního k maskulinnímu, od plachého k agresivnímu.
0	1	2	4.	Dítě je neobvykle zapomnětlivé, nebo má zmatek ve věcech, které by mělo vědět, např. může zapomínat jména svých kamarádů, učitelů nebo jiných významných osob, ztrácí věci nebo se snadno samo ztratí.
0	1	2	5.	Dítě má velmi špatný cit pro čas. Ztrácí kontakt s časem, může si myslet, že je ráno, i když je již odpoledne, neví jistě jaký je den nebo kdy se udála nějaká věc.
0	1	2	6.	U dítěte se ze dne na den či dokonce z hodiny na hodinu projevují značné změny v jeho dovednostech, znalostech, oblíbených jídlech, sportovních schopnostech, např. změny rukopisu, zapamatování si dříve naučených informací, jako třeba násobilky, pravopisu, používání nástrojů nebo změny jeho výtvarných schopností.
0	1	2	7.	U dítěte se projevuje rychlá věková regrese chování, např. dvanáctileté dítě začne šišlat, cucá si palec nebo maluje jako čtyřleté.
0	1	2	8.	Pro dítě je obtížné učit se ze zkušenosti, např. vysvětlení, běžné ukáznění nebo potrestání nezmění jeho chování.
0	1	2	9.	Dítě pokračuje ve lhaní nebo popírání nevhodného chování i přes zcela zřejmé důkazy.
0	1	2	10.	Dítě mluví o sobě ve třetí osobě (př. jako o něm či o ní) a někdy trvá na tom, aby bylo nazýváno jiným jménem. Může také tvrdit, že věci, které udělalo, se ve skutečnosti staly někomu jinému.
0	1	2	11.	Dítě si stěžuje na různé bolesti, jeho potíže se ale velmi rychle mění. Může si např. v jednu chvíli stěžovat na bolest hlavy a o minutu později se zdá, že na ni zcela zapomnělo.
0	1	2	12.	Chování dítěte je neobvykle sexuálně vyspělé a dítě se může pokoušet o nepřiměřené sexuální chování ve vztahu s ostatními dětmi nebo dospělými.
0	1	2	13.	Dítě trpí poraněními, jejichž příčina není známa, nebo si dokonce někdy poranění samo záměrně působí.
0	1	2	14.	Dítě uvádí, že slyší hlasy, které k němu hovoří. Hlasy mohou být přátelské nebo rozzlobené a mohou pocházet od „imaginárních společníků“ nebo zní jako hlasy rodičů, kamarádů nebo učitelů.
0	1	2	15.	Dítě má živou představu imaginárního společníka nebo společníků. Může trvat na tom, že imaginární společník (společníci) je zodpovědný za věci, které udělalo.
0	1	2	16.	U dítěte dochází k silným výbuchům zlosti, často bez zřejmé příčiny. Dítě může v těchto chvílích projevovat neobvyklou fyzickou sílu.
0	1	2	17.	Dítě bývá často náměsíčné.
0	1	2	18.	Dítě má v noci neobvyklé zážitky, např. může uvádět, že vidí „duchy“ nebo že se v noci dějí věci, které neumí vysvětlit (např. rozbité hračky, poranění bez známé příčiny).
0	1	2	19.	Dítě si často povídá samo se sebou, může přitom někdy používat jiný hlas nebo se samo se sebou hádat.
0	1	2	20.	Dítě má dvě nebo více odlišných a oddělených osobností, které přebírají kontrolu nad chováním dítěte.

ženého dítěte. Diagnostika disociace má i významný společenský aspekt – v případě, že je disociace reakcí dítěte na týrání, zneužívání nebo šikánu, zahrnuje následná intervence také úkol pomoci ukončit situaci, na kterou dítě takto reaguje, přispět k tomu, aby se již neopakovala, a také ochránit dítě před následky neodborného či neetického přístupu (např. nevhodná medializace případů týrání dětí). Dotazník disociace v dětství je jednoduchý a snadno využitelný nástroj, který k přesné a včasné diagnostice disociace může napomoci (příloha).

LITERATURA

1. **Diseth, T. H.:** Dissociation following traumatic medical treatment procedures in childhood: a longitudinal follow-up. *Developmental Psychopathology*, 18, 2006, 1, pp. 233-251.
2. **Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol.:** Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál, 2000.
3. **Chalupníček, A.:** Disociativní poruchy a paranoidní schizofrenie. Diplomová práce. Brno, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2008, publikováno na: http://is.muni.cz/th/65618/fss_m/?lang=en.
4. International Society for the Study of Trauma and Dissociation: Guidelines for the evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescents, 2003. Publikováno na: <http://www.isst-d.org/education/treatment-guidelines-index.htm>.
5. **Kocourková, J., Koutek, J., Propper, L., Hort, V.:** Dissociativní porucha identity u dětí a adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 97, 2001, 2, s. 60-63.
6. **Macfie, J., Cicchetti, D., Toth, S. L.:** Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-aged children. *Child Abuse and Neglect*, 25, 2001, pp. 1253-1267.
7. **Perry, B. D.:** Fear and learning: Trauma-related factors in the adult educational process. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 110, 2006, pp. 21-27.
8. **Perry, B. D., Szalavitz, M.:** The boy who was raised as a dog. New York: Basic Books 2006, 275 p.
9. **Peterson, G., Putnam, F. W.:** Preliminary results of the field trial of proposed criteria for dissociative disorder of childhood. *Dissociation*, 7, 1994, 4, pp. 212-220.
10. **Putnam, F. W.:** Dissociation in children and adolescents. New York: Guilford, 1997, 423 p.
11. **Putnam, F. W., Helmers, K., Trickett, P. K.:** Development, reliability, and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 6, 1993, pp. 731-741.
12. **Putnam, F. W., Peterson, G.:** Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation*, 7, 1994, 4, pp. 204-211.
13. **Soukup, J.:** Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci. Rigorózní práce. Praha, Univerzita Karlova, Fakulta filozofická, 2005, publikováno na: http://www.psycholousek.cz/downloads/rigo_honzas.pdf.
14. **Van der Hart, O., Nijenhuis, E., Steele, K.:** The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. New York, Norton, 2006, 418 p.
15. **Vermetten, E., Dorahy, M. J., Spiegel, D.:** Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment. Washington, American Psychiatric Publishing, 2007, 372 p.
16. **Waters, F. S.:** What's really going on with this child?: Understanding and treating traumatized children with dissociation. Presented at European Society for Trauma and Dissociation conference, Amsterdam, 2008.

*PhDr. Jan Soukup
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
120 00 Praha 2
e-mail: honzasoukup@yahoo.com*



Česká neurologická společnost ČLS JEP, Slovenská neurologická společnost SLS,
Česká liga proti epilepsii, Slovenská liga proti epilepsii
a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

pořádají

ve dnech **27. 11. – 30. 11. 2008**

22. český a slovenský neurologický sjezd

Místo konání:

Olomouc, historické prostory olomoucké univerzity, olomoucké arcidiecéze a románského biskupského paláce

Hlavní témata sjezdu:

Parkinsonova nemoc a další neurodegenerativní onemocnění
Dystonie a spasticita
Roztroušená skleróza a další demyelinizační onemocnění
Cévní onemocnění mozku
Demence a kognitivní poruchy

Epilepsie
Nervosvalová onemocnění
Vertebrogenní poruchy
Dětská neurologie
Mozek a duše: umělecká reflexe



Organizační zajištění sjezdu: Konferenční servis Univerzity Palackého v Olomouci

Bližší informace na www.neuro2008.upol.cz