
SOUBORNÉ REFERÁTY

Metody diagnostiky disociativních symptomů

Ptáček R., Bob P.

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

SOUHRN

Stávající poznatky o disociaci ukazují na široké souvislosti tohoto pojmu jak z hlediska jeho koncepčního významu pro psychopatologii a psychiatrii, tak z hlediska klinické diagnostiky. Klinická zkušenost ukazuje, že včasná diagnostika disociativních symptomů představuje důležitý faktor pro stanovení adekvátní léčby. Nedostatečné zohlednění přítomnosti disociativních symptomů, vyžadujících specifický přístup k terapii, bývá častým důvodem léčebné rezistence. V následujícím přehledu pojednáváme o základních možnostech a nástrojích diagnostiky disociativních symptomů. Vzhledem k praktickému použití je v tomto přehledu pozornost věnována především nejčastějším metodám diagnostiky, kterou představují sebeposuzovací dotazníky, škály a strukturovaná interview. Ve stručnosti jsou zmíněny také obecnější psychodiagnostické metody, které lze použít ke zjištění psychopatologických projevů disociace.

Klíčová slova: disociace, disociativní symptomy, psychodiagnostické nástroje.

SUMMARY

Ptáček R., Bob P.: Methods in Diagnostics of Dissociation Symptoms

Recent evidence regarding dissociation indicates that this concept is particularly useful for psychopathology, psychiatry and clinical diagnostics. According to clinical experience right and early diagnostics of dissociative symptoms presents important factor for treatment and unrecognized of the symptoms may be a reason of treatment resistance. With respect to these findings the article reviews recent psychometric possibilities to assess dissociative symptoms with main focus to self-reported questionnaires, scales and structured interviews but other comprehensive methods useful for diagnostic practice are also shortly reviewed.

Key words: dissociation, dissociative disorders, psychodiagnosics, self report methods.

Čes. a slov. Psychiat., 105, 2009, No. 4, pp. 163–172.

ÚVOD

Problematické disociace a disociativních poruch je v psychologii a psychiatrii, zejména v posledních patnácti letech, věnována velká pozornost, i když první podrobné poznatky o disociaci mají za sebou již více než stoletou historii. Navzdory této velmi dlouhé době však diagnostika disociace představovala až do relativně nedávné současnosti poměrně nejednotnou a nesystematizovanou oblast. Pomíne-li Jungovo rozpracování asociačního experimentu, první nástroje určené pro přímé zjišťování disociativních jevů nalézáme v podstatě až ve druhé polovině 20. století. Většina dříve známých standardizovaných a širěji používaných psychodiagnostických nástrojů disociativní symptomy neposuzovala a tyto symptomy z hlediska jejich etiologie ani

nebyly zásadním způsobem zvažovány. Teorie disociace, jejíž základy položil Pierre Janet již ve druhé polovině 19. století, tak zůstala až do 80. let minulého století značnou měrou mimo pozornost výzkumu i klinické praxe. Ačkoliv disociace jako proces byla v jisté míře sledována i v psychoanalytickém myšlení a výzkumu, její podrobná a standardizovaná diagnostika nebyla až do relativně nedávné doby důkladněji rozpracována [7, 11].

Z těchto důvodů předkládáme souhrnný přehled o základních možnostech a nástrojích diagnostiky disociativních symptomů a poruch. Pozornost je věnována nejčastějším metodám diagnostiky v této oblasti, tedy sebeposuzovacím dotazníkům, škálám a strukturovaným interview. Pro širší přehled jsou také uvedeny obecnější psychodiagnostické metody, kterých lze ke zjištění disociativní psychopatologie použít.

Základní poznatky a postupy při zjišťování disociace

Dle nejčastěji používané definice v MKN-10 a DSM-IV představuje disociace poruchu normálních integrovaných funkcí paměti vědomí nebo identity [1, 7, 9, 51]. Tento proces je z neurovědního hlediska především dán skutečností, že v důsledku stresu dochází k poruchám konsolidace paměti v hippocampu a prefontálním kortexu [12], a v důsledku toho také k celé řadě poruch paměťových funkcí, vnímání vnějšího světa, vědomí a identity sebe sama. Disociativní symptomy proto

Tab. 1. Základní kroky při hodnocení disociace.

Kritérium
Screeningové testy
Klinické interview *
Strukturovaná psychologická interview
Psychologické testy
Zhodnocení komorbidity *
Související zdravotní vyšetření *

*Body označené hvězdičkou jsou považovány za základní a nezbytné.

Tab. 2. Přehled používaných dotazníků k hodnocení disociativních symptomů.

Určení	Název dotazníku	Použití pro screening	Zkratka
Dospělá populace	Dissociative Experiences Scale	Ano	DES
	Dissociative Experiences Scale II	Ano	DES-II
	The Somatoform Dissociation Questionnaire 20	Ano	SDQ-20
	The Somatoform Dissociation Questionnaire 5	Ano	SDQ-5
	Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire		PDEQ
	Cambridge Depersonalization Scale		--
	Steinberg Depersonalization Questionnaire		--
	The Dissociative Disorders Interview Schedule- DSM-IV		DDIS
	Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders		SCID-D-R
	Dissociative Disorders Interview Schedule		DDIS
	Multiscale Dissociation Inventory		MDI
	Multidimensional Inventory of Dissociation 6.0		MID
	Dissociative Features Profile		--
State Scale of Dissociation		SSD	
Děti a adolescenti	Adolescent Dissociative Experiences Scale	Ano	A-DES
	Adolescent Dissociative Experiences Scale-II	Ano	A-DES-II
	Child Dissociative Checklist, Verze 3	Ano	CDC
	Children's Perceptual Alteration Scale	Ano	--
	Adolescent MID 6.0		A-MID

Tab. 3. Významné psychické symptomy a okolnosti posuzované v rámci klinického interview.

Oblast	Otázky
Psychické symptomy	Sluchové a zrakové halucinace Nepochopitelná/zmatková zapačnětlivost Intruzivní myšlenky a pocity Snížená citlivost Úzkost, noční můry Sebepoškozování Flashbacky Tělesné/zdravotní zájmy/myšlenky/znepokojení Sexuální zájmy/myšlenky/znepokojení Depersonalizace, derealizace
Rodinné prostředí	Otázky fyzického a emočního bezpečí Dysfunkční rodinné vzorce Existence tzv. „rodinných tajemství“ Zvláštní činnosti nebo víra, která není obvyklá pro danou kulturu nebo etnikum Historie psychiatrických onemocnění v rodině
Sociálním prostředí	Sociální izolovanost Dodržování pracovních/osobních povinností. Změny ve vztazích s vrstevnickou skupinou
Specifické projevy	Vztah k materiálům o disociaci (knihy, filmy, rozhovory) nebo příbuzným jevům (hypnóza, změněné stavy vědomí apod.) Multigenerační výskyt disociativních poruch v rodině

představují především poruchy paměti v podobě částečné nebo úplné amnézie, a to jak v oblasti verbálních tak emočních vzpomínek, porušení kontextu vnímání vnějšího světa jako jiného či odcizeného (např. derealizace), poruchy vědomí, včetně halucinací, a také poruchy identity, kdy některé myšlenky či pocity nejsou považovány za vlastní, nebo je prožíváno porušení identity na úrovni tělesné v podobě některých forem depersonalizace [12]. Vzhledem k přímému vlivu stresové reakce na anteriorní cingulární kortex, hippocampus, hypothalamus a autonomní systém dochází často také k projevům somatických symptomů, které bývají označovány jako somatoformní disociativní symptomy [9, 32, 33]. Ve zmíněných souvislostech je proto důležité při zjišťování výskytu disociativních projevů zhodnotit, jak tyto poruchy identity, vědomí nebo paměti ovlivňují celkový psychický nebo zdravotní stav jedince se zřetelem k „rozvětvenosti“ disociativní symptomatiky. Celkové zhodnocení disociativních symptomů tak představuje komplexní postup, ve kterém je vhodné užít několika různých metod a nahlédnout na možné souvislosti z různých úhlů. Mezinárodní společnost pro studium disociace [25] z těchto důvodů a v návaznosti na výsledky řady studií [34] doporučuje pro validní stanovení diagnózy šest základních metod, které jsou shrnuty v tabulce 1.

V dodatku k uvedeným metodám lze říci, že screeningové testy jsou užitečné, ovšem pro samotnou diagnostiku nikoliv nezbytné, poněvadž nepředstavují hlavní nástroje, o které se vyšetřování opírá. Mohou však v běžné klinické praxi upozornit na možný výskyt disociativních symptomů a vést tak k podrobnějšímu vyšetření. Mezi screeningovými testy, užívanými k orientačnímu zjištění disociativních symptomů, se nejčastěji uvádí Škála disociativních zkušeností (Dissociative Experiences Scale) [7] a některé další (tab. 2). Klinické interview v tomto ohledu představuje oproti screeningovým metodám daleko spolehlivější zdroj informací pro diagnostiku disociativních symptomů a klinického určení četnosti jejich výskytu. Zvláštní pozornost v rámci klinického interview je doporučeno věnovat symptomům a okolnostem uvedeným v tabulce 3 [25, 34]. Pokud jde o vyšetřování dětí, je doporučeno v rámci klinického interview věnovat zvláštní pozornost především nerealistickým fantazijním konstruktům, například smyšleným kamarádům a podobně. Velice přehledné a důkladné interview vhodné pro vyšetřování uvedených stavů u dětí popsali například Lewis [28] nebo Hornstein [24].

Ačkoliv klinické interview zaměřené na diagnostiku disociativních poruch představuje v běžné praxi nejčastější způsob stanovení diagnózy, pro účely výzkumu nebo standardizovaných výstupů z klinické praxe však nemusí být dostatečné. V tomto ohledu může napomoci strukturované klinické interview, které značnou měrou představuje spolehlivou metodu pro podrobné zjištění disociativních symp-

tomů. V odborné literatuře proto poměrně často nalezneme odkazy na tzv. Strukturované klinické interview DSM-IV pro disociativní poruchy (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders), Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS), eventuálně na další psychometrické nástroje tohoto typu [16, 45].

Dotazníkové metody určené pro zjišťování disociace

První dotazník, zaměřený na zjištění disociativních symptomů, byl dotazník General Amnesia Profile vytvořený Cornelie Wildburym a Davidem Caulem v roce 1978. Dotazník nikdy nebyl publikován, a proto ani nedosáhl většího rozšíření ve vědecké nebo klinické praxi. V roce 1986 byl vytvořen a poprvé publikován dotazník Dissociative Experiences Scale (DES) autorů Bernsteina (ové) a Putnama [5], který do češtiny překládáme pod názvem Škála disociativních zkušeností [7]. DES dosáhl poměrně velkého rozšíření, byl přeložen do několika desítek jazykových verzí [13] a je používán v celé řadě výzkumných studií. Dnes je vedle již zmíněného Structured Clinical Interview DSM-IV for Dissociative Disorders považován za jeden ze základních nástrojů v diagnostice psychických disociativních symptomů [13].

Kromě sebeposuzovacího dotazníku DES nalezneme v literatuře i další, jako je například Questionnaire of Experiences of Dissociation (QED) [40]. Tento ani další dotazníky však i přes poměrně dobré psychometrické charakteristiky nedosáhly doposud většího rozšíření. V tabulce 3 uvádíme přehled hlavních dotazníkových metod nejčastěji uváděných v odborné literatuře. Uvedené dotazníky zahrnují jak nástroje určené pro dospělou populaci, tak i specifické skupiny jako jsou děti („Child Dissociative Checklist, Version 3“) nebo adolescenti (Adolescent Dissociative Experiences Scale). V české odborné literatuře a klinické praxi se nejčastěji používají dotazníky „Dissociative Experiences Scale“ [7] a „Somatoform Dissociation Questionnaire“ [32], které také vykazují dobré psychometrické charakteristiky.

Škála disociativních zkušeností (Dissociative Experiences Scale)

Škála disociativních zkušeností (dále jen DES) je krátký sebeposuzovací dotazník zaměřený na zjištění a kvantifikaci míry disociativních zkušeností vyskytujících se jak v běžném životě, tak v psychopatologii u dospělých osob. Pojetí konstruktu disociace v dotazníku je v souladu s kritérii uvedenými v DSM-IV [1] a navazuje na koncepční pojetí disociativní psychopatologie rozpracované Johnem Nemiahem [31]. Hlavní rozpracované koncepty zde představují především alterace identity jako důsledek disociativní reakce a poruchy pamě-

Tab. 4. Přehled studií test - retest reliability DES.

Studie	N	R	P	Test/retest interval
Bernstein, Putnam [5]	2 6	0,84	<0,0001	4 - 8 týdnů
Frischholz et al. [21]	3 0	0,96	<0,0001	4 týdny
Pitblado, Sanders [35]	4 6	0,79	<0,0001	6 - 8 týdnů

Tab. 5. Přehled studií vnitřní reliability DES.

Studie	N	R	P
Bernstein, Putnam [5]	73	0,83	<0,0001
Pitblado, Sanders [35]	46	0,93	<0,0001

ti jedince v průběhu disociativních stavů. Disociace je z tohoto hlediska pojímána v souvislosti s teorií disociativního kontinua, která vychází z prací Piera Janeta, Mortona Prince a Williama Jamese [5]. Ta identifikuje disociaci jako jev, který se rozprostírá od normálních psychických procesů přes lehkou psychopatologii až po závažná psychiatrická onemocnění. V uvedeném kontextu dotazník obsahuje otázky jak na nepatologické, tak patologické disociativní symptomy. Celkem dotazník obsahuje 28 položek, u nichž subjekt označuje na 100mm úsečce procento (0 % - 100 %) času, kdy se daná zkušenost nebo symptom vztahuje na jeho osobu. Údaje z jednotlivých odpovědí se zaokrouhlují na 5 mm a aritmetický průměr těchto hodnot představuje tzv. DES skóre. Z hlediska jednoduchosti administrace testu přináší zlepšení novější verze DES, která je shodná pokud jde o obsah, ale liší se tím, že odpověď není vyznačována na úsečce, ale formou 10bodové škály od 0 do 100 % (viz příloha 1).

Pokud jde o spolehlivost DES, ve stávající době existuje značný počet studií, které potvrzují klinický i výzkumný přínos tohoto dotazníku a jeho reliability a validita byly potvrzeny jak pro původní anglickou verzi, tak pro přeložené verze DES (včetně české) celou řadou nezávislých studií [36, 40, 50]. Výsledky studií reliability DES [5, 21, 35] shrnuje např. Bernstein(ová) [4] (tab. 4, tab. 5).

Jak je zřejmé z uvedených tabulek, všechny studie prokazují poměrně vysokou reliability dotazníku DES. U ostatních studií, např. Fritscholze a spol. [21], provedené u 321 normálních subjektů, se uvádí Cronbachovo alfa 0,95 ($p < 0,0001$). Validita DES byla také ověřena studiemi, které se zaměřovaly na sběr dat odpovídajících konstrukční a kriteriální validitě dotazníku. Konstrukční validitou DES se zabývají především Frischholze a spol. [21], kteří korelovali dotazník s dalšími nástroji na měření jevů souvisejících s disociací i.e.: Tellegen Absorption Scale, $r=0,39$, ($p < 0,0001$) a Ambiguity Intolerance Scale, $r=0,24$, ($p < 0,0001$). Další korelace byly prokázány mezi výsledky DES a hypnabilitou [21] a byly také provedeny studie zabývající se diskriminační validitou DES [5].

Z hlediska kriteriální validity dotazníku DES stojí za to zmínit multicentrickou studii (N=1051),

kde DES skóre byl použit jako klasifikátor mnohočetných poruch osobnosti v psychiatrické populaci spolu s DSM-III. Studie i přes drobné metodologické problémy v psychiatrické diagnostice prokázala 80% shodu mezi výsledky DES a klinickou diagnostikou dle DSM-III [14].

Predikční validita byla ověřena především studiemi Frischholze a spol. [21], Steinberga a Cicchettiho [46], které kromě shodných výsledků prokázaly i statisticky významnou souběžnou a kriteriální validitu.

Studie zaměřené na faktorovou analýzu DES se snažily objasnit také základní faktory, ze kterých se dotazník DES skládá. Některé studie [14, 41] nezávisle prokázaly tři základní faktory přítomné v dotazníku. Pozdější zpětná analýza dat [14] prokázala nejasnosti ve statistickém zpracování a přinesla přesvědčivou informaci pouze o jednom základním faktoru DES, což vedlo k diskusi o možnosti existence subškál v dotazníku DES u různých diagnóz využitelných např. pro účely diferenciální diagnostiky. Další práce v této oblasti však na základě meta-analýz studií DES vyslovují hypotézu, že dotazník DES měří spolehlivě pouze jeden faktor i.e. disociaci [14].

Jak jsme již zmínili, práce s dotazníkem umožňuje kvantifikované hodnocení disociace, které lze použít jako užitečný doplněk celé řady klinických, běžně používaných testových baterií, i jako screeningový nástroj pro orientační zhodnocení disociativní psychopatologie [37]. Kvantifikované zhodnocení míry disociace proto podává novou informaci o osobnosti testovaného subjektu a také o možném podílu disociace v dalších psychopatologických jevech. Takovýto nástroj může obohatit psychologickou a psychiatrickou diagnostiku především v klinické oblasti, kde chybějící diagnostika disociativních poruch může vést k neefektivní léčbě [37]. Přínos dotazníku DES proto nespočívá pouze v diagnostice disociativních poruch, ale může mít význam i u řady dalších psychopatologických procesů, kdy takovéto zpřesnění klinické diagnózy může mít vliv na strategii léčby. Mezi mnoha příklady lze jmenovat problematiku depresí, kde diagnostika disociativních poruch může hrát významnou roli [23, 26, 27, 43].

Dotazník somatoformní disociace (Somatoform Dissociation Questionnaire)

Většina současných sebesposuzujících dotazníků, které se zaměřují na problematiku disociace, zohledňuje především jevy psychické disociace, např. již uvedený DES [5], dále Dissociation Questionnaire (DIS-Q) [47] a další. Významné rozšíření z hlediska praktické diagnostiky přinášejí Nijenhuis a spol. [32], když v souvislosti s DSM-IV uvádějí,

že disociativní poruchy jsou charakterizovány psychickými i somatoformními symptomy (ve smyslu DSM-IV), a odkazuje také k původním pramenům již z počátků studia disociace v 19. století, které zmiňují výskyt somatických problémů v souvislosti s disociací [32]. Nijenhuis se na problematiku somatoformních projevů disociace zaměřil a již v roce 1996 spolu se svými kolegy publikoval studii prezentující vývoj a psychometrické charakteristiky sebeuposuzovacího dotazníku Somatoform Dissociation Questionnaire (dále jen „SDQ-20“) [32]. Tento dotazník doposud sice nedosáhl takového rozšíření jako DES, ale vzhledem k jeho charakteristikám a zaměření představuje užitečný psychometrický nástroj. SDQ-20 byl vytvořen na základě analýzy 75 položek popisujících klinicky pozorované somatoformní disociativní symptomy [32]. Položky dotazníku jsou v duchu konceptu Hughlingse Jacksona rozděleny na pozitivní (např. bolest určená konkrétním místem) a negativní (např. analgezie) disociativní symptomy. Položky dotazníku jsou založeny na Likertově pětibodové škále mezi extrémy 1 a 5, kde 1 vyjadřuje stav „NIKDY/V ŽÁDNÉM PŘÍPADĚ“ a 5 „EXTRÉMNĚ/STÁLE“. V souvislosti s vyšetřením disociativních symptomů je také důležité zjistit, zda tělesné pocity, které jsou uváděny v dotazníku, byly někdy spojovány s tělesnou nemocí. Nezjištění tohoto faktu by samozřejmě mohlo vést k významnému zkreslení výsledku. Nijenhuis [32] proto uvádí, že somatické symptomy, které přímo souvisejí s objektivním somatickým nálezem, by neměly být v dotazníku uváděny. Celkový SDQ-20 skór je sumou hodnoty všech položek v dotazníku a vychází v rozpětí 20 - 100 bodů.

Psychometrické charakteristiky dotazníku byly ověřeny několika nezávislými studii v rámci různých jazykových verzí (Francie, Belgie, Turecko). Výsledky vykazaly uspokojivou reliabilitu a validitu, a to i v porovnání jednotlivých jazykových verzí [38]. SDQ-20 byl od roku 1996 použit v celé řadě zahraničních [30], ale i domácích studií [8, 10]. Z hlediska interní konzistence SDQ-20 uvádějí Nijenhuis a spol. [32] Cronbachovo alfa 0,95 a poměrně uspokojivou test-retestovou reliabilitu. Nijenhuis a spol. [32] dále uvádějí, že nebyly nalezeny významné vztahy mezi celkovým skórem a demografickými charakteristikami respondentů. Validita (především ve smyslu konvergentní validity) SDQ-20 byla ověřena již v citované studii Nijenhuis a spol. [32]: korelace SDQ-20 a DIS-Q $71 < r < 76$, $p < 0,0001$. Uvedenou validitu potvrdila i následující studie Nijenhuis a spol. [33], která uvádí pozitivní korelaci SDQ-20 a DES $r < 82$, $p < 0,0001$. Další charakteristiky dotazníku SDQ-20 podávají Nijenhuis a spol. [33].

V souhrnu lze tedy říci, že SDQ-20 představuje vhodný sebeuposuzovací dotazník zaměřený na zhodnocení somatoformních projevů disociace, který vykazuje dobré psychometrické charakteristiky a může proto s jistou pravděpodobností a při zváže-

ni celkového somatického a psychického stavu vyšetřovaného podat diagnosticky hodnotnou doplňkovou informaci o specifických aspektech disociativních symptomů. Revidovaná verze dotazníku SDQ-20 je uvedena v příloze 2.

Další psychodiagnostické testy v diagnostice disociativních symptomů

Jak jsme již zmínili, problematika disociace a disociativních symptomů není v rámci běžných a obecně rozšířených diagnostických nástrojů rozpracována [15]. V oblasti psychodiagnostické literatury, která se v nějakém ohledu týká disociace, tak najdeme spíše studie zabývající se více specifickou problematikou mnohočetné poruchy osobnosti (MPD), nebo posttraumatické stresové poruchy (PTSD) než samotnými disociativními projevy. Mezi nástroje, které mohou být pro tyto účely použity a které byly alespoň částečně ověřeny v některých studiích, patří již zmiňované MMPI-II a Rorschachův test. Například Wagner a Heise [49] zkoumali možnost diagnostiky MPD prostřednictvím Rorschachova testu. Jejich návrh skórovacích pravidel ovšem nebyl později potvrzen ani podpořen [29]. Obdobně tomu bylo i u několika dalších studií. Armstrong a Loewenstein [3] vytvořili tzv. Traumatic Content Index, který představuje sumu Exnerovy anatomie, krve, agresivních a morbidních odpovědí a vykazuje zvýšenou míru u osob s PTSD. Některé tyto nálezy byly potvrzeny, ale do klinické praxe se nerozšířily [42]. Z hlediska využití Rorschacha v diagnostice disociace tedy narážíme v oblasti odborné literatury na nedostatek informací [15]. Traumatické odpovědi, které by mohly představovat jistý indikátor disociace, však nejsou v odborné literatuře dostatečně rozpracovány [15].

Studie, které používají MMPI [6, 17], narážejí na obdobné problémy. Shodují se na tom, že MMPI neobsahuje informace pro vytvoření markerů, které by rozlišily například MPD od hraničních stavů, nebo dokonce od psychotických poruch. Jistým ukazatelem disociace u osob s disociativními poruchami v souvislosti s MMPI může být „F“ škála. Ta je často interpretována jako indikátor „invalidity“ nebo traumatických symptomů. Ani tu ovšem nelze použít jako spolehlivý ukazatel disociativních poruch vzhledem k tomu, že nebyla pro tento účel doposud standardizována.

ZÁVĚR

V souhrnu lze konstatovat, že v oblasti běžně užívaných psychologických testů není v současné době příliš informací o standardizovaných možnostech psychodiagnostiky disociativních symptomů nebo poruch. To vyplývá jednak z nedostatečné pozornosti, která je této problematice věnována, ale i ze samé podstaty disociativních jevů, jež nejsou

Příloha 1

DES

Jméno a příjmení..... Rodinný stav..... Věk.....

Zaměstnání Vzdělání

Pokyny

Tento dotazník obsahuje 28 otázek týkajících se jevů, které můžete prožívat ve svém každodenním životě. Zajímá nás, jak často se s nimi setkáváte. Je důležité, aby vaše odpovědi ukázaly, jak často tyto zkušenosti prožíváte, avšak bez vlivu alkoholu nebo drog. Odpověď na každou otázku vyjádřete odpovídající mírou vlastní zkušenosti s jevem popsáním v otázce a vyznačte ji kroužkem na škále od 0 % do 100 %, jak naznačuje příklad.

Příklad: 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

1. Některým lidem se stává, že si při řízení auta náhle uvědomí, že si nemohou vzpomenout na to, co se událo v průběhu celé jízdy nebo její části. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

2. Někteří lidé si občas, když poslouchají něčí řeč, uvědomí, že neslyšeli část nebo vůbec nic z toho, co bylo řečeno. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že se ocitnou na nějakém místě a nevědí, jak se tam dostali. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

4. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že si uvědomí, že jsou oblečeni, ačkoliv si nevzpomínají, že by se oblékali. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

5. Některým lidem se stává, že mezi věcmi, které vlastní, naleznou nové, a nemohou si vzpomenout, že by je kupovali. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6. Někteří lidé mají zkušenost, že se setkají s lidmi, které neznají. Ti je oslovují jiným jménem a trvají na tom, že se spolu již setkali. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

7. Některým lidem se občas stává, že vidí sebe samé, jak stojí nebo něco dělají, a připadají si jako by hleděli na jinou osobu. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že jsou obviňováni ze lhaní, aniž by lhali. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

12. Někteří lidé mívají občas pocit, že jiní lidé, věci nebo svět kolem nich nejsou reálné. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

16. Někteří lidé mají zkušenost s tím, že již známé místo jim najednou připadá zvláštní a neznámé. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

18. Některým lidem se občas stává, že jsou tak pohlceni fantazií nebo denním snem, že mají pocit, jako by se odehrály ve skutečnosti. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

22. Někteří lidé shledávají, že na určité situace reagují pokaždé natolik odlišně, že se cítí téměř tak, jako by byli dvěma různými lidmi. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

24. Někteří lidé si občas nemohou vybavit, zda něco skutečně udělali, nebo zda si jen myslí, že danou věc udělali (například zda poslali dopis, nebo si jen myslí, že jej poslali). Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

25. Někteří lidé občas shledávají, že něco udělali, a nemohou vzpomenout, že to dělali. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

26. Někteří lidé občas naleznou zápisky, kresby nebo poznámky mezi těmi, které jim náleží a které mohli sami udělat, ale nemohou si vzpomenout, kdy. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

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

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

28. Někteří lidé občas mají pocit, jako by hleděli na svět skrze mlhu, takže lidé a objekty se jim jeví být vzdálenými a nejasnými. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává vám.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Příloha 2 SDQ-20

Jméno a příjmení..... Rodinný stav..... Věk.....

Zaměstnání Vzdělání

Vyznačte, prosím, odpověď na škále od 1 „neodpovídá to mým zkušenostem a pocitům“ do 5 „velmi dobře to odpovídá mým zkušenostem a pocitům“.

Občas se mi stává (že):

Jako by moje tělo nebo jeho část zmizela.	1	2	3	4	5
Jsem na chvíli paralyzován(a).	1	2	3	4	5
Nemohu mluvit (nebo pouze s velkým úsilím), nebo mohu pouze šeptat.	1	2	3	4	5
Moje tělo nebo jeho část je necitlivá vůči bolesti.	1	2	3	4	5
Zažívám bolest v průběhu močení.	1	2	3	4	5
Na chvíli nevidím (jako bych byl(a) slepý(á)).	1	2	3	4	5
Mám potíže při močení.	1	2	3	4	5
Na chvíli neslyším (jako bych byl(a) hluchý(á)).	1	2	3	4	5
Slyším blízké zvuky tak, jako by přicházely zdaleka.	1	2	3	4	5
Na chvíli zůstanu strnule stát.	1	2	3	4	5
Mám buď mnohem lepší nebo horší čich, než je tomu obvykle, přestože nemám rýmu.	1	2	3	4	5
Cítím bolest v genitálu (zvláště po sexuálním styku).	1	2	3	4	5
Mám záchvat, který se podobá epileptickému.	1	2	3	4	5
Jsou mi nepříjemné vůně, jež mám obvykle rád(a).	1	2	3	4	5
Jsou mi nepříjemné chutě, jež mám obvykle rád(a) (pro ženy: mimo průběh těhotenství nebo menstruace).	1	2	3	4	5
Vidím věci kolem sebe jinak, než je tomu obvyklé (například hledím jakoby skrze nějaký tunel, nebo vidím pouze část nějakého objektu).	1	2	3	4	
Nemohu spát v průběhu noci až do jejího konce, ale přesto zůstávám velmi aktivní během dne.	1	2	3	4	5
Nemohu polykat, nebo jen s velkým úsilím.	1	2	3	4	5
Lidé a věci vypadají větší, než jaké ve skutečnosti jsou.	1	2	3	4	5
Své tělo nebo jeho část vnímám jako znečitlivělou.	1	2	3	4	5

v mnohých případech snadno srozumitelné a rozpoznatelné. Relativně dobrých výsledků v diagnostice disociativních symptomů tak bylo dosaženo v relativně nedávné době, kdy byla vytvořena celá řada testů – zvláště sebeposuzovacích dotazníků nebo strukturovaných interview, které byly alespoň na základní úrovni standardizovány a ověřeny pro účely klinického i výzkumného použití. Mezi hlavními nástroji můžeme jmenovat sebeposuzovací dotazníky DES, SDQ-20, SCID a další. Jak ukazují stávající výsledky, tyto dotazníky poskytují významnou informaci k celkovému dia-

gnostickému obrazu, a to jak na úrovni disociace psychické, tak somatiformní. V oblasti psychodiagnostiky disociativních symptomů prostřednictvím běžných psychodiagnostických metod však zatím nejsou známy spolehlivé testy nebo metody, které by disociativní procesy a symptomy umožňovaly podrobněji diagnostikovat a zkoumat. Ve stávající době je proto oblast disociativních procesů stále ve značné míře neprozkoumána a čeká na své nové objevy jak v oblasti psychodiagnostické, tak z hlediska psychobiologických principů těchto jevů lidské mysli.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. **Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., Smith, S.:** Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experience Scale. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 1997, pp. 491-497.
3. **Armstrong, J. G., Loewenstein, R. J.:** Characteristics of patients with multiple personality and dissociative disorders on psychological testing. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 1990, pp. 448-454.
4. **Bernstein, C. E., Putnam, F. W.:** An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 1993, 6, pp. 16-25.
5. **Bernstein, E. M., Putnam, F. W.:** Development, reliability and validity of a Dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 1986, 12, pp. 727-735.
6. **Bliss, E. A.:** Symptom profile of patients with multiple personality disorder, including MMPI results. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 1984, pp. 197-202.
7. **Bob, P.:** Disociativní procesy a jejich měření. *Čes. a slov. Psychiat.*, 96, 2000, 6, s. 301-309.
8. **Bob, P., Ptáček, R., Paclt, I.:** Disociativní poruchy a možnosti diferenciální diagnostiky epileptických a psychogenních neepileptických záchvatů. *Čes. a slov. Psychiat.*, 98, 2002, 7, s. 377-381.
9. **Bob, P.:** Pain, dissociation and subliminal self-representations. *Consciousness and Cognition*, 17, 2008, pp. 355-369.
10. **Bob, P., Ptáček, R., Paclt, I., Zvolský, P., Jasová, D., Pavlát, J., Páv, M., Vanclová, J., Vyhnánková, Z., Ďurián, T., Dušek, M., Janečková, E., Papežová, S., Pavlovský, P., Uhrová, T., Žukov, I.:** Disociace a symptomy komplexní parciální epilepsie u depresivních pacientů. *Čes. a slov. Psychiat.* 2003, 2.
11. **Bob, P., Ptáček, R.:** Disociativní komponenty v etiopatogenezi epilepsie a možnosti jejich sledování. *Čes. Psychologie*, 45, 2001, 4, s. 360-366.
12. **Bob, P.:** Stres. In: Fišar Z. (Ed.) *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*, Grada, Praha, 2009, s. 201-213.
13. **Carlson, E. B.:** Factor analysis of the Dissociative Experiences Scale: A multicenter study. In: Braun, B. G., Carlson, E. B. (Eds.). *Proceedings of the Eight International conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Chicago, Rush, 1991.
14. **Carlson, E. B., Putnam, F. W.:** An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 1993, 6, pp. 16-27.
15. **Carlson, E. B., Armstrong, J.:** The diagnosis and assessment of dissociative disorders. *Dissociation: Clinical and research perspectives*. New York, Guilford Press, 1994.
16. **Carrion, V. G., Steiner, H.:** Trauma and dissociation in delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 2000, pp. 353-359.
17. **Coons, P. M.:** Treatment progress in 20 patients with multiple personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 1986, pp. 715-721.
18. **Dell, P. F.:** Dissociative phenomenology of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 190, 2002, pp. 1-15.
19. **Evers-Szostak, M., Sanders, S.:** The Children's Perceptual Alteration Scale (CAPS): A measure of children's dissociation. *Dissociation*, 1992, 5, pp. 91-97.
20. **Faber, J., Bob, P., Ptáček, R., Petráněk, S.:** Dissociation and epilepsy. *Psychiatrie*, 2001, 1, pp. 4-10.
21. **Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G. et al.:** The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation*, 1990, 3, pp. 151-153.
22. **Graham, D.:** The pediatric management of the dissociative child. In: J. L. Silberg (Ed.). *The dissociative child: Diagnosis, treatment & management*, 2nd ed. Lutherville, M. D., Sidran Press, 1998, pp. 297-314.
23. **Horen, S. A., Leichner, P. P., Lawson, J. S.:** Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatient population in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 1995, pp. 185-191.
24. **Hornstein, N. L.:** Complexities of psychiatric differential diagnosis in children with dissociative symptoms and disorders. In: J. L. Silberg (Ed.), *The dissociative child: Diagnosis, treatment & management*, 2nd ed. Lutherville, M. D., Sidran Press, 1998, pp. 27-45.
25. ISSD Task Force on Children and Adolescents. *Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents*. February, 2003.
26. **Kebza, V., Paclt, I.:** Strukturovaný vyšetřovací postup depresivních poruch v primární lékařské péči: detekce, diagnostika, léčba. Praha, Státní zdravotní ústav, 1999.
27. **Kebza, V., Paclt, I.:** *Deprese*. Praha, Státní zdravotní ústav, 2002a.
28. **Lewis, D. O.:** Diagnostic evaluation of the child and adolescent with dissociative identity disorder/multiple personality disorder. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1996, 5, pp. 303-331.
29. **Lovit, R., Lefkof, G.:** Understanding multiple personality disorder with the Comprehensive Roschac System. *Journal of Personality Assessment*, 59, 1985, pp. 289-294.
30. **Lynn, S. J., Ryje, J. W. (Eds.):** *Dissociation - Clinical and Theoretical Perspectives*. New York, The Guilford Press, 1994.
31. **Nemiah, J. C.:** Dissociative disorders. In: Freeman, A. M., Kaplan, H. I. (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1981.
32. **Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van Der Hart, O., Vanderlinden, J.:** The Development and psychometric characteristics of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 1996, 11, pp. 688-694.
33. **Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van Der Hart, O., Vanderlinden, J.:** The Development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 1997, pp. 311-318.
34. **Peterson, G.:** Diagnostic taxonomy: Past to future. In: J. L. Silberg (Ed.), *The dissociative child: Diagnosis, treatment & management*, 2nd ed. Lutherville, M. D., Sidran Press, 1998, pp. 4-26.
35. **Pitblado, C. B., Sanders, B.:** Reliability and short-term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. In: Braun, B. G., Carlson, E. B. (Eds.). *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and the Dissociative States* Chicago: Rush, 1991.
36. **Pribor, E. F., Yutzy, S. H., Dean, T. J., Wetzel, R. D.:** Briquets syndrome, dissociation, and abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993, 10, pp. 1507-1511.
37. **Putnam, F.W.:** *Diagnosis and treatment multiple personality disorder*. New York, London, The Guilford Press, 1989.
38. **Putnam, F. W.:** *Dissociation in children and adolescent*. New York, London: The Guilford Press, 1997.
39. **Putnam, F. W., Helters, K., Trickett, P. K.:** Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglect*, 1993, 17, pp. 731-742.
40. **Riley, K. C.:** Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 1988, 7, pp. 449-450.
41. **Ross, C. A.:** Epidemiology of multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 1991, 3, pp. 503-518.
42. **Sanders, B.:** The imaginary companion experience in multiple personality disorder. *Dissociation*, 1992, 5, pp. 159-162.

43. **Saxe, G. N., Van der Kolk, B. A., Berkowitz, R. et al.:** Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993, pp. 1037-1042.
44. **Silberg, J. L.:** Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *Journal of Personality Assessment*, 71, 1998, pp. 421-439.
45. **Steinberg, M.:** Handbook for the Assessment of Dissociation: A Clinical Guide. Washington, American Psychiatric Press, 1995.
46. **Steinberg, M., Cicchetti, B. R.:** Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, pp. 1050-1054.
47. **Vanderlinden J., Moene F.:** Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 1999, 4, pp. 511-520.
48. **Yeager, C. A., Lewis, D. O.:** The intergenerational transmission of violence and dissociation. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1996, 5, pp. 393-430.
49. **Wagner, E. E., Heise, M. R.:** A comparison of Roschach protocols of three multiple personalities. *Journal of Personality Assessment*, 38, 1974, pp. 308-331.
50. **Warshaw, M. G., Fierman, E., Pratt, L., Hunt, M., Yonkers, K. A., Massion, A. O., Keller, M. B.:** Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993, 10, pp. 1512-1516.
51. World Health Organization. The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization, 1993.

*PhDr. Radek Ptáček
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
120 00 Praha 2*

REFERÁTY Z PÍSEMNICTVÍ

McCleane G.: Antidepressants as Analgesics

(Antidepressiva jako analgetika)

CNS Drugs, 22, 2008, č. 2, s. 139-156.

Deprese je častým průvodním jevem bolesti, zvláště když tato nepolevuje. Použití různých druhů antidepresiv je spojeno s jejím zmírněním. Přitom analgetický účinek je nezávislý na antidepresivním působení těchto léků. Úleva od bolesti je důsledkem nejrůznějších druhů účinků antidepresiv na neuroregulační mechanismy spojených s vnímáním a přenosem bolesti.

Starší tricyklická antidepresiva (TCA) a novější inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (např. duloxetin) se zdají být

v poskytnutí úlevy od bolesti účinnějšími než selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Nežádoucí účinky během užívání antidepresiv jsou naneštěstí běžné. Zvláště to platí pro TCA. Nyní se stává zřejmé, že TCA mohou mít analgetický účinek při lokální aplikaci. Tento účinek je výsledkem spíše periferních mechanismů než centrálního působení.

Autor přehledný článek uzavírá s tím, že antidepresiva zůstávají hlavním léčebným prostředkem při zvládání chronické bolesti.

McIsaac S. A., Young A. H.: The Role of Hypothalamic Pituitary-Adrenal Axis Dysfunction in the Etiology of Depressive Disorders

(Role dysfunkce osy hypothalamus-hypofýza-nadledvinky v etiologii depresivních poruch)

Drugs of Today, 45, 2009, č. 2, s. 127.

Existuje narůstající množství důkazů týkajících se abnormalit kortizolu a jeho regulačního systému jak u unipolární, tak bipolární deprese. Kortizol může přispět k některým příznakům prožitým depresivními osobami. Existuje komplexní oboustranný vztah mezi serotoninergním a stresovým systémem a porucha jednoho z nich může vytvořit

kaskádu příhod, které vedou k poškození zdraví. Nové léčebné postupy, které regulují kortizol, jsou nyní experimentálně hodnoceny ke zvýšení léčebných možností deprese a zlepšení výsledku léčby pacienta s depresí.

Autor referátů MUDr. Jaroslav Veselý