
Disociace a kognitivní funkce u obsedantně-kompulzivní poruchy – průřezová studie

Raszka M., Praško J., Adamcová K., Kopřivová J., Vyskočilová J.

Psychiatrické centrum Praha,
ředitel prof. MUDr. C. Höschl, DrSc., FRCPsych.

SOUHRN

Dle současných nálezů může disociace a proces pozornosti souviset s psychopatií pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD). Cílem průřezové studie bylo vyhodnotit vztah mezi vybranými proměnnými týkajícími se disociace, pozornosti a psychopatie u pacientů s OCD.

Metodika: Do studie bylo zařazeno 33 pacientů (18 žen) s OCD. Míra psychopatie byla zjištěna pomocí objektivních a subjektivních dotazníků tíže obsesí a kompulzí, úzkosti a deprese. Disociace byla měřena 2 subjektivními dotazníky – Dissociative Experiences Scale (DES) a Somatoform Dissociation Questionnaire-20 (SDQ-20). Pozornost a schopnost kognitivní a behaviorální inhibice byly měřeny prostřednictvím Stroopova testu a testu setrvalého výkonu (Continuous Performance Test).

Výsledky: Významný pozitivní vztah byl zjištěn mezi celkovým skóre škály obsesí a kompulzí (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS) a hodnotami v DES a SDQ-20. Ukázala se významná pozitivní korelace mezi hodnotami Y-BOCS a tíží úzkostných a depresivních příznaků. Míra disociace v obou škálách pozitivně korelovala s mírou úzkosti a deprese. Pacienti měli v testu setrvalého výkonu menší počet chyb opomenutí ve srovnání s normativními daty. Dobou v interferenci ve Stroopově testu ani četností chyb v CPT se pacienti nelišili od norem. Pacienti s OCD měli méně chyb opomenutí. Žádný z neuropsychologických testů nekoreloval s výsledky DES a SDQ-20.

Závěr: Výsledky poukazují na možnou souvislost mezi disociativními prožitky a tíží obsesí a kompulzí. Je otázkou, zda míra disociace u OCD nesouvisí více s úzkostí a depresí.

Klíčová slova: obsedantně-kompulzivní porucha, disociace, kognitivní funkce.

SUMMARY

Raszka M., Praško J., Adamcová K., Kopřivová J., Vyskočilová J.: Dissociation and Cognitive Function in Obsessive-compulsive Disorder – cross-sectional study

According to recent findings, clinical symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) may be related to dissociation and impaired attentional processes. The aim of the present study was to evaluate relations between measures of dissociation, attention and psychopathology in obsessive-compulsive disorder.

Methods: The study sample comprised of 33 patients with OCD (18 female). Obsessive-compulsive symptoms, anxiety and depression were assessed by objective and subjective rating scales. Dissociation was quantified by the Dissociative Experiences Scale (DES) and the Somatoform Dissociation Questionnaire-20 (SDQ-20). Attention, cognitive and behavioral inhibition was evaluated by the Stroop Color and Word Test and the Continuous Performance Test (CPT-II).

Results: Positive correlation was found between obsessive-compulsive symptoms as assessed by the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) and dissociation examined by DES and SDQ-20. Y-BOCS score correlated positively with severity of anxiety and depression. The level of dissociation assessed by both, DES and SDQ-20, correlated positively with anxiety and depression. Patients with OCD made less omission errors in comparison with normative data on the CPT. Between OCD patients and normative population samples there were no differences in interference time on the Stroop task, frequency of mistakes and reaction time on the CPT. No significant relationship was found between the neuropsychological assessments and dissociation.

Conclusion: Our results suggest a possible relationship between dissociative symptoms and severity of obsessions and compulsions. However, the question remains to determine whether and to what it may be mediated by anxiety and depressive symptoms.

Key words: obsessive-compulsive disorder, dissociation, cognitive function.

Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 6, pp. 289–296.

ÚVOD

Od 90. let 20. století probíhají studie, které opakovaně naznačují vztah mezi obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) a disociativními symptomy. Goff a spol. [15] zkoumal disociaci u 100 pacientů s diagnózou OCD. Pacienti častěji prožívali disociativní příznaky ve srovnání s normální populací a s pacienty trpícími jinými úzkostnými poruchami. Skupina pacientů s DES skóre > 20 (DES – Dissociative Experiences Scale, [4]) měla závažnější obsedantně-kompulzivní příznaky měřené pomocí MOCI (Maudsley Obsessional Compulsive Inventory, [26]) a v dotazníku míry deprese BDI (Beck depression inventory [3]) dosahovala výrazně vyšších hodnot. Autoři poukázali na trend, že pacienti s vysokou mírou disociace hodnocenou pomocí dotazníku DES byli častěji „kontrolory“ ve srovnání s pacienty s nízkým DES skóre.

Následující studie se věnovaly zkoumání vztahu mezi disociativními příznaky a subtypy OCD. Vyššího skóre v DES dosahovali pacienti, u kterých převažovaly příznaky „kontrolování“ [15, 19, 50, 59], „symetrie a přerovnávaní“ [19] a „intruzivních obsesí“ oproti pacientům s jinými obsesemi a kompulzemi [19, 59].

Další studie, která se zabývala analýzou disociace u pacientů s OCD (n=110), zjistila DES skóre ≥ 30 u 15,8 % jedinců. U této skupiny byl popsán dřívější nástup onemocnění, častější výskyt tiků, Tourettova syndromu, bulimie a hraniční poruchy osobnosti ve srovnání se skupinou, u které disociativní symptomy nebyly tak časté. Dále studie udává pozitivní korelaci DES skóre s mírou emočního, fyzického a sexuálního zneužívání a fyzického zanedbávání [29].

Rufer a spol. [49] se zabývali vlivem disociace na efekt kognitivně-behaviorální terapie (KBT) u pacientů s OCD (n=52). Vyšší hodnoty v DES měli pacienti, kteří byli vyloučeni pro nespolupráci, a ti, kteří na léčbu KBT neodpověděli. Intenzita disociativních příznaků vyjádřená subškálou DES – „imaginativní pohlcení“ predikovala těžší OCD příznaky po léčbě KBT. Přitom toto skóre nesouviselo s těžšími příznaky před léčbou.

Narušená kontrola vtíravých myšlenek u pacientů s OCD vedla k úvaze, že by mohlo být přítomno narušení kognitivní inhibice, která slouží k výběru relevantních informací a „přehlížení“ informací nepotřebných [12, 32]. Harnishfeger [22] navíc definoval inhibici behaviorální, která představuje kontrolu nad morotickou aktivitou. Dává se do souvislosti s motorickými kompulzemi [28]. Inhibiční mechanismy podle Treismanové [57] souvisejí se selektivní pozorností.

Klasickým testem hodnotícím proces pozornosti a kognitivní inhibici je Stroopův test a jeho modifikace. Nástrojem k měření pozornosti a behaviorální inhibice lze považovat Go/NoGo úlohy. Princi-

pem obou testů je reagovat na předem dohodnutý „relevantní“ podnět inhibicí odpovědi na podnět nedůležitý. Několik autorů popsalo u pacientů s OCD při použití původního Stroopova testu více chyb a delší dobu pro interferenci ve srovnání s kontrolami [1, 23, 32]. Jiné práce v interferenci a počtu chyb odlišnosti nenalezly [27, 53]. Modifikace Stroopova testu dle paradigmatu negativního primingu [55, 56] předkládala v úloze přebytečný podnět, který se v následující úloze stal podnětem cílovým, ale v jiné modalitě (např. slovo *červený* napsané modrou barvou předcházelo slovu *modrý* vytisknuté červenou barvou, subjekt má jmenovat barvy tisku). U zdravých jedinců tato úloha překvapivě vede ke zpomalení reakce v následující odpovědi. Je to pravděpodobně následek zpracovávání informace, při které hraje roli kognitivní inhibice [55, 56]. Výsledky tohoto testu u OCD nejsou jednoznačné. Několik prací poruchu kognitivní inhibice u OCD potvrdilo tím, že u pacientů nedošlo k latenci odpovědi [11, 12, 13]. Výsledky jiné práce nesvědčily pro kognitivní desinhibici u pacientů trpících OCD [14]. Následující práce zkoumající selektivní pozornost několika různými testy u OCD vedla k potvrzení jejího narušení [8].

V souvislosti s behaviorální inhibicí také panuje rozporuplnost. Dvě studie našly odlišné výsledky u OCD ve srovnání s kontrolami ve smyslu rychlejší odpovědi na Go i NoGo stimuly a horší inhibice odpovědi na NoGo [1, 25]. Ostatní práce nenalezly odlišnost v počtu správných a chybných odpovědí a reakčního času [37, 41, 44].

Disociace fenomenologicky poukazuje na souvislost s pozorností. DePrince a Freyd [10] upravili Stroopov test na část zkoumající selektivní pozornost a část, při které byla zapotřebí rozdělená pozornost (divided attention). Ve své práci zjistili, že jedincům s DES skóre > 20 trvala interference při měření kapacity selektivní pozornosti déle, a naopak potřebovali kratší dobu pro interferenci v části s rozdělením pozornosti než jedinci s DES < 10. Vztah mezi disociací a pozorností byl také nepřímě zkoumán pomocí vyhodnocení souvislosti mezi četností kognitivních chyb při výkonu běžných denních aktivit a disociací. Kognitivní chyby jsou každodenní výpadky pozornosti, paměti a percepce. Harnishfeger [22] poukázal na to, že vysoký počet kognitivních omylů může souviset s narušením inhibičních mechanismů. Pozitivní korelace mezi mírou disociace a frekvencí chybných úkonů byla popsána [36]. Wright a spol. [60] předchozí výsledek zpochybňují slabou statistickou významností vztahů mezi DES skóre a počtem chybných úkonů. Ptáček ve své dizertační práci [43] uvádí negativní korelaci mezi výkonem v d2 testu zaměřeného na pozornost [45] a DES skóre a pozitivní korelaci mezi dobou interference Stroopova testu a mírou disociace. Výsledky poukazují na souvislost mezi narušením určitých procesů souvisejících s pozorností a mírou disociace.

Předkládaná práce je průřezovou studií, jejímž cílem bylo ověřit následující hypotézy:

- míra disociativních příznaků měřená subjektivními dotazníky DES a SDQ-20 souvisí s tíží obsesí a kompulzí zjištěnou pomocí škály Y-BOCS,
- pacienti s OCD mají ve srovnání se zdravou populací narušenou schopnost inhibice odpovědi, která se projeví pomalejším výkonem a častějšími chybami v interferenční části Stroopova testu a rychlejší reakcí na stimuly a větším počtem chybných úkonů v Go/NoGo úloze,
- vyšší míra disociace souvisí s delší dobou reakce v interferenční části Stroopova testu, rychlejší odpovědí na podněty a častějšími chybami v Go/NoGo testu jako následek narušení inhibičních mechanismů a selektivní pozornosti.

METODIKA

Populace

Sledovanou populaci průřezové studie tvořilo 33 pacientů (18 žen, 15 mužů), kteří se léčili pro OCD v ambulanci nebo na psychoterapeutickém oddělení Psychiatrického centra Praha. Do studie byli zařazeni pacienti ve věku od 18 do 60 let. Diagnóza byla stanovena pomocí semistrukturovaného diagnostického interview M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview [46]). Ze studie byli vyloučeni pacienti, kteří měli jiné komorbidní psychiatrické poruchy na ose I mimo sociální fobie, generalizované úzkostné poruchy a panické poruchy v posledních 6 měsících, a onemocnění, která mohla ovlivnit výkon v neuropsychologických testech a četnost disociativních příznaků - úraz hlavy s bezvědomím, encefalitida, epilepsie, abusus alkoholu a jiných psychoaktivních látek, barvoslepost. Demografické parametry popisuje tabulka 1. Pacienti užívali následující léky: antidepresivum typu SSRI (n=14), SNRI (n=5), klomipramin (n=2), mirtazapin (n=1), kombinaci jednoho antidepresiva a antipsychotika (n=7), kombinaci dvou antidepresiv a antipsychotika (n = 2), pouze benzodiazepinová anxiolytika (n=1). Tři pacienti užívali současně benzodiazepinová a 2 nebenzodiazepinová anxiolytika. Vyšetření každého pacienta probíhalo v průběhu jednoho dne. Všichni pacienti před nastoupením do studie podepsali informovaný souhlas a studii schválila lokální etická komise.

Hodnocení psychopatologie

Celkový klinický dojem o závažnosti poruchy byl hodnocen pomocí škály CGI - Clinical Global Impression [20] s rozsahem hodnot od 1 do 7. K objektivnímu zjištění úzkostné komponenty byla použita Hamiltonova stupnice úzkosti (HAMA – Hamilton Rating Scale for Anxiety, [21]), která obsahuje 14 položek s rozsahem hodnot 0-3.

K subjektivnímu zhodnocení úzkosti byla použita Beckova sebesuzovací stupnice úzkosti (BAI – Beck Anxiety Inventory, [2]), která hodnotí 21 příznaků na stupnici 0-3. Míra depresivních příznaků byla hodnocena pomocí Beckovy sebesuzovací stupnice deprese (BDI-II – Beck Depression Inventory, [3]), která vyhodnocuje 21 dotazů v rozsahu 0-3 bodů.

Tíže obsesí a kompulzí byla měřena pomocí objektivní škály Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, [17, 18]), která má 10 dotazů. Pět položek hodnotí tíži obsesí, 5 kompulze a součet těchto položek nám poskytuje informaci o celkové míře postižení. Každá položka má rozsah 0-4 body. Subjektivní škála Y-BOCS je formulovaná jako sebesuzovací dotazník [47].

Disociativní příznaky byly hodnoceny pomocí dotazníků zaměřených na disociativní psychické prožitky - Dissociative Experiences Scale (DES [4]) a disociativní somatizační a senzorické příznaky - Somatoform Dissociation Questionnaire – 20 (SDQ-20, [38]). DES je subjektivní 28položkový analogový dotazník s rozpětím hodnot od 0 do 100. Česká verze dotazníku byla validizována [42]. Bylo zjištěno, že ukazatelé reliability, validity a faktorové struktury odpovídají původní anglické verzi. SDQ-20 obsahuje 20 položek, podle kterých jedinci na Likertově škále (1-5) hodnotí četnost zážitku. Česká verze dotazníku ukázala vysokou reliabilitu a vnitřní konzistenci.

Hodnocení kognitivních funkcí

Studie se zaměřila na zhodnocení selektivní pozornosti, kognitivní a behaviorální inhibice pomocí Stroopova testu [16] a testu setrvalého výkonu (CPT-II - Continuous Performance Test II, [9]).

Stroopův test se skládá ze tří částí. V první části má za úkol vyšetřovaný číst co nejrychleji černě vytištěný text na bílém podkladu s názvy barev „modrá“, „červená“, „zelená“ po dobu 45 sekund. V druhé části vyjmenovává proband barvy (modrá, červená, zelená), kterými jsou vytištěny předložené barevné křížky na bílém podkladu. Ve třetí části je vyšetřované osobě předložen bílý list se seznamem slov označujících barvy, které jsou napsány barevným písmem. Význam slov nekoresponduje s barvou písmen (např. slovo „červená“ je napsáno modrou barvou). Vyšetřovaný má nahlas číst slova (1. část testu) nebo jmenovat barvy slov/křížků (2. a 3. část) tak rychle, jak jen může. Případnou chybu musí hned opravit. Hodnotí se počet zvládnutých úkonů ve vymezeném časovém úseku 45 sekund. Test je zaměřen na zhodnocení psychomotorického tempa, selektivní pozornosti a schopnosti kognitivní inhibice. Ke statistickému zpracování jsme použili normy uvedené v manuálu, které jsou vztaženy k věku [16].

CPT-II je forma Go/NoGo testu upravená pro tes-

tování pomocí počítače. Na obrazovce se postupně objevují písmena. Úkolem vyšetřovaného je stisknout levé tlačítko myši při každém vyskytnutí písmena (Go – jdi, požadovaná odpověď) s výjimkou písmena X (NoGo – nejdi, vynech), kdy se subjekt zdržuje odpovědi. K našemu výzkumu jsme vybrali následující výstupní proměnné: chyby opomenutí (omission errors), chyby přidání (commission errors) a rychlost úhozu (hit reaction time). Chyba opomenutí je nepřítomnost požadované odpovědi na podnět Go, chyba přidání je reakce na nesprávný podnět (stisknutí tlačítka při NoGo úloze - písmeno X). Reakční čas se vypočítává ze správných odpovědí. Test měří faktory související s pozorností a schopnost behaviorální inhibice. V programu jsou obsaženy normy získané na zdravé a klinické populaci z USA.

Statistická analýza

Popisná statistika souboru je uváděna jako průměr ± směrodatná odchylka. Většina hodnot demografických a klinických proměnných neměla normální rozložení dle Shapiro-Wilk's W testu. Proto byla síla vztahu mezi proměnnými hodnocena pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Tam, kde bylo zjištěno normální rozložení dat, byl použit Pearsonův korelační koeficient. Výsledky Stroopova testu byly převedeny na T skóre (50±10) a srovnány pomocí jednovýběrového t-testu s anglosaskou normou. Všechny normy byly vztaženy k věku. U CPT testu byly použity normy vztažené k vzdělání a věku. Srovnání ženské a mužské populace bylo provedeno u proměnných s abnormálním rozložením dat pomocí Mann-Whitney U testu. Data s normálním rozložením byla srovnána pomocí dvouvýběrového t-testu. Hladina významnosti byla stanovena na $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

Průměrný věk pacientů byl 30,8±9,4 let (18-60 let). Šest (18,2 %) pacientů bylo v plném a jeden pacient v částečném invalidním důchodu. Třináct pacientů mělo dokončené vysokoškolské vzdělání (39 %), 18 (55 %) mělo dokončené středoškolské vzdělání a dva pacienti studovali poslední ročník střední školy.

Pacienti měli výrazné obsedantní a kompulzivní příznaky s průměrnou hodnotou celkového skóre Y-BOCS 21,2±11,3. Průměrná hodnota a medián DES a SDQ-20 jsou uvedeny v tabulce 1. Muži dosáhli průměrného skóre DES 6,7±7,5, SDQ-20 21,5±2,7. Průměrný výsledek u žen byl významně vyšší oproti mužům, pro DES 14,7±14,9 a pro SDQ-20 24,3±4,6. Ženy dosahovaly signifikantně vyššího skóre oproti mužům u následujících dotazníků: CGI, BAI, BDI, HAMA, Y-BOCS - obsese. Kvůli možnému vlivu věku na míru disociace byli pacien-

ti rozdělení na 2 skupiny s věkem pod 25 let (n=11) a s věkem ≥ 25 let (n=22). Mladší pacienti (medián DES skóre 11,07, minimum 2,0 a maximum 48,9) dosáhli ve škále DES významně vyšších hodnot ($p < 0,05$, $Z=2,08$) než pacienti starší (medián DES skóre 5,90 minimum 0 a maximum 28,21). Tyto skupiny se v ostatních proměnných nelišily.

Výsledky analýz vybraných korelací se nacházejí v tabulce 2. Významný vztah byl zjištěn mezi celkovým skóre škály Y-BOCS a hodnotami v DES, SDQ-20. Dále se ukázala statisticky významná pozitivní korelace Y-BOCS s CGI, BAI, BDI-II a HAMA.

Významně lepšího výkonu ve srovnání s normami dosáhli pacienti v CPT – omission errors (počet chyb opomenutí). Dobou v interferenci ve Stroopově testu se pacienti nelišili od zdravých osob (tab. 3). Žádný z neuropsychologických testů nekoreloval s výsledky v Y-BOCS, DES a SDQ-20.

Pozitivní korelace se ukázala mezi dotazníky měřícími míru disociace (DES a SDQ-20). Počet let

Tab. 1. Popisná statistika – demografické a klinické údaje.

Počet subjektů (ženy:muži)	18:15
Věk (roky)	30,8 ± 9,4
Počet let vzdělání	15,2 ± 2,8
Věk na začátku onemocnění (roky)	16,1 ± 8,9
Věk na začátku léčby (roky)	25,4 ± 7,8
Počet let od začátku onemocnění začátku léčby	9,24 ± 6,6
Komorbidita - sociální fobie (počet lidí)	3
Komorbidita - generalizovaná úzkostná porucha (počet lidí)	5
Komorbidita - panická porucha (počet lidí)	1
Y-BOCS - celkové skóre	21,2 ± 11,3
Y-BOCS - skóre pro obsese	10,7 ± 5,2
Y-BOCS - skóre pro kompulze	10,6 ± 6,4
Subjektivní Y-BOCS - celkové	19,4 ± 9,3
Subjektivní Y-BOCS – obsese	10,1 ± 5,3
Subjektivní Y-BOCS – kompulze	10,1 ± 5,4
SDQ-20	23,6 ± 4,6
SDQ-20 (medián)	21
SDQ-20 - minimální, maximální hodnota	20; 34
DES	11,3 ± 12,1
DES (medián)	8,21
DES - minimální, maximální hodnota	0; 48,9
BAI	15,3 ± 11,5
BDI-II	13,1 ± 11,1
HAMA	11,1 ± 6,6
CPT - omission (T skóre)	56,6 ± 17,8
CPT - commission (T skóre)	50,9 ± 10,2
CPT - hit reaction time (T skóre)	54,1 ± 14,5
Stroop - barvy (T skóre)	44,2 ± 10,8
Stroop - slova (T skóre)	39,6 ± 9,2
Stroop - interference (T skóre)	48,3 ± 10,2

Poznámka.: Y-BOCS – Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; SDQ-20 – Somatoform Dissociation Questionnaire - 20; DES – Dissociative Experiences Scale; BAI – Beck Anxiety Inventory; BDI-II – Beck Depression Inventory - II; HAMA – Hamilton Rating Scale for Anxiety; CPT- Continuous Performance Test; Stroop - Stroopův test

Tab. 2. Spearmanovy korelační koeficienty mezi skóry v hodnotících škálách Y-BOCS, DES a SDQ-20 a ostatními proměnnými.

	Y-BOCS- celkové	DES	SDQ-20
Počet let vzdělání	-0,148	-0,482**	-0,288
Věk na začátku onemocnění	-0,509*	-0,359*	-0,465**
Počet let od začátku onemocnění do začátku léčby	0,068	0,056	0,068
Počet hospit	0,199	0,422*	0,502*
DES	0,503**	X	0,579***
SDQ-20	0,574***	0,579***	X
CGI	0,782***	0,532**	0,617***
BAI	0,641***	0,609***	0,670***
BDI-II	0,624***	0,576***	0,593***
HAMA	0,654***	0,613***	0,720***
Y-BOCS - celkové	X	0,503**	0,575***
Y-BOCS - obsese	0,961***	0,504**	0,586***
Y-BOCS - kompulze	0,962***	0,455**	0,524**
Subj Y-BOCS - celkové	0,785***	0,532**	0,540**
Subj Y-BOCS - obsese	0,728***	0,352*	0,439*
Subj Y-BOCS - kompulze	0,763***	0,492**	0,420*

Poznámka.: Y-BOCS – Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; Y-BOCS celkové – celkové skóre; Y-BOCS – obsese – skóre části hodnotící míru obsesí Y-BOCS – kompulze – skóre části hodnotící míru kompulzí; SDQ-20 – Somatoform Dissociation Questionnaire - 20; CGI – Clinical Global Impression; DES – Dissociative Experiences Scale; BAI – Beck Anxiety Inventory; BDI-II – Beck Depression Inventory - II; HAMA – Hamilton Rating Scale for Anxiety

* - statisticky významné na hladině významnosti $p < 0,05$

** - statisticky významné na hladině významnosti $p < 0,01$

*** - statisticky významné na hladině významnosti $p < 0,001$

Tab. 3. Srovnání nemocné a zdravé populace ve výkonu v neuropsychologických testech pomocí jednovýběrového t- testu.

	Průměr (T-skóre)	p
CPT - omissions	56,6 ± 17,8	0,042*
CPT - comissions	50,9 ± 10,2	0,608
CPT – rychlost úhozu	54,1 ± 14,5	0,117
Stroop – interference	48,3 ± 10,2	0,337

Poznámka: CPT- Continuous Performance Test; Stroop - Stroopův test

* - statisticky významné na hladině významnosti $p < 0,05$

vzdělání negativně koreloval s výsledky škály DES, nikoli se škálou SDQ-20. Míra disociace v obou dotaznicích navíc souvisela s hodnotami CGI, BAI, BDI-II, HAMA (tab. 2). Signifikantní pozitivní korelace byla zjištěna mezi objektivním hodnocením míry obsesí a kompulzí (Y-BOCS) a jejím subjektivním záznamem (subjektivní Y-BOCS). Celkové skóre Y-BOCS nekorelovalo s věkem, počtem let vzdělání, dobou od začátku onemocnění k začátku léčby a s počtem hospitalizací.

DISKUSE

Naše pilotní studie zjistila obdobnou frekvenci disociativních příznaků u pacientů s OCD ve srovnání s jinými studiemi. Podobných výsledků v DES dosáhla studie Rufera a spol. [49], kde střední hodnota skóre DES byla $10,8 \pm 8,8$ a medián 8,0 (minimum 0,9, maximum 36,1). Jiná studie udává medián pro DES u pacientů s OCD 6,8 (minimum 0, maximum 36) [15]. Střední hodnota SDQ-20 skóre u našich jedinců dosahuje $23,6 \pm 4,6$ s mediánem 21. Není nám známá studie, která by použila dotazník SDQ-20 u pacientů s OCD. Pro srovnání míry disociativních příznaků následují průměrné hodnoty české studie zkoumající disociace u zdravých lidí a depresivních pacientů [7]. Střední hodnota DES skóre u zdravých jedinců byla $8,9 \pm 9,7$, medián 6,4. U pacientů trpících depresí byla střední hodnota $13,3 \pm 11,2$ a medián 10,0. Střední hodnota pro SDQ-20 v této studii byla u zdravých jedinců $21,1 \pm 2,6$, medián 20,0 a u pacientů s depresí $29,2 \pm 9,5$, medián 26,0. Naše skupina měla mírně výraznější disociativní obtíže somatoformního charakteru než skupina zdravých jedinců české populace.

Nedosahovala však hodnot depresivních pacientů. Nijenhuis a spol. [38] udávají pro pacienty s různou psychiatrickou diagnózou s vyloučenou disociativní poruchou $23,5 \pm 3,97$.

Na rozdíl od jiných publikací [30, 39, 49] dosahovaly ženy v naší studii významně vyššího DES a SDQ-20 skóre ve srovnání s muži. Je pravděpodobné, že tento fakt souvisí s mírou deprese, úzkosti a OCD příznaků, které byly u žen významně těžší.

Naše výsledky ukázaly pozitivní korelaci mezi hodnotami DES a celkovým skóre škály Y-BOCS ($r=0,503$, $p<0,01$). Tento výsledek je v opozici s výsledky předchozích studií [15, 48]. Signifikantní korelace s jiným typem stupnice hodnotící tíži obsesí a kompulzí MOCI – Maudsley Obsessional Compulsive Inventory, nikoli však s Y-BOCS, popsali Goff a spol. [15]. SDQ-20 také pozitivně koreloval s celkovým skóre Y-BOCS ($r=0,575$, $p<0,001$). Tedy míra disociace může souviset s tíží obsesí a kompulzí. Je otázkou, jaké jiné proměnné mají v tomto vztahu svoji roli. DES, SDQ-20 i Y-BOCS skóre také pozitivně korelovalo s depresivní a úzkostnou symptomatikou.

Předchozí studie udávají souvislost mezi DESu a intenzitou depresivních příznaků stanovených dle BDI u pacientů s OCD [15, 49]. Je možné, že míra disociativních příznaků souvisí spíše s úzkostnou a depresivní komponentou, než s vlastními obsesemi a kompulzemi. Napovídají tomu výraznější depresivní a úzkostné příznaky u žen, které také více disociovaly, ale jejich celkové skóre v Y-BOCS se ve srovnání s muži významně nelišilo. Častější disociativní prožitky pacientů s depresivní poruchou ve srovnání se zdravou popu-

laci byly popsány [5, 6, 7]. Tyto studie referují o souvislosti mezi disociací, depresivními příznaky, traumatizací a koncentracemi prolaktinu a kortizolu v séru. Koncentrace prolaktinu pozitivně korelovala s mírou psychologické disociace. Tato práce navíc udává pozitivní korelaci mezi DES a skóre dotazníku měřícího symptomy souvisejícími s traumatizací v dětství a v dospělosti (Trauma Symptom Checklist) [5]. Následující studie ukázala, že hladina kortizolu a tíže somatoforní disociace korelují negativně. Práce také zjistila pozitivní korelaci mezi SDQ-20 a BDI, DES a BDI-II, DES a SDQ-20 [6]. Autoři poukazují na vztah mezi traumatizací, disociací a pasivní formou zvládání stresu, která dle literatury souvisí s vyšší koncentrací prolaktinu [54] a nižší hladinou kortizolu [34]. Výsledky diskutovaných prací jsou v souladu s našimi výsledky, kde DES i SDQ-20 pozitivně korelují mezi sebou i s BDI-II. Opakovaně se tedy potvrzuje, že disociace úzce souvisí s depresivními symptomy. Je možné, že těžší depresivní příznaky i disociace souvisejí s abnormální regulací hypotalamo-pituitární-adrenální osy. Těžší depresivní i disociativní příznaky u žen vedou k úvaze, zda od mužů odlišné hormonální mechanismy nevedou k vyšší vulnerabilitě vůči projevu disociace.

Délka vzdělání negativně korelovala s DES. Nicméně po přepočtu korelace bez 11 pacientů s věkem pod 25, u nichž nižší počet let vzdělání mohl výpočty zkreslovat, nebyl výsledek statisticky významný. Jedna metanalýza poukazuje na asociaci mezi věkem a skóre DES, kde mladší mají tendenci skórovat více [58]. Tato studie popsala průměrnou hodnotu DES u adolescentů 14,27. Naše srovnání pacientů s věkem pod 25 let s těmi, co mají 25 let a více ukázala, že mladší pacienti mají signifikantně vyšší hodnoty DES než starší jedinci ($p < 0,05$, $Z = 2,08$). Přitom se obě skupiny ve škálách SDQ-20, HAMA, BDI, BAI a Y-BOCS a v neuropsychologických testech nelišily. Je pravděpodobné, že vztah mezi kratší dobou vzdělání a mírou disociace byl zapříčiněn vyšší mírou disociace u mladých ještě studujících jedinců.

V rozporu s očekáváním nedosáhli pacienti horšího výkonu v interferenci Stroopova testu. Výsledek souhlasí s několika studiemi [27, 53]. Jiné studie našly delší dobu v interferenci oproti kontrolám [1, 24, 31]. Naše výsledky tedy nepotvrdily narušenou schopnost kognitivní inhibice.

V souladu s většinou studií [37, 41, 44] nebyl reakční čas v CPT významně kratší oproti normám. Tento výsledek nenasvědčuje na abnormální schopnost behaviorální inhibice. Pacienti nebyli rozděleni na jednotlivé subtypy. Je možné, že jedinci u kterých převažují motorické kompulze nad myšlenkovými, by měli tuto funkci narušenou. Menšího počtu chyb ve srovnání se zdravou populací dosáhli pacienti s OCD v CPT – omission errors (počet

chyb opomenutí). Pacienti byli tedy pozornější a přesnější v průběhu testu ve srovnání se zdravými jedinci. V počtu chyb přidáním (commission errors) se pacienti nelišili. Výsledek souhlasí s nálezem práce Hermanna a spol. [25]. Na rozdíl od tohoto výsledku ve studii Bannona a spol. (2002) [1] pacienti s OCD reagovali častěji na podnět (písmeno X), na který reagovat neměli (commission errors). U pacientů s OCD je známa tendence k perfekcionismu, která vychází z obavy před provedením chyby. Tato vlastnost se mohla promítnout do výsledků testu CPT. Pacienti úzkostlivě dávali pozor, aby nevynechali žádnou odpověď.

Žádný z neuropsychologických testů nekoreloval s výsledky v DES a SDQ-20. Tedy souvislost mezi vyšší mírou disociativních příznaků a narušením pozornosti nebyla v této studii prokázána.

Omezením studie je, že chyběla kontrolní skupina. Další limitací bylo použití zahraničních norem při srovnání výkonu v neuropsychologických testech, jelikož české normy nebyly dostupné. Relativně malý počet pacientů neumožnil použití krokové regrese, která by posloužila k popisu dalších souvislostí mezi disociací, úzkostnými, depresivními a OCD příznaky. V poslední době se zjišťuje, že jednotlivé subtypy obsedantně-kompulzivní poruchy nelze považovat za podskupiny se stejným základním neuronálním mechanismem [35]. Proto by bylo v budoucnu vhodné provádět srovnání mezi jednotlivými subtypy.

ZÁVĚR

Jedná se o pilotní průřezovou studii zjišťující souvislost mezi pozorností a fenoménem disociace a jejich vliv na psychopatologii pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. Výsledky poukazují na možnou souvislost mezi disociativními prožitky a obsedantně-kompulzivní poruchou. Přítomnost a frekvence disociativních příznaků souvisela také s tíží úzkostí a deprese a je možné, že tyto příznaky jsou pro míru disociace určující. Na tuto otázku by se mohl zaměřit další výzkum. Ženy a mladší jedinci vykazovali vyšší skóre v hodnotících škálách míry disociace. Recentní práce poukazují na vztah mezi disociací a koncentracemi prolaktinu a kortizolu v séru. Proto je možno uvažovat o vlivu odlišné hormonální regulace u žen a mužů na projev disociace. Nebyla prokázána porucha pozornosti a narušení kognitivní a behaviorální inhibice u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. Tíže disociace nesouvisela s narušením selektivní pozornosti.

Práce byla podpořena projektem IGA NR 9323-3/2007.

LITERATURA

1. **Bannon, S., Gonsalvez, C. J., Croft, R. J., Boyce, P. M.:** Response inhibition deficits in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.*, 110, 2002; pp. 165-174.
2. **Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R. A.:** An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1988; pp. 893-897.
3. **Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W.:** Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J. Pers Assess*, 67, 1996; pp. 588-597.
4. **Bernstein, E. M., Putnam, F. W.:** Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J. Nerv Ment Dis.*, 174, 1986; pp. 727-735.
5. **Bob, P., Fedor-Freybergh, P. G., Susta, M., Pavlat, J., Jasova, D., Zima, T., Benakova, H., Miklosko, J., Hynek, K., Raboch, J.:** Depression, prolactin and dissociated mind. *Neuro. Endocrinol. Lett.*, 28, 2007; pp. 639-642.
6. **Bob, P., Freybergh, P. F., Jasova, D., Susta, M., Pavlat, J., Zima, T., Benakova, H., Bizik, G., Svetlak, M., Veveřa, J., Miklosko, J., Hajek, K., Raboch, J.:** Depression, cortisol and somatoform dissociative symptoms. *Neuro. Endocrinol. Lett.*, 29, 2008; pp. 235-239.
7. **Bob, P., Susta, M., Pavlat, J., Hynek, K., Raboch, J.:** Depression, traumatic dissociation and epileptic-like phenomena. *Neuro. Endocrinol. Lett.*, 26, 2005; pp. 321-325.
8. **Clayton, I. C., Richards, J. C., Edwards, C. J.:** Selective attention in obsessive-compulsive disorder. *J. Abnorm. Psychol.*, 108, 1999; pp. 171-175.
9. **Conners C. K.:** Multi-health System Staff. *Conners' Continuous Performance Tests*. Multi-health System Staff, 2000.
10. **DePrince, A. P., Freyd, J. J.:** Dissociative tendencies, attention, and memory. *Psychological Science*, 10, 1999, pp. 449-452.
11. **Enright, S. J., Beech, A. R., Claridge, G. S.:** A further investigation of cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Personality and Individual Differences*, 19, 1995, pp. 535-542.
12. **Enright, S. J., Beech, A. R.:** Obsessional states: anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychol. Med.*, 20, 1990; pp. 621-627.
13. **Enright, S. J., Beech, A. R.:** Reduced cognitive inhibition in obsessive-compulsive disorder. *Br. J. Clin. Psychol.*, 32 (Pt 1), 1993; pp. 67-74.
14. **Fox, E.:** Attentional bias in anxiety: selective or not? *Behav. Res. Ther.*, 31, 1993; pp. 487-493.
15. **Goff, D. C., Olin, J. A., Jenike, M. A., Baer, L., Buttolph, M. L.:** Dissociative symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 180, 1992; pp. 332-337.
16. **Golden, Ch.:** Stroop Color and Word Test. *Psychological Assessment Resources*. 2002.
17. **Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., Charney, D. S.:** The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch. Gen Psychiatry*, 46, 1989; pp. 1012-1016.
18. **Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., Charney, D. S.:** The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch. Gen Psychiatry*, 46, 1989; pp. 1006-1011.
19. **Grabe, H. J., Freyberger, H. J., Lehmkuhl, L., Spitzer, C.:** Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, 32, 1999; pp. 319-324.
20. **Guy W.:** ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, U.S. DHEW, 1976.
21. **Hamilton M.:** The assessment of anxiety states by rating. *Br. J. Med. Psychol.*, 32, 1959; pp. 50-55.
22. **Harnishfeger, K. K.:** The development of cognitive inhibition: theories, definitions and research evidence. In: Dempster, FNBCJ (ed.), *New Perspectives on Interference and Inhibition in Cognition*. Academic Press, San Diego, 1995.
23. **Hartston, H. J., Swerdlow, N. R.:** Visuospatial priming and stroop performance in patients with obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology*, 13, 1999, pp. 447-457.
24. **Hartston, H. J., Swerdlow, N. R.:** Visuospatial priming and stroop performance in patients with obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology*, 13, 1999; pp. 447-457.
25. **Herrmann, M. J., Jacob, C., Unterecker, S., Fallgatter, A. J.:** Reduced response-inhibition in obsessive-compulsive disorder measured with topographic evoked potential mapping. *Psychiatry Res.*, 120, 2003; pp. 265-271.
26. **Hodgson, J., Rachman. S.:** Obsessional compulsive complaints. *Nebav. Res. Ther.*, 15, 1977; pp. 389-395.
27. **Hollander, E., Cohen, L., Richards, M., Mullen, L., DeCaria, C., Stern, Y.:** A pilot study of the neuropsychology of obsessive-compulsive disorder and Parkinson's disease: basal ganglia disorders. *J. Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 5, 1993; pp. 104-107.
28. **Chamberlain, S. R., Blackwell, A. D., Fineberg, N. A., Robbins, T. W., Sahakian, B. J.:** The neuropsychology of obsessive compulsive disorder: the importance of failures in cognitive and behavioural inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 29, 2005; pp. 399-419.
29. **Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Corfield, V. A., Niehaus, D. J., Moolman-Smook, J. C., Stein, D. J.:** Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: clinical and genetic findings. *Compr. Psychiatry*, 45, 2004; pp. 384-391.
30. **Maaranen, P., Tanskanen, A., Haatainen, K., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., Viinamaki, H.:** The relationship between psychological and somatoform dissociation in the general population. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 193, 2005; pp. 690-692.
31. **Martinot, J. L., Allilaire, J. F., Mazoyer, B. M., Hantouche, E., Huret, J. D., Legaut-Mazare, F., Deslauriers, A. G., Hardy, P., Pappata, S., Baron, J. C.:** Obsessive-compulsive disorder: a clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatr Scand*, 82, 1990; pp. 233-242.
32. **Martinot, J. L., Allilaire, J. F., Mazoyer, B. M., Hantouche, E., Huret, J. D., Legaut-Demare, F., Deslauriers, A. G., Hardy, P., Pappata, S., Baron, J. C.:** Obsessive-compulsive disorder: a clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatr Scand*, 82, 1990; pp. 233-242.
33. **Martinot, J. L., Allilaire, J. F., Mazoyer, B. M., Hantouche, E., Huret, J. D., Legaut-Demare, F., Deslauriers, A. G., Hardy, P., Pappata, S., Baron, J. C.:** Obsessive-compulsive disorder: a clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatr Scand*, 82, 1990; pp. 233-242.
34. **Mason, J. W., Wang, S., Yehuda, R., Riney, S., Charney, D. S., Southwick, S. M.:** Psychogenic lowering of urinary cortisol levels linked to increased emotional numbing and a shame-depressive syndrome in combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychosom. Med.*, 63, 2001; pp. 387-401.
35. **Mataix-Cols, D., Wooderson, S., Lawrence, N., Brammer, M. J., Speckens, A., Phillips, M. L.:** Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 2004; pp. 564-576.
36. **Merckelbach, H., Muris, P., Rassin, E.:** Fantasy prone-

- ness and cognitive failures as correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 26, 1999; pp. 961-967.
37. **Millierey, M., Bouvard, M., Aupetit, J., Cottraux, J.:** Sustained attention in patients with obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Psychiatry Res.*, 96, 2000; pp. 199-209.
 38. **Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., Vanderlinden J.:** The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J. Nerv. Ment. Dis.*, 184, 1996; pp. 688-694.
 39. **Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van, D. R., van der, H. O., Vanderlinden, J.:** The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J. Nerv. Ment. Dis.*, 184, 1996; pp. 688-694.
 40. **Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van der, H. O., Charrou, M., Vanderlinden, J., Moene, F.:** Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Aust. N Z J Psychiatry*, 33, 1999; pp. 511-520.
 41. **Nordahl, T. E., Benkelfat, C., Semple, W. E., Gross, M., King, A. C., Cohen, R. M.:** Cerebral glucose metabolic rates in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 2, 1989; pp. 23-28.
 42. **Ptacek, R., Bob, P., Paclt, I., Pavlat, J., Jasova, D., Zvolisky, P., Raboch, J.:** Psychobiology of dissociation and its clinical assessment. *Neuro. Endocrinol. Lett.*, 28, 2007; pp. 191-198.
 43. **Ptáček, R.:** Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace. 2006. Práce dostupná na http://is.muni.cz/th/56104/fss_d/ptacek_dds.doc.
 44. **Rapoport, J., Elkins, R., Langer, D. H., Sceery, W., Buchsbaum, M. S., Gillin, J. C., Murphy, D. L., Zahn, T. P., Lake, R., Ludlow, C., Mendelson, W.:** Childhood obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, 138, 1981; pp. 1545-1554.
 45. **Rolf, B., Zillmer E.:** Test pozornosti d2. Praha, Testcentrum, 2000.
 46. **Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Kanava, J., Weiller, E., Bonora, L. I., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., Dunbar, G. C.:** Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. 1997; 12:232-241. *European Psychiatry*, 12, 1997; pp. 232-241.
 47. **Rosenfeld, R., Dar, R., Anderson, D., Kobak, K. A., Greist, J. H.:** A computer-administered version of the yale-brown obsessive-compulsive scale. *Psychological Assessment*, 4, 1992; pp. 329-332.
 48. **Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., Hand, I.:** Dissociation and symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder: A replication study. *Eur Arch Psychiatry Clin. Neurosci*, 256, 2006; pp. 146-150.
 49. **Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H., Hand, I.:** Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother. Psychosom.*, 75, 2006; pp. 40-46.
 50. **Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H., Hand, I.:** Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother. Psychosom.*, 75, 2006; pp. 40-46.
 51. **Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H., Hand, I.:** Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother. Psychosom.*, 75, 2006; pp. 40-46.
 52. **Sar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B., Baral, I.:** Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Compr. Psychiatry*, 41, 2000; pp. 216-222.
 53. **Schmidtke, K., Schorb, A., Winkelmann, G., Hohagen, F.:** Cognitive frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiatry*, 43, 1998; pp. 666-673.
 54. **Theorell, T.:** Prolactin—a hormone that mirrors passiveness in crisis situations. *Integr. Physiol Behav. Sci.*, 27, 1992; pp. 32-38.
 55. **Tipper, S. P., Cranston, M.:** Selective attention and priming: inhibitory and facilitatory effects of ignored primes. *Q. J. Exp. Psychol. A*, 37, 1985; pp. 591-611.
 56. **Tipper, S. P.:** The negative priming effect: inhibitory priming by ignored objects. *Q. J. Exp. Psychol. A*, 37, 1985; pp. 571-590.
 57. **Treisman, A., Geffen, G.:** Selective attention: perception or response? *Q. J. Exp. Psychol.*, 19, 1967; pp. 1-17.
 58. **van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C.:** The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the dissociative. *Clinical Psychology Review*, 16, 1996; pp. 365-382
 59. **Watson, D., Wu, K. D., Cutshall, C.:** Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *J Anxiety. Disord*, 18, 2004; pp. 435-458.
 60. **Wright, D. B., Osborne, J. E.:** Dissociation, cognitive failures, and working memory. *The American Journal of Psychology*, 118, 2005; pp. 103-113 (abstract).

*MUDr. Michal Raszka
Psychiatrické centrum Praha
Ústavní 91
181 03 Praha 8
e-mail: raszka@pcp.lf3.cuni.cz*