

ÚVOD

Společensky i psychologicky denně oddělujeme a rozdělujeme. Oddělujeme dobré od špatného, stejné od jiného, rozdělujeme konfliktní a nepřátelené strany. Třídíme věci ve svém bytě, oddělujeme nahnilé a nejedlé části od zbytku ovoce, oddělujeme od sebe rvoucí se sourozence nebo rozdělujeme státy, které se zmítají ve vnitřních konfliktech občanské války.

Jako společnost dnes nejsme ve válce (alespoň ta naše ne), přesto zde existuje mnoho dětí, jejichž rodinné prostředí spíše než bezpečné místo pro rozvoj jejich identity připomíná bitevní pole, ve kterém zápasí o přežití. Tyto děti jsou denně svědky nebo obětí násilí ať už psychického, fyzického nebo sexuálního. Tak jako se válka odehrává na geografickém území a jejím výsledkem jsou poválečné separace a přerozdělování, odehrává se válka na území dětské osobnosti, která se ve snaze konflikt vyřešit a válku přežít rozděljuje v mnoha aspektech rovněž. Jak děti dospívají, může být sice válka zapomenuta, zůstává však zbídačená a problémy zmítaná zem, nejasná touha po ztracených územích a vědomí vlastní neúplnosti.

Předložená práce se zabývá vybranými důsledky a problémy dospělých lidí, kteří přežili „válku“ - tzv. disociativními poruchami. Disociace česky znamená oddělení nebo rozdělení a vedle dalších příznaků (posttraumatická stresová porucha, deprese apod.) představuje převažující reakci na traumatické události. Disociace se může týkat mnoha aspektů osobnosti, odděleny mohou být vzpomínky (amnésie), vlastní já, tělo a emoce (depersonalizace) nebo také já a percepce vnějšího okolí (derealizace). V nejzazším případě může být rozděleno také vědomí, osobnost a identita sama, tak jak poutavě popsal Robert Oxnam (2006) ve svém příběhu života s mnohočetnou poruchou osobnosti (dnes disociativní porucha identity).

Disociace a disociativní poruchy v psychologii nejsou novými pojmy, ve skutečnosti patří k jedněm z nejstarších. Disociace byla studována v průběhu celého 19. století, přičemž zájem o tento fenomén kulminoval na přelomu 19. a 20. století. Počátkem 20. století disociace ze zorného úhlu psychologie a psychiatrie na dlouhá desetiletí mizí. Zájem o ni se pak v zahraničí znovu objevuje v sedmdesátých a osmdesátých letech 20. století a až do současné doby eskaluje. Tuto renesanci fenoménu disociace a disociativních poruch pozvolna prožívá také Česká republika. Objevují se přehledové časopisecké statě o mnohočetné poruše osobnosti (Boleloucký, 1984), disociativní poruše identity u dětí a adolescentů (Kocourková et al., 2001) a stručná uvedení do problematiky disociativních poruch a jejich léčby (Herman et al., 2005; Praško et al., 2007). Zájem se probouzí také mezi studenty psychologie, a tak vznikají diplomové a disertační práce (Bob, 2002; Soukup, 2005; Chalupníček, 2005; Ptáček,

2006). Je přeložena a standardizována česká verze dotazníku Dissociative Experiences Scale (DES¹) (Bob, 2000; Ptáček et al., 2007) a disociace začíná být empiricky zkoumána, zvláště v četných pracích P. Boba et al. (např. Bob et al., 2002b, 2005, 2006; Bob, 2007; Ptáček et al., 2007).

Navzdory tomuto pokroku má česká psychologie na poli disociativních poruch své limity. Detekce disociativních poruch není v České republice součástí klinických vyšetření, k dispozici zatím není ani psychodiagnostický nástroj, který by diagnostiku disociativních poruch umožňoval. Předložená práce takový psychodiagnostický nástroj uvádí. Jedná se o strukturované klinické interview Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS), jehož česká verze byla předložena vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie, čímž byla také provedena první česká studie prevalence disociativních poruch v psychiatrickém vzorku.

Dříve než přistoupím k teoretické části, rád bych ještě krátce pouvažoval nad smyslem diagnostiky disociativních poruch. Diagnostika bývá někdy kritizována (viz Vybíral, 2006), neboť diagnostické kategorie mohou člověka dehumanizovat a jeho problém chronifikovat. Prizma diagnózy může omezit naše vidění a tak snadno přehlédneme jedinečné a zvláštní. Hrozí také nebezpečí, že díky diagnostické kategorii ulpíme jen na negativních rysech a nevěšimně si, co je na druhém člověku pozitivní, zdravé a funkční. Na druhé straně existuje protiargument, že bez kategorií, ani těch diagnostických, nelze poznávat. Jedinečné, zdravé a funkční nepřehlízíme proto, že by náš pohled byl předpojatý, ale protože nám určité prizma (pozitivní, humanistické, fenomenologické, existenciální či sociálně konstruktivistické psychologie) třeba chybí. Já jsem pevně přesvědčen, že znalost disociativních poruch naše vnímání nezastírá a neomezuje, ale naopak rozšiřuje o další dimenzi, neboť jsme schopni vnímat věci nové, které by jinak v diagnostice a terapii² unikly naší pozornosti.

¹ V práci bude užíváno několik zkratk, např. pro použité nástroje DES a DDIS. Pokud bude čtenář během čtení kdykoliv zmaten, může nahlédnout do seznamu zkratk, který je přiložený v závěru práce.

² V předložené práci se terapií disociativních poruch přímo nezabývám. Je ale třeba zdůraznit, že terapie traumatu a disociativních poruch je poměrně specifická. Disociativní poruchy jsou často farmakorezistentní a hlavním nástrojem léčby jsou speciální postupy psychoterapie (Chu, 2007; Ross, 1997, 2000; Putnam, 1989; Freyd, 1996).

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Disociace

V této kapitole vymezím pojem disociace jako psychopatologický proces, který stojí v jádru disociativních poruch. Koncept definuji a vymezuji vůči jemu podobným pojmům (represe). Zkraje předesílám, že tato práce se nevěnuje širším koncepcím disociace, se kterými operuje obecná psychologie nebo psychologie osobnosti, která disociaci chápe v nep psychopatologickém slova smyslu jako přirozenou diferenciaci osobnosti nebo schopnost štěpit pozornost na více podnětů zároveň (Ptáček, 2006). Disociaci budu nahlížet úzce z klinicko-psychologické perspektivy, jako reakci na trauma – jako traumatickou disociaci.

1.1 Definice disociace

Disociace je koncept známý psychologii více než sto let, ačkoliv byl za svou historii zapomenut, znovuobjeven a následně znovu zatracován snad více než jakýkoliv jiný psychopatologický konstrukt. Přes svou relativní jednoduchost nepřestává být předmětem sporů a kontroverzí týkající se jeho vymezení a legitimní existence vůbec.

Pojem disociace se poprvé objevuje v díle *Psychologické automatismy* Pierra Janeta roku 1889¹. Disociace, respektive disociativní porucha identity je však studována pod jinými názvy (disoluce, disagregace, dvojitá osobnost, co-conscious) mnoha dalšími významnými představiteli psychologie a psychiatrie konce 19. a začátku 20. století (např. Alfred Binet, Jean-Marie Charcot, William James, Sigmund Freud, Boris Sidis, Morton Prince). (podrobně viz Elenberger, 1970; Putnam, 1989; Ross, 1997; Scharfetter, 2001; Bob, 2002)

Hned zkraje je třeba si proto uvědomit, že koncepce disociace vznikala v historické epoše, které vévodily psychologické teorie asocianismu týkající se logiky sdružování představ (Gainer, 1994). Disociace pak představovala selhání tohoto procesu, **oddělení** a nedostupnost jistých představových skupin. Disociace jednoduše znamenala opak a zmaření asociace, byla to dis-asociace.

Toto rané pojetí má velmi blízko i k moderním definicím. DSM-IV definuje disociaci jako „*narušení obvykle integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity a percepce vnějšího prostředí*“ (APA 1994: 477). Podobně Spiegel a Cardeña (1991) definují disociaci jako „*strukturální separaci duševních procesů (např. myšlenek, emocí, konání, paměti a identity), které jsou obvykle integrovány.*“ Disociace je tedy chápána jako psychopatologický proces,

¹ Janetovo prvenství je v literatuře široce uváděno, Scharfetter (2001) však zmiňuje, že pojem disociace používal již J. F. Herbart roku 1816 („*Dissoziation von Komplexen*“).

který narušuje jednotu vědomí, jež normálně integruje různé psychické funkce. Během disociace, která se v krajním případě manifestuje jako disociativní porucha identity, dochází k **fragmentaci vědomí** a nikoliv k odsunutí mentálního obsahu mimo vědomí (do nevědomí), jak je tomu v případě psychoanalyticky pojaté represe. (Steinberg, 1995)

Vedle aspektu oddělení a fragmentace bývá v definicích disociace zdůrazňována také autonomie a integrita odštěpených částí. Disociace je „*proces, pomocí něhož se koordinovaný soubor činností, myšlenek, postojů a emocí stává oddělen od zbytku osobnosti a funguje nezávisle (...) myšlenky nebo vzpomínky, které produkují úzkost jsou odštěpeny od vědomí (...) každý disociovaný aspekt si uchovává svou integritu*“ (Reber 1985: 208-209, cit. dle Steinberg, 1995).¹

V širokém slova smyslu je disociace dávána do souvislosti s mnoha různorodými fenomény jako jsou např. hypnoidní stavy, denní snění, absorpce, trans, somnambulismus, psychogenní neepileptické záchvaty, mimotělní zkušenosti (out-of-body experience) nebo zážitky blízkosti smrti (near-death experience) (Dorahy a van der Hart, 2007; Putnam, 1989; Bob et al., 2002a). V této práci budu převážně vycházet z užší, výše uvedené definice APA, která chápe disociaci jako narušení integrace různých funkcí (v závorce). Práce je věnována disociativní amnézii (paměť), disociativní fuze (paměť, identita), depersonalizaci (identita, vědomí), derealizaci (percepce vnějšího okolí) a disociativní poruše identity (vědomí, identita, paměť).

1.2 Disociace a trauma

V převažující klinické perspektivě je disociace chápána jako účelná reakce na traumatizující události (Vermetten et al., 2007)². Disociace je pojímána jako obranný nebo copingový mechanismus zvládnání extrémního stresu. Hunter (1990: 61, cit. dle Steinberg, 1995) kupříkladu definuje disociaci jako „*copingový mechanismus zvládnání situací, které by jinak byly zahlcující. Je to proces, ve kterém jedinec separuje různorodé části své osobnosti, emocí nebo těla, aby je viděl oddělené od svého pravého já.*“ Disociace je v tomto duchu vykládána jako forma kognitivního a emočního úniku v krajně zátěžových situacích, ze kterých nelze uniknout fyzicky nebo je řešit konfrontací (*fight or flight*). Disociace může

¹ Tato definice více odpovídá disociativní poruše identity a už méně dalším disociativním poruchám (disociativní amnézie, disociativní fuga, depersonalizační porucha). V rámci disociativní poruchy identity dochází ke vzniku integrovaných a nezávislých komponent osobnosti, které jsou si vědomy samy sebe, a které soupeří o exekutivní kontrolu nad tělem.

² Viz název tohoto posledního sborníku - „Traumatic dissociation“ (Vermetten et al., 2007).

zamezit introspektivnímu přístupu k určitým duševním obsahům a dokáže jedince ochránit před plným uvědoměním dopadů toho, co se děje nebo dělo. (Gershuny a Thayer, 1999)

Větší míra disociace je zjišťována u obětí různorodých typů traumat, např. přírodních katastrof, u svědků násilí či přeživších holocaustu. Disociace však byla nejvíce zkoumána ve vztahu se sexuálním zneužíváním anebo fyzickým týráním v dětství (CAN¹). Větší riziko rozvoje disociace v dospělosti bývá udáváno u obětí sexuálního zneužívání v dětství, zvláště incestního typu. S mírou disociace v dospělosti souvisí také počet pachatelů, typ a trvání zneužívání. (Gershuny a Thayer, 1999)

Van Ijzendoorn a Schuengel (1996) v přehledové analýze 26 studií nicméně nenašli silnější vztah mezi sexuálním zneužíváním v dětství a disociací, než mezi fyzickým týráním v dětství a disociací (měřenou dotazníkem DES). Tento vztah byl v obou případech totožný a poměrně mírný ($r=0,21$; $d=0,42$).

Vztah mezi traumatem a disociací není přímý a jednoznačný. U části traumatizovaných jedinců k rozvoji disociace nedojde a naopak, disociace je zjišťována u jedinců, o kterých není známo, že by prožili významnější traumatický zážitek. Disociaci mohou inhibovat nebo akcelarovat další faktory, jako je např. míra emoční podpory od dospělých osob, která dítěti umožňuje se s traumatizující událostí vyrovnat a zpracovat ji (Irwin, 1996), či typ attachmentu mezi dítětem a pečující osobou (Harari et al., 2007).

V rozvoji disociace může hrát vedle traumatu roli také genetická složka a predisponující rysy osobnosti. Dědičnost disociace byla zatím zkoumána ve třech studiích dvojčat, které přinesly rozporuplné výsledky (Simeon, 2007). Waller a Ross (1997) neodhalili genetickou komponentu disociace, zatímco Jang et al. (1998) našli 48% podíl u patologické disociace a Becker-Blease et al. (2004) 59% podíl u nepatologické disociace.

Jako predisponující faktor disociace byly navrženy rysy hypnability a sugestibility (např. Bliss, 1984), tento předpoklad ale nebyl spolehlivě empiricky potvrzen. Korelace disociace a hypnability se ukázala v deseti studiích (N=2513) jako velmi malá ($r=0,13$; $d=0,27$) (van Ijzendoorn a Schuenge, 1996).

¹ CAN je zkratkou anglického „Child Abuse and Neglect“, česky syndrom týraného zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Zahrnuje mnoho různých forem ubližování dítěti dospělým, často nejbližším vychovatelem – rodičem. Jedná se o psychické týránění (např. ponižování, nadávání, zesměšňování), psychické a emoční zanedbávání (např. odepření citových potřeb, porozumění), fyzické týránění (např. bití, pálení, dušení), fyzické a sociální zanedbávání (např. výživy, vzdělávání, zdravotní péče) či sexuální zneužívání (např. bezdotykové – exhibicionismus, voyeurství; dotykové – osahávání, orální, anální, vaginální styk). (Podrobně viz např. Dunovský et al., 1995; Weiss et al., 2000). Pokud nebude uvedeno jinak, budu v této práci zkratku CAN používat pro sexuální zneužívání a/nebo fyzické týránění v dětství.

Pozitivní strana disociace, díky níž lze přestát extrémně traumatizující události, má také svou stinnou stranu. Disociace zpravidla časem způsobuje více utrpení, než před kterým chrání, což se zvláště projevuje, když dětská oběť traumatu dospěje, a původní trauma už nepokračuje (Ross, 1997). Z disociace se stává maladaptivní proces (Putnam, 1989). Disociace produkuje množství psychických příznaků, které výrazně osobě komplikují život a zhoršují jeho kvalitu, ať už se jedná o amnestická okna „ztraceného času“, depersonalizace nebo auditorní halucinace.

V těchto protikladných stranách disociace tkví její paradox. Disociace, respektive disociativní poruchy jsou na jednu stranu popisovány jako psychopatologické fenomény, které se jeví vhodné léčit. Už samotné užívání slov porucha a psychopatologie a kontext klinické psychologie a psychiatrie implikují, že disociace není zdravá, že se život člověka, který disociuje, neodvíjí adekvátním směrem. Disociace je na druhou stranu popisována jako výjimečná schopnost, jako talent a dovednost kreativně řešit obtížné situace (Ross, 1997). Disociace v tomto smyslu není degenerativní (jak se domníval Pierre Janet), ale generativní – vytváří nové příležitosti k životu a umožňuje člověku psychologicky i fyzicky přežít.

Rád bych proto, aby disociace v této práci nebyla chápána jednosměrně, ačkoliv budu na mnoha místech psát o disociativní „poruše“. Přál bych si, aby zde disociace byla vnímána plně ve své ambivalenci jako dialektika růstu a zmaru, která potkává oběti těžkých traumat a vlastně všechny lidské bytosti a živé organismy.

1.3 Disociace a represe

Disociace a represe (potlačení, vytěsnění¹) jsou dvě různé koncepce, které s přibližně čtyřletým odstupem uvedli ke konci 19. století Pierre Janet a Sigmund Freud. Tyto fenomény jsou pro svou dějinnou souběžnost a předmětnou podobnost v literatuře často zaměňovány. Vymezení rozdíl mezi nimi není jednoduché, neboť Sigmund Freud význam represe několikrát pozměnil. V jeho rané práci, jmenovitě ve Studii o hysterii (Breuer a Freud, 1895, cit. dle Freud, 1993), přitom dochází k určitému prolnutí obou pojmů.

„Čím více jsme se pak těmito jevy zabývali, tím pevnější bylo naše přesvědčení, že ono rozštěpení vědomí, které je u známých klasických případů jako double conscience tak nápadné, se v rudimentární podobě vyskytuje u každé hysterie, že sklon k této disociaci a tím k vzniku nenormálních stavů vědomí, které souhrnně označíme jako stavy „hypnoidní“, je

¹ Vymezení vztahu mezi represí, potlačením a vytěsněním by vyžadovalo další analýzu, která překračuje rámec této práce. Zde s těmito pojmy bude za účelem zjednodušení zacházeno jako se synonymy.

základním jevem této neurózy. V tomto názoru se shodujeme s Binetem i s oběma Janet¹ ...
(...)

Z našich pozorování však vyplývá, že těžké trauma (jako u traumatické neurózy) a usilovné potlačování (sexuálního afektu například) může vést u člověka jinak nezatiženého k odštěpení určitých představových skupin, a to by pak byl mechanismus hysterie získané.“

(Freud, 1993:20)

Raný Freud zdůrazňoval roli rané sexuální traumatizace a potlačení (represe) při rozvoji hysterické neurózy. Represi přitom ztotožňoval s Janetovou koncepcí disociace a ve svých kazuistikách hysterických žen (zvláště Anny O.) podrobně popsal základní projevy disociativní poruchy identity („*double conscience*“). S postupem času a v souvislosti s jeho odklonem od *teorie svedení* k *teorii oidipovského komplexu* se význam represe v jeho práci posouvá a od koncepce disociace odchyluje. (Ross, 1997)

Rozdíl mezi těmito koncepty shrnuje Steinberg (1995). Disociace se jako obranný mechanismus týká především vnějších traumat, represe vnitřního, intrapsychieho materiálu (pudů). Represe je pojímána jako aktivní proces vytěsnění neakceptovatelných představ mimo oblast vědomí, disociace je pojímána jako pasivní proces fragmentace ega tváří tvář neúnosné situaci. Další rozdíl se týká komplexity odloučeného materiálu. Během represe je dílčí duševní obsah separován od hlavního proudu vědomí, přičemž ostatní psychické procesy a sebecit zůstávají zachovány. V protikladu k tomu je v důsledku disociace ego prožíváno jako fragmentované a disociované části jako (polo)autonomní. Vytěsněné obsahy jsou konečně pojímány jako chaotické a primitivní, disociované části mohou být organizované a schopné logického myšlení.

2. Disociativní poruchy

V této kapitole definuji koncepci disociativních poruch. Nejprve stručně vysvětlím rozdíl v kategorizaci MKN-10 a DSM-IV. Disociativní poruchy poté vymezím vůči podobným poruchám (akutní stresová reakce a posttraumatická stresová porucha). Dále představím teorii disociativního kontinua, na němž disociativní poruchy leží od nejméně po nejvíce komplexní. V dalších oddílech práce pak každou disociativní poruchu podrobně představím.

2.1 Koncepce disociativních poruch

Do roku 1980 byly dnešní disociativní poruchy v diagnostickém systému DSM klasifikovány pod kategorií hysterie nebo konverzní poruchy. V roce 1980 byla v DSM-III

¹ Druhým Janetem je myšlen Pierrův bratr Jules.

poprvé uvedena kategorie disociativní poruchy, čímž byla tato třída poruch osvobozena od úzkého psychoanalytického chápání. V DSM-III-R byly disociativní poruchy navíc odděleny od konverzních poruch, ačkoliv někteří autoři předpokládají, že i v jádru těchto poruch tkví disociativní proces (tzv. somatoformní disociace; Nijenhuis et al., 1996).

V současné době DSM-IV rozlišuje pět disociativních poruch – 1) disociativní amnézie 2) disociativní fuga 3) depersonalizační porucha 4) disociativní porucha identity (dříve mnohočetná porucha osobnosti; dále DID) 5) disociativní porucha jinak nespécifikovaná (dále DDNOS).

V evropské klasifikaci byly disociativní poruchy poprvé uvedeny v MKN-10 roku 1992 v oddíle F44 Disociativní¹ (konverzní) poruchy, čímž nahradily původní kategorii hysterie. Tento oddíl zahrnuje: 1) disociativní amnézie 2) disociativní fuga 3) disociativní stupor 4) trans a stavy posedlosti 5) disociativní porucha motoriky 6) disociativní křeče 7) disociativní porucha citlivosti a senzorní poruchy 8) smíšené disociativní (konverzní) poruchy 9) jiné disociativní (konverzní) poruchy, které zahrnují Ganserův syndrom a mnohočetnou poruchu osobnosti.

Všimněme si rozdílu v klasifikaci disociativních poruch v DSM-IV a MKN-10. MKN-10 směřuje disociativní poruchy s konverzními poruchami. Depersonalizační poruchu neklasifikuje jako disociativní poruchu, ale jako neurotický syndrom v oddílu jiných neurotických poruch pod kódem F48.1. Disociativní poruchu identity najdeme v MKN-10 v oddíle jiné disociativní poruchy pod starším názvem Mnohočetná porucha osobnosti (F44.81). Toto členění, v jehož rámci jsou disociativní poruchy směřovány s jinými syndromy, marginalizovány a vyčleňovány do oddílů „jiné“, jako by odráželo evropskou klinickou praxi, která disociativním poruchám buď nerozumí, nebo je pokládá za vzácná duševní onemocnění.

V této práci bude koncepce disociativních poruch vycházet z kategorizace DSM-IV. Činím tak vzhledem k převládající výzkumné praxi (i na evropském kontinentě) a k užitému diagnostickému nástroji DDIS, který vychází rovněž ze systému DSM-IV.

Je třeba mít na paměti, že jakékoliv dělení disociativních poruch je do určité míry arbitrární a hranice, za kterou některé poruchy jsou disociativní a jiné již nikoliv, není jednoznačná. Disociativní příznaky jsou v různé míře součástí mnoha dalších psychických poruch, stejně jako potenciální role traumatizujících událostí v etiopatogeneze těchto poruch (poruchy příjmu potravy, obsedantně kompulzivní porucha, hraniční porucha osobnosti apod.)

¹ Disociativní respektive disociační, oba termíny jsou synonyma.

(Gershuny a Thayer, 1999; Ross, 2000). Dvě poruchy – akutní reakce na stres a posttraumatická stresová porucha (PTSD) - mají k disociativním poruchám, vzhledem k explicitně udávané roli traumatu, velmi úzký vztah. Nyní se na ně proto zaměřím podrobněji.

2.2 Disociativní poruchy, akutní reakce na stres a PTSD

Akutní reakce na stres, známá též jako peritraumatická disociace, se vyznačuje mnoha disociativními fenomény, jako jsou out-of-body experience, depersonalizace a derealizace nebo zúžení zorného pole. Byla však zařazena mezi úzkostné a nikoliv disociativní poruchy (jak bylo původně zamýšleno), neboť se ukázala v nejužším vztahu s pozdějším rozvojem posttraumatické stresové poruchy (PTSD), která však byla již dříve koncipována jako úzkostná porucha. PTSD sdílí s úzkostnými poruchami komponentu vyhýbání se (avoidance) a zvýšeného nervového vzrušení (arousal; hypervigilance, obtíže s koncentrací, zvýšená lekavost, obtíže se spánkem). (Gershuny a Thayer, 1999; Steinberg, 1995; Ross, 2004)

Je otázka, jestli důvod tohoto členění není spíše historický než koncepční, a jestli by nebylo lépe řadit PTSD rovněž mezi disociativní poruchy. Tato porucha obsahuje dílčí disociativní komponenty (numbing, depersonalizace, amnézie) a někteří autoři navíc chápou intrusivní příznaky jako pozitivní příznaky disociace (v analogii k pozitivním příznakům schizofrenie). Flešbky jsou popsány jako intruze disociovaných částí (Dorahy, van der Hart, 2007) nebo jako invaze různých osobností do vědomí hostující osobnosti v rámci disociativní poruchy identity (Ross, 1997). PTSD a disociativní poruchy se nicméně neurobiologicky odlišují, a zdá se, že je současné členění adekvátní (podrobný rozbor viz Simeon, 2007). V této práci proto bude příznakům PTSD v empirické části práce věnováno jen minimum pozornosti.

Zajímavé rozlišení PTSD a disociativních poruch přináší Freyd (1996), která rozlišuje dva typy traumatu, které mají k těmto formám psychopatologie odlišný vztah: A) zradu (*betrayal*), která se týká interpersonálních traumatu jako je sexuální zneužívání v rodině a B) ohrožení života. První typ traumatu ohrožuje citovou vazbu (*attachment*) dítěte k významným druhým a vede spíše k disociativním reakcím než druhý typ traumatu, který se více podílí na rozvoji PTSD. Sexuální zneužívání (a dle mého názoru rovněž fyzické týrání) v rodině silně narušuje důvěru dítěte k rodiči nezbytnou k udržení citové vazby. Aby byla tato citová vazba udržena, je dítě nuceno traumatický zážitek disociovat.

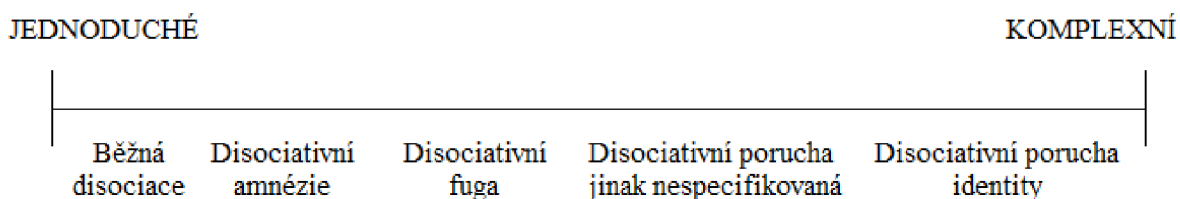
2.3 Teorie disociativního kontinua

Mnoho teoretiků popisuje disociaci jako multidimenzionální fenomén, který zahrnuje kontinuum zkušeností od nejběžnějších po nejvíce patologické. Tato koncepce je známá jako *teorie disociativního kontinua* (Bernstein a Putnam, 1986).

Steinbergová (1995) např. rozlišuje běžnou disociaci, disociaci na pomezí patologie a patologickou disociaci. Mírné, běžné formy disociace podle ní zahrnují prožitky depersonalizace a derealizace během únavy, stresu nebo konzumace alkoholu; amnézii na dětství, na snění či na hypnotický stav nebo mírné konfúze a alterace identity, kdy se jedinec např. snaží sladit různé profesní a osobní role.

Podle závažnosti mohou být porovnávány také samotné disociativní poruchy. Ross (1997) navrhl model spektra disociativních poruch, které leží na kontinuu od nejméně po nejvíce komplexní (viz obr. 1).

Obr. 1: Spektrum disociativní poruch (Ross, 1997)



Diferenciální diagnostika v rámci disociativních poruch se pak řídí jednoduchým pravidlem. Přítomnost poruchy, která na kontinuu leží více napravo, vylučuje diagnostiku poruch ležící nalevo (ale nikoliv naopak). Například přítomnost disociativní poruchy identity vylučuje diagnózu disociativní amnézie, přestože (a právě proto, že) disociativní poruchu identity charakterizují také amnestické příznaky. Autor do tohoto modelu nezahrnul depersonalizační poruchu, o které předpokládal, že raději než samostatnou nozologickou jednotkou je přidruženým syndromem různorodých psychiatrických poruch. Ačkoliv se sekundární příznaky depersonalizace opravdu široce vyskytují, novější koncepce také zdůrazňují nezávislou etiopatogenezi depersonalizační poruchy (Simeon, 2004).

3. Disociativní amnézie

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F44.0 Disociační amnézie

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro disociační poruchu (F44).
- B. Musí být amnézie, částečná nebo úplná, pro současné události nebo problémy, které byly nebo ještě jsou traumatické nebo stresující.
- C. Amnézie je příliš rozsáhlá a trvalá na to, aby mohla být vysvětlena obyčejnou zapomnětlivostí, i když hloubka a rozsah se mohou měnit s každým vyšetřením nebo úmyslnou simulací.

Diagnostická kritéria pro DSM-IV pro Disociační amnézii

- A. Převažující poruchou je jedna nebo více epizod neschopnosti vybavit důležité osobní informace, obvykle traumatického nebo stresujícího původu.
- B. Porucha se nevyskytuje výhradně v průběhu Disociační poruchy identity, Disociační fugy, Posttraumatické stresové poruchy, Akutní stresové poruchy nebo Somatizační poruchy a není způsobena přímým fyziologickým účinkem substancí (např. návykové látky, léky) nebo neurologickým či somatickým onemocněním (např. Amnestická porucha po traumatu hlavy).
- C. Příznaky způsobují klinicky zřetelné obtíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí.

(Smolík, 2001)

Disociativní amnézii si nyní blíže popíšeme (kde nebude jinak dle Steinberg, 1995). Disociativní (dříve psychogenní) amnézie je považována za nejčastější disociativní poruchu. Její aktuální celoživotní prevalence může být až 7% (Ross, 1991). Zřídka kdy je však diagnostikována, neboť pacienti si na ní obyčejně nestěžují (DSM-IV pod bodem C.) a někdy si ji ani neuvědomují (Coons a Milstein, 1992). Amnézie nepřitahuje jejich pozornost, nebo je pro ně ztráta celých bloků prožitého času natolik děsivá, že je raději popřena či vyplněna konfabulacemi. Pacient tak může mít amnézii na svoji amnézii. (Steinberg, 1995; Ross, 1997)

Amnézii chápeme jako negativní symptom a lze ji jednoduše popsat jako ztrátu paměti. Vzpomínky však nejsou v případě disociativní amnézie ztraceny nenávratně jako u některých organických syndromů, ale jsou jen odloučeny, odděleny, disociovány a lze si je, např. během hypnózy, opět vybavit. V duchu psychoanalytické tradice se předpokládá, že ačkoliv tyto vzpomínky nejsou vědomí přístupné, mohou mít přesto vliv na vědomé myšlení, emoce a chování. V kontextu kognitivní psychologie mluvíme o implicitní (v protikladu k explicitní) paměti. Pacient např. může mít úzkost z míst a lidí, které mu připomínají trauma, ačkoliv si na trauma samotné explicitně nevzpomíná.

Amnézie může život člověka narušovat v mnoha ohledech. Paměť je zdrojem individuální a kolektivní identity a její ztráta může být také ztrátou životní kontinuity a sdílení prožitého času s druhými lidmi.

Disociativní amnézie se týká stresujících nebo traumatických událostí jako jsou např. manželské nebo finanční problémy, pokus o sebevraždu, ztráta blízké osoby, autonehody, napadení, znásilnění, zneužívání anebo týrání v dětství aj. (např. Coons a Milstein, 1992). Disociativní amnézie je tedy účelná a funkční, což je rys, který ji odlišuje od amnézie

s organickým původem (např. Korsakovova psychóza, zranění hlavy, toxické stavy, tumor, epileptické záchvaty apod.). Nástup disociativní amnézie je zpravidla náhlý a bezprostředně navazuje na traumatickou událost.

Disociativní amnézie musí být také odlišena od nepatologické amnézie, která zahrnuje běžné zapomínání, celkovou (generalizovanou) amnézii na dětství do 3 let, amnézii na sny, obtíže s krátkodobou pamětí během stáří či fenomén „mít něco na jazyku“. Amnézie by měla být také odlišena od předstírané ztráty paměti (např. na zločin), což však není jednoduchý úkol. Amnézie je považována za poruchu, která se velmi snadno simuluje a přitom nejobtížněji vyvrací.

Rozlišujeme 4 druhy amnézie - *lokalizovanou amnézii*, což je neschopnost vybavit si celé časově ohraničené období, *selektivní amnézii*, což je neschopnost vybavit si vybrané události v určitém období, *generalizovanou amnézii*, což je ztráta paměti na celý svůj život do určité chvíle a *nepřetržitou amnézii*, což je neschopnost upamatovat si nadcházející události. V podobném duchu mluvíme o *anterográdní amnézii* v případě neschopnosti zapamatovat si nové události a *retrográdní amnézii*, která se týká neschopnosti vybavit si minulé události (Steinberg, 1995; Spiegel a Cardena, 1991). Pro disociativní amnézii je nejtypičtější lokalizovaná a selektivní retrográdní amnézie. Generalizovaná amnézie je příznačná spíše pro disociativní fugu a můžeme ji také sledovat stejně jako nepřetržitou, anterográdní amnézii u některých organických syndromů (dementia, tumor).

V případě, že fyzické známky (deníky, nalezené věci apod.) či sdělení druhých lidí svědčí o komplexním chování osoby během amnézie, je pravděpodobné, že amnézie je spíše projevem disociativní poruchy identity.

Předpokládá se, že disociativní amnézie se týká jen epizodické paměti, může však zahrnovat i procedurální paměť (van der Hart a Nijenhuis, 2001)¹.

Je jistým paradoxem, že neschopnost vybavit si určité vzpomínky často doprovází opak, nedobrovolně zažívané intrusivní vzpomínky na trauma, flešbky. Těm je rozuměno jako snahám o opětovnou integraci disociovaných vzpomínek do paměti. V kontextu psychoanalýzy se „vytěsněné“ vzpomínky vracejí do vědomí také v symbolické, symptomatické podobě např. při znovuodehrávání traumatu během dětské hry, při sebepoškozování, jako konverzní symptomy či jako bludy.

¹ Například v rámci disociativní poruchy identity disponuje každá osobnost jinými vlohami a schopnostmi. Osobnosti jsou přitom odděleny amnestickými bariérami.

3.1 Vybrané teorie disociativní amnézie

K amnézii dochází buď během selhání při vybavování paměti, nebo již při procesu zapamatování. Uvažuje se rovněž o poruše konsolidace paměti (např. přenos z krátkodobé do dlouhodobé paměti) (Steinberg, 1995). V jádru amnézie může stát několik psychologických mechanismů. Zapomínání může být motivované – osoba si jednoduše nechce pamatovat traumatický nebo konfliktní obsah a odsouvá jej mimo oblast vědomí, jako je tomu v případě psychoanalytické koncepce *represe*¹ (tamtéž).

V jádru amnézie mohou stát i prozaičtější důvody. Trauma, zvláště interpersonální trauma v dětství (CAN), může být zapomenuto podobným způsobem jako každá jiná událost (Joslyn et al., 1997). V rámci *teorie ztráty vodítek* trauma není vědomí přístupné, neboť není vztaženo k dalším informacím v paměti. Traumatická událost není v době traumatu dítětem chápána a není proto dána do souvislostí s dalšími prožitými událostmi. Dítě může být navíc podporováno nebo nuceno pachatelem a dalšími osobami o traumatu nemluvit, čímž k němu rovněž ztrácí vodítko. Na traumatické vzpomínky si následně v dospělosti nelze vzpomenout také proto, neboť jsou v rozporu s aktuálním sebe-obrazem. Informace konzistentní s naším sebe-obrazem si vybavujeme lépe, než informace, které jsou s ním v konfliktu.

Zdrojem amnézie může být i tzv. *na funkčním stavu závislé učení* (*state dependent learning*) (Brown, 1984). Tato teorie předpokládá, že to co je zapamatováno v jednom neuro-psycho-fyziologickém stavu, je v tomtéž stavu nejlépe vybavitelné. Vzpomínky na trauma jsou disociovány, neboť jsou zakódovány ve fyziologickém stavu extrémního stresu, takže si je z běžného klidného stavu nelze vybavit. Zdrojem amnézie je zde již proces zapamatování. Když se osoba v životě znovu dostane do podobného funkčního stavu (např. v průběhu retraumatizace), může si na tyto vzpomínky náhle rozvzpomenout.

¹ Potlačování traumatického obsahu by odpovídalo spíše rané koncepci represe, vytěsnění intrapsychického konfliktu spíše pozdějšímu Freudově pojetí.

4. Disociativní fuga

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F44.1 Disociační fuga

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro disociační poruchu (F44).
- B. Jedinec podnikne nečekanou, nicméně spořádanou cestu z domova nebo z místa svého pracoviště nebo společenských aktivit, během které je péče o sebe převážně zachována.
- C. Na cestu je úplná nebo částečná amnézie splňující též kritérium C pro disociační amnézii (F44.0)

Diagnostická kritéria DSM-IV pro Disociační fugu

- A. Převažující poruchou je náhlé, nečekané odcestování z domova nebo z obvyklého pracoviště a neschopnost upamatovat si na svoji minulost.
- B. Rozpaky týkající se osobní identity nebo přijetí identity nové (částečné nebo úplné).
- C. Porucha se nevyskytuje výhradně v průběhu Disociační poruchy identity a není způsobena přímým fyziologickým účinkem substance (např. návyková látka, lék) nebo somatickým onemocněním (např. temporální epilepsie)
- D. Příznaky způsobují klinicky zřetelné obtíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí.

(Smolík, 2001)

Disociativní fugu si nyní blíže představíme podle Coonse (2000). Disociativní (dříve psychogenní) fuga je charakterizována kompletní (generalizovanou) amnézií na svou vlastní identitu a minulost spojenou s náhlým a nečekaným vycestováním. Jedinec může odcestovat daleko od domova, někdy jen několik desítek kilometrů, někdy i tisíce kilometrů do vzdálených cizích zemí. Jedinec zapomíná své předešlé autobiografické údaje (včetně jména a data narození) a může přijmout novou identitu, s novým jménem, osobností a sociálními vztahy, i když to není podmínka (viz DSM-IV pod bodem B). Pokud jedinec přijme novou identitu, chová se poměrně normálně a nepřitahuje pozornost okolí. Fuga může mít ale i podobu bezúčelného tuláctví.

Proceduální paměť zůstává obvykle zachována – jedinec neztrácí schopnost řeči, řízení auta, nebo třeba hry na piáno. Fuga může trvat několik týdnů nebo měsíců, ale obvykle trvá jen několik dní.

Fuga je nejméně častou disociativní poruchou. Její prevalence je odhadována na méně než 0,1%, avšak může být vyšší v psychiatrických populacích. Její prevalence roste v období intenzivního stresu, během válek a přírodních katastrof. Ross (1991) nedetekoval v Kanadě žádný případ fugy, která by nebyla součástí komplexnější disociativní poruchy ve vzorku 454 respondentů pomocí interview DDIS. Podobně Akyüz et al. (1999) v Turecku pomocí stejného interview nedetekovali žádný případ ve vzorku 994 respondentů. Většina současných poznatků o disociativní fuze je proto založena na izolovaných kazuistických zprávách.

Remise poruchy je obvykle náhlá, i když u někoho může být i postupná. Po remisi si jedinec zpravidla pamatuje poslední události před rozvojem fugy. Na epizodu fugy má jinak amnézii. Události během fugy se jedincovi mohou připomínat nepřímě - nočními můrami,

intruzivními představami či tělesnými symptomy. Události během fugy jsou zpravidla dobře dostupné prostřednictvím hypnózy.

Počátek fugy nejčastěji spadá do období kolem rané nebo střední dospělosti. Popsány jsou i epizody fugy u dětí a adolescentů, kde se překrývají s útekem z domova. Počátek fugy je často spojen se zvýšeným stresem, jako jsou partnerské nebo finanční problémy či myšlenky na sebevraždu. Fuga je častější u pacientů, kteří byli v dětství traumatizováni. Psychodynamicky je fuga vysvětlována jako únik od odpovědnosti a ochrana před zakázanými přáními (např. spáchat sebevraždu).

Pacientka z kazuistiky Howleye a Rosse (2003) se jednoho rána probudila v motelovém pokoji v cizím městě a na nic předtím si nepamatovala. Její život začal probuzením toho dne. Odjela proto do centra, aby si na něco rozvzpomněla, ale bezúspěšně. Zašla tedy na policii, kde vyprávěla svůj příběh. Byla hospitalizována a následně přijata do trauma-centra. V terapii byla vedena, aby si postupně krok po kroku vzpomínala na předcházející události v opačném časovém sledu. Postupně si rozvzpomněla, jak se zaregistrovala v motelu, jak předtím prodala své auto, a jak s ním ještě před tím jela po dálnici. Bolela ji hlava. Pak si vzpomněla, jak seděla v autě před garáží svého domu, kde se právě pokusila o sebevraždu otravou plynem. Jak byla ten den nespokojená v práci a plakala a jak si ráno před odchodem do práce říkala, že musí zabít sebe, svého manžela nebo odjet pryč. Nakonec si rozvzpomněla na neutěšenou rodinnou situaci – rodina se potácěla ve velkých finančních problémech, dvanáctiletý syn byl po narození jejího dalšího dítěte hospitalizován s bipolární poruchou s psychotickými rysy, její manžel se pokusil o sebevraždu, za což ji obviňoval. Vzpomněla si i na traumatické dětství, svého otce popsala jako alkoholika se sklonek k agresí.

Během diferenciální diagnostiky je třeba vyloučit organickou příčinu (v DSM-IV pod bodem C). Pokud se fuga vyskytuje v průběhu komplexnější disociativní poruchy (DDNOS, DID), kódujeme raději tu. Více než polovina pacientů s DID udává fugu v anamnéze. Jedinci s čistou fugou trvale nepřepínají z jedné identity do druhé, jako je tomu u DID. Fuga obvykle vykazuje komorbiditu s dalšími poruchami (zneužívání návykových látek, afektivní, úzkostné či psychotické poruchy apod.).

5. Depersonalizační porucha

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F48.1 Depersonalizační a derealizační syndrom

- A. Depersonalizační symptomy, tj. subjekt cítí, že jeho vlastní pocity a/nebo zážitky jsou oddělené, vzdálené, nejsou jeho vlastní, jsou ztracené.
- B. Derealizační symptomy, tj. objekty, lidé a okolní prostředí se zdá neskutečné, vzdálené, umělé, bezbarvé, bez života atd.
- C. Pacient si je vědom, že toto je subjektivní a spontánní změna, kterou nezpůsobily vnější síly nebo jiné osoby (tj. je zachován náhled).
- D. Jasně vědomí, nepřítomnost toxického stavu zmatenosti nebo epilepsie.

Pro diagnózu musí být splněna jedna nebo dvě podmínky z A. a B. plus C. a D.

Diagnostická kritéria DSM-IV pro Depersonalizační poruchu

- A. Trvalé nebo opakované prožitky pocitu odtržení od vlastních duševních procesů nebo od vlastního těla a jakoby jejich pozorování zvnějšku (např. pocit jako ve snu).
- B. V průběhu depersonalizačního prožitku je zachován smysl pro realitu.
- C. Depersonalizace působí klinicky významné obtíže nebo zhoršení výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí.
- D. Depersonalizační prožitek se nevyskytuje výlučně v průběhu jiné duševní poruchy, jako je Schizofrenie, Panická porucha, Akutní stresová porucha nebo jiná disociační porucha, a není způsoben přímým fyziologickým účinkem substance (např. návykové látky, léku) nebo somatickým stavem (např. temporální epilepsie).

(Smolík, 2001; MKN-10, 2006)

Kategorizace depersonalizační poruchy není jednotná. Zatímco v MKN-10 je řazena mezi neurotické poruchy (F48.1), DSM-IV jej řadí mezi disociativní poruchy (300.6). Diagnostická kritéria MKN-10 a DSM-IV jsou si jinak podobná. Kromě depersonalizačních anebo derealizačních prožitků shodně uvádějí neporušenou schopnost testovat realitu (zachovaný náhled) a trvají na nepřítomnosti toxických stavů či epilepsie.

Základním rysem poruchy jsou prožitky depersonalizace a derealizace, pacienty popisované jako „*život ve snu*“, „*jako bych neexistoval*“ nebo „*jako bych byl mrtvý za živa*.“ *Depersonalizace* se vyznačuje kvalitativní proměnou prožívání sebe sama - vlastní já, duševní činnost nebo vlastní tělo se jeví *jakoby* nevlastní, nereálné, vzdálené nebo zautomatizované. *Derealizace* značí obdobnou změnu v prožívání hmotného okolí a druhých lidí. (Simeon a Abugel, 2006)

Pacienti popisují disociativní prožitky, jako by byla oddělená jejich duše od těla, nebo jako by jedna část jich samých jednala (*participator*) a druhá toto dění pozorovala (*observer*) (Steinberg, 2000).

Diagnostická kritéria americké i evropské klasifikace jsou zjednodušující, v klinické praxi představuje depersonalizační porucha komplexní fenomén. Kromě klasických depersonalizačních a derealizačních prožitků pacienti uvádějí zhoršení nebo narušení širokého spektra afektivních, kognitivních a fyziologických funkcí (emoční znečitlivění, ztráta empatie, ztráta motivace, ztráta smyslu pro vnímání důsledků vlastního chování, nesoustředěnost,

prázdná mysl, rychlý tok myšlenek, poruchy krátkodobé a vizuální paměti, zhoršená vizuální představitivost, obtíže při zpracování nových informací, znečitlivění vůči fyziologickým potřebám, změny smyslového vnímání (zraku, sluchu, chuti, hmatu, čichu), mikroskopie nebo makroskopie, ztrátu smyslu pro fyzické hranice svého těla, závratě či změny ve vnímání rychlosti toku času). (Hunter et al., 2003)

Přechodné prožitky depersonalizace a derealizace jsou v populaci časté, celoživotní zkušenost s nimi má až 74% obyvatel (Hunter et al., 2004). Často se objevují během silného stresu, traumatických a životně ohrožujících situací, při vzpomínkách na rozrušující události nebo po užití drog (Aderibigbe et al., 2001). Přechodné symptomy depersonalizace a derealizace často doprovázejí jiné poruchy jako sekundární fenomén, můžeme se s nimi setkat prakticky u celého spektra duševních onemocnění (u úzkostných, afektivních a osobnostních poruch, u poruch vyvolaných stresem, u obsedantně kompulsivní poruchy, u poruch příjmu potravy, u psychóz a dalších) (Lambert et al., 2001).

Výskyt depersonalizační poruchy v čisté izolované podobě je považován za vzácný a při diagnostice je doporučováno dávat jej jako přídatnou diagnózu k hlavní diagnóze (Smolík, 2001). Komorbidita s úzkostnými, afektivními a osobnostními poruchami je vskutku velmi vysoká (Baker et al., 2003, Simeon et al., 2003). Současné poznatky však neopravňují uvažovat o depersonalizaci automaticky jako o sekundárním fenoménu zvláště v případech, kdy je současně přítomna další méně závažná (úzkostná nebo afektivní) porucha. Ve dvou studiích (Simeon et al., 1997, Simeon et al., 2003) nebylo prokázáno, že by kterákoliv z těchto doprovodných poruch depersonalizační poruchu časově předcházela nebo by předurčovala přítomnost depersonalizačních a derealizačních symptomů a jejich intenzitu. Depersonalizační porucha má navíc tendenci k chronickému průběhu, přičemž poruchy, které jej doprovázely zpočátku (např. deprese, panická porucha, agorafobie, sociální fobie), mohou spontánně odeznít nebo zareagovat na léčbu (Baker et al., 2003). Ačkoliv je depersonalizační porucha často považovaná za vzácné onemocnění, epidemiologické studie odhadují až 2,4% aktuální celoživotní prevalence (Ross, 1991). Pacienti čekají v průměru 7-12 let, než je jim stanovena adekvátní diagnóza (Baker et al., 2003, Steinberg et al., 1993).

Depersonalizační porucha postihuje muže ve stejné míře jako ženy. Nástup poruchy typicky spadá do pozdní adolescence (16-22 let). Může být udáván i od nejranějšího dětství či od dospělého věku. Nástup je buď náhlý, nebo postupný. Přibližně u dvou třetin jedinců je průběh poruchy chronický a asi u třetiny epizodický s epizodami o délce několika hodin, dnů anebo měsíců s částečnými nebo plnými remisemi. (Simeon et al., 1997, Simeon et al., 2003, Baker et al., 2003)

5.1 Depersonalizační porucha a trauma

Výskyt raných traumat u pacientů s depersonalizační poruchou empiricky zkoumala Simeonová et al. (2001). Jejich výzkum naznačil, že trauma v dětství - zvláště psychické týrání (*emotional abuse*) - může hrát při etiopatogenezi syndromu významnou roli.

Psychické týrání zahrnuje projevy odmítání, ponižování, vyhrožování, využívání, úplatnosti, odepření citových projevů či izolace. Oproti kontrolní skupině vykazovaly osoby se depersonalizační poruchou větší skóre i u jiných typů traumatu (zanedbávání, fyzické týrání, sexuální zneužívání a svědectví domácího násilí), tento rozdíl však nebyl velký, ani statisticky významný.

Autoři spekulují, že zatímco komplexnější disociativní poruchy (DDNOS, DID) mohou být způsobeny vážnými formami týrání (fyzické a sexuální), depersonalizační porucha může být zapříčiněna spíše méně vážnou, nicméně chronickou formou psychického týrání.

Citová vřelost rodičů k dítěti je dobře známým faktorem, který jej do značné míry chrání před psychickým onemocněním. Oproti závažnějším typům týrání (fyzické, sexuální) je však tomu psychickému věnováno podstatně méně odborného zájmu. Snad je to pro jeho všudypřítomnost, menší dramatickosti projevu či domnělou neškodnost, uvažují autoři.

Přechodná depersonalizace a derealizace se často vyskytuje v průběhu traumatických událostí (Hunter et al., 2004) a vedle dalších disociativních příznaků je součástí akutní reakce na stres známé též jako peritraumatická disociace. Peritraumatická disociace, se rozvíjí již během traumatické, často životně ohrožující události (autonehoda, vážná nemoc, znásilnění). Jedinec se distancuje sám od sebe a od neúnosné situace, čímž se chrání před plným prožíváním akutní bolesti, strachu či bezmocnosti. V krajním případě může sám sobě předstírat, že k traumatu nikdy nedošlo. Cena, kterou za tuto obranu později platí, může být vysoká; peritraumatická disociace byla dána do souvislosti s pozdějším rozvojem disociativních poruch a PTSD (např. Breh a Seider, 2007; Simeon a Abugel, 2006).

Součástí peritraumatické disociace bývají také mimotělní prožitky (*out-of-body experience*, autoskopie), od kterých se depersonalizace odlišuje tím, že pacienti udávají „*jako by byli mimo své tělo a pozorovali se*“, nikoliv, že tak opravdu činí. Nicméně i tyto prožitky se mohou v průběhu depersonalizační poruchy vyskytnout (Sierra, Berrios, 2000).

V perspektivě evolučního paradigmatu tedy depersonalizace a derealizace představuje účelnou a adaptivní reakci, která významně zvyšuje šance na přežití (Mayer-Gross, 1935). Psychická distance a emoční znecitlivění mohou být užitečnými nástroji k lepšímu zvládnutí stresujících a traumatizujících situací a potenciálně dezorganizujících úzkostí.

Jako obranný mechanismus depersonalizaci vnímá i Laing (2000). Podle něj reaguje většina lidí v životně ohrožujících situacích, ze kterých není možné fyzicky uniknout, alespoň jistou formou intrapsychického úniku, oddělením já od svého těla. To popisovali například vězni koncentračních táborů. V podobných situacích se rozvíjí schizoidní stav, ve kterém člověk pouze odtažitě a apaticky pozoruje, co jeho tělo dělá, respektive, co se jeho tělu děje. Vzdání se vlastní svébytnosti se stává nástrojem její skryté ochrany. Podobnou strategii známe z živočišné říše v podobě *dělání mrtvého*.

Depersonalizace a derealizace se vyskytuje také během flešbeků traumatických vzpomínek. Pacientce např. její přítel něčím připomene pachatele z minulosti, pročež se jí začne zdát neskutečným a cizím (Steinberg, 2000).

5.2 Depersonalizační porucha a schizofrenie

Symptomy depersonalizace a derealizace mohou být součástí prodromální fáze schizofrenie a mohou signalizovat relaps onemocnění (Maggini et al., 2002). Strach, že člověk zešílel, je však u neurotické, disociativní varianty depersonalizační poruchy faktor, který průběh onemocnění zhoršuje. U jedince, který depersonalizační symptomy interpretuje tak, že nenávratně zešílel, vzrůstá panická úzkost, která zpětně v uzavřeném cyklu kaskádovitě posiluje depersonalizační symptomy (Hunter et al., 2003). Pokud v diagnostické situaci ohodnocujeme pacienta s depersonalizačními a derealizačními prožitky, který nemá psychotické onemocnění v anamnéze, riskujeme tak na jednu stranu, že u něj podceníme rozvoj psychózy a na druhou stranu, že vážně zkomplikujeme průběh v tomto srovnání jinak benigní poruchy.

Do určité míry se lze řídit podmínkou zachovaného náhledu (v MKN-10 pod bodem C., v DSM-IV pod bodem B.). Pacienti s depersonalizační poruchou jej zpravidla projevují metaforickými popisy svého stavu, přičemž si pomáhají souslovími *jako by* či *podobně jako* (Radovic, 2002). Výrok „jsem stroj“ a „cítím se jako bych byl stroj“, ilustruje jemný, ale důležitý rozdíl mezi bludným prožitkem a prožitkem depersonalizace.

6. Disociativní porucha identity (DID)

Diagnostická kritéria DSM-IV pro Disociační poruchu identity (dříve Mnohočetná porucha osobnosti)

- A. Přítomnost dvou nebo více různých stavů totožnosti nebo typů osobnosti, každý s vlastním, relativně stálým způsobem vnímání okolí a sebe sama, vztahů k okolí a k sobě a myšlení o okolí a o sobě.
- B. Nejméně dvě z těchto totožností nebo typů osobnosti se střídavě ujímají kontroly nad chováním osoby.
- C. Neschopnost upamatovat se na důležitou osobní informaci je příliš rozsáhlá, než aby se dala vysvětlit obyčejnou zapomnětlivostí.
- D. Porucha není způsobená přímým fyziologickým účinkem substance (např. okénka nebo chaotické chování v průběhu intoxikace alkoholem) nebo somatickým onemocněním (např. malými epileptickými záchvaty).

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F44.81 Mnohočetná porucha osobnosti

- A. U jednoho jedince existují dvě nebo více různých osobností, přičemž se projevuje vždy jen jedna.
- B. Každá osobnost má svou vlastní paměť, svoje preference a svůj způsob chování.
- C. Neschopnost upamatovat se na důležitou osobní informaci je příliš rozsáhlá, než aby se dala vysvětlit běžnou zapomnětlivostí.
- D. Příznaky nejsou způsobeny organickými duševními poruchami (F00-F09) (např. epileptické poruchy) nebo poruchami spojenými s psychoaktivními látkami (F10-F19); např. intoxikace nebo odvykací stav).
(Smolík, 2001)

Uvedená diagnostická kritéria jsou přirozeně zjednodušující. V následujících kapitolách si přiblížíme disociativní poruchu identity (DID) podrobněji. Pokud nebude uvedeno jinak, bylo čerpáno z těchto dvou monografií (Putnam, 1989; Ross, 1997).

6.1 Koncepce osobností

DID je kontroverzní porucha. Jedním z nejvíce sporných bodů je koncepce různých osobností nebo identit (pod body A). Představa, že by v jednom člověku mohlo sídlit více osobností, budí na jedné straně senzaci a na druhé straně odmítnutí existence DID vůbec. Jisté smíření obou táborů nabízí Ross (1997). DID je a současně není reálná, podobně jako jsou a zároveň nejsou reálné halucinace. Podle něj není možné, aby měl člověk ve svém těle více než jednu osobnost – „*je to iluze malé holčičky, která si představuje, že sexuální zneužívání se neděje jí, ale někomu jinému*“ (Ross, 1997: 59) – je to iluze, která jí pomohla přežít nelidské zacházení v dětství, ale která se v dospělosti stala dysfunkční. Podkladem této iluze je disociativní obranný mechanismus, který může být ve prospěch integrace osobnosti a výrazného zlepšení psychického stavu, překonán. Nevěřit v „osobnosti“ je jako nevěřit na halucinace, obojí v určitém ohledu neexistuje, ale jedná se o skutečné psychopatologické příznaky.

Osobnosti pacienta s DID tedy nejsou skuteční lidé. Nejsou to ani skutečné osobnosti. Jsou to komplexní fragmenty jediného člověka vyvinuté k překonání bolesti. Pokud terapeut podlehne iluzi pacienta, že jde o odlišné osobnosti, utvrzuje jej v jeho bludu. (Ross, 1997)

Osobnosti v jistém slova smyslu připomínají Jungovy komplexy¹, jsou však složitější, autonomnější a personifikovanější (Noll, 1989). Podle Putnama (1989: 103) jsou osobnosti „*vysoce diskrétní stavy vědomí, organizované kolem převažujícího afektu, vědomy si sebe (včetně tělesného schématu), s omezeným repertoárem chování a souborem na stavu závislých vzpomínek.*“ Kluft (1984, cit. dle Putnam, 1989: 103-104) definuje osobnost jako „*entitu s pevným, stabilním a dobře ustáleným vědomím sebe sama (sense of self)*“ a jako „*charakteristický a trvalý vzorec chování a pocitů odpovídající na daný podnět. Osobnost musí mít určitý rozsah funkcí, emočních reakcí a životní minulost.*“ Vedle osobností, které splňují uvedené podmínky, mívají pacienti také méně komplexní „*fragmenty*“, které disponují pouze omezenými afekty, chováním a životní minulostí (Putnam, 1989; Ross, 1997).

V této práci budu používat koncept *osobnost* (anglicky *alter*), i když bych stejně tak mohl psát o identitách či komplexech. Toto označení volí ve svém příspěvku také Boleloucký (1984) či Kocourková et al. (2001). Také budu v práci psát o „pacientech“ s DID, ačkoliv bych problém nerad medikalizoval. Lidé, kteří projevují chování, které pomáhající profesionálové konceptualizují jako DID, nejsou v plném slova smyslu „pacienti“. Jsou to především lidé, kteří přežili díky své tvořivosti nelidské zacházení v dětství (Ross, 1997). Jelikož většinou hledají pomoc v systému psychiatrické péče, držím se tohoto ustáleného označení. Také budu používat mužský rod, ačkoliv většina pacientů s DID bývají ženy. A nakonec, budu používat novější terminologii DSM-IV *disociativní porucha identity*, raději než starší označení *mnohočetná porucha osobnosti*, kterého se stále drží MKN-10.

6.2 Etiologie

K pochopení DID je potřeba věnovat se nejprve etiologii, byť jsou diagnostická kritéria DSM-IV a MKN-10 deskriptivní a na etiologii ve většině případů neberou ohled. Jednou z mála výjimek je akutní reakce na stres a PTSD, u kterých je jako diagnostická podmínka uvedena expozice traumatické události (Smolík, 2001). Ve většině případů hraje u DID trauma rovněž stěžejní úlohu, DID lze chápat jako nejkomplexnější posttraumatický syndrom (Ross, 1997; Putnam, 1989). Ross (1997) popisuje čtyři možné způsoby, jakými se může rozvinout DID - zneužívání/týrání v dětství (CAN), zanedbávání, účelové předstírání a iatrogenese. V následujících kapitolách se jim budu postupně věnovat.

¹ Disociace a disociabilita lidské psyché je nedílnou součástí Jungovy teorie komplexů. Ačkoliv o disociativní poruše identity sám takřka nepsal, byla mu dobře známa. Jung strávil zimní semestr na přelomu let 1902-1903 u Pierra Janeta a na mnoha místech své práce cituje klasické dílo Mortona Prince (1906). (Noll, 1989)

6.2.1 DID jako důsledek CAN

Tato forma DID je dalece nejčastější. Trauma typu CAN je zjišťováno u 88–95% pacientů (Putnam et al., 1986; Coons et al., 1988; Ross et al., 1989a; Ross et al., 1991). Například Ross et al. (1991) zjistili pomocí interview DDIS 95,1% prevalenci fyzického týrání (82,4%) anebo sexuálního zneužívání (90,2%) u 102 pacientů s DID.

Týrání anebo zneužívání, které pacienti s DID během dětství zažívali, je zpravidla velmi závažné, opakované a má mnoho různých forem. Hlavními pachateli jsou často rodiče či jiné významné osoby. Týrání je mnohdy naplněno extrémním sadismem a může nabýt velmi bizarních podob. Pacienti mohou například popisovat vkládání různorodých předmětů do vaginy nebo anusu, znásilnění skupinou pachatelů či nucení k prostituci. Tělesné týrání může pro ilustraci zahrnovat pálení rozpálenou žehličkou nebo řezání žiletkami. Časté jsou také zkušenosti s uvěznováním – do kumbálů, sklepů, kufrů, svazování dítěte nebo dokonce pohřbívání za živa. Psychické týrání může mít podobu extrémního vyhrožování, ničení vlastnictví či zabití domácího zvířete. (Putnam, 1989; Ross, 1997)

Pacienti s DID mohou udávat i jiná traumata než CAN – například svědectví násilné smrti kamaráda nebo rodinného člena, válečná traumata (např. u imigrantů, obětí holocaustu) či trauma spojené s vážnou nemocí (trvalá bolest, izolace, strach ze smrti). (tamtéž)

Vážnost prožitých traumat pacientů s DID si nyní přiblížíme na kazuistikách (Loewenstein 1991: 589). Možná také na moment zakusíme disociaci, a to si o jejich příbězích budeme jenom číst.

„Můj strýc měl ve zvyku mě sexuálně obtěžovat na své lodi. Namířil pistoli na mou hlavu a poté na mého psa a řekl: „Teď zastřelím tebe, nebo tvého psa.“ A zastřelil mého psa.“

„Moje první vzpomínka je, jak pozoruji svého otce, jak zabíjí moji mámu. Ne, to je vlastně moje druhá vzpomínka. První je, jak ji hází proti zdi, zatímco je opilý. Moje další vzpomínka je, jak mě a moji sestru odebírají pryč poté, co matku zabil. Bylo mi pět a sestře šest let. Vzali nás a každého umístili do jiného pěstounského domova. (...) Pak si asi 3 roky nic nepamatuji. Další moje vzpomínka je na moji nevlastní matku, jak mě sexuálně obtěžuje. Byla to velmi religiózní baptistka. Měla ve zvyku mě hodně bít a zavírat do sklepa, protože jsem byl „moc aktivní“. Jediná věc, která mi tenkrát pomáhala, bylo představovat si nádhernou ženu, která ke mně každou noc přicházela a utěšovala mě. Když na to moje nevlastní matka přišla, musel jsem podstoupit rituální exorcismus. Byl jsem 24 hodin svázaný na podlaze, zatímco se za mě modlili. To mi bylo 9 let. Ta nádherná žena pak ještě jednou přišla a řekla: „Už pro nás není více bezpečné, abych byla s tebou“, a odešla.“

6.2.2 Trauma a DID: Teoretické modely

Způsob, jakým se rané trauma podílí na formování diskrétních osobností, není jednoznačně zřejmé a bylo v tomto ohledu formulováno několik teorií, z nichž si některé nyní přiblížíme. Zdůrazněna byla role autohypnózy, problém attachmentu k agresorovi, role dezorganizovaného attachmentu, či úloha na stavu závislého učení.

Etiologickou roli autohypnózy rozpracoval Eugen Bliss (1984). K formování osobností dochází v průběhu týrání anebo zneužívání vlivem autohypnotických sugescí typu: „*Toto nejsem já, toto není můj rodič, toto se neděje mně.*“. Podle této teorie rozvinou DID jen hypnabilní jedinci s velkou kapacitou k disociaci. Schopností každé hypnabilní mysli je postavit amnestické bariéry mezi imaginárními „lidmi“. Sexuálně zneužívaná dívka si např. představuje, že se zneužívání děje někomu jinému (Ross, 1997). Může se například vznášet u stropu a nezaujatě dění sledovat, jakoby se týkalo někoho jiného. Jelikož se zneužívání děje „cizí“ dívce, může si na tyto události rozvzpomenout jen tato dívka a nikoliv ona sama. (tamtéž)

V tomto modelu představuje DID copingovou strategii „*rozděl a pamuj*“ – netolerovatelné myšlenky, informace a pocity jsou odděleny do samostatných úseků (Ross, 1997). Tyto úseky jsou personifikovány a začínají žít vlastním životem. Jak zneužívání anebo týrání rok za rokem pokračuje, amnézie a iluze, že jde o opravdu různé osobnosti, jsou posilovány a utvrzovány (tamtéž). Korelace mezi hypnabilitou a disociací jsou však jen nepatrné ($r=0,13$; $d=0,27$; van Ijzendoorn a Schuenge, 1996).

Podle jiné teorie je zdrojem disociace identity problém attachmentu (citové vazby) k agresorovi (Freyd, 1996; Ross 1997; Ross 2000). Pokud je agresorem rodič, dítě se k němu přesto musí poutat, aby přežilo. Ačkoliv může rodič dítěti velmi ubližovat, dítě má (jako všichni savci) geneticky zakódováno, že úplné odpoutání se od rodiče by znamenalo ještě větší hrozbu pro jeho přežití. Dítě disociuje epizody zneužívání a týrání, aby si udrželo obraz dobrého rodiče, ke kterému je bezpečné se poutat. Produktem tohoto geneticky podmíněného systému je často samostatná (tzv. hostitelská) osobnost, která si idealizuje své rodiče a je amnestická na většinu, ne-li na celé zneužívání anebo týrání.

Čím více je rodina, ve které k zneužívání a týrání dochází, v jiných ohledech funkční, tím méně je dítě nuceno disociovat, aby si udrželo své připoutání k rodiči. V rodinách, kde je konflikt připoutání se k agresorovi dále komplikován např. alkoholismem rodiče, nekončící sérií spolubydlících partnerů rozvedené matky, extrémní chudobou apod., se u dítěte pravděpodobně rozvine komplexnější disociativní porucha než v rodinách, kde zneužívající rodič projevuje také nějaké kladné rodičovské vlastnosti. (Ross, 1997)

Disociace identity je dávana také do souvislosti s *dezorganizovaným attachmentem* (Harari et al., 2007), což je čtvrtý typ attachmentu vedle bezpečného, vyhýbavého a ambivalentního. Tento attachment často projevují právě zneužívané a týrané děti. Dezorganizovaný attachment je popsán jako strach bez rozřešení. Dítě, které má z rodiče strach se na jednu stranu bojí jeho ztráty, na druhou stranu má obavy se k němu přiblížit. Výsledkem je dezorganizované chování, jako jsou neúčelné nebo stereotypní pohyby, dezorientace nebo zamrznutí. Taková dezorganizace jinak integrovaných psychických systémů může vyústit v disociaci.

Tato teorie dokáže vysvětlit výskyt disociativních poruch i u netraumatizovaných jedinců, neboť dezorganizovaný attachment se může rozvinout i mezi rodičem a dítětem, který své dítě sice netýrá, ale který sám v minulosti prožil vážná traumata (např. válečná). Takový rodič není obávaný (*feared*), ale ustrašený (*fearful*), u dítěte však stejně tak provokuje strach a výše popsaný konflikt. (tamtéž)

K rozvoji DID může také dojít na základě jednoho obecně psychologického principu fungování paměti popsaného již dříve – na funkčním stavu závislého učení (*state dependent learning*) (Brown, 1984). Základem tohoto principu je, že to, co je zapamatováno v jedné neuro-psycho-fyziologickém stavu, je v tomtéž stavu nejlépe vybavitelné. Vzpomínky na trauma jsou disociovány, neboť jsou zakódovány ve fyziologickém stavu extrémního stresu, takže si je z běžného klidného stavu nelze vybavit. Když se pak osoba v životě znovu dostane do podobného stavu (např. v průběhu retraumatizace), může si na tyto vzpomínky náhle rozvzpomenout. Tyto rozdílné neuro-psycho-fyziologické stavy tedy mohou formovat jednotlivé osobnosti, neboť je charakterizuje rozdílná paměť a převažující afekt.

6.2.3 DID jako důsledek zanedbávání

Tento typ DID, se vyskytuje u dětí matek, které jsou depresivní, schizofrenní, alkoholické nebo mají samy DID, a které jsou tím pádem fyzicky nepřítomné nebo emočně nedostupné (Ross, 1997). Pronikavé trauma zde představuje nepřítomnost rodičovské figury, ke které by bylo možné se vázat. Tyto zanedbávané a emočně deprivované děti se stahují do vnitřního imaginárního světa, aby vyplnily svou prázdnotu a formovaly attachment alespoň uvnitř sebe sama. Ve svém vnitřním světě mohou propracovat důmyslné charaktery různých bytostí s dlouhou minulostí a složitými interakcemi. Tyto charaktery pak mohou samy použít k zvládnutí vnějších nároků. Tito pacienti obvykle nenaplní kritéria pro plnou DID a častěji dostávají diagnózu disociativní porucha jinak nespecifikovaná (DDNOS).

6.2.4 Vliv rodiny na rozvoj identity

Vidět disociativní poruchu identity jen jako přímý produkt CAN je do určité míry zjednodušující. Steinbergová (1995) vyjmenovává řadu dalších rodinných vlivů, které mohou mít negativní vliv na rozvoj identity a mohou přinejmenším podpořit vznik a existenci DID. V této kapitole budou dle této autorky shrnuty. Tyto teorie jsou často založeny na psychostrukturálních studiích narcistických a hraničních osobností podle H. Kohuta, O. Kernberga a dalších neopsychoanalytiků. Mezi DID a těmito ranými poruchami lze hledat jisté analogie (Boleloucký, 1984).

Existuje několik různých důvodů, proč se rodič uchyluje k psychické a fyzické agresi vůči vlastnímu dítěti. Někteří rodiče mají nedostatečnou kontrolu svých impulsů a jsou zvyklí reagovat agresivně, když se cítí naštváni nebo frustrováni dětskými potřebami a požadavky. Agresivní reakce rodičů může být založena také na bludné projekci. Rodič dočasně identifikuje své dítě s nenáviděným nebo obávaným rodičem či staršími sourozenci – týrající rodiče např. popisují, jak v kňučení nebo pláči dítěte slyšeli hlasy svého vlastního autoritativního rodiče. Tento blud může být odpovědný za přesvědčení, že se je dítě snaží úmyslně otrávit a zatěžovat, a že si o agresi samo „říká“. Rodič může misinterpretovat výraz dítěte jako vzdor, radost, strach, nebo hněv – cokoliv, co podporuje další agresi. Je zřejmé, že dítě, které je nejen týráno, ale zároveň obviňováno, že týrání provokuje, nebo že si ho zaslouhuje, zažívá ohledně své identity velký zmatek.

Dalším zdrojem problémů s identitou může být široce rozšířená představa, že dítě existuje od toho, aby naplnilo potřeby svých rodičů – potřebu vlastní důležitosti, sounáležitosti, moci, péče, pohodlí apod. Tato představa vede k obrácení rolí, kdy dítě pečuje o rodiče a ne naopak. Dítě takto sebestředného rodiče bolestivě zažívá, že nemá žádná vlastní práva, jen povinnost sloužit svému rodiči. Takové děti si nevypěstují smysl pro reflexi svých vlastních vnitřních stavů nezávislých na reakcích a požadavcích okolí.

V jiných rodinách je dítě považováno za rozšíření ega svých rodičů. Na dítě je vyvíjen velký tlak na dosahování společenských úspěchů nebo dodržování přísných morálních či náboženských standardů. Tyto děti mohou zažívat konflikt identity, neboť mohou být zmatené, které jsou jejich osobní a profesní cíle a standardy a které jejich rodičů.

V jiných rodinách je dítě tlačeno do role konfidenta nebo amatérského terapeuta, který má rodiče chránit a pomáhat mu. Jiní rodiče nemají smysl pro vývojové schopnosti dítěte a dítě přetěžují úkoly, pro které ještě nedozrálo.

Dítě, které vyrostlo v dysfunkční rodině, se mistrně naučilo sledovat a číst záměry svého rodiče, aby mohlo rychle a co nejlépe předcházet problémům. Trvalá koncentrace na

projevy druhých lidí dítěti dala jen malou příležitost prozkoumávat, definovat a uspokojovat vlastní zájmy a potřeby.

Zdravý vývoj dítěte, dříve než se odpoutá, vyžaduje identifikaci s rodičem. Uvedené případy tomuto procesu kladou překážky. Tito lidé nedokážou koherentně pojmenovat a definovat, kdo jsou, co chtějí od života a čemu věří. Ohledně své identity zažívají velký zmatek a nejistotu nebo mají pocit, jakoby v rámci jejich identity probíhal zápas.

Myslím, že tyto zkušenosti nejsou ve většině případů dostačující pro rozvoj DID, ale mohou ji podbarvit a přispět k jejímu konečnému výrazu. Pokud není DID vyjádřena úplně, je možné raději klasifikovat disociativní poruchu jinak nespecifikovanou (DDNOS) nebo poruchu osobnosti.

6.2.5 Předstíraná DID a forenzní poznámky

DID může být předstírána kvůli sekundárním ziskům, např. v průběhu soudního procesu (Ross, 1997). Jiné osoby těží ze zisků patientské role (tamtéž). DID obvykle předstírají přehnaně a psychodiagnosticky dosahují výrazně vyšších hodnot disociace než pacienti s pravou DID (např. 80 bodů v dotazníku DES namísto obvyklých 40). Pomáhající pracovníci mají tendenci k nim zaujmout hostilní, odmítavý a obviňující postoj. Na tomto protipřenosu je třeba podle Rosse (1997) pracovat, neboť i tito pacienti potřebují pomoc. V České republice se vzhledem k absenci povědomí o DID tento typ dle mého názoru prozatím nebude vyskytovat¹.

Mnozí pacienti byli zneužíváni rodičem, který má sám DID. Fakt, že má rodič zneužívající osobnost, na jejíž chování má amnézii, jej podle Rosse (1997) neomlouvá. Jedinec s DID je plně odpovědný za všechny své osobnosti a jejich chování a neměl by být za své přečiny a zločiny zproštěván odpovědnosti, ať už jde o přerušení terapie, krádeže nebo zneužití dítěte.

6.2.6 DID jako iatrogenní produkt terapie

DID může být vytvořena v průběhu velmi neodborné terapie (Ross, 1997). Tito pacienti nemají silné disociativní symptomy před nástupem do terapie a často se jedná o

¹ Podle mého mínění je krajně nepravděpodobné, že by Barbora Škrlová, dobře mediálně známá z aktuální „kuřimské kauzy“, disociativní poruchu identity bez znalosti jejích základních projevů takto přesvědčivě předstírala. Barbora Škrlová udává rozsáhlé a chronické týrání vlastní osoby (bití, pálení, pohřbívání za živa), projevuje rozličné identity dětského věku (Anička) a opačného pohlaví (Adam) a byť vysokoškolsky vzdělaná, posílá své matce z vazby dopisy s dětskými obrázky a velkými písmeny s množstvím gramatických chyb. Ačkoliv nelze posuzovat její psychický stav na dálku, z informací dostupných z médií se domnívám, že trpí závažnou disociativní poruchou.

závislé osobnosti. Jako DID může být terapeutem mylně interpretována a utvrzována např. porucha osobnosti, PTSD či bipolární afektivní porucha, když jsou změny nálad chybně chápány jako změny osobností (tzv. *switching*).

Podle Rosse (1997) je častěji pacientům se skutečnou DID chybně diagnostikována jiná porucha, než naopak. K iatrogennímu vytvoření DID podle něj nelze dojít tak jednoduše jak tvrdí oponenti. Ross ilustruje iatrogenní DID na případu dlouhodobého působení psychoterapeutické instituce, která svou strukturou a fungováním připomínala náboženskou sektu (hierarchická struktura, charismatický vůdce, odloučení pacienta od rodiny, kontrola informací a vztahů, spánková deprivace, zahrnutí láskou, destrukce staré osobnosti apod.).

Ross (1997) oponuje kritikům DID, že dočasné prohloubení disociativních příznaků během psychoterapie není důkazem, že by DID byla iatrogenním výtvořem. Disociativní příznaky se prohlubují v souvislosti s tím, jak je pacient konfrontován s bolestivými vzpomínkami. Podobně roste úzkost u pacienta s fobií, který je exponován obávané situaci. Vzrůst disociace souvisí také s objevování dosud skrytých osobností a nikoliv jejich umělým vytvářením. Různé typy osobností si nyní popíšeme v následující kapitole.

6.3 Typy osobností

V teorii disociativní poruchy identity je rozlišováno několik frekventovaných typů osobností. Nejčastějšími osobnostmi jsou dětské osobnosti, tyranizující osobnosti (*persekutor*), ochranné osobnosti (*protektor*) a osobnosti jiného stáří. Najdeme je přibližně u 85% pacientů s DID (Ross et al., 1989a). Časté jsou také osobnosti opačného pohlaví (63%), méně časté jsou osobnosti-démoni (29%), osobnosti jiných žijících lidí (28%), osobnosti jiné rasy (21%), nebo osobnosti mrtvých příbuzných (21%) (tamtéž). Dále byla popsána původní osobnost (*original personality*), hostitelská osobnost (*host personality*), vnitřní pomocník (*internal self-helper*), vše-pamatující si osobnost (*memory trace personality*), anestetická osobnost, promiskuitní osobnost, suicidiální osobnost, osobnost zneužívající návykové látky, obsedantně kompulsivní osobnost či osobnosti se zvláštním talentem nebo hendikepou (Putnam, 1989; Ross, 1997).

Průměrný počet osobností u jednoho pacienta byl 13-15 s mediánem 8-9 (Putnam, 1986; Ross et al., 1989a). Někteří pacienti udávali 100 a více osobností. Mnohé z těchto osobností představují spíše nepřiliš komplexní fragmenty nebo jsou součástí širší *rodiny* osobností s podobnou funkcí. (tamtéž) Nyní si různé typy osobností podrobně popíšeme (kde nebude jinak dle Putnam, 1989; Ross, 1997).

Původní osobnost

Jedná se o první, vrozenou osobnost, od které jsou další osobnosti odvozeny. Obvykle není aktivní a je popisována jako odložená stranou, uspaná, hybernovaná či jinak nedostupná, protože nebyla schopná naložit s traumatem.

Hostitelská osobnost

Jedná se o osobnost, která má nejčastěji exekutivní kontrolu nad tělem. Tato osobnost je zpravidla depresivní, úzkostná, anhedonická, rigidní, sexuálně nevzrušivá, nutkavě dobrá, svědomím řízená a trpí somatickými symptomy, zvláště bolestmi hlavy. Hostitelská osobnost se často cítí bezmocná a zahlcená životními starostmi. Právě tato osobnost většinou vyhledává léčbu, avšak nikoliv pro DID, ale pro přidružené problémy a příznaky. Hostitelská osobnost si totiž ostatních osobností obvykle není vědoma. Pokud je na ně upozorněna, roste riziko, že přeruší léčbu.

Hostitelská osobnost nemusí být jedna, ale může být *rodinou* několika různých osobností vyvinutých k zvládnutí vnějších nároků. Někdy je chladná, odměřená, autoritativní a obsedantně kompulsivní, vytvořená proto, aby kompetentně zvládala svou profesi a zároveň druhým nedala příležitost odkrýt další osobnosti.

Dětské osobnosti

Jsou často ustrašené a nedůvěřivé. Samy zpravidla chovají vzpomínky a afekty týkající se traumatických událostí, před kterými chrání hostitelskou osobnost. Dětské osobnosti prodělávají nejintenzivnější abreakce. Často se obávají, že budou znovu zneužity, např. terapeutem. Mohou se zdát být psychotické, neboť neodlišují minulost od přítomnosti. Například se choulí v rohu místnosti ve fetální pozici, dumljí si palec, volají mámu a ptají se terapeuta: „*Kdo jste?*.“

Jiné dětské osobnosti jsou důvěřivé a přátelské. Chovají se víceméně jako dospělí lidé, ačkoliv udávají věk třeba 8 let.

Některé dětské osobnosti mohou být schopné projevat řadu různých afektů a vzorců chování. Někdy ale reprezentují jen jednoduchou vzpomínku a jeden dominantní afekt a neprojevují nic jiného.

Dětských osobností může být nespočet, někdy tolik, kolik pacient zažil traumatizujících událostí. Tyto dětské osobnosti mohou být sdružovány do větších celků, *rodin* s několika *vůdci*, jejichž funkcí je kontrola *amnestických bariér* a abreakcí mezi osobnostmi.

Dětské osobnosti stárnou různým tempem. Některé zůstávají *zamrzlé* a *uvězněny* ve věku, ve kterém došlo k traumatu. Některé stárly, když byly v minulosti aktivní, a pak zase zamrzly, takže zestárly jen o několik let. Jiné mohou tvrdit, že žádný věk nemají nebo, že jsou tisíc let staré nebo dokonce věčné.

Dětské osobnosti mohou uvíznout na kognitivní úrovni daného věku, takže pro ně může být obtížné rozumět dlouhým nebo abstraktním slovům či chápat morální dilemata. Dětské osobnosti komplikují život pacienta, pokud se vynořují tehdy, když jsou potřeba dospělé schopnosti a zkušenosti.

Terapeut by neměl podlehnout dojmu, že jde o skutečné děti (Hochberg, 2004), stejně jako by neměl podlehnout dojmu, že démonické osobnosti jsou skuteční d'áblové (Ross, 1997). V průběhu terapie a integrace tyto dětské osobnosti mohou dozrát věku pacienta.

Tyranizující osobnosti (persekutor¹)

Tyto osobnosti jsou často zodpovědné za sebevražedné pokusy, „nehody“, sebe-destruktivní chování či vnější agresi. Tyto osobnosti jsou ve velkém konfliktu s hostitelskou osobností. Mohou si podřezat zápěstí, popálit se cigaretou, nebo se předávkovat prášky a pak se stáhnout, a nechat hostitelskou osobnost trpět. Často jsou bludně přesvědčeny, že k životu nepotřebují tělo, a pokud hostitelská osobnost zemře, budou žít dále. V mnoha ohledech sabotují pacientův život a podemílají průběh terapie. Na druhou stranu mohou být v terapii velkým zdrojem zlepšení, neboť chovají mnoho energie a síly, kterou pacient potřebuje k životu.

Tyranizující osobnosti mohou být asociální v mnoha různých ohledech; kradou, prostituuji nebo berou drogy. Ostatní osobnosti verbálně zastrašují či je mohou nechat halucinovat. Jsou schopny různými způsoby týrat dětské osobnosti – pronásledují je ve vnitřním světě, zavírají je do imaginárních pokojů či skříní nebo je přesvědčují, že přítel (v případě dívky) je agresor z minulosti. Někdy tyto osobnosti vyvěrají z introjektů původních pachatelů na základně obranného mechanismu identifikace s agresorem. Tyranizující osobnosti mohou být i přesvědčeny, že tímto pachatelem skutečně jsou, zvláště pokud je již mrtvý.

¹ Kocourková et al. (2001) volí raději název pronásledující osobnost.

Ochranitelské osobnosti

Vytvářejí jistou protiváhu tyranizujícím osobnostem, jejichž akcím brání. Mohou sloužit k ochraně pacienta před vnějším nebezpečím. Některé z těchto osobností mohou být popsány jako pozorovatele – aby člověk ochránil sám sebe, musí být pozorný. Tyto osobnosti nemívají tělo a téměř žádný afekt.

Jiné ochranitelské osobnosti mohou být popsány jako vyhýbavé. Ovládají dílčí schopnosti vyvinuté k překonání traumatu, např. schopnost dokonale se schovat, přivodit pacientovi vnitřní snění či mimotělní zkušenost. Některé z těchto osobností lze popsat jako anestetické nebo analgetické – tyto osobnosti necítí emoce a bolest. Další ochranitelské osobnosti mohou vyvěrat z introjektů pečujících osob z pacientovy minulosti.

Hlavní funkcí ochranitelských osobností je obrana, a tak někdy připomínají spíše tyranizující osobnosti – mohou zničit terapeutovu místnost, nebo se pokusit zabít hostitelskou osobnost s tím, že trpěla v životě už mnoho, než aby dále žila.

Specifickým typem ochranitelské osobnosti je vnitřní pomocník (*Inner self-helper*, nebo *Center*), což je věducí a moudrá osobnost, která může terapeutovi poskytnout užitečný vhled do fungování celého osobnostního systému. Podobným typem osobnosti je vše-pamatující si osobnost (*memory trace*), která může poskytnout informace k mnoha minulým událostem a aktivitám různých osobností. Vnitřnímu pomocníku jsou někdy přisuzovány výjimečné psychické a léčitelské schopnosti. Zpravidla nemá tělo a afekty. Bývá dáván do souvislosti s Jungovým *Das Selbst* (Noll, 1989) nebo Hilgardovým (1984) *skrytým pozorovatelem* (*hidden observer*). Příkladem může být „Okno“ z Oxnamova (2006) příběhu.

Ostatní osobnosti

Poměrně časté jsou osobnosti opačného pohlaví. Mohou být zdrojem udávané homosexuality, transvetismu nebo transsexuality, což má podstatný význam pro diferenciální diagnostiku. Osobnosti opačného pohlaví lze integrovat bez narušujícího vlivu na pacientovu identitu.

Démonické osobnosti představují podtyp tyranizujících osobností a identifikují se jako samostatné transcendentní entity jako například Satan a jeho posluhovači. Leckdy se během terapie odkryjí jako „špatný“, „démonický“ aspekt sebe sama, často vztažený ke konfliktům týkající se sexuálního zneužívání. Exorcismy, přinejmenším ty, které mají „démona“ vyhnat, proto nejsou doporučovány, neboť vedou jen ke krátkodobému potlačení. Chu (2007) zdůrazňuje, že žádná osobnost není „špatná“, raději by měla být vyzdvihnuta její funkce (např. chránit ostatní osobnosti před netolerovatelnými afekty a zkušenostmi).

Podobnými osobnostmi jsou i další transcendentní entity – bytosti z jiného vesmíru, duchovní průvodci, astrální bytosti, mrtví lidé z dávných věků. Ty lze chápat jako určitý podtyp vnitřního pomocníka nebo jiných ochranných osobností.

Další osobnosti lze popsat svou funkcí nebo chováním. Některé osobnosti mají zvláštní talent a schopnosti (např. znalost cizího jazyku) nebo hendikep (např. konverzní hluchotu, slepotu), které ostatní osobnosti nemají, mohou být suicidiální nebo zneužívat návykové látky.

Promiskuitní osobnosti byly vyvinuty, aby přestály sexuální zneužívání, a mohou hrát roli při znovu-odehrávání traumatu. Někdy naváží intimní vztah s cizím mužem (v případě žen) a pak zmizí a nechají hostitelskou, často frigidní osobnost bojovat s nastalou situací. Hostitelská osobnost se tak cítí znásilněna.

6.3.1 Rozdíly mezi osobnostmi

Nyní si shrneme rozdíly mezi jednotlivými osobnostmi (dle Putnam, 1989; Ross, 1997). Každá osobnost je charakterizována svou funkcí, která může být interní (např. skrývání traumatických vzpomínek u dětských osobností) nebo externí (např. zvládání profesních požadavků hostitelskou osobností). Osobnosti odlišuje také převládající afekt – některé jsou depresivní a suicidiální, jiné rozzuřené a hostilní.

Rozdíly mezi osobnostmi jsou často dobře pozorovatelné. Osobnosti charakterizuje odlišný postoj, výška, hloubka, artikulace a jiné charakteristiky řeči, výraz tváře a další neverbální projevy. Na stejný podnět často reagují dramaticky odlišným způsobem. Mají rozdílnou schopnost vybavovat si různé vzpomínky, včetně předcházejících interakcí s terapeutem. Osobnosti se mohou odlišovat také psychofyziologicky (tep, tlak, somatické příznaky). Mají rozdílné sebe-vnímání, rozdílné hodnoty a postoje k druhým lidem (některé osobnosti např. popírají, že by byly vdané nebo nepoznávají své děti). Různé osobnosti mohou udávat rozdílný věk, pohlaví, rasu či sexuální orientaci.

Mezi osobnostmi panuje různá míra obeznámenosti, různá míra *amnestických bariér*. Hostitelská osobnost, která nejčastěji vyhledává léčbu, si obvykle není vědoma ostatních osobností. Některé osobnosti – vnitřní pomocníci a vše-pamatující si osobnosti - mohou udávat, že mají přehled o celém systému osobností. Jiné osobnosti si mohou být vědomy několika dalších osobností, ale ne všech. Amnézie může být jednosměrná - osobnost A může mít povědomí o existenci a aktivitách osobnosti B, ale osobnost B o osobnosti A nikoliv.

Osobnosti se liší postojem k společnému tělu. Mnohé k němu mají vztah jako zaměstnanci k firemnímu autu (Putnam, 1989). Nejsou příliš zaujati jeho zdravým

fungováním. Pokládají tělo za něco, co mohou využívat a zneužívat a mají pocit, že je za jeho chod odpovědný někdo jiný. Některé nepovažují své tělo za vlastní (např. osoby opačného pohlaví), jiné mají dojem, že k další existenci tělo nepotřebují, další přejaly k tělu postoj pachatele.

Osobnosti se liší svými jmény. V mnoha případech jde o deriváty původního jména. Pacientka, která se jmenuje Elizabeth Jane, tak může mít osobnosti Elizabeth, Lizzy, Lizzie, Liz, Betsie, Beth, Bets, Jane, Janie, Lizzi-Jane apod. Osobnosti mohou obdržet jméno podle své funkce (čarodějnice, knihovnice) nebo převládajícího afektu (ten vzteklý, ten vyděšený). Jiné osobnosti zůstávají beze jména či se podle toho pojmenovávají (nikdo, bezejmenný).

6.3.2 Switching

V této kapitole si popíšeme tzv. *switching* (dle Putnam, 1989; Ross, 1997), který označuje proces změny jedné osobnosti v druhou (v DSM-IV pod bodem B). Zpočátku bývá switching způsoben vnitřní dynamikou nebo může být spuštěn náhodnými vnějšími podněty. Jak terapie pokračuje, může nad ním pacient získat jistou kontrolu. Ve většině případů je během switchingu jedna osobnost přítomná až do chvíle, než je nahrazena druhou. V některých případech mohou být obě osobnosti přítomny simultánně.

Switching může být zjevný nebo skrytý, což ovlivňují různé faktory, např. míra odlišnosti mezi osobnostmi. Switching může trvat zlomky vteřiny, několik minut i déle. Jeho počátek může být signalizován mrkáním, protáčením očních panenek, třepotáním víček, třesem těla, zdánlivými konvulzemi či transem. V mnoha případech se pacient naučil switching před druhými skrývat, takže si v jeho průběhu může dávat obličej do dlaní, či si nechat přepadnout dlouhé vlasy do obličeje. Jiní pacienti využívají chvíle, kdy druhá osoba nedává pozor, kouká jinam, nebo je jinak zaměstnaná.

Chvíli po switchingu můžeme často pozorovat ukotvování (*grounding*). Pacient si šahá na obličej, na židli, rozhlíží se po pokoji – což je projevem orientační reakce osobnosti, která se náhle vyskytla v nové situaci.

Switching může být organizován podle určitých principů, např. s jasně danými sekvencemi ohraničených osobností. Jiní mohou projevovat nahodilý switching parciálních a nejasných identit.

Switching mezi osobnostmi nemusí být příliš častý a může se projevovat jen příležitostně. Spíše zřídka jej lze pozorovat na začátku terapie.

6.4 Klinický obraz

Pacienti s diagnózou DID za sebou v průměru mají 6,8 let historie v systému psychiatrické péče, než je jim diagnostikována DID, přičemž mají přibližně 3 předešlé psychiatrické diagnózy (Putnam et al., 1986; Ross et al., 1989a). Většina pacientů jsou ženy. V době diagnózy jsou nejčastěji ve dvacátých nebo třicátých letech věku. Poměr mužů vůči ženám byl ve studii Rosse (1989a) 1:9. Tento nepoměr lze přičíst častějšímu výskytu CAN u žen a neochotou mužů podstupovat léčbu. Podle Putnama (1989) je poměr mužů a žen ve skutečnosti vyrovnanější. Odhaduje jej na 1:3, 1:2 nebo blížíci se jedné.

DID s sebou nese zhoršení sociálního fungování. 12,3% pacientů s DID bylo někdy v životě uvězněno (Ross, 1989a). Obvyklé jsou časté změny zaměstnání, pacienti však mohou zastávat odpovědné a vysoce hodnocené profese (Ross, 1997).

Někteří lidé s DID mohou být takzvaně *vysoce fungující (high functioning)* (Ross, 1997). Jejich disociativní obrana funguje stále velmi dobře, takže nemají potřebu vyhledat léčbu. Jak si všimá Briere (2007), disociace, která funguje, zpravidla není pozorovatelná a měřitelná. Příkladem takto vysoce fungující mnohočetné osobnosti může být do určitého bodu svého života Robert Oxnam, někdejší poradce George Bushe či Billa Gatese v asijských otázkách (Oxnam, 2006). Na druhou stranu je pravděpodobné, že vedle dobře fungujících jedinců s DID zdravotnický systém nezachytí také nejvíce vážné případy, neboť tito lidé jsou již mrtví, ve vězení nebo jiným způsobem žijí život „na šikmé ploše“ (Ross, 1997).

6.5 Nespecifické znaky DID

V tomto oddíle si popíšeme znaky, které charakterizují DID, ale které mohou být příznačné i pro jiné poruchy (dle Putnam, 1989; Ross, 1997).

6.5.1 Sebepoškozující chování

Sebepoškozující a sebevražedné chování je mezi pacienty s diagnózou DID velmi časté. 72% z 236 pacientů s diagnózou DID se někdy v životě pokusilo o sebevraždu (Ross et al., 1989a). Pacienti mohou být na své sebevražedné pokusy amnestičtí nebo mohou uvádět, že se během pokusu depersonalizovali. V mnoha případech pacienti nalézají na svém těle známky sebevražedných pokusů (řezné rány na zápěstí), aniž by si na cokoli pamatovali. Sebedestruktivní chování nemusí být jen „voláním o pomoc“ a „přitahování pozornosti“, ale může být také znakem kognitivních chyb a vzájemné hostility v rámci systému osobností. Tyranizující osobnost např. pořeže dětskou osobnost „za trest“ nebo protože si to „zaslouží“, aniž by si to hostitelská osobnost pamatovala. (Ross, 1997)

6.5.2 Disociativní symptomy

Pacienti s diagnózou DID obvykle trpí silnými disociativními symptomy, které izolovaně nalézáme také u méně vážných disociativních poruch (amnésie, depersonalizace, derealizace) (Steinberg, 1995). Více než polovina pacientů v anamnéze udává disociativní fugu (Coons, 2000).

6.5.3 Extenzivní komorbidita

Pacienty s diagnózou DID charakterizuje rozsáhlá komorbidita (Ross, 1997). Často mohou splňovat 10 a více diagnostických kritérií pro různé duševní poruchy. Tyto poruchy mohou zakrývat svůj primárně disociativní podklad. DID často doprovázejí afektivní, úzkostné a somatoformní poruchy, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, poruchy spánku nebo zneužívání návykových látek. 97,2% ze 103 pacientů s diagnózou DID někdy během svého života trpělo velkou depresí. 79,2% PTSD, 69,2% panickou poruchou, 63,6% obsedantně kompulzivní poruchou, 58,9% bylo závislých na drogách a 50,5% na alkoholu. 43,9% trpělo somatoformní poruchou, 27,1% bulimií. Časté jsou také bolesti hlavy, které často doprovázejí switching, trpělo jimi 78,7% pacientů. (Ross, 1997)

Některé přidružené symptomy mohou přímo vyplývat z osobností struktury DID. Např. obsese a kompulze mohou reprezentovat snahy jednotlivých osobností získat exekutivní kontrolu nad individuem. Zneužívání návykových látek je chápána jako sebe-medikace traumat a jejich důsledků. (Putnam, 1989; Ross, 1997)

Mnoho pacientů s diagnózou DID (61%) splňuje rovněž kritéria pro hraniční poruchu (Ross et al., 1992). Tyto poruchy může být obtížné v diagnostickém procesu odlišit. Logicky mohou existovat tři typy vzájemného vztahu – DID bez hraniční poruchy, DID s hraniční poruchou a hraniční porucha bez DID (Ross, 1997). Young (1988, cit. dle Ross, 1997) rozdíl mezi těmito poruchami demonstruje na rozdílu mezi splittingem u hraniční poruchy a disociací u DID. Splitting je založen na introjektech, disociace být nemusí. Splitting charakterizují protikladné ego stavy, disociované stavy jsou sice neslučitelné, ale ne nutně protikladné. A nakonec, amnézie mezi jednotlivými osobnostmi u DID je často úplná, u hraniční poruchy bývá jen částečná (týká se např. afektu a chování, ale ne kognice).

6.5.4 Paranormální jevy

Pacienti s DID udávají také větší počet paranormálních a mimosmyslových zkušeností (telepatie, jasnovidnost, posedlost démonem apod.). Bez ohledu na to, zda máme tendenci těmto jevům věřit, anebo je chápat jako psychopatologické fenomény, v dotazníku DDIS pacienti udali průměrně 5,6 různých takových zkušeností (Ross et al., 1990b).

6.5.5 Psychotické příznaky

Pro DID jsou charakteristické také pozitivní příznaky schizofrenie. Ačkoliv máme tendenci považovat pozitivní příznaky schizofrenie za nejtypičtější projev schizofrenie, tyto příznaky jsou překvapivě nejvíce typické pro DID. V interview DDIS pacienti s diagnózou DID (N=368) udali v průměru 4,9 pozitivních příznaků schizofrenie prvního řádu dle Schneidera¹, zatímco pacienti s diagnózou schizofrenie (N=1739) udali v průměru jen 1,3 příznaků (Ross et al., 1990a). V dotazníku PANSS pacienti s diagnózou DID obdrželi více pozitivních (23,8 oproti 19,9) a méně negativních (17,1 oproti 21,8) příznaků schizofrenie než pacienti s diagnózou schizofrenie (Ellason et al., 1995). Pacienty s diagnózou DID charakterizovala převaha pozitivních příznaků (+7,2) a pacienty s diagnózou schizofrenie převaha negativních příznaků (-1,9).

Ve studii Rosse et al. (1989a) splňovalo 40,8% pacientů s diagnózou DID zároveň diagnostická kritéria pro schizofrenii. Typické jsou auditorní halucinace, které představují hlasy jednotlivých osobností. Zpravidla jsou slyšeny zevnitř, ale mohou být promítnuty i navenek. Může se jednat o persekční hlasy tyranizujících osobností anebo o hlasy příjemné, které patří ochrannému osobnostem. Hlasy se mohou účastnit i vzájemného rozhovoru, do kterého pacient nemusí být zapojen. Hlasy pacientů s diagnózou DID jsou oproti hlasům většiny pacientů s diagnózou schizofrenie schopny účastnit se racionální konverzace s terapeutem. Terapeut hlasu položí otázku, ten odpoví v myslí pacienta a pacient odpověď terapeutovi sdělí. (Ross, 2000)

U pacientů s diagnózou DID se objevují také bludy kontrolování, ovlivňování a vměšování, které můžeme považovat za snahu různých osobností o převzetí exekutivní

¹ Pozitivní příznaky schizofrenie prvního řádu vycházejí z klasifikace německého lékaře Kurta Schneidera (1957). Zahrnují ozvučování myšlenek; slyšení hlasů ve formě konverzace či diskuze; slyšení hlasů, které komentují vlastní počínání; tělesné prožitky ovlivňování; odnímání myšlenek; bludné myšlenky; ovlivňování vůle, emocí a impulzů. Pozitivní příznaky znamenají nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí. Oproti tomu negativní příznaky představují oslabení nebo ztrátu normálních funkcí. (Smolík, 2001)

kontroly nad tělem. Pacient může mít dojem, že je posedlý démonem či mrtvým člověkem nebo že je ovládán a kontrolován nějakou jinou vnější silou. (Kluft, 1997; Putnam, 1989; Ross, 1997)

Mohou být pozorovány také vizuální halucinace, i když ty nejsou tak časté. Pacient se např. při pohledu do zrcadla vnímá jak odlišný člověk – jiného věku, pohlaví, rasy, barvy vlasů apod. (Coons a Milstein, 1986; Putnam et al., 1986)

Dezorganizace myšlení, chování a řeči se většinou nevyskytuje, někdy se ale projeví v rámci tzv. *rapidního switchingu*. Žádná osobnost není schopná převzít exekutivní kontrolu nad tělem, a tak je pacient extrémně emočně labilní, jeho řeč připomíná slovní salát a jeho myšlení a chování je nesmyslné a neúčelné. (Putnam, 1989; Ross, 1997)

6.6 Specifické znaky DID

V tomto oddíle si popíšeme znaky, které – pokud je vyloučena organická příčina (v DSM-IV i MKN-10 pod body D) – potkáváme takřka jedině u DID (Putnam, 1989; Ross, 1997).

6.6.1 Amnestická okna

Charakteristickým příznakem DID jsou opakovaná *amnestická okna ztraceného času* (*blank spells, lost time*) (v DSM-IV i MKN-10 pod body C). To je pochopitelné, pokud si uvědomíme, že základem koherentní a kontinuální identity je paměť. Amnestickým oknům je rozuměno jako časovým obdobím, ve kterých měla nad pacientem kontrolu jiná osobnost, na kterou je hostitelská osobnost amnestická. Amnézie je tedy úzce spojena s fenoménem *switchingu*. Pacient kupříkladu udává, že si nedokáže vzpomenout, co dělal včera od 9 do 16 hodin. Příznaky amnézie jsou pro pacienty jedny z nejděsivějších. Ztráta celých bloků prožitého času bývá natolik hrozivá, že je raději popřena. Pacienti tak mohou mít amnézii na svou amnézii či mohou amnestická okna vyplnit konfabulacemi. (Steinberg, 1995; Ross, 1997).

Amnézie se mohou objevovat podle nějakého vzorce či se mohou vyskytovat zdánlivě nahodile. Podnět pro amnézii je totožný s podnětem pro *switching* a může mít vztah ke konkrétním aspektům traumatizace. Epizody ztraceného času mohou trvat několik minut i několik let, ale nejčastěji jde o periody několika hodin až dnů. Tyto epizody mohou být také neurčité a velmi krátké a nedochází během nich ke změně lokace, takže je obtížné odlišit je od krátkých stavů transu. (Putnam, 1989; Ross, 1997).

Tato diskrétní amnestická okna bývají doprovázena masivní amnézií na dětství. Pacient např. udává, že si nepamatuje na nic před 12 rokem nebo si třeba na dětství vzpomíná kromě období od 9 do 12 let. Amnézie může jít ruku v ruce s *hypermnézií* – pacient si během abreakce rozpomíná na neobvykle rozsáhlé a detailní vzpomínky z dětství. (Putnam, 1989; Ross, 1997; Steinberg, 1995).

Vzhledem k častému zneužívání návykových látek u pacientů s DID je třeba tato amnestická okna diferenciatně odlišit od organické amnézie. Při hlubší anamnéze je u pacientů s DID zjišťováno, že k amnéziím docházelo již dlouho před rozvinutím závislosti. (Putnam, 1989; Ross, 1997).

6.6.2 Sekundární znaky DID

Disociaci identity nelze, ostatně jako ostatní intrapsychické fenomény, pozorovat přímo. Osobnosti však mohou svoji přítomnost dávat najevo nepřímo (Ross, 1997). Ostatní lidé mohou pacienta upozorňovat na společně prožité události, které si nepamatuje; pacient může mezi svým vlastnictvím nacházet věci, o kterých neví, jak se k němu dostaly nebo nějaké věci může naopak postrádat; pacient může být oslovován (často pod jiným jménem) „cizími“ lidmi nebo se může náhle objevit v „cizích“ šatech na „cizím“ místě. Ross (1997: 141) popisuje kazuistiku ženy, která se náhle za jízdy probrala v autě v městské části, do které by se nikdy sama neodvážila jet. K tomu dodala, že na sobě měla oblečení, které připomínalo oblečení prostitutky, a že na předním sedadle ležely drogy, ačkoliv jinak žije monogamně a nikdy drogy ani alkohol nebrala.

Sekundární znaky DID jsou udávány i nepsychiatrickou populací. Každý někdy zažil, že nevěděl, kam něco dal, nebo byl poznán „cizincem“. U pacientů s DID jsou tyto zkušenosti častější a jejich podstata tkví v disociaci. (Ross, 1997)

Pacienti s DID o sobě také mohou mluvit v množném čísle (my, nám, o nás) či mohou udávat, že si všimli rapidních změn ve stylu svého písma. Jejich diáře a deníky mohou být popsány agresivními výroky tyranizujících osobností, nebo velkými roztřesenými písmeny dětských osobností s množstvím gramatických chyb. Pokud si pacient není vědom, že tyto pasáže psal a některé výroky jsou v první i třetí osobě, je diagnóza DID téměř jistá. (tamtéž)

Sekundární znaky DID – změny stylu písma, rozpoznávání „cizinců“, ztrácející se věci – mohou vyústit v paranoidní myšlenky. Nevědomi si toho, že mají DID, mohou pacienti podezřívat druhého člověka z nějakého důmyslného podfuku. (tamtéž)

6.7 Stručná historie DID

V této kapitole stručně představím vybrané dějiny studia disociativní poruchy identity (podrobně viz Elenberger, 1970; Putnam, 1989; Ross, 1997).

Projevy disociativní poruchy identity (DID) byly dříve pojímány jako démonická posedlost. S nástupem sekularizovaných forem léčby ubývá případů démonické posedlosti a přibývá případů DID.

Jako první patrně disociativní poruchu identity popsal německý lékař Paracelsus roku 1646. Jednalo se o případ ženy, která byla amnestická na chování jiných osobností, které jí „kradly“ vlastní peníze. Dalším slavnou kazuistikou DID z rané doby byl případ dvacetileté německé ženy, kterou roku 1791 uveřejnil její lékař Eberhardt Gmelin. Tato žena mohla kdykoliv náhle změnit svou osobnost na aristokratickou dámu, která hovořila výhradně francouzsky, a která byla amnestická na svůj německý protějšek. Jiným raným teoretikem DID byl Benjamin Rush, který věřil, že příčinou zdvojeného vědomí („*doubling consciousness*“) je diskonektivita mezi mozkovými hemisférami či lékař Samuel Latham Mitchell, kterého proslavilo uveřejnění případu Mary Reynolds roku 1816.

Mezi lety 1880 a 1910 můžeme sledovat velký nárůst zájmu o DID. Pro tuto dobu bylo charakteristické publikování velmi detailních kazuistik, často byl celý knižní titul věnovaný jedinému pacientovi. Do této periody spadá kupříkladu slavná kazuistika Félicity X uveřejněná Eugénem Azamem (1887), jejíž druhá, čiperná a veselá osobnost netrpěla tělesnými příznaky, kterými trpěla první osobnost. První osobnosti neměla o chování druhé osobnosti žádné povědomí, kdežto druhá osobnost dokázala poskytnout detailní informace z celého jejího života. Příležitostně se vynořovala také třetí osobnost, která trpěla záchvaty úzkosti a halucinacemi. Každá osobnost považovala samu sebe za normální Félicidinu osobnost a ostatní osobnosti jako abnormální. Do tohoto období spadá také Janetův případ Leónii nebo případ Christine Beuchamp uveřejněném v klasickém díle Mortona Prince „*The dissociation of a personality*“ (1906).

V České republice o fenoménu disociativní poruchy identity informoval psychiatr Antonín Heveroch (1869-1927) (Boleloucký, 1984).

Po roce 1910 dochází k velkému úpadku zájmu o disociativní poruchu identity a naopak lze registrovat velký nárůst uveřejněných zpráv o schizofrenii. Tento jev je dáván do vztahu s publikováním vlivného Bleulerova díla „*Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*“ roku 1911 (Rosenbaum, 1980). Bleuler, který termín schizofrenie zavedl, do „*skupiny schizofrenií*“ zahrnul i dvojitou osobnost, dnes známou jako disociativní porucha identity, navzdory častým proklamacím, že Bleulerova schizofrenie nemá nic společného

s „rozštěpením osobnosti“. Mnoho pacientů s disociativní poruchou identity bylo od té doby diagnostikováno a léčeno jako pacienti se schizofrenií. (Rosenbaum, 1980; Gainer, 1994)

Úpadek zájmu o disociaci a disociativní poruchu identity trvá až do sedmdesátých let, kdy dochází k obratu a renesanci studia DID naopak v kontextu šířící se kritiky schizofrenie jako neurčité a amorfni koncepce, která zahrnuje široký a různorodý soubor psychopatologických fenoménů. V tutéž dobu se nikoliv náhodou také prosazuje koncepce „borderline“ osobnosti. (Rosenbaum, 1980) V osmdesátých letech dvacátého století až do dnešní doby pak v zahraničí můžeme sledovat rapidní eskalaci zájmu o disociativní poruchu identity¹.

Základní rysy disociativní poruchy identity zůstaly za posledních 150 let stejné. Některé se však během času proměnily, což se především týká rozdílu v počtu udávaných osobností. Zatímco v dřívějších zprávách bylo referováno o dvou nebo třech osobnostech, dnes nejsou výjimkou pacienti, jejichž počet osobností přesahuje desítku. (Putnam, 1989) Druhý rozdíl se týká role traumatických událostí v dětství. Ačkoliv jsou v mnoha raných kazuistikách traumatické zkušenosti pacientů zaznamenávány, nebyl jim na výjimky (Janet, raný Freud) dáván valný etiopatogenetický význam. Je třeba ale mít na paměti, že „*syndrom bitého dítěte*“, který předznamenal vlnu zájmu o týrání a zneužívání v dětství a ochranu práv dítěte, byl popsán až roku 1962. (Kempe et al., 1962; Putnam, 1989)

7. Disociativní porucha jinak nspecifikovaná (DDNOS)

Disociativní porucha jinak nspecifikovaná (DDNOS, z anglického dissociative disorders not otherwise specified) je kategorie DSM-IV, která umožňuje kódovat atypické disociativní poruchy, pro které DSM-IV nemá samostatnou kategorii (posedlost a stavy transu, Ganserův syndrom, čistá derealizace bez doprovodné depersonalizace, disociativní stavy vzniklé vlivem přesvědčování pod nátlakem, disociativní ztráta vědomí apod.). V severoamerické praxi se pod touto kategorií nejčastěji kóduje parciální nebo atypická forma disociativní poruchy identity (Steinberg, 2000). Také se tato diagnóza používá v případech, kdy diagnóza DID ještě není zcela jistá, neboť prozatím nebyly např. kontaktovány ostatní osobnosti (Ross et al., 1992).

U parciální DID chybí plnost některých jejích základních projevů – osobnosti pacienta nejsou např. dostatečně odlišné, nejsou přítomna amnestická okna nebo není zřejmé, zda se

¹ V databázích PsycInfo, Ovid a EMBASE se objevuje 1002 odkazů z let 1981-1998, které mají v názvu „Multiple personality disorder“ a 633 odkazů z let 1995-2008, které mají v názvu „Dissociative identity disorder“.

osobnosti plně ujímají exekutivní kontroly. Pacienti s parciální DID demonstrují sice vážnější disociativní symptomy než obecná psychiatrická populace, ale méně vážné, než pacienti s plnou DID. (Steinberg, 2000)

Pacienti s parciální DID uvádějí nižší komorbiditu než pacienti s úplnou DID. V interview DDIS dosáhli pacienti s DDNOS signifikantně nižších skóre než pacienti s DID pro celou řadu symptomů (Ross et al., 1992). Udali průměrně méně somatických příznaků (9,7 oproti 14,1), pozitivních příznaků schizofrenie (3,8 oproti 6,5), znaků spojovaných s DID (5,2 oproti 10,2), hraničních příznaků (3,9 oproti 5,1) či paranormálních zkušeností (4,1 oproti 5,3). Pacienti s DDNOS průměrně udávali také nižší míru traumatizace v dětství. Prevalence sexuálního zneužívání anebo fyzického týrání v uvedené studii byla 75,4% oproti 91%. Průměrně pacienti s DDNOS uváděli také menší počet pachatelů a různých forem zneužití/týrání.

8. Možnosti měření disociace

V této části se budu věnovat psychodiagnostickým metodám, které byly vyvinuty k měření disociace a diagnostice disociativních poruch. Podrobné shrnutí těchto metod přinesl již Ptáček (2006), proto na tomto místě učiním jen stručný přehled a zaměřím se podrobněji jen na metody užití v této práci (DES, DDIS).

Psychodiagnostické metody zaměřené na disociaci lze principiálně rozdělit na dva druhy – dotazníkové metody a klinická interview.

Sebeuposuzovací dotazníky mohou být zaměřeny na dílčí komponenty disociace – např. The Somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20; Nijenhuis et al., 1996) měří jen somatoformní disociaci, Cambridge Depersonalisation Scale (CDS; Sierra, Berrios, 2000) výhradně depersonalizaci.

Další dotazníky měří obvykle více komponent psychické disociace a jsou vhodné pro screening disociativních poruch. Samy o sobě nepostačují k diagnostice disociativních poruch, ale v běžné klinické praxi nebo ve výzkumu mohou upozornit na jedince se suspektní disociativní poruchou a vést tak k hlubšímu vyšetření. Příkladem těchto dotazníků je široce využívaná Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein a Putnam, 1986) užitá v této práci a podrobně popsána níže nebo Dissociative questionnaire (DisQ; Vanderlinden a Moene, 1999) či Multi-Dimensional Inventory of Dissociation (MID; Dell, 2002). Pro děti a adolescenty existují např. Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam et al., 1993) a Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES; Armstrong et al., 1997; Soukup, 2005).

K diagnostice disociativních poruch slouží klinická interview, která jsou v současnosti k dispozici dvě – SCID-D-R a DDIS užívané v této práci a podrobně popsány níže. Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SDID-D-R; Steinberg, 1985; 1994; 2000) je komplexní polostrukturované interview zaměřené výhradně na disociativní příznaky (amnézie, depersonalizace, derealizace, konfúze identity a alterace identity). Skládá se ze 158 základních a 100 navazujících otevřených otázek. Tento formát umožňuje získat podrobné odpovědi ke zhodnocení fenomenologie a intenzity disociativních symptomů. Na základě těchto odpovědí jsou sestaveny profily. Neklinickou populaci charakterizují mírné nebo žádné disociativní symptomy, obecnou psychiatrickou populaci mírné až střední disociativní symptomy, pacienty s disociativní amnézií nebo depersonalizační poruchou silné dílčí disociativní symptomy a pacienty s disociativní poruchou identity či disociativní poruchou jinak nespecifikovanou silné disociativní symptomy ve všech svých složkách. Interview SCID-D-R projevilo dobrou inter-rater a test-retest reliabilitu a diskriminační validitu. Jeho administrace je náročná, trvá až 2,5 hodiny a vyžaduje školení nebo alespoň dobrou znalost problematiky disociativních poruch. Kvůli časové náročnosti kladené na respondenty byla v této práci dána přednost interview DDIS.

Běžné psychodiagnostické nástroje užívané v české klinické praxi, např. velké klinické testové baterie typu MMPI, subškálu měřící disociaci neobsahují a nedokážou spolehlivě odlišovat disociativní poruchy od hraničních nebo psychotických stavů. Neznalost problematiky disociativních poruch a absence adekvátních psychodiagnostických metod dle mého názoru vedou k podhodnocení reálné prevalence disociativních poruch v České republice.

Nyní si podrobněji představíme nástroje užívané v této práci. Screeningový dotazník The Dissociative Experiences Scale (DES) a strukturované interview The Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS). Také si představíme instrument The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), který sice neslouží k měření disociace, ale jedná se rovněž instrument užívaný v této práci.

8.1 Dotazník DES

The Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein a Putnam, 1986) je krátký 28 položkový sebehodnotící dotazník určený k měření disociativních zkušeností. Formát položky tvoří 100 mm dlouhá úsečka, na které respondent zaznamenává, v jakém procentu času se mu daná disociativní zkušenost stává. Údaje z jednotlivých položek jsou zaokrouhlovány na 5mm a jejich celkový aritmetický průměr představuje DES skóre.

Koncept disociace zde vychází z teorie disociativního kontinua historicky zastávaného již Pierrem Janetem, Mortonem Princem a Williamem Jamesem. Tato koncepce chápe disociaci jako jev, který leží na kontinuu od běžných disociativních psychických procesů (např. absorpce, zaujetím okolním děním, filmem), přes lehkou a střední psychopatologii (např. depersonalizace) po závažné disociativní projevy, které pozorujeme u disociativní poruchy identity (např. alterace identity) (viz kap. 2.3).

Dotazník DES nebyl sestaven za účelem diagnostiky, ukázal se však jako užitečný nástroj ke screeningu disociativních poruch a k měření míry disociace pro výzkumné i klinické účely. V současnosti na tomto poli představuje nejrozšířenější nástroj. Je to také zatím jediný nástroj k měření disociace, pro který existuje standardizovaná česká verze (Bob, 2000; Ptáček et al., 2007).

Za účelem screeningu disociativních poruch navrhli různí autoři pro různé populace rozličné hodnoty cutoff skóre (zpravidla v rozmezí 15-30 bodů) (Foote et al., 2006). Cutoff skóre představuje hraniční hodnotu, jejíž překročení signalizuje suspektní disociativní poruchu. Moise a Leichner (1996) ve své studii prevalence disociativních poruch ve vzorku pacientů se schizofrenií stanovili cutoff skóre na hodnotu 25 bodů.

Dotazník DES vykázal uspokojivé psychometrické vlastnosti. Vnitřní konzistence v 16 studiích průměrně činila 0,93 (van Ijzendoorn a Schuenge, 1996). Split half reliabilita byla naměřena v rozmezí 0,83-0,93 a test-retestová reliabilita v rozmezí 0,79-0,96 (Bernstein a Putnam, 1993). Putnam et al. (1992) naměřili uspokojivou test-retestovou reliabilitu i po jednom roce ($r=0,78$), což naznačuje, že disociace je poměrně stabilní rys. Dotazník DES také vykázal dobrou souběžnou validitu s jinými dotazníky měřícími disociaci ($r=0,41-0,80$) a predikativní validitu disociativní poruchy identity ($r=0,46$), posttraumatické stresové poruchy ($r=0,35$) nebo týrání či zneužívání v dětství ($r=0,25$) (van Ijzendoorn a Schuenge, 1996). Některé studie zaměřené na faktorovou analýzu dotazníku DES opakovaně našly tři faktory – absorpce, amnézie a depersonalizace (Ross, 1991; Simeon et al., 1998; Stockdale et al., 2002), jiné pouze jediný faktor disociace (Fischer a Elnitsky, 1990; Marmar et al., 1994).

Obdobné psychometrické vlastnosti a faktorovou strukturu vykázala i česká verze DES (Bob et al., 2007). Split-half reliabilita se pohybovala v rozmezí 0,83-0,87 a Cronbachovo alfa mezi 0,86-0,92. (tamtéž)

8.1.1 DES skóre u pacientů s diagnózou schizofrenie

Různé studie mezi pacienty s diagnózou schizofrenie opakovaně nacházejí vyšší míru disociativních příznaků měřených dotazníkem DES. Již autoři dotazníku (Bernstein a Putnam, 1986) stanovili medián u pacientů s diagnózou schizofrenie na 20,6, což bylo více než u normálních dospělých osob (4,4), ale méně než u pacientů s diagnózou PTSD (31,3) nebo mnohočetnou poruchou osobnosti (57,1).

Moise a Leichner (1996) mezi 53 pacienty s diagnózou schizofrenie naměřili v dotazníku DES průměrné skóre 18,7. V České republice Bob et al. (2006) naměřili ve vzorku 82 pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie průměrné DES skóre 15,7 (SD=13,1). Kromě dotazníku DES byly pacientům administrovány také dotazníky somatoformní disociace (SDQ-20) a dalších posttraumatických symptomů (TSC-40, IES). Tato studie našla významné zastoupení patologické disociace mezi pacienty s paranoidní schizofrenií; 22% pacientů překročilo cutoff skóre 30 v dotazníku DES pro suspektní disociativní poruchu.

Van Ijzendoorn a Schuenge (1996) provedli metaanalytickou studii, ve které shrnuli průměrné vážené DES skóre pro různé skupiny (viz tab. 1).

Tab. 1: Průměrné skóre DES pro různé skupiny

Skupina	N	M
Disociativní porucha identity	472	45,6
Disociativní porucha	143	41,2
DDNOS	121	35,3
PTSD	259	32,6
Zneužití v dětství	238	27,1
Váleční veteráni	62	20,6
Afektivní poruchy	81	19,4
Schizofrenie	63	19,1
Poruchy osobnosti	462	16,8
Psychiatrickí pacienti	1302	16,4
Poruchy příjmu potravy	345	14,5
Studenti/adolescenti	5676	14,4
Běžná populace	1578	11,1
Úzkostné poruchy	468	10,2
Záchvatovité poruchy	130	8,1

Můžeme si všimnout, že pacienty s diagnózou schizofrenie charakterizuje vyšší míra disociace ve srovnání s běžnou populací i s převážnou většinou pacientů z různými duševními poruchami. Pacienti s diagnózou schizofrenie však logicky v dotazníku DES skórují níže než traumatizované skupiny a pacienti s disociativní poruchou.

8.2 Interview DDIS

The Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS; Ross et al., 1989b) je strukturované klinické interview, které umožňuje diagnostikovat disociativní poruchy (disociativní amnézie, disociativní fuga, depersonalizační syndrom a disociativní porucha identity) a několik dalších duševních poruch (somatizační porucha, velká depresivní epizoda, hraniční porucha osobnosti), které často doprovázejí disociativní poruchu identity. Vedle toho interview měří několik dalších fenoménů a zjišťuje anamnestické údaje (zneužívání návykových látek, psychiatrická anamnéza, pozitivní příznaky schizofrenie prvního řádu dle Schneidera, trans, náměsíčnost, imaginární přítel, zneužívání v dětství, znaky spojované s disociativní poruchou identity, nadpřirozené a mimosmyslové zkušenosti).

Interview DDIS se skládá ze 130 otázek, které jsou kladeny respondentovi a dvou dodatečných otázek, které vyplňuje sám tazatel. Interview lze rozčlenit do 14 subškál. Položky mají ve většině případů dichotomický formát (ano, ne, popřípadě nevím), v některých případech Likertovský formát (nikdy, zřídka, někdy, často) a v sporadických případech formát otevřené otázky (ot. 76-77, 82-83). Znění položek týkajících se diagnostiky poruch bylo ustanoveno tak, aby co nejlépe odráželo diagnostická kritéria DSM-IV (původně DSM-III). Mnohé položky představují doslovný přepis diagnostických kritérií DSM-IV, i když autoři, pokud bylo třeba, znění položek zjednodušovali a očišťovali od psychiatrického žargonu. Česká verze, kterou jsme připravili, je k nalezení v příloze 1.

Interview trvá přibližně 30-45 minut a k jeho administraci není třeba zvláštní školení nebo zkušenosti. Ve výzkumné i klinické praxi se využívá také jeho dotazníková verze, kterou vyplňují respondenti sami.

Celková interrater reliabilita interview DDIS se projevila jako dostačující ($\kappa=0,68$). Co se týče diagnostiky disociativní poruchy identity, vykazalo interview DDIS ve slepé studii 100% specifitu a 90% senzitivitu (tj. bylo zjištěno 0% falešných pozitivních diagnóz a 10% falešných negativních diagnóz disociativní poruchy identity). (Ross et al., 1989b) Subškála znaků spojovaných s DID byla souběžně validizována s celkovým skórem dotazníku DES ($r=0,78$) ve vzorku univerzitních studentů (Ryan, 1988, cit. dle Ross, 1997). Vnitřní konzistence jednotlivých subškál doposud nebyla testována.

Interview DDIS je ve výzkumu široce využíváno a za jeho existenci se přirozeně objevilo několik kritických připomínek. Bylo vytknuto, že položky jsou pacientům obtížně srozumitelné, neboť jejich znění často doslovně odráží diagnostická kritéria DSM-IV (Foote et al., 2006). Pacientům je třeba otázky opakovat, a když je třeba, tak jednoduše vlastními slovy vysvětlit (tamtéž). Titíž autoři se také při diagnostice disociativních poruch ve svém

výzkumu nespolehali jen na striktní výsledky interview, ale zařadili také faktor vlastního klinického úsudku, který jim dovolil výsledné diagnózy upravovat.

Další výtku přinesli autoři metaanalytické studie prevalence disociativních poruch mezi hospitalizovanými pacienty (Friedl et al., 2000). Jejich studie ukázala, že interview DDIS může výsledné prevalence nadhodnocovat. Studie, které užívaly interview DDIS, průměrně nacházely třikrát větší prevalence než studie, které využívaly komplexnější polostrukturované interview SCID-D. Jednoduchý dichotomický formát položek a celková stručnost interview podle nich může u sugestibilních pacientů produkovat falešné diagnózy disociativních poruch. Otázky týkající se CAN, které předcházejí otázkám na disociativní poruchy, navíc mohou disociativní symptomy podněcovat a prohlubovat.

Je však třeba připomenout, že interview DDIS bylo sestrojeno především pro výzkumné účely. Pro klinické účely je vhodné zjištěné diagnózy upřesnit dalšími psychodiagnostickými metodami, ať už nestrukturovaným rozhovorem nebo polostrukturovaným interview SCID-D. Ve výzkumném kontextu je možné na závěr interview provést konfirmační inquiry a nechat se tak rovněž vést svým klinickým úsudkem, jak doporučují Foote et al. (2006).

Nyní se seznámíme s pravidly, podle kterých jsou na základě interview DDIS určovány diagnózy. Také se seznámíme s pravidly, podle kterých se skórují zbylé subškály.

8.2.1 Pravidla pro vyhodnocování DDIS

I. Somatizační porucha

K určení diagnózy somatizační poruchy dle DSM-IV musí pacient demonstrovat 4 bolestivé, 2 gastrointestinální, 1 sexuologický a 1 pseudoneurologický příznak. Pacient musí také odpovědět kladně na otázku 38 a záporně na otázku 39.

Bolestivé příznaky – otázky 9-14, 17, 32, 35

Gastrointestinální příznaky – otázky 3-8

Sexuologické příznaky – otázky 31, 33-37

Pseudoneurologické příznaky – otázky 19-30

II. Zneužívání návykových látek

Zneužívání návykových látek se skóruje, pokud respondent odpoví kladně na kteroukoliv ze čtyř otázek v této subškále (ot. 40-43).

III. Psychiatrická anamnéza

Tato subškála zjišťuje anamnestické údaje a neskóruje se.

IV. Velká depresivní epizoda

K určení diagnózy velké depresivní epizody dle DSM-IV musí pacient odpovědět kladně na otázku 54 a nejméně na 4 otázky z osmi 55-62.

V. Pozitivní příznaky schizofrenie dle Schneidera

Výsledným skórem této subškály je součet všech kladných odpovědí 64a-k.

VI. Trans, náměsíčnost, imaginární přítel

Každá z těchto položek je skórována nezávisle: Trans (ot. 69), náměsíčnost (ot. 67), imaginární přítel (ot. 71).

VII. Zneužívání v dětství

Jako fyzické týrání se skóruje kladná odpověď na otázku 73, jako sexuální zneužívání kladná odpověď na otázku 78. Ostatní otázky jsou deskriptivní.

VIII. Znaky spojované s disociativní poruchou identity

Výsledným skórem této subškály je součet všech položek. Jako jeden bod se skóruje kladná odpověď na otázky 96-101 a odpověď „někdy“ nebo „často“ na otázky 86-95.

IX. Nadpřirozeno/posedlost/mimosmyslové zkušenosti/kulty

Výsledným skórem této subškály je součet všech kladných odpovědí 102-107.

X. Hraniční porucha osobnosti

K určení diagnózy hraniční poruchy osobnosti dle DSM-IV musí pacient odpovědět kladně nejméně na 5 otázek z devíti 108-116.

XI. Disociativní amnézie

K určení diagnózy disociativní amnézie dle DSM-IV musí pacient odpovědět kladně na otázky 117 a 119 a záporně na otázku 118.

XII. Disociativní fuga

K určení diagnózy disociativní fugy dle DSM-IV musí pacient odpovědět kladně na otázky 120, 121 a 123 a záporně na otázku 122.

XIII. Depersonalizační porucha

K určení diagnózy depersonalizační poruchy musí pacient odpovědět kladně na otázky 124a a 126 a záporně na otázku 125. Otázky 124b-d zahrnují různé příklady prožitků depersonalizace a nejsou pro diagnózu dle DSM-IV určující.

XIV. Disociativní porucha identity

K určení diagnózy disociativní poruchy identity musí pacient odpovědět kladně na otázky 127-129 a záporně na otázku 130.

XV. Disociativní porucha jinak nspecifikovaná

Tato diagnóza je určována na základě úsudku administrátora. Pod touto diagnózou se zpravidla kódují atypické formy disociativních poruch, pro které nemá DSM-IV samostatnou kategorii.

8.2.2 Orientační profil pacientů s diagnózou DID

Nyní se orientačně seznámíme s průměrnými skóry vybraných subškál DDIS a celkového skóru DES, kterých dosáhlo 166 pacientů s disociativní poruchou identity (Ross et al., 1992). Tito pacienti v průměru udali 14,1 somatických příznaků, 6,5 pozitivních příznaků

schizofrenie dle Schneidera, 10,2 znaků spojovaných s DID, 5,3 nadpřirozených zkušeností a 5,1 příznaků hraniční poruchy osobnosti. Jejich průměrný DES skór činil 39,7.

8.3 Dotazník PANSS

The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1986) je dotazník, který umožňuje posoudit aktuální míru pozitivních a negativních příznaků schizofrenie a celkových psychopatologických příznaků u pacienta jeho ošetřujícím lékařem nebo jiným vyškoleným administrátorem. Skládá se ze 30 položek a je rozdělen do tří subškál – pozitivní příznaky schizofrenie (7 položek), negativní příznaky schizofrenie (7 položek) a obecná psychopatologie (16 položek). Čtvrtou subškálu vytváří rozdíl mezi pozitivními a negativními příznaky schizofrenie. Každá položka je skórována od jednoho (příznak je nepřítomný) do sedmi bodů (velmi silně přítomný příznak).

Subškála pozitivních příznaků schizofrenie je tvořena těmito položkami: bludy, dezorganizace myšlení, halucinatorní chování, excitace, velikášství, podezřívavost, hostilita. Subškála negativní příznaků schizofrenie těmito položkami: oploštěná emotivita, citové stažení, nedostatek kontaktu, sociální stažení, zhoršení abstraktního myšlení, ztráta spontaneity, stereotypní myšlení. Subškála celkové psychopatologie těmito položkami: starosti o tělesný stav, úzkost, pocity viny, tenze, manýrování a zaujímání postojů, deprese, motorická retardace, nespolupráce, neobvyklý myšlenkový obsah, dezorientace, zhoršená pozornost, nedostatek soudnosti, poruchy vůle, nedostatečné ovládání impulzů, autismus, aktivní omezení sociálních kontaktů.

Dotazník PANSS vykázal uspokojivé psychometrické vlastnosti. Interrater reliabilita byla opakovaně naměřena v rozmezí 0,83-0,87 (Kay et al., 1988; Kay et al., 1989). Test-retestová reliabilita byla zjištěna 0,60, 0,68 a 0,80 pro obecnou psychopatologii, negativní příznaky schizofrenie a pozitivní příznaky schizofrenie (Kay et al., 1989). Vnitřní konzistence kolísala mezi hodnotami 0,73-0,83 (Kay et al., 1989).

9. Prevalence disociativních poruch

Disociativní poruchy, snad s výjimkou disociativní amnézie, jsou obecně považované za vzácná duševní onemocnění, se kterými se většina praktiků za svůj profesní život nepotká. Současná data však naznačují, že tento předpoklad platí jen pro disociativní fugu. Epidemiologické studie potvrzují, že disociativní poruchy se vyskytují jak v běžné populaci, tak v klinických vzorcích častěji, než je obecně očekáváno. Disociativní poruchy nejsou vzácné a mohou se vyskytovat v podobné míře, jako úzkostné, afektivní nebo psychotické poruchy. Tento závěr nás nepřekvapí, pokud si připomeneme dvě výchozí premisy – A) Disociace je přirozená reakce na závažné trauma. B) Celoživotní výskyt závažných traumat je v populaci vysoký (Ross, 1997).

Disociativní poruchy nicméně nejsou detekovány a diagnostikovány. Simeonová (2004) přináší několik argumentů, proč není zvykem diagnostikovat depersonalizační poruchu, které si můžeme dovolit zobecnit na celou oblast disociativních poruch. Disociativní poruchy nejsou diagnostikovány, protože o nich lékaři a psychologové nejsou vzděláni, a proto u daných pacientů nezaregistrují klíčové projevy. Raději kódují přidružené nebo symptomaticky blízké poruchy (afektivní, úzkostné, poruchy osobnosti, psychózy). Disociativní poruchy nejsou diagnostikovány, neboť pacienti mají zábrany se s těmito prožitky svěřit a raději udávají přidružené potíže, které už jsou součástí veřejného diskurzu (úzkost, deprese apod.). Disociativní poruchy také nejsou diagnostikovány, neboť pacientům může činit obtíže (při absenci veřejných návodů a vodítek) své disociativní symptomy popsat a vylíčit.

Další argumenty přináší Steinbergová (1995). Podle ní nejsou disociativní poruchy také diagnostikovány, neboť pacienti mohou být na své trauma a disociativní symptomy amnestičtí nebo se jim jejich chronické disociativní symptomy (např. ztráta afektu u depersonalizace) mohou zdát normální.

Disociace může být také tabuizována podobně jako trauma, proti kterému je obranou. Sklon trauma a jeho (disociativní) důsledky tabuizovat přitom nemusí být jen na straně pacienta, ale i na straně pomáhajícího odborníka. Ten se může bránit narušení své emocionální rovnováhy, kontaktu s vlastními bolestivými vzpomínkami nebo pacientově bolesti a hněvu. Disociativní poruchy tedy nejsou rovněž diagnostikovány, neboť někteří pacienti a někteří pomáhající odborníci nemají zájem na jejich odkrytí. (tamtéž)

Nyní si představíme výsledky empirických studií měřících výskyt disociativních poruch v běžné populaci a v psychiatrických vzorcích. Úžeji se zaměříme také na prevalenci disociativních poruch mezi pacienty se schizofrenií.

9.1 Prevalence disociativních poruch v běžné populaci

Aktuální celoživotní prevalence disociativních poruch byla zjišťována zatím ve třech státech - v Kanadě (Ross, 1991), Turecku (Akyüz et al., 1999) a Číně (Xiao et al., 2006). Jako měřicí instrumenty byly ve všech třech studiích použity dotazník DES a interview DDIS.

Nejvyšší prevalenci disociativních poruch - 11,2% - zjistil Ross (1991) ve vzorku populace kanadského města (N=454). Nejčastější disociativní poruchou v této studii byla disociativní amnézie (7%), následovala disociativní porucha identity (3,1%), depersonalizační porucha (2,4%) a nakonec disociativní fuga (0,2%)¹. Výsledky této studie mohou být nadsazeny. Autor studie např. na základě bližší analýzy dotazníkového profilu jednotlivých respondentů snížil prevalenci disociativní poruchy identity více než dvakrát na 1,3%.

Nižší prevalenci disociativních poruch – 1,7% - našli Akyüz et al. (1999) ve vzorku populace tureckého města (N=994). Na základě interview DDIS a následného klinického interview odhadli prevalenci disociativní poruchy identity minimálně na 0,4%. Prevalence zjištěné v této studii jsou naopak velmi pravděpodobně (přínejmenším dvakrát) podhodnoceny, neboť interview DDIS podstoupilo jen 32 respondentů (3,2%), kteří překročili cutoff skóre 17 v dotazníku DES (6,2%), a kteří byli získáni pro další spolupráci (51,6%).

Nejnižší prevalence disociativních poruch – 0,3% - byly nalezeny v Číně mezi zaměstnanci šanghajské továrny (N=618) (Xiao, 2006). Ačkoliv se tato prevalence může zdát být zanedbatelná, disociativní poruchy se v Číně vyskytují, ale nalezneme je spíše mezi ambulantními (5%, N=304) a hospitalizovanými (1,7%, N=423) psychiatrickými pacienty (tamtéž).

Výsledky kanadské a turecké studie napovídají o obdobné prevalenci disociativní poruchy identity (kolem 1%), jakou zjišťujeme u schizofrenního spektra psychóz. Turecká a čínská data také přinášejí argument proti námitce, že disociativní poruchy jsou severoamerickým kulturně specifickým, případně iatrogeně vytvářeným² syndromem, neboť v těchto asijských zemích není o disociativních poruchách žádné veřejné ani odborné povědomí (disociativní poruchy nejsou předmětem knižních titulů či televizních debat). Zároveň nižší prevalence naznačují, že dané kulturní prostředí a sociální struktura na manifestaci disociativních symptomů může mít vliv.

¹ Tento jediný případ disociativní fugy byl patrně součástí disociativní poruchy identity, neboť později autor (Howley a Ross, 2003) uvádí, že nedetekoval žádný případ čisté fugy.

² Výtka proti legitimitě disociativních poruch (např. Piper, 1997) zakládající se na tvrzení, že jsou iatrogeně vytvářeny svými zastánci, je podle mě vystavěna na chybných předpokladech, neboť každá diagnóza byla nebo je vytvářena – sociálně konstruována v odborném a veřejném diskurzu, následně institucionalizována a dalšími generacemi internalizována. To jí však legitimitu neupírá.

9.2 Prevalence disociativních poruch mezi psychiatrickými pacienty

Přehledovou analýzu 11 studií zjišťujících prevalenci disociativních poruch mezi hospitalizovanými psychiatrickými pacienty přináší Ross (2004). Tyto studie byly provedeny v sedmi různých státech (USA, Kanada, Turecko, Švýcarsko, Norsko, Nizozemí, Německo). Zvolené metodologické postupy byly obdobné. V první fázi obvykle pacienti nejprve vyplnili screeningový dotazník disociativních poruch DES. Pacienti, kteří překročili stanovené cutoff skóre pro suspektní disociativní poruchu (obvykle v rozmezí 20-30) a často také pacienti z kontrolní skupiny, kteří v dotazníku DES skórovali nízko (např. pod 10 bodů), v druhé fázi podstoupili podrobnější klinické interview DDIS nebo SCID-D. Prevalence disociativních poruch v těchto studiích kolísala od 4,3% do 46% a prevalence disociativní poruchy identity od 0,9% do 12%. Vážená průměrná prevalence (N=1644) se rovnala 15,3% pro disociativní poruchu a 3,7% pro disociativní poruchu identity.

Přehledovou analýzu 9 totožných studií aktuálních k datu provedli také Friedl et al. (2000), kteří zjistili, že studie, které používají interview DDIS nalézají vyšší prevalenci disociativních poruch, než studie, které používají SCID-D (21,2% oproti 8,2%). Rozdíl se týkal také vyššího výskytu disociativní poruchy identity (5% oproti 2,3%). Zdá se tedy, že interview DDIS skutečný výskyt disociativních poruch může nadhodnocovat. Použití SCID-D nebo nestructurovaného klinického rozhovoru ke confirmaci prevalence zjištěné interview DDIS vedlo ve dvou studiích k jejímu dodatečnému snížení (Horen et al., 1995; Tutkun et al., 1998).

Autoři (Friedl et al., 2000) také konstatovali, že severoamerické studie nalézají vyšší prevalenci disociativních poruch než evropské studie (29,4% oproti 7,6%) a také vyšší prevalenci disociativní poruchy identity (5,5% oproti 3,1%). Tento rozdíl autoři vysvětlují mezikulturními rozdíly v psychiatrické praxi obou kontinentů raději než rozdílem v reálném výskytu disociativních poruch. Evropští výzkumníci podle jejich mínění mají tendenci kódovat mnohé disociativní příznaky raději jako příznaky nedisociativních poruch na ose I.

Prevalenci mezi ambulantními psychiatrickými pacienty sledovali Foote et al. (2006). Autoři všem pacientům (N=82) administrovali dotazník DES i interview DDIS. 29% pacientů splnilo formální kritéria DDIS pro disociativní poruchu, z toho 5 pacientů (6%) pro disociativní poruchu identity. Rovněž tyto autoři naznačují, že interview DDIS může výslednou prevalenci disociativních poruch nadhodnocovat a doporučují pro confirmaci diagnózy následné inquiry.

Tato studie je výjimečná také tím, že interview DDIS bylo administrováno všem respondentům a nikoliv jen těm, kteří překročili stanovené cutoff skóre v dotazníku DES.

Autoři upozorňují, že pokud by cutoff skóre předem stanovili na 30 bodů, minuli by 46% pacientů s disociativní poruchou. Pokud by cutoff skóre stanovili na 20 bodů, stále by minuli 25% pacientů. Tato data napovídají, že prevalence disociativních poruch zjištěné ve studiích používajících dotazník DES jako třídící kritérium mohou být podhodnoceny.

9.3 Prevalence disociativních poruch mezi pacienty s diagnózou schizofrenie

Prevalence disociativních poruch mezi pacienty s diagnózou schizofrenie může být podle aktuálních studií vysoká. Haugen a Castillo (1999) na Havai detekovali s pomocí interview SCID-D mezi 35 ambulantními pacienty s diagnózou schizofrenie a 15 pacienty s diagnózou schizoafektivní porucha 62% prevalenci disociativních poruch. Nejčastěji byl zastoupen disociativní trans (22%), dále DID (14%), DDNOS (14%), depersonalizační porucha (8%) a disociativní amnézie (4%). Autoři nedetekovali žádný případ disociativní fugy.

Vysokou prevalenci disociativních poruch mezi 83 pacienty s diagnózou schizofrenie zjistil také Ross et al. (1994, cit. dle Ross, 1997) s pomocí interview DDIS. Formální kritéria splnilo 36,1% pacientů pro disociativní amnézii, 28,9% pro depersonalizační poruchu, 25,3% pro DID a 3,6% pro disociativní fugu.

Nižší prevalenci přinesla studie Moise a Leichnera (1996) provedená na 53 pacientech s diagnózou schizofrenie. Pacienti, kteří překročili cutoff skóre 25 pro suspektní disociativní poruchu v dotazníku DES (N=14, 26%), byli vybráni pro interview SCID-D a DDIS. Z nich pouze 6 pacientů souhlasilo s účastí na dalším výzkumu. Z těchto pacientů byla u 2 (4% z celkového počtu) diagnostikována disociativní porucha (disociativní amnézie). Výzkumníci odhadli výskyt disociativních poruch mezi pacienty s diagnózou schizofrenie na 9%.

Současné studie přinášejí rozporuplné výsledky; prevalence disociativních poruch mezi pacienty s diagnózou schizofrenie kolísá od 9%-62%, a tyto studie je proto třeba replikovat. Daným studiím lze vytknout heterogenitu vzorků, které tvořili pacienti s různorodými poruchami schizofrenního spektra (paranoidní, hebefrenní, residuální, schizoafektivní).

10. Paranoidní schizofrenie

V této kapitole definuji paranoidní schizofrenii. Zaměřím se přitom velmi stručně jen na fenomenologii a klinický obraz této poruchy. Tato kapitola bude vzhledem k prostoru, který věnuji disociativním poruchám, krátká, což úmyslně a inverzně odráží nepoměr v české odborné literatuře. Zatímco podrobně zpracovaná knižní publikace o disociativních poruchách chybí, zájemce o bližší informace např. z oblasti etiologie, neurobiologie, nebo genetiky schizofrenie lze odkázat na bohatou českou literaturu (např. Češková, 2007; Motlová a Koukolík, 2004; Libiger, 1992).

Schizofrenie v MKN-10 spadá do kategorie poruch kódovaných jako F20–29: Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy. Schizofrenie se kóduje jako F20 a uvádí se tyto příznaky, které jsou společné pro paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovanou schizofrenii:

Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovanou schizofrenii

G1. Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsanych níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znak uvedených pod (2), a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy po většinu dnů).

(1) Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

- a) ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
- b) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin nebo zvláštními myšlenkami, činnostmi nebo pocity; bludné vnímání;
- c) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
- d) neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (např. schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa).

(2) Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:

- a) neustálé halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (buď s občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu, nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením;
- b) neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherence nebo zmatený slovní projev;
- c) katatonní chování, jako jsou vzrušení, nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor;
- d) „negativní“ symptomy, jako jsou zřetelné apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby).

G2. Nejčastěji užívané vylučovací podmínky:

- (1) Jestliže pacient splňuje také kritéria pro manickou epizodu (F30.-) nebo depresivní epizodu (F32.-), musí být splněna kritéria G1 a G2 ještě před tím, než dojde k narušení nálady.
- (2) Porucha není důsledkem organické mozkové poruchy (ve smyslu F00-F09) nebo intoxikace alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou (F1x.2) nebo odnětím látky (F1x.3 nebo F1x.4).

(Smolík, 2001)

Kategorie schizofrenie zahrnuje poměrně různorodou skupinu onemocnění, která v různé míře charakterizují pozitivní příznaky schizofrenie (bludy, halucinace, bizarní

chování), negativní příznaky schizofrenie (např. anhedonie, apatie, alogie), kognitivní dysfunkce (např. pozornosti, paměti, exekutivních funkcí), často také afektivní příznaky (např. postpsychotická deprese) a narušení sociální adaptace (Mueser a McGurk, 2004; Češková, 2007). Profil těchto příznaků se přitom proměňuje v závislosti na fázi onemocnění. Rozlišujeme premorbidní fázi, prodromální fázi a akutní fázi onemocnění s následnými obdobími remisí a případných relapsů choroby a reziduálních příznaků. (Höschl et al., 2002) Schizofrenie postihuje ve stejné míře muže i ženy nejčastěji ve dvacátých letech věku, u žen je však registrován pozdější nástup choroby. (Mueser a McGurk, 2004; Höschl et al., 2002) Celoživotní prevalence schizofrenie je odhadována na 1%. (Mueser a McGurk, 2004)

Vedle paranoidní schizofrenie rozlišuje MKN-10 ještě hebefrenní (DSM-IV dezorganizovanou), katatonní, nediferencovanou, reziduální a simplexní schizofrenii. Diagnostická kritéria pro paranoidní schizofrenii jsou tato:

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F20.0 Paranoidní schizofrenie

- A. Musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii (F20).
- B. Musí převládat bludy nebo halucinace (jako jsou bludy pronásledování, vztahovačné, o vznešeném rodu, zvláštním posláním, tělesných změnách, žárlivecké, hlasy varující nebo příkazující, halucinace čichové nebo chuťové, sexuální nebo jiné tělesné pocity).
- C. Rychle se měnící nebo nepřiměřená emotivita, katatonní příznaky nebo inkoherentní řeč mohou být v klinickém obraze v mírném stupni přítomny, ale nesmějí dominovat.

Diagnostická kritéria DSM-IV pro Schizofrenii, paranoidní typ

- A. Zaujetí jedním či více bludy nebo částečné sluchové halucinace.
- B. Nic z následujícího nedomnuje: dezorganizovaná řeč, dezorganizované nebo katatonní chování nebo plochá či nepřiměřená emotivita.

(Smolík, 2001)

Paranoidní schizofrenie je uváděna jako nejčastější typ schizofrenie, nicméně toto jistě platí jen pro euroatlantickou oblast a např. v Japonsku je častěji diagnostikován hebefrenní typ (Tateyama et al., 1999).

Paranoidní typ je oproti jiným typům (např. simplexní formě) nejvíce charakteristický pozitivními příznaky schizofrenie - bludy a halucinacemi (viz bod B v MKN-10 a bod A v DSM-IV). Halucinace se mohou týkat všech pěti smyslů, nejčastější jsou ale auditorní halucinace (komentující, debatující a příkazující hlasy), často se přidružují také taktilní, čichové nebo chuťové halucinace. Bludy mohou být např. somatické („moje tělo vevnitř hnije“), persekucní („snaží se mě otrávit“), religiozní („jsem boží posel“), referenční („moderátor v televizi mi posílá zvláštní zprávu“), kontrolování („ostatní mohou číst moje myšlenky“) či grandiózní („jsem Bůh). Bludy a halucinace se na rozdíl od jiných typů (např. hebefrenní) vyskytují v rámci emočně a kognitivně jinak relativně dobře fungující osobnosti

(viz bod C v MKN-10 a bod B v DSM-IV). Oproti ostatním typům schizofrenie jsou myšlenky pacientů s paranoidní schizofrenií koherentní a bludy se stáčíjí kolem poměrně organizovaných témat. (Mohandie a Duffy, 1999; Höschl et al., 2002; Mueser a McGurk, 2004)

11. Disociace a schizofrenie

V předchozích kapitolách (viz kap. 8.1.1) jsem upozornil na větší míru disociace nalézané u pacientů s diagnózou schizofrenie ve srovnání s jedinci z běžné populace i pacienty s většinou dalších psychických poruch. Také jsem uvedl výsledky několika studií, které potvrzují výskyt disociativních poruch mezi pacienty s diagnózou schizofrenie (viz kap. 9.3).

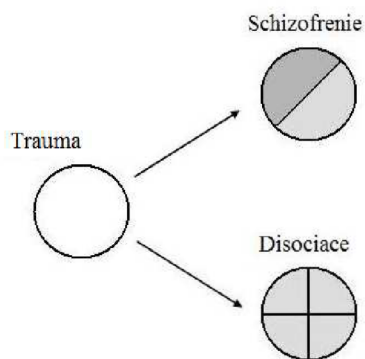
Jsou mi známy tři studie, které sledovaly korelaci mezi disociací a pozitivními příznaky schizofrenie. Spitzer et al. (1997, cit. dle Ross, 2004; Schäfer et al., 2006) našli u pacientů s diagnózou schizofrenie (N=27) vysoké korelace mezi DES skóre a pozitivními příznaky schizofrenie v dotazníku PANSS. Např. korelace mezi položkou halucinatorního chování a DES skóre činila $r=0,60$. V protikladu k tomu Schäfer et al. (2006) nenašli u pacientů s diagnózou schizofrenie (N=30) mezi výsledky DES a PANSS statisticky signifikantní vztah. Vysoká korelace ($r=0,67$) však byla nalezena mezi výsledky DES a pozitivními příznaky schizofrenie prvního řádu dle Schneidera v interview DDIS ve vzorku univerzitních studentů (Ryan, 1988, cit. dle Ross, 1997).

Disociace a schizofrenie spolu tedy nějakým způsobem souvisejí a přinejmenším u některých pacientů se vyskytují souběžně. Uvedená data nám nezodpoví otázku, zda a ve kterých případech byly disociativní symptomy (např. depersonalizace) projevem schizofrenie, kdy se jednalo o komorbiditu dvou jinak nezávislých poruch, kdy o projev jedné nozologické jednotky (tzv. disociativní schizofrenie, viz kap. 11.2.1) a kdy třeba o chybně zvolenou diagnózu schizofrenie zakrývající disociativní poruchu identity. Tyto otázky tvoří nesnadné jádro každé podobné diferencially diagnostické situace a já se jimi budu podrobně zabývat v příštích kapitolách.

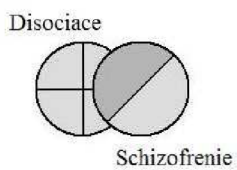
Na následujících stránkách budu detailně analyzovat různé formy vztahu mezi disociací a schizofrenií. Pro tyto vztahy lze namyslet několik logických variant, přičemž pro každou variantu jsem našel oporu v empirických studiích a vytvořil ilustrativní model. Nešlo mi přitom o hledání výlučnosti, jednotlivé modely se vzájemně nevylučují, naopak mohou se vzájemně doplňovat a společně nabývat velmi komplexních forem.

Výsledkem této analýzy je pět různých modelů, které lze zjednodušeně popsat takto: A) Schizofrenie a disociace jsou nezávislé fenomény (model 5) B) Schizofrenie a disociace se překrývají (model 2) C) Disociace je příčinou schizofrenie (model 4) D) Schizofrenie je příčinou disociace (model 3; přičemž tento vztah je zprostředkován dalším faktorem) a E) Schizofrenie a disociace jsou produktem společného faktoru (model 1). Tyto modely jsou ilustrovány na následující stránce.

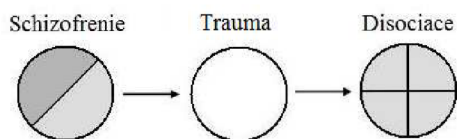
Model 1: Disociace a schizofrenie jako produkt traumatu



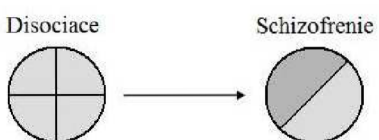
Model 2: Disociace a schizofrenie jako překrývající se fenomény



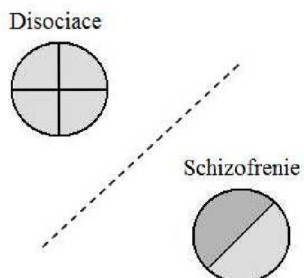
Model 3: Disociace jako reakce na trauma schizofrenie



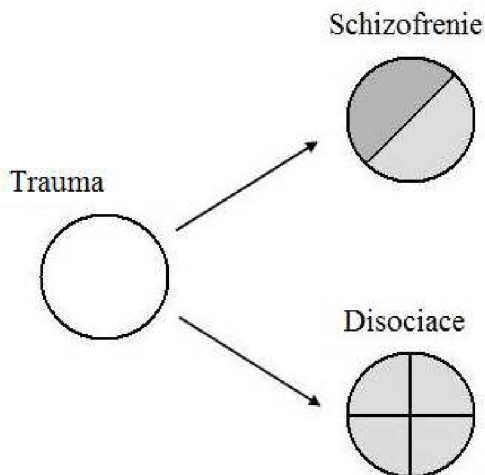
Model 4: Disociace jako podklad schizofrenie



Model 5: Disociace a schizofrenie jako nezávislé fenomény



11.1 Model 1: Disociace a schizofrenie jako produkt traumatu



V této kapitole budu uvažovat, jak mohou mít jinak nezávislé psychotické¹ a disociativní příznaky společnou souvislost s dalším faktorem - raným interpersonálním traumatem typu CAN. Nejprve stručně představuji klasický stres-diatéza model etiopatogeneze schizofrenie, ve kterém hraje role stresu jen úlohu spouštěče onemocnění. Dále přináším data, která v rozporu s tímto modelem naznačují, že traumatický stres v dětství typu CAN může mít v některých případech na rozvoji schizofrenie podstatnější vliv. Hlavními argumenty je vysoká prevalence CAN nalézaná mezi pacienty s diagnózou schizofrenie, souvislost mezi traumatem a pozitivními příznaky schizofrenie a obdobné anatomické a fyziologické změny mozku zjišťované mezi pacienty se schizofrenií a oběťmi CAN.

Etiologická důležitost rané interpersonální traumatizace byla již dříve dobře rozpoznána u disociativních poruch (viz kap. 1.2, 5.1, 6.2.1). Současné poznatky naznačují, že by jistý vliv mohla mít i při rozvoji schizofrenie. Disociativní a psychotické příznaky současně nalézané u některých pacientů s diagnózou schizofrenie tak spolu nemusejí souviset bezprostředně, ale lze je chápat jako dvě různorodé reakce na trauma.

11.1.1 Stres-diatéza model schizofrenie a jeho vztah k disociaci

Tradiční model etiopatogeneze schizofrenie nepředpokládá, v přímém protikladu k etiopatogenezi disociativním poruch, že by raná interpersonální traumatizace typu CAN, mohla mít na rozvoji onemocnění jakýkoliv podíl. Schizofrenie je pokládána za převážně

¹ Termíny psychóza a psychotické budou, pokud nebude uvedeno jinak, chápány jako příznaky schizofrenního spektra onemocnění (a nikoliv třeba afektivních psychóz), zvláště jako pozitivní příznaky schizofrenie.

dědičnou nemoc. Vulnerabilita k onemocnění (*diatéza*) je získána buď genetickými dispozicemi nebo prenatálními či ranými postnatálními vlivy (infekce, porodní trauma apod.). Psychosociální stres v tomto modelu hraje jen roli spouštěče¹ onemocnění. Nejedná se přitom zpravidla o abnormální traumatický stres, který by u většiny lidí sám o sobě spustil patologickou reakci. Jde o relativně běžný, byť třeba silný stres, se kterým se ve svém životě pravděpodobně potká každý člověk (osamocení se od primární rodiny, rozchod, úmrtí významné osoby apod.). Organismus člověka s predispozicí ke schizofrenii na tento stres, vzhledem ke své vulnerabilitě, reaguje přehnaně (*over-response*) – individuální hranice vnějšího stresu nutná pro rozvoj schizofrenie je překročena a onemocnění se začíná rozvíjet. (Read a Ross, 2004)

Tento tzv. *stres-diatéza* (*stress-diathesis*; *stress-vulnerability*) model (Nuechterlein a Dawson, 1984) je dnes téměř bezvýhradně akceptován a nalezneme jej ve většině učebnic (Smolík, 2001: 166; Češková, 2007: 14-15) či svépomocných příručkách (Praško et al., 2005: 24-31; Kalina, 1987: 19-20). Předpoklad genetické nebo perinatálně získané diatézy je dotvrzován četnými studii anatomických a fyziologických změn mozku nalézányi u dospělých pacientů, studii konkordance onemocnění u monozygotních a dizygotních dvojčat či kladnou odpovědí na atypická antipsychotika (Ross, 2004). Psychosociální etiopatogenetické modely schizofrenie, které zastávala raná psychoanalýza (např. Frida Fromm-Reichmannová) nebo škola z Palo Alto a představitelé rodinné terapie, ztrácely s objevením neuroleptické medikace a s nástupem moderních zobrazovacích metod (CT, PET, SPECT) postupně na etiologickém významu. Možný vliv rané interpersonální traumatizace je v současné době opomíjen ba dokonce explicitně vylučován.

Jediný stres, který model bere v úvahu, je vyvolávající (precipitující) stres. V rámci tohoto tradičního modelu by přidružené disociativní příznaky, mohly být, podobně jako psychotické příznaky, vysvětleny abnormální odpovědí na relativně běžný stres u predisponovaného jedince.

11.1.2 Prevalence CAN u pacientů s diagnózou schizofrenie

Tradiční stres-diatéza model etiogeneze schizofrenie nepředpokládá, že by psychosociální traumatizace mohla mít na rozvoji onemocnění přímý podíl. Tento předpoklad je však přinejmenším otřesen mnoha empirickými studii, které u pacientů s diagnózou schizofrenie opakovaně nalézají vysokou prevalenci CAN a dalších vážných traumat ještě

¹ Spouštěcím faktorem nemusí být ovšem jen psychosociální stres, ale také jiná forma zátěže (genetická, biologická, způsobená zevním prostředím). (Smolík, 2001)

před propuknutím onemocnění (Read a Ross, 2004; Read et al., 2005; Morgan a Fisher, 2007, Lysaker et al., 2007). V přehledové analýze 51 studií týkající se prevalence CAN u psychotických pacientů Read et al. (2005) zjistili, že průměrně 69% žen (N=1395) a 59% mužů (N=877) s psychotickým onemocněním bylo v dětství obětí fyzického týrání nebo sexuálního zneužívání. 48% žen a 28% mužů udalo v průměru sexuální zneužívání, 29% žen a 7% mužů incest a 48% žen a 50% mužů fyzické týrání. Tato data jsou ale pravděpodobně mírně nadhodnocena, neboť sledované vzorky byly z hlediska psychiatrických diagnóz velmi heterogenní, neboť zařazujícím kritériem bylo pouze pravidlo, aby alespoň polovina pacientů mělo diagnózu psychotického onemocnění. Proto Morgan a Fisherová (2007) přehledovou analýzu zopakovali, přičemž zařadili pouze ty práce, ve kterých bylo zastoupení psychotických pacientů stoprocentní. Zjištěná prevalence mírně klesla, ale zůstala stále značně vysoká. 50% mužů (N=226) i žen (N=127) průměrně udalo fyzické týrání anebo sexuální zneužívání v dětství. 42% žen a 28% mužů v průměru zažilo sexuální zneužívání a 35% žen a 38% mužů fyzické týrání. Sledované studie v této analýze nicméně stále zahrnovaly poměrně heterogenní skupiny různých psychotických pacientů, vedle schizofrenních psychóz byly zastoupeny například také afektivní psychózy. Vzhledem k tématu této práce, se nyní zaměříme na vybrané studie, které prevalenci CAN sledovali mezi pacienty se schizofrenním spektrem psychóz.

Ve studii Schäfera et al. (2006) udalo 41% z 30 žen se schizofrenií fyzické týrání (20%) anebo sexuální zneužívání (37%) v dětství. Shodnou prevalenci sexuálního zneužívání v dětství u pacientů se schizofrenií zjistili Miller a Finnerty (1996) u žen (36% z 44) a Lysaker et al. (2001) u mužů (35% z 52). Ross et al. (1994) naměřili mezi 83 pacienty (muži i ženami) se schizofrenií s pomocí interview DDIS 44,6% prevalenci fyzického týrání (31,3%) anebo sexuálního zneužívání (25,3%). Honig et al. (1998) vedle fyzického týrání a sexuálního zneužívání ve svém genderově smíšeném vzorku pacientů se schizofrenií sledoval také emoční zanedbávání a našel dokonce 83% prevalenci CAN. Podobně vysokou prevalenci CAN (73%) nacházejí Schäfer et al. (2006), zařazují-li vedle fyzického týrání a sexuálního zneužívání také psychické týrání a emoční či fyzické zanedbávání.

Vzhledem k relativně vysokému zastoupení CAN v populaci (Gershuny a Thayer, 1999) je třeba si položit otázku, zda jsou nalezené prevalence CAN mezi pacienty se schizofrenií opravdu tak vysoké, jak se na první pohled zdá a zda se významně liší od zastoupení v běžné populaci. Tuto otázku zodpovídají studie, které používají u obou skupin shodné metodologické postupy. Tyto studie ukazují, že mezi běžnou populací a pacienty se schizofrenií nebo psychózou významný rozdíl v prevalenci CAN skutečně existuje.

Kupříkladu Bebbington et al. (2004) našel přibližně 34,5% prevalenci sexuálního zneužívání mezi psychotickými pacienty, což bylo devatenáctkrát více (1,8%) než v kontrolní skupině lidí bez psychiatrické poruchy. Ross et al. (1994) naměřili mezi pacienty se schizofrenií s pomocí interview DDIS 44,6% prevalenci fyzického týrání anebo sexuálního zneužívání, což bylo téměř čtyřikrát více (12,6%) než v běžné městské populaci (Ross, 1991). V rámci tohoto městského vzorku, mezi těmi respondenty, kteří neudali žádný pozitivní příznak schizofrenie, doznalo fyzické týrání nebo sexuální zneužívání jen 8,1%, zatímco mezi těmi, kteří uvedli tři, a více pozitivních příznaků schizofrenie to bylo 45,7% (Ross a Joshi, 1992). Tato data potvrzují, že vztah mezi schizofrenií a raným interpersonálním traumatem typu CAN existuje, a že je významný. Také naznačují, že trauma typu CAN je specificky vztaženo k pozitivním příznakům schizofrenie.

11.1.3 Trauma a pozitivní příznaky schizofrenie

Podle současných zjištění má trauma typu CAN větší vztah k pozitivním příznakům a naopak menší vztah k negativním příznakům schizofrenie (Ross et al., 1994; Ellason et al., 1995). Ve studii Rosse et al. (1994) pacienti s diagnózou schizofrenie, kteří udali, že byli v dětství fyzicky týráni nebo sexuálně zneužíváni uvedli v interview DDIS v průměru 6,3 pozitivních příznaků schizofrenie podle Schneidera což bylo signifikantně více, než uvedli pacienti s diagnózou schizofrenie, kteří týráni anebo zneužíváni nebyli ($M=3,3$). Ve stejné studii dosahovala skupina, která zažila CAN signifikantně více pozitivních (20,4 oproti 15,7) a méně negativních (17,7 oproti 21,0) příznaků schizofrenie v dotazníku PANSS. Skupinu, která zažila CAN, charakterizovala převaha pozitivních příznaků (+2,6), zatímco skupinu, která nikoliv, byla charakteristická převahou negativních příznaků (-5,3).

Tato data jsou konzistentní se zjištěním, že pacienti s diagnózou disociativní porucha identity, pro které je typická raná interpersonální traumatizace, trpí více pozitivními příznaky schizofrenie než samotní pacienti s diagnózou schizofrenie (viz kap. 6.5.5). V interview DDIS udali pacienti s diagnózou DID ($N=368$) v průměru 4,9 pozitivních příznaků prvního řádu dle Schneidera, zatímco pacienti s diagnózou schizofrenie ($N=1739$) udali v průměru jen 1,3 příznaků (Ross et al., 1990a). V dotazníku PANSS bylo pacientům s diagnózou DID naměřeno více pozitivních (23,8 oproti 19,9) a méně negativních (17,1 oproti 21,8) příznaků schizofrenie než pacientům s diagnózou schizofrenie (Ellason et al., 1995). Pacienty s DID charakterizovala převaha pozitivních příznaků (+6,7) a pacienty se schizofrenií převaha negativních příznaků (-1,9). Ačkoliv máme tendenci považovat pozitivní příznaky

schizofrenie za nejtypičtější projev schizofrenie, jsou překvapivě tyto příznaky nejvíce typické pro DID.

Ross (2004) se na základě těchto dat domnívá, že negativní příznaky schizofrenie mají spíše endogenní, organický původ, na rozdíl od pozitivních příznaků schizofrenie, které jsou často spojeny s působením traumatického stresu.

11.1.4 Interpersonální trama a neurobiologické změny

Dominující představa o etiopatogenezi schizofrenie spočívající převážně v geneticky podmíněné nebo perinatálně získané strukturální či funkční poruše mozku (např. na úrovni dopaminového systému) je zpochybňována také některými neurobiologickými studiemi (Read et al., 2001; Teicher et al., 2003). Nalezené anatomické a fyziologické změny mozku u dospělých pacientů se schizofrenií nejsou jednoznačným důkazem pro to, že jsou tyto změny vrozené. Nově je totiž zjišťováno, že vážné interpersonální trauma v dětství typu CAN může významným způsobem měnit strukturu a funkci mozku a to i na úrovni dopaminového systému, jak bylo zjištěno na laboratorních zvířatech (Hall et al., 1999, Berton et al., 2006). Rané trauma může vést k obdobným změnám, které nacházíme u pacientů se schizofrenií - k narušení dalších neurotransmitterových systémů (např. serotoninového), k dysregulaci hypotalamo-hypofýzo-adrenální osy (HPA), strukturálním změnám hipokampu¹ respektive celého limbického systému, cerebrální atrofii, zvětšení mozkových komor či obrácené asymetrii mozkových hemisfér (Read et al., 2001; Teicher et al., 2003). Vychází se přitom ze zjištění, že nervová soustava se vyvíjí ještě dlouho po narození, a že je proto v tomto období zranitelnější vůči biochemickému vlivu stresových hormonů (především neurotoxických glukokortikoidů). Například dendritický růst v levé hemisféře je ukončován až kolem 3-6 roku dítěte, na rozdíl od dendritického růstu v pravé hemisféře, který je ukončován kolem 6 měsíce. Psychosociální trama v periodě od 6 měsíce do 6 roku, tak může mít diferenciálně přímý vliv na rozvoj levé hemisféry (Ito et al., 1998).

11.1.5 Revize stress-diatéza modelu

Ross (2004) přináší další argumenty proti chápání schizofrenie jako takřka výhradně geneticky podmíněné poruchy. Upozorňuje na nadhodnocování vlivu genetické složky vyplývající ze studia konkordance onemocnění u monozygotních a dizygotních dvojčat (Torrey, 1992) a reinterpretuje údaje ze studií sledující účinnost atypických antipsychotik.

¹ Pozdější studie dvojčat ukázala, že menší velikost hipokampu je patrně predisponující faktor rozvoje posttraumatických příznaků spíše než důsledek traumatu jako takového. (Gilbertson et al., 2004)

Tuto účinnost považuje za mírnou. Studie zjišťující vyšší výskyt schizofrenie u rodinných příbuzných prvního a druhého stupně bohužel nekonfrontuje.

Data, která jsem uvedl ve prospěch traumatu jako etiologické složky schizofrenie, přirozeně nepodemílají většinu dosavadních zjištění týkajících se genetické dispozice k onemocnění. Upozorňují však, že vliv traumatického stresu může být při rozvoji schizofrenie podstatnějším faktorem, než je jen role spouštěče, a že v některých případech může být genetická složka přeceněna. Tato nová data rovněž nezavrhují stres-diatéza model schizofrenie, ale naopak rozšiřují ho o novou dimenzi. **Upozorňují, že k rozvoji schizofrenie může dojít dvěma cestami – neurobiologická dispozice (diatéza) k onemocnění může být geneticky nebo perinatálně získaná, ale může být také produktem traumatického stresu v dětství.** V obou případech je výsledkem zvýšená senzitivita vůči dalšímu stresu během dospívání a dospělosti a zvýšená vulnerabilita k onemocnění schizofrenií.

Tyto poznatky stres-diatéza model nezamítají, ale revidují jeho logické a empirické nesrovnalosti. Je přinejmenším paradoxní, že malé míře stresu, jakým je např. vyjadřovaná hostilita a kritičnost¹, je přičítán vliv schopný způsobit až relaps schizofrenie, zatímco tak velkému stresu, který představují léta emočního zanedbávání, fyzického týrání anebo sexuálního zneužívání skrývající se pod zkratkou CAN, není na rozvoji a průběhu onemocnění přičten vliv žádný (Read a Ross, 2004).

Reakce na trauma není uniformní a ve skupině traumatizovaných klientů se nezdá setkáváme s extenzivní komorbiditou (Ross, 2000). CAN je akceptován jako velmi rizikový faktor rozvoje celé řady psychopatologických fenoménů – deprese, úzkostných poruch, PTSD, poruch příjmu potravy, sebevraždnosti, zneužívání návykových látek, sexuálních dysfunkcí, poruch osobnosti a v neposlední řadě disociativních poruch (Read a Ross, 2004). U schizofrenie, navzdory empirickým zjištěním, tato souvislost zůstává stranou zájmu.

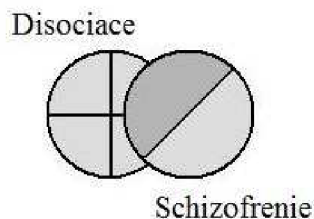
Vztah mezi raným interpersonálním traumatem a schizofrenií nicméně není přímý – u většiny obětí CAN se schizofrenie nerozvine a spíše většina pacientů se schizofrenií CAN neudává (na rozdíl od pacientů s DID). Je třeba ale uvážit možnost, že další pacienti se schizofrenií mohou být vystaveni jiným typům traumat, která mohou sehrát obdobnou roli, jako CAN – svědectví domácího násilí, vraždy, prožití vážné přírodní anebo společenské katastrofy (válka, hladomor), nehody či závažné tělesné nemoci apod. Sarkar et al. (2005) například mezi skupinou pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie, z nichž však polovina byla pachateli trestných činů, určili 93% prevalenci takto rozmanitých typů traumat.

¹ Tzv. nadměrně vyjadřované emoce (viz např. Motlová a Koukolík, 2004).

Lze namítnout, že zjištěná komorbidita traumatu a schizofrenie jednoznačně nesvědčí pro kauzální směr mezi jevy. Můžeme například uvažovat, že jedinci predisponovaní k rozvoji schizofrenie jsou rovněž více náchylní k viktimizaci (viz dále, kap. 11.3.2.2). Prepsychotické děti mohou být snáze obětí násilí, podobně jako děti hyperaktivní nebo děti s mentální retardací. Lze také uvažovat model, ve kterém rodiče, kteří geneticky disponují své dítě ke schizofrenii, mívají častěji osobnostní rysy (např. impulzivita, emoční odtazitost, excentričnost), které jsou spojeny s větším rizikem týrání a zneužívání vlastních dětí.

I kdybychom nepřijali myšlenku, že by zjištěné prevalence CAN u schizofrenie (a další argumenty) svědčily pro etiologický význam CAN, domnívám se, že trauma a jeho (disociativní) důsledky mohou průběh schizofrenního onemocnění a jeho léčbu přinejmenším komplikovat, a že by proto měly v každém případě být diagnosticky a terapeuticky oslovovány. Současná data však naznačují, že rané interpersonální trauma typu CAN významný etiologický faktor u schizofrenie bývá, přinejmenším u určitého typu.

11.2 Model 2: Disociace a schizofrenie jako překrývající se fenomény



11.2.1 Disociativní typ schizofrenie

V minulých oddílech jsem naznačil, že rané interpersonální trauma může mít etiologický význam alespoň u určité části pacientů se schizofrenií. Někteří autoři proto navrhují tyto případy klasifikovat jako nový podtyp schizofrenie. Kingdon a Turkington (1999 dle Morrison et al., 2003) tento typ nazývají obsedantní psychóza. Pacient s touto poruchou opakovaně zažívá rozrušující halucinace, které mají přímý vztah k traumatu, jako je například slyšení hlasů pachatele sexuálního zneužívání. Tato koncepce je v souladu se závěrem Honiga et al. (1998), kteří zjistili, že téměř dvě třetiny pacientů přiřadili počátek auditorních halucinací ke konkrétním traumatizujícím událostem a mínění Ensinka (1992, cit. dle Read a Ross, 2004), který pokládá mnohé auditorní a vizuální halucinace i bludy za reminiscence konkrétních detailů traumatizující viktimizace.

Van der Hart et al. (1993) navrhli koncept reaktivní disociativní psychózy, kterou chápou jako podkategorii krátké reaktivní psychózy. Jedná se o krátkou psychotickou reakci na traumatizující událost, kterou charakterizuje převaha disociativních příznaků. Historicky

navazuje na koncept hysterické psychózy, kterou prosazoval již Pierre Janet, a která byla zapomenuta začátkem dvacátého století. Tato porucha by neměla trvat déle než měsíc, i když může nabrat chronický průběh.

Colin A. Ross (2004) navrhuje termín disociativní schizofrenie. Disociativní porucha identity a schizofrenie se podle něj překrývají v takové míře a tak často, že již než uvažovat o komorbiditě dvou odlišných poruch, ale raději o samostatné nozologické jednotce. Základními rysy disociativní schizofrenie je silné a chronické traumatizace v dětství, extenzivní komorbidita a disociativní příznaky (depersonalizace, amnézie, odlišné identity nebo osobnostní stavy). Mnoho pacientů s disociativní schizofrenií, podobně jako pacientů s DID, může splňovat diagnostická kritéria pro celou řadu dalších psychických poruch (deprese, PTSD, hraniční porucha osobnosti, obsedantně kompulsivní porucha, panická porucha, zneužívání návykových látek apod.). Zpravidla není přítomná porucha myšlení s bludy ani výrazný úbytek kognitivních funkcí. Typické jsou naopak auditorní halucinace – hlasy reprezentují různé části osobnosti pacienta, které mohou mít specifická jména, věk, pohlaví či další charakteristiky. Pacient lépe odpovídá na psychoterapii a hůře na medikaci atypickými antipsychotiky. Tento typ je podle odhadu autora zastoupen v 25-40% případů schizofrenie. Shrňme-li v bodech, disociativní schizofrenie má oproti jiným typům schizofrenie následující vlastnosti (Ross, 2004: 19):

- Méně negativních symptomů schizofrenie
- Více pozitivních symptomů schizofrenie
- Menší porucha myšlení
- Větší komorbidita na ose I a ose II (což často zahrnuje disociativní poruchy a PTSD)
- Větší odpověď na psychoterapii
- Menší odpověď na medikaci neuroleptiky
- Více strukturované a definované ego stavy
- Větší schopnost hlasů zapojit se do rozumné konverzace
- Větší schopnost hlasů brát na sebe exekutivní kontrolu
- Větší míra disociace a hypnability
- Více silné a chronické trauma v dětství
- Méně disociativní schizofrenie u rodinných příbuzných
- Více disociativní schizofrenie u rodinných příbuzných
- Více přítomná psychobiologie traumatu
- Méně přítomná psychobiologie endogenní schizofrenie
- Lepší prognóza

11.2.1.1 Disociace a trauma u pacientů s diagnózou schizofrenie

V kapitole 1.2 jsem poukázal na úzkou souvislost traumatu a disociace. Studie Rosse et al. (1994) naznačuje, že daná souvislost platí také mezi pacienty s diagnózou schizofrenie.

V této studii skupina, která v interview DDIS uvedla, že byla v dětství sexuálně zneužívaná anebo fyzicky týraná (N=37) dosáhla statisticky signifikantně vyššího DES skóru (M=21,6), než skupina (N=46), která tyto zkušenosti neuvedla (M=8,5). Tato data Ross (2004) uvádí k podpoření svého modelu disociativní schizofrenie.

11.2.2 Disociace jako inherentní součást schizofrenie

V psychologických popisech schizofrenie se někdy dočítáme, že se jedná o rozpad já (např. Laing, 2000), o fragmentalizaci ega (např. Scharfetter, 2001), desintegraci self (např. Lundy, 1992) apod., což má přinejmenším jazykově blízko k disociaci. Tyto popisy evokují představu, že v samotném jádru schizofrenie spočívá disociativní proces, že se tyto fenomény překrývají, že mezi nimi není rozdíl. Vzhledem k závažnosti onemocnění, leží schizofrenie na konci pomyslného disociativního kontinua. Self se nerozděluje na několik koherentních a konzistentních identit jako je tomu u DID, ale rozpadá se zcela. Disociace je zde chápána široce jako rozpad jáských funkcí, jako deteriorace osobnosti v protikladu k užšímu pojetí, které chápe disociaci jako účelnou reakci na trauma.

Zastánci tohoto pojetí (např. Scharfetter, 2001, Hardy-Baylé et al., 2003) argumentují, že disociace (splitting) byla pokládána za inherentní proces schizofrenie už u zakladatele pojmu Eugena Bleulera a dřívějších autorů v 19. století. Bleuler charakterizoval schizofrenii pomocí „čtyř A“ - ambivalence, autismus, ztráta afektu a ztráta asociace. Ztrátu asociace považoval za základní patognomický rys schizofrenie a popsal několik disociativních automatizmů jako primárních schizofrenních příznaků – např. zábrany v pohybu, řeči a myšlení (katatonický stupor, negativismus), echolálie a echopraxie, bludné myšlenky či disociované myšlení (Gainer, 1994). Bleulerovi postřehy je opět třeba číst prizmatem doby, které vévodil asocianismus.

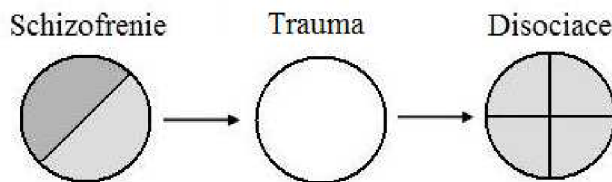
Disociace byla u Bleulera pokládána za fundamentální proces schizofrenie. Schizofrenii považoval, stejně jako považujeme dnes, nikoliv za jedno, ale za skupinu různých onemocnění. Navzdory častým proklamacím, že Bleulerův pojem nemá nic společného z „rozštěpením osobnosti“, zahrnovala překvapivě Bleulerova skupina schizofrenií i „dvojitou osobnost“, kterou dnes nazýváme disociativní poruchou identity (Ross, 2004). Bleuler ve své knize *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* (1911) popsal mnohé fenomény, které u pacientů s DID pozorujeme i dnes – např. změny hlasu a chování u různých osobností, výrazné změny pulsu, vynoření dětské osobnosti, bludy posedlosti apod. (Ross, 2004).

K misinterpretaci Bleulerova díla dochází i v české psychiatrii: „*Název schizofrenie (...) pro toto onemocnění zavedl (...) význačný německý psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939). Chtěl tak zdůraznit přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Tento termín je ale široce mylně vykládán především laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, jako by zároveň existovaly dvě nebo více rozlišných osobností.*“ (Praško et al., 2005: 9) Autoři mají pravdu, že schizofrenie dnes nezahrnuje to, co klasifikujeme jako disociativní poruchu identity. U Bleulera však hranice mezi těmito fenomény nebyla takto jednoznačná.

11.2.3 Disociativní příznaky jako projev schizofrenie

Model 2 zahrnuje také variantu, ve které lze některé disociativní příznaky chápat jako přirozenou součást symptomatologického profilu schizofrenie. To se týká především příznaků depersonalizace, které často provázejí prodromální fázi schizofrenního onemocnění a mohou signalizovat jeho relaps (Maggini et al., 2002). Příznaky depersonalizace byly nalezeny nezávisle na trvání onemocnění u 36,8% pacientů (N=57) s diagnózou schizofrenie (tamtéž).

11.3 Model 3: Disociace jako reakce na trauma schizofrenie



11.3.1 Trauma schizofrenie

Psychóza sama o sobě může být velmi traumatizující zážitek. Tento jednoduchý fakt, bývá často opomíjen. Pokud je psychóza traumatizující, lze uvažovat, že na ni jedinec může zareagovat disociací. Psychóza může být traumatizující a to podstatnou měrou: „*Psychóza představuje opravdové nebezpečí pro přežití jednotlivce. Tím nebezpečím je, že se self dezintegruje. Pocit, že člověk umírá. Vnitřní katastrofa. Ztráta self je vnímaná jako reálná a nevratná.*“ (Lundy, 1992: 487)

Dezintegrace a ohrožení existence self se promítá v persekučním bludu – druzí pacientovi chtějí uškodit, otrávit ho, zabít. To, co my vnímáme jako blud, je však pro pacienta s paranoidní schizofrenií skutečné, stejně jako by pro nás bylo se svými důsledky skutečné kupříkladu násilné vymáhání dluhu. Nepřekvapilo by nás jistě, kdyby jedinec považoval

reálné výhrůžky, pronásledování a fyzické útoky za trauma a reagoval by na ně rozvojem disociativních příznaků (např. depersonalizace). Alespoň část disociativních příznaků u pacientů se schizofrenií tak lze chápat jako obranu před psychózou samotnou.

Halucinace a bludy mohou nabýt různých podob a málokteré nebudeme považovat za traumatizující – např. strach z posměchu a pomluv, hlasy, které neustále vyhrožují, pocit, že je pacient kontrolován mrtvým člověkem apod. Jako nejvíce traumatizující se empiricky ukázaly být čichové a zrakové halucinace, persekční bludy či bludy kontroly a vměšování – tedy halucinace a bludy typicky spojované s paranoidní schizofrenií. Za nejméně stresující či dokonce za příjemné a zábavné byly považovány manické a grandiózní příznaky. (Shaw et al., 1997)

Shaner a Eth (1989) si všímají, že trauma způsobené psychózou může být větší než skutečné trauma, neboť je vytvořeno myslí pacienta, nerespektuje přírodní zákony, a proto může naplnit jeho nejhorší myslitelné obavy. Hluboké trauma může být hypoteticky zdrojem hluboké disociace, v krajním případě – spekulujme – až disociativní poruchy identity.

Literatura týkající se disociace, která sekundárně nasedá na psychotické onemocnění, chybí. Setkáme se alespoň s poznatky popisujícími vznik postpsychotické PTSD, tedy posttraumatické stresové poruchy, která se rozvíjí v reakci na trauma psychózy samotné (Jeffries, 1977; Shaner a Eth, 1989; Lundy, 1992; Williams-Keeler, 1994; Shaw et al. 1997; Shaw et al., 2002). Ještě dříve byl popsán dnes obecně přijímaný syndrom postpsychotické deprese (McGlashen a Carpenter, 1976). V obdobném duchu lze navrhnout koncept postpsychotické disociace a nabídnout ho k empirickému přezkoumání.

Posttraumatické příznaky navazující na psychotickou ataku mohou mít zásadní vztah k mnoha oblastem diferenciální diagnostiky a terapie psychóz. Shaner a Eth (1989) ve své kazuistice pacienta se schizofrenií uvádějí, jak může intruzivní znovuprožívání psychotické epizody v rámci postpsychotické PTSD připomínat relaps onemocnění. Obdobně se ve své kazuistice pacienta s paranoidní schizofrenií vyjadřuje Lundy (1989). Opakující se vtíravé vzpomínky na období psychotické epizody, které jsou prožívané velmi živě jako by byly znovu přítomné, připomínají pozitivní symptomy schizofrenie a jsou schopny zmást pacienta i lékaře a mohou vést k chybně zvolené léčbě. Posttraumatické příznaky se od pozitivních příznaků schizofrenie patofyziologicky odlišují a neodpovídají na antipsychotickou medikaci (Shaner a Eth, 1999).

Intruzivní symptomy postpsychotické PTSD se mohou jevit jako pozitivní symptomy schizofrenie. Znecitlivující složka PTSD (emoční oploštění, staženost, netečnost, anhedonie) se diagnostiky naopak překrývá s negativními symptomy schizofrenie. Také další reziduální

příznaky mohou být v důsledku postpsychotické PTSD (insomnie, noční můry, zvýšená dráždivost, obtíže s koncentrací, hypervigilita) (Shaner a Eth, 1989; Lundy, 1992). Negativní příznaky schizofrenie obdobně připomínají některé negativní disociativní příznaky (např. depersonalizace), které mohou být rovněž součástí postpsychotické reakce.

Pacient z Lundovy (1992) kazuistiky rozvinul další komponentu PTSD – vyhýbání se. Pacient se vyhýbal všemu, co souviselo s psychózou a obsahem jejích bludů. Jako kdyby přemýšlení o prodělané atace mohlo vést k relapsu onemocnění. To byl také důvod, proč přestal brát medikaci, připomínala mu traumatizující psychotické onemocnění, jehož návratu se obával. Výsledek tohoto kroku byl ironicky opačný, k relapsu psychózy došlo.

Snaha pacienta vyhnout se opakování traumatu psychózy a následné hospitalizace může vést k disimulaci. Nedostatečný náhled na psychotické onemocnění a odmítání nemoci může být zapříčiněno snahami trauma psychotické ataky raději zapomenout a vyhnout se retraumatizaci prostřednictvím vzpomínek. Tím lze vysvětlit amnézie na dobu psychotické ataky a hospitalizace.

Vztah mezi traumatem, které psychóza představuje, a rozvojem PTSD není přímý a hrají v něm roli patrně kognitivní faktory, jako je ohodnocení stresoru či styly zvládnání zátěže (Birchwood, 2003; Jackson et al., 2004; Kilcommons a Morrison, 2005). Stejně trauma nepůsobí na různé lidi stejně a nejinak tomu bude u traumatu psychotického onemocnění. Podobné zprostředkující faktory lze očekávat i mezi psychózou a postpsychotickou disociací.

11.3.2 Traumatické důsledky schizofrenie

V předešlém oddíle jsme popsali, jak může být psychóza přímo sama o sobě traumatizujícím zážitkem. Psychóza může být traumatizující také nepřímo svými důsledky. V následujících kapitolách uvažujeme několik cest, jakými může psychotické onemocnění přinést do života člověka další traumata. Psychotické onemocnění s sebou přináší negativní sociální důsledky, pacienti jsou náchylnější k viktimizaci a v neposlední řadě mohou být traumatizováni systémem psychiatrické péče. Tato traumata pak mohou být částečně odpovědná za disociativní symptomy, které mezi psychotickými pacienty nalézáme.

11.3.2.1 Negativní sociální důsledky schizofrenie

Schizofrenie, ostatně jako každá jiná vážná nemoc, mění výrazným způsobem dosavadní život jedince a může přinést významné problémy spojené s adaptací. Součástí maladaptivní reakce mohou být i disociativní příznaky. Schizofrenie může být traumatizující negativními či až devastujícími společenskými konsekvencemi. Je spojována s úbytkem

sociálních vazeb, životem mimo partnerství, nezaměstnaností, invaliditou, bezdomovectvím potažmo se zhoršením sociálního fungování vůbec (např. Melle et al., 2000; Geddes et al., 1994; Olafson et al., 1999).

11.3.2.2 Schizofrenie a sklon k viktimizaci

Retrospektivní studie (např. Mueser et al., 1998) poukazují na to, že jedinci s psychózou jsou celoživotně častěji obětí násilných i nenásilných trestných činů (napadení, znásilnění, vykradení apod.). Z těchto údajů nelze jednoznačně vyvodit, co předchází čemu, zda psychóza viktimizaci nebo trauma psychóze (viz kap. 11.1). Oba pohledy se přirozeně vzájemně nevylučují.

Předpoklad, že jsou lidé s psychózou zranitelnější, a že jsou náchylnější k tomu, být obětí trestných činů, potvrzují některé studie sledující výskyt viktimizace až po propuknutí nemoci (Hiday et al., 1999; Brekke et al., 2001; Silver, 2002; Hiday et al., 2002; Walsh et al., 2003; Mueser et al., 2004; Fitzgerald et al., 2005). Brekke et al. (2001) sledovali pacienty se schizofrenií a schizoafektivní poruchou po dobu tří let. Během této doby se stalo 38% z nich obětí zločinu, což bylo 14 krát více, než kolik jich bylo zadrženo jako pachatelé. Tato data je ale třeba interpretovat opatrně, neboť můžeme očekávat, že méně osob zločiny páchá než je jejich obětí. Abychom určili, zda jsou pacienti s psychózou častěji obětí zločinu, bylo by třeba po dobu tří let sledovat také kontrolní vzorek. Míru viktimizace psychotických pacientů srovnávali s viktimizací celkové populace Walsh et al. (2003), kteří zjistili, že v průběhu jednoho roku, je alespoň 16% psychotických pacientů obětí násilného zločinu, což je více než dvakrát tolik než v celkové populaci. Ve studii Hidaye et al. (2002) se během jednoho roku stalo 9,9% psychotických pacientů obětí násilného trestného činu a 28,7% nenásilného. Stejní autoři (Hiday et al., 1999) během čtyřměsíční doby dříve zjistili 8,2% prevalenci násilných a 22,4% nenásilných trestných činů. Během jednoho měsíce určili Fitzgerald et al. (2005) 4,3% prevalenci násilných a 11,2% nenásilných trestných činů. Stejní autoři ve své přehledové studii poukazují na to, že viktimizace psychotických pacientů s časem lineárně roste. Z tohoto trendu vybočuje jen studie Silvera (2002), která přináší relativně vysokou prevalenci násilných trestných činů (15,2%) během krátké doby 10 týdnů. Do této studie ale nebyli zahrnuti jen psychotičtí pacienti, ale i další rizikové skupiny (drogově závislí, s poruchou osobnosti).

Silnější viktimizace psychotických pacientů byla spojena se silnějšími klinickými příznaky, jinými slovy čím vážnější je psychické narušení pacienta, tím častěji je obětí trestných činů (Brekke et al., 2001; Hiday et al., 1999; Hiday et al., 2002; Walsh et al., 2003).

Hiday et al. (2002) kupříkladu zjistili, že čím více paranoidních symptomů pacienti uvedli, tím více byly viktimizováni. Fitzgerald et al. (2005) však upozorňují, že tato data mohou být nadhodnocena, neboť některé z udaných činů mohly být součástí persekucního bludu.

Vztah mezi narušením pacienta a viktimizací nemusí být přímý a mohou v něm hrát roli zprostředkující faktory. Aktuální viktimizace má vztah s dřívější viktimizací, se zneužíváním návykových látek či s nestabilními bytovými podmínkami a bezdomovectvím (Brekke et al., 2001; Silver, 2002; Hiday et al., 2002; Walsh et al., 2003).

Jedinci s psychotickým onemocněním, pravděpodobně zvláště ti, trpící paranoidním typem schizofrenie, se po propuknutí nemoci častěji stávají obětí trestného činu. Ačkoliv není zatím zcela zřejmé proč, jistý vztah byl nalezen k přidruženým rizikovým faktorům (zneužívání návykových látek, bezdomovectví apod.). Zvýšené riziko viktimizace přitom s sebou může přinášet větší riziko rozvoje disociativních příznaků.

11.3.2.3 Predispozice k schizofrenii a sklon k viktimizaci

V minulé části jsme uvedli, že pacienti s rozvinutým psychotickým onemocněním jsou častěji obětí trestných činů. Můžeme spekulovat, že jedinci, kteří jsou predisponováni k psychóze, ale u kterých se psychóza ještě nerozvinula, jsou rovněž náchylnější k viktimizaci (např. pro nedostatek sociálních a kognitivních dovedností). Tito jedinci by mohli být v důsledku své dispozice mnohem častěji než ostatní vystavováni nadměrnému stresu, který by následně mohl sehrát roli jako spouštěč jejich psychotického onemocnění. To by znamenalo, že v rámci stres-diatéza modelu by se složka stresu nevyskytovala zcela náhodně a nezávisle na diatézy. Faktor vnějšího stresu by v revizi tohoto modelu nebyl tak ostře oddělen od vnitřní neurobiologické složky, stejně jako bylo již naznačeno, že neurobiologická dispozice nemusí být tak ostře oddělená od stresu, neboť může být jeho produktem (viz kap. 11.1.4).

11.3.2.4 Traumatický rozměr současné psychiatrické péče

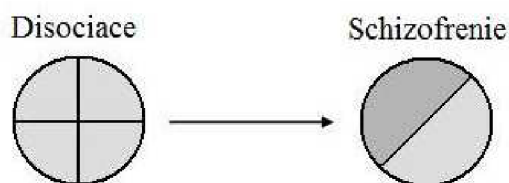
Budeme-li naslouchat samotným pacientům (např. Šupa, 2004), musíme bohužel také připustit, že i psychiatrická hospitalizace, potažmo systém psychiatrické péče může být natolik traumatizující, že může vést k rozvoji posttraumatických a disociativních příznaků. Jako velmi stresující byla popsána ztráta kontroly spojená s vynucenou hospitalizací a léčbou, vedlejší efekty medikace, ztráta kontaktu s rodinou, přáteli a světem venku, neznalost důvodů a délky hospitalizace či strach z odebrání dětí úřadem sociální péče (Shaw et al., 1997). Celé dvě třetiny pacientů udaly psychické napadání či šikanování spolupacienty, 25% zažilo

sexuální útok a 15% fyzický. Ačkoliv nebyli dotazováni přímo, necelých 10% pacientů uvedlo fyzický nebo sexuální útok ošetřujícím personálem. (tamtéž)

Postpsychotická PTSD - zahrnující kromě přímých důsledků psychózy (viz kap. 11.3.1) také nepřímé důsledky spojené s hospitalizací - byla empiricky ověřena několika studii, (McGorry et al., 1991; Shaw et al. 1997; Meyer, 1999; Priebe et al., 1998; Frame a Morrison, 2001; Shaw et al., 2002; Jackson at al., 2004). Tyto studie hovoří přibližně o 33%-50% prevalenci postpsychotické PTSD. Pouze finská studie Meyera et al. (1999) přinesla nižší prevalenci (11%). V této studii bylo 69% posttraumatických příznaků vztaženo k psychóze samotné a 24% k událostem týkajících se hospitalizace. Také mnohočetná regresní analýza provedená Framem a Morrisonem (2001) svědčí rovněž pro převahu psychotické zkušenosti jako takové při formování posttraumatické PTSD. Přímá psychotická zkušenost vysvětlovala 52% variance PTSD příznaků, události spojené s hospitalizací pouze 6%. Ačkoliv může být hospitalizace velmi stresující, na rozvoji postpsychotické PTSD se tedy patrně více podílí přímá zkušenost s psychózou.

McGorry et al. (1991) našli ve své prospektivní studii 46% prevalenci postpsychotické PTSD po 4 měsících od hospitalizace a 35% prevalenci po 11 měsících. Frame a Morrison (2001) zjistili 67% prevalenci v době hospitalizace a 50% prevalenci 4-6 měsíců poté. Postpsychotická PTSD tedy netáhne příliš k remisi. Shaw et al. (1997) našli 52% prevalenci postpsychotické PTSD, která byla potvrzena i po kontrole nepsychotické PTSD vztažené k jiným traumatům (Shaw et al., 2002). Autoři si všimají, že takto vysoký výskyt PTSD nalezneme jen u obětí těžkých traumat – válek, přírodních katastrof či znásilnění. Zatímco úloha těchto stresorů při rozvoji PTSD je dobře prozkoumána, obdobná úloha psychózy je doposud veskrze opomíjena. Existence postpsychotické disociace je pak opomíjena zcela.

11.4 Model 4: Disociace jako podklad schizofrenie



11.4.1 Disociace jako podklad pro psychotické příznaky

Disociace může být podkladem pro psychotické příznaky. Jak navrhuji Allen et al. (1995, 1996, 1997), jedinec, který se disociuje od vnější reality a druhých lidí, může ztrácet zakotvení ve vnějším světě, což mu znesnadňuje testování reality. Odříznutí se od okolí zanechává jedince, který trpí rovněž posttraumatickými příznaky, osamoceního a zranitelnějšího vůči hrůzostrašnému vnitřnímu světu. Silná disociace jej také zbavuje vnitřních kotev – jedinec ztrácí spojení s vlastním já, vlastním jednáním a tělem či postrádá jednotnou a koherentní identitu. To opět přináší sníženou schopnost testovat realitu a také pocity zmatku, dezorganizace myšlení a dezorientace.

Jak dokáže být disociace dezorganizující, jak může vést k dezorientaci v čase a prostoru a jak tím pádem může být schizofrenogenní, si přiblížíme na příkladech. Amnézie narušuje kontinuální plynutí času a nechává člověka na pochybách, co vlastně dělal a co nikoliv. Také vede k úplnému popření reality, jedinec je přesvědčen, že události, které se ve skutečnosti staly, se nikdy nestaly. Při depersonalizaci čas běží mnohem rychleji nebo naopak pomaleji než je zvykem. Vlastní já se jeví jako nevlastní. U disociativní poruchy identity se vlastní komponenty osobnosti jeví jako cizorodé. V obou případech je narušena hranice mezi vnitřním a vnějším, mezi já a ne-já. Během mimotělní zkušenosti, která bývá součástí peritraumatické disociace, jedinec dokonce překračuje jinak samozřejmou hranici svého těla.

Hypotézu psychotických příznaků nasedající na disociaci Allen et al. (1995, 1996, 1997) navrhli na základě korelací mezi disociativními příznaky na škále DES a psychotickým na škálách MMPI-2, MCMI-III (Million Clinical Multiaxial Inventory) a BSI (Brief Symptom Inventory). Tyto data chybně interpretovali kauzálně v tom směru, že disociace přispívá k psychotickému. Ačkoliv zjištěná souvislost nemůže vysvětlit kauzalitu, zůstává jejich hypotéza inspirativní pro oblast diagnostiky a terapie.

Psychotické příznaky sekundárně nasedající na disociaci se od primárně psychotických odlišují a vyžadují odlišnou léčbu. Autoři upozorňují, že velké klinické baterie

typu MMPI-2 nezahrnují škálu disociace, a že pacienti s disociativní poruchou vysoce skórují na škálách psychotocismu, což může bez použití dalších nástrojů měřících disociaci, vést k chybně zvolené diagnóze psychotického onemocnění. Také varují před myšlením typu buď anebo. Přítomnost disociativních příznaků nevylučuje psychotické příznaky a naopak.

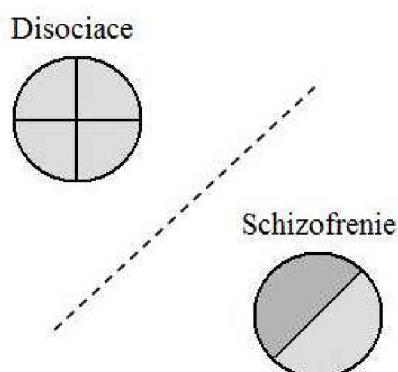
11.4.2 Disociace jako zdroj a předmět bludného zpracování reality

Psychotické příznaky mohou vyvěrat z disociace také jinak, než navrhuje Allen a kolegové (1995; 1996; 1997) a to v důsledku bludného zpracování neobvyklých psychických prožitků vzniklých disociací. Maher (1974) v minulosti navrhl model, ve kterém jsou bludné představy výsledkem hledání významu a smyslu neobvyklých prožitků vyvěrajících z psychotického onemocnění. Blud neobvyklým prožitkům dává nový význam a redukuje vzrůstající úzkost, což ilustrujeme na příkladu pacienta (Praško et al., 2005: 9): „*Na začátku jsem měl pocit, že se něco mění, že skutečnost je nějaká jiná. Začala mě ovládat hrůza a strach. Cítím se velmi špatně, jako bych byl otráven nebo co. Určitě to bude jed. Ve svém pokoji cítím slabý zápach, někdo pouští do bytu otrávený plyn.*“

Příbuzný proces můžeme očekávat i u disociace. Obdobně lze například rozumět mnohým pozitivním příznakům schizofrenie, které ve velké míře nalézáme mezi pacienty s disociativní poruchou identity (Kluft, 1987; Ross et al., 1990a; Ellason a Ross, 1995; Steinberg a Schnall, 2001). Neobvyklý psychický stav vzniklý disociací může být pacientem vysvětlován stejně tak neobvyklými představami, které mohou mít v klinické perspektivě západní medicíny charakter bludu. Pacient s DID v sobě nejprve registruje cizorodé autonomní entity, které mají vliv na jeho myšlení, cítění či jednání, což u něj produkuje masivní úzkost. Pro svůj zvláštní psychický stav hledá vysvětlení, která úzkost redukují. Svě oddělené osobnosti tak může začít vnímat jako mimozemské bytosti z cizího světa, božstva, démony, mrtvé lidi, své minulé životy či jiné cizí síly.

Některé pozitivní příznaky schizofrenie mohou být přímým výrazem osobnostní struktury pacienta s disociativní poruchou identity. Například auditorní halucinace, především ty, které přicházejí z nitra pacienta, jsou považovány za hlasy jednotlivých osobností. Může jít o persekční hlasy tyranizující osobnosti příkazující pacientovi, co má dělat, kritické hlasy komentující jeho počínání nebo vzájemný dialog několika různých osobností. (Kluft, 1987; Ross et al., 1990a; Ross, 1997) Objevit se mohou také vizuální halucinace, např. při pohledu do zrcadla (Coons a Milstein, 1986; Putnam et al., 1986), které lze považovat za vizualizace jednotlivých osobností.

11.5 Model 5: Disociace a schizofrenie jako nezávislé fenomény



11.5.1 Komorbidita

Model 5 zahrnuje prostou komorbiditu dvou nezávislých poruch, ve kterém se disociativní poruchy a schizofrenie současně vyskytují u jednoho jedince, ale z různých etiopatogenetických důvodů (např. schizofrenie z endogenních příčin a disociativní poruchy vlivem traumatického stresu v dětství). Ačkoliv si lze tento model poměrně dobře představit, Steinbergová (1995: 295) uvádí, aniž by svou domněnku blíže zdůvodnila, že disociativní poruchy a schizofrenie spolu nemohou koexistovat.

Steinbergová (1995: 295) na téže místě rovněž uvádí, že v rámci DID mohou různé osobnosti projevat různorodé symptomy a psychické poruchy (deprese, poruchy příjmu potravy, zneužívání návykových látek). Dovolme si v polemice se Steinbergovou spekulovat, že zmíněná parciální komorbidita by se mohla v některých případech týkat také schizofrenie, kterou by trpěla jen jedna z několika osobností. Tuto variantu podporují některé historické nálezy, např. jedna osobnost Félicity X lékaře Eugéna Azama (1887) trpěla halucinacemi, zatímco zbylé dvě nikoliv (viz kap. 6.7).

11.5.2 Nevhodně zvolená diagnóza schizofrenie

Ve společnostech jako je Česká republika, kde je fenomén disociativní poruchy identity neznámý a kde není zvykem tuto poruchu diagnostikovat, jsou pravděpodobně pacienti s DID ve velké míře zařazováni do jiných diagnostických kategorií. Vzhledem ke svým mnohdy rozsáhlým přidruženým potížím se dobře skryjí mezi různorodými skupinami pacientů (depresivní poruchy, poruchy osobnosti, zneužívání návykových látek apod.).

Jelikož se DID symptomaticky překrývá se schizofrenií, lze očekávat, že rovněž v této skupině pacientů budou zastoupeni jedinci, pro které by se zdála diagnóza DID vhodnější. Uděláme-li si zběžnou analýzu různých typů schizofrenie, zjistíme, že nejvýrazněji se s disociativní poruchou identity symptomaticky překrývá paranoidní typ. Pro paranoidní

schizofrenii jsou ze všech typů schizofrenie nejvíce typické pozitivní příznaky – např. bludy kontroly, vměšování a ovlivňování či auditorní halucinace, které jsou rovněž typické pro disociativní poruchu identity (Kluft, 1987; Ross et al., 1990a; Ellason a Ross, 1995).

V Putnamově (1986) studii 49% ze 100 pacientů s disociativní poruchou identity původně obdrželo diagnózu schizofrenie. Ve studii Rosse et al. (1989a) to bylo 40,8% z 236 pacientů. 54,5% těchto pacientů bylo dříve léčeno neuroleptiky. Tato data napovídají, že ve skupině pacientů se schizofrenií lze očekávat nerozpoznané případy disociativní poruchy identity. Na druhou stranu lze oponovat, že mezi pacienty s DID lze očekávat nerozpoznané případy schizofrenie. Ve studii Ellasona et al. (1996) splnilo 18,7% pacientů s DID (N=107) současně diagnostická kritéria pro schizofrenii a 49,5% pro schizoafektivní poruchu.

V případech, kdy pacient splňuje souběžně kritéria pro DID i schizofrenii je na úsudku diagnostika, které diagnóze dá přednost nebo zda bude kódovat disociativní typ schizofrenie, který zatím v diagnostických manuálech není zařazen. Je však třeba vždy zohlednit, že pacienti, kteří trpí současně DID lépe odpovídají na psychoterapii a hůře na antipsychotickou medikaci než pacienti s čistou schizofrenií. Zároveň jsou obtížněji terapeuticky ovlivnitelní než pacienti s čistou DID a setkáme se u nich zpravidla s výraznější komorbiditou. (Ross, 2004)

III. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Cíle výzkumu

Hlavním záměrem tohoto výzkumu je odhad prevalence disociativních poruch ve vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie. Vedlejším produktem je ověření vybraných psychometrických vlastností české verze interview DDIS, které diagnostiku disociativních poruch umožňuje.

Vzhledem k úzké souvislosti disociativních poruch k rané interpersonální traumatizaci je souvisejícím cílem odhad prevalence sexuálního zneužívání a fyzického týrání v dětství (CAN) v daném vzorku.

Dalším cílem je ověření spolehlivosti dotazníku DES jako screeningového nástroje disociativních poruch ve sledovaném vzorku pro různě vysoké cutoff skóre.

Vedlejším záměrem je rovněž ověření hypotetického vztahu mezi sexuálním zneužíváním anebo fyzickým týráním (CAN) a mírou disociativních příznaků a pozitivních příznaků schizofrenie. Sledován je také hypotetický vztah mezi disociativními příznaky a pozitivními příznaky schizofrenie.

2. Hlavní výzkumná otázka

- Jaká je prevalence disociativních poruch ve sledovaném vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie?

2.1 Vedlejší výzkumné otázky

- Jaká je prevalence fyzického týrání a sexuálního zneužívání v dětství (CAN) ve sledovaném vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie?
- Je dotazník DES spolehlivý nástroj pro screening disociativních poruch ve sledovaném vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie? Jak vysoké cutoff skóre je nejspolehlivější?
- Vykazují pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří byli v dětství obětí CAN, více disociativních příznaků než pacienti, kteří nebyli?
- Vykazují pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří byli v dětství obětí CAN, více pozitivních příznaků schizofrenie než pacienti, kteří nebyli?

- Manifestují pacienti, kteří vykazují více pozitivních příznaků schizofrenie, také více disociativních příznaků?

3. Hypotézy

Kromě prvních dvou výzkumných otázek, které se týkají prevalence disociativních poruch a CAN, je možné zbylé výzkumné otázky přeformulovat jako hypotézy.¹ Ke každé hypotéze je dle Popperova principu falsifikace stanovena nulová hypotéza, o které je předpokládáno, že bude zamítnuta ve prospěch podpoření alternativní hypotézy.

H1: Dotazník DES je při určitém cutoff skóre spolehlivý nástroj k screeningu disociativních poruch ve sledovaném vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie.

H1₀: Dotazník DES není spolehlivý nástroj k screeningu disociativních poruch ve sledovaném vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie.

H2: Pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří byli v dětství obětí sexuálního zneužívání nebo fyzického týrání budou průměrně vykazovat více příznaků disociace.

H2₀: Pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří byli v dětství obětí sexuálního zneužívání nebo fyzického týrání nebudou průměrně vykazovat více příznaků disociace.

H3: Pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří byli v dětství obětí sexuálního zneužívání nebo fyzického týrání budou průměrně vykazovat více pozitivních příznaků schizofrenie.

H3₀: Pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří byli v dětství obětí sexuálního zneužívání nebo fyzického týrání nebudou průměrně vykazovat více pozitivních příznaků schizofrenie.

H4: Míra pozitivních příznaků schizofrenie má pozitivní vztah k míře příznaků disociace.

H4₀: Míra pozitivních příznaků schizofrenie nemá vztah k míře příznaků disociace.

4. Výzkumný soubor

Výzkum byl realizován mezi 27 ambulantními pacienty s diagnózou paranoidní schizofrenie využívajících služeb nejmenovaného denního sanatoria s komplexní

¹ Konzervativní, přízemní nulovou hypotézu by mohlo představovat tvrzení o nepřítomnosti CAN a disociativních poruch ve sledovaném vzorku.

psychiatrickou a psychoterapeutickou péčí. Původně bylo osloveno 29 pacientů. Jeden pacient odmítl účast na počátku výzkumu a jedna pacientka nepřišla na dohodnutý termín vyšetření. Diagnóza paranoidní schizofrenie byla pacientům určena jejich ošetřujícím psychiatrem. Jeden pacient měl přidruženou diagnózu schizoidní porucha osobnosti a jedna pacientka hebefrenní schizofrenie. Všichni pacienti byli aktuálně v částečné nebo úplné remisi a brali psychofarmaka. Vylučujícím kritériem byla akutní fáze onemocnění (relaps) a organické poškození mozku. Preferováni byli pacienti mladšího věku.

4.1 Demografické charakteristiky výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 18 mužů a 9 žen, tedy v poměru 2 : 1. Věk respondentů kolísal od 21 do 53 let. Průměrný věk byl 30,6 let (SD=6,7). Průměrný věk mužů (29,1; SD=5,1) byl o 4,6 let nižší než průměrný věk žen (33,7; SD=8,9), tento rozdíl ale nebyl na hladině významnosti 0,05 statisticky signifikantní ($t(25)=1,709$, $p=0,100$).

4 respondenti (14,8%) měli ukončené vysokoškolské vzdělání, 15 respondentů (55,6%) středoškolské vzdělání s maturitou, 7 respondentů středoškolské vzdělání bez maturity (25,9%) a 1 respondent základní vzdělání (3,7%). 7 respondentů (25,9%) bylo aktuálně zaměstnáno, 5 respondentů (18,5%) bylo zaměstnáno v chráněném zaměstnání, 3 respondenti (11,1%) studovali vysokou školu a 12 respondentů (44,4%) bylo nezaměstnáno.

23 respondentů (85,2%) bylo svobodných, 3 rozvedení (11,1%) a 1 vdaná. 4 respondenti (14,8%) měli jedno dítě, zbylých 23 respondentů (85,2%) bylo bezdětných.

5. Použité nástroje

Za účelem sběru dat byly použity tři nástroje, podrobně popsané v teoretické části (viz kap. 8). A) Sebeposuzovací dotazník DES. B) Strukturované klinické interview DDIS. Zařazeno bylo také konfirmační interview. C) Dotazník PANSS.

6. Metody sběru dat

Sběr dat probíhal v několika fázích. Během první fáze, v souvislosti s paralelním výzkumem, byl v listopadu 2007 administrován dotazník DES 26 respondentům. Tito respondenti byli v tuto dobu také ohodnoceni v dotazníku PANSS svým psychiatrem.

Respondentům byl předložen informovaný souhlas, v němž byli seznámeni se svými právy a účely výzkumu. Respondentům bylo vysvětleno, že kromě čistě výzkumného záměru je sběr dat součástí také standardního psychologického vyšetření, a že výsledky z tohoto

vyšetření budou sděleny jejich ošetřujícím lékařům. Respondenti byli poučeni o důvěrnosti a anonymitě poskytnutých dat, jakož i o dobrovolné participaci na výzkumu.

Ve druhé fázi proběhla v lednu 2008 příprava a pilotáž české verze DDIS. Ve třetí fázi bylo v únoru 2008 provedeno interview s 27 respondenty (jedna respondentka se nezúčastnila první fáze výzkumu). Interview probíhala v rámci tří dnů v hodinových intervalech v předem domluvené termíny vyšetření v prostorách sanatoria. Respondenti byli dotazováni dvěma tazateli, autorem této práce a studentkou psychologie vyškolenou v metodě DDIS. Oba tazatelé byli „slepi“ vůči výsledkům vyšetření respondentů z první fáze. Interview s každým respondentem trvalo přibližně 20-45 minut.

Po skončení interview následovalo krátké inquiry, které sloužilo k objasnění a upřesnění kladných odpovědí respondenta na otázky týkající se disociace a disociativních poruch. Respondenti byli vyzváni, zda by mohli poskytnout konkrétní příklad (např. z poslední doby) uvedeného symptomu ze svého života. Účelem inquiry bylo získat detailnější a obraznější informace, které byly následně využity v kazuistikách. Cílem bylo také blíže prozkoumat, jak bylo otázkám porozuměno a na základě toho podpořit nebo vyloučit případné diagnózy disociativních poruch. Inquiry bylo tazatelem zaznamenáváno ručně perem na papír bez použití další záznamové techniky.

7. Vyhodnocování dat

Data byla vyhodnocována pomocí programu SPSS 14.0.

8. Výsledky

8.1 Psychometrické vlastnosti české verze DDIS

8.1.1 Konstrukce české verze DDIS – obsahová validita

Na překladu české verze interview DDIS se podíleli dva lidé. Škála byla v prvním kroku nejprve jedním výzkumníkem přeložena, autor této práce pak provedl korekturu. Snažili jsme se, aby znění položek, co nejvíce odpovídalo původní verzi a zároveň, aby formulace otázek byla dobře srozumitelná i v českém jazyce. Přes značně kritické výhrady vůči několika otázkám v původní verzi, jsme znění těchto otázek zachovali a neměnili, aby byly obě verze porovnatelné. V interview tak zůstaly sociálně žádoucí otázky (např. ot. 39), dvouhlavňové otázky (např. ot. 58) anebo špatně srozumitelné otázky (např. ot. 116 či instrukce k otázkám 3-37), které však svou podobou, jak původní autor zamýšlel, často

doslovně odrážejí diagnostická kritéria DSM-IV. Překlad jsme z tohoto důvodu mohli porovnávat se stávajícím překladem diagnostických kritérií DSM-IV (Smolík, 2001).

V druhém kroku následovala pilotáž, jejímž cílem bylo jednak ověřit srozumitelnost položek a jednak získat praktické dovednosti s administrací metody. V rámci pilotáže bylo interview administrováno třem subjektům, jednomu magisterskému a jednomu doktorskému studentovi psychologie a jednomu ambulantnímu psychiatrickému pacientovi s diagnózou schizoafektivní porucha. Během pilotáže byly respondentům administrovány k preferenčnímu výběru různé překlady několika komplikovaných položek (např. instrukce k otázkám 3-37) a průběžně byla zjišťována míra porozumění jednotlivým otázkám. Na závěr byli respondenti vyzváni k reflexi proběhnutého interview. Připomínky a preferované formulace položek byly následně do interview zapracovány.

V třetím kroku bylo interview zasláno k expertnímu posudku doktorskému studentovi psychologie a psychoterapeutovi, kterého lze považovat za předního českého odborníka na problematiku disociativních poruch. Tomuto expertovi byla položena otázka: „*Hodnotíte tento český překlad DDIS za vhodný nástroj k diagnostice disociativních poruch?*“ Dále byl expert vyzván, aby upozornil na případné nedostatky. Jeho výtky byly zapracovány, vyjma jedné, která by vyžadovala kompletní revizi znění původní položky (ot. 62c – popálením cigaretou nelze spáchat sebevraždu).

K interview DDIS bylo nakonec připojeno ještě několik vybraných položek z interview SCID-D-R umožňujících administrátorovi zaznamenat zjevené disociativní příznaky během rozhovoru (poslední oddíl XVII.). Na závěr bylo interview DDIS graficky upraveno. Na rozdíl od původní verze byly tučně vyznačené pasáže, které administrátor čte nahlas a netučným písmem pasáže – instrukce a komentáře, které nečte nahlas. S ohledem na možné kognitivní potíže některých pacientů byly také připraveny, vytisknuty a zalaminovány tabulky s nabízenými odpověďmi, které respondentům měly odpovídání otázek usnadnit (viz příloha 2).

8.1.2 Reliabilita

Reliabilita jednotlivých subškál české verze DDIS byla odhadována pomocí výpočtu Cronbachovo alfa. Jednotlivé položky byly rekódovány tak, že měly tři hodnoty – ano, nevím (jako střední hodnota) a ne. Do analýzy nebyly zahrnuty položky s nulovou variancí a položky, na které odpovídala jen část respondentů (položky 22, 33-37 u subškály somatizační poruchy, položky 92, 97, 100, 101 u subškály znaků spojovaných s DID, 103c u subškály paranormálních zkušeností). Do analýzy nemohly být zařazeny subškály disociativních

poruch (disociativní amnézie, disociativní fuga, depersonalizační porucha a disociativní porucha identity), neboť mají málo položek. Následující tabulka (tab. 2) shrnuje výsledky analýzy.

Tab. 2: Hodnoty Cronbachova alfa pro jednotlivé subškály DDIS

Subškála	Cronbachovo alfa
Somatizační porucha	0,84
Velká depresivní epizoda	0,68
Pozitivní příznaky schizofrenie	0,88
Znaky spojované s DID	0,62
Nadpřirozené zkušenosti	0,69
Hraniční porucha osobnosti	0,78

Subškály somatizační porucha, hraniční porucha osobnosti a pozitivní příznaky schizofrenie dosáhly uspokojivých hodnot Cronbachovo alfa a můžeme je považovat za vnitřně konzistentní. Stanovíme-li kritickou hodnotu¹ reliability na 0,75, ukázaly se z hlediska vnitřní konzistence jako neuspokojivé subškály velká depresivní epizoda, znaky spojované s DID a nadpřirozené zkušenosti.

Bližší analýza jednotlivých položek odhalila v subškále velké depresivní epizody dvě problematické položky (59, 62), které mírně korelují spolu navzájem ($r=0,33$), zatímco s ostatními položkami korelují zanedbatelně nebo záporně. Položka 59 však měla minimální variabilitu, jeden respondent na tuto položku odpověděl nevím a všichni ostatní kladně, což se ve výsledném výpočtu projevilo. Položka 62 týkající se sebevražedných myšlenek a pokusu o sebevraždu může být zatížena také dalším rysem. Pokud by tyto položky byly vyloučeny, vzrostla by hodnota Cronbachovo alfa na 0,82.

Bližší statistická analýza jednotlivých položek v subškále znaky spojované s DID neodhalila problematické položky. Tato subškála se jeví jako celkově nejednotná, všechny položky spolu vzájemně korelují zanedbatelně, mírně nebo záporně. Tato subškála není vnitřně konzistentní a neměří pouze jednu dimenzi - jeden syndrom. Tento závěr je v souladu s analýzou znění jednotlivých položek na úrovni dílčích symptomů. Ty nejsou charakteristické jen pro disociativní poruchu identity, ale také pro psychomotorické obtíže (ot.

¹ Kritická hodnota Cronbachovo alfa 0,75 je uváděna pro ověřování reliability u instrumentů určených pro výzkumné účely. Na instrumenty pro klinickou diagnostiku jsou kladeny vyšší nároky. (Urbánek, 2002)

88), disociativní amnézii (ot. 90, 91, 93), PTSD (ot. 94), depersonalizační poruchu (ot. 95) či schizofrenii (ot. 96).

Bližší statistická analýza rovněž neodhalila problematické položky v subškále nadpřirozených zkušeností. Tato škála je rovněž celkově nekonzistentní. U této subškály však nebyla vnitřní konzistence požadována, neboť měří širokou variabilitu nadpřirozených zkušeností, v jejichž pozadí nebyla předpokládána jedna obecná dimenze – např. vlohky k mimosmyslovému vnímání nebo disociativní či psychotický proces.

8.1.3 Souběžná validita

V rámci ověřování psychometrických vlastností DDIS byla zjišťována také souběžná validita s vnějším kritériem. Souběžnou validitu DDIS bylo možné vzhledem k použitým metodám (DES, PANSS) zjišťovat u dvou subškál - u subškály znaků spojovaných s DID a pozitivních příznaků schizofrenie.

S ohledem na malou velikost výzkumného souboru (N=26) a distribuci hodnot, která ve všech případech dostatečně nesplňovala podmínku normálního rozložení, bylo užito neparametrických testů Spearmanovo ρ a Kendallovo tau b.

Výsledný skóre subškály znaků spojovaných s DID v interview DDIS byl korelován s celkovým skórem dotazníku DES. Obě tyto škály byly sestrojeny k měření patologické disociace. Korelace mezi těmito škálami byla uspokojivá a činila: $r_s=0,511$ ($p=0,008$); $t_b=0,389$ ($p=0,009$).

Výsledný skóre subškály pozitivních příznaků schizofrenie prvního řádu dle Schneidera v interview DDIS byl korelován s celkovým skórem škály pozitivních příznaků schizofrenie v dotazníku PANSS. Tyto dvě škály spolu nekorelovaly ($r_s=-0,155$, $p=0,450$; $t_b=-0,105$, $p=0,485$).

8.3 Výsledný profil DDIS výzkumného souboru

V této části nejprve shrneme výsledky jednotlivých subškál, kterých dosáhli respondenti v interview DDIS vyjma týrání anebo zneužívání v dětství a diagnóz disociativních poruch, kterým budou věnovány samostatné kapitoly.

I. Somatizační porucha

Žádný respondent nesplnil kritéria DSM-IV pro diagnózu somatizační poruchy. Jeden respondent (3,7%) sice splnil kritérium alespoň 4 bolestivých, 2 gastrointestinálních, 1 sexuologického a 1 pseudoneurologického příznaku, pro tyto příznaky však nevyhledal

lékařskou pomoc ani nezpůsobily zhoršení výkonu jeho sociálních a pracovních funkcí (ot. 38). Počet udávaných psychosomatických příznaků kolísal v rozpětí 0-20, přičemž průměrný počet byl 4,9 (SD=4,5).

II. Zneužívání návykových látek

8 respondentů (29,6%) odpovědělo kladně alespoň na jednu otázku v této subškále. 7 respondentů (25,9%) uvedlo, že mělo někdy problémy s alkoholem. Žádný respondent se se závislostí na alkoholu neléčil. 4 respondenti (14,8%) někdy ve větší míře užívali drogy. Žádný respondent neužíval nikdy drogy nitrozilně. Jeden respondent (3,7%) se se závislostí na drogách v minulosti léčil.

III. Psychiatrická anamnéza

Podle vlastního vyjádření byla 10 respondentům (37%) v minulosti diagnostikována někdy deprese, 5 respondentů (18,5%) nevědělo. 5 respondentům (18,5%) mánie, 4 respondenti (14,8%) nevěděli. 7 respondentům úzkostná porucha (25,9%), 6 nevědělo (22,2%). Jen 21 respondentům byla dle jejich vyjádření diagnostikována schizofrenie (77,8%), 1 respondent (3,7%) nevěděl. Zbylí respondenti udávali jiné diagnózy, které jejich současné diagnóze paranoidní schizofrenie patrně předcházely (akutní psychotická porucha, těžká deprese s psychotickými příznaky, schizoafektivní porucha), jiní si této diagnózy nebyli vědomi.

5 respondentů (18,5%) v minulosti podstoupilo elektrokonvulzivní terapii (ECT). 23 respondentů (85,2%) navštěvovalo někdy v minulosti psychoterapii s více než pěti sezeními, z nichž 6 (28,6%) podstoupilo psychoterapii, kterou hodnotí jako neúčinnou.

IV. Velká depresivní epizoda

16 respondentů (59,3%) splnilo kritéria DSM-IV pro velkou depresivní epizodu (4 příznaky z 8). Z nich 2 respondenti depresí trpěli také v době dotazování, zbylých 14 respondentů v minulosti. Průměrně respondenti udali 4,3 (SD=3,2) příznaky deprese z osmi. 10 respondentů (37%) se v minulosti alespoň jednou pokusilo o sebevraždu, nejčastěji předávkováním léky (N=7), dále pořezáním zápěstí (N=3) či oběšením (N=1).

V. Pozitivní příznaky schizofrenie

Respondenti průměrně uvedli 3,4 (SD=3,3) z 11 pozitivních příznaků schizofrenie dle Schneidera. 5 respondentů (18,5%) překvapivě neudalo žádný takový příznak a 6 respondentů

(22,2%) jen jeden takový příznak. Méně než polovina respondentů (48,1%) udala 3 a více pozitivních příznaků schizofrenie. Někteří respondenti udávali jiné pozitivní příznaky, další si těchto příznaků nebyli vědomi. Následující tabulka (tab. 3) shrnuje četnost jednotlivých příznaků od nejčastějších po nejméně časté.

Tab. 3: Četnost pozitivních příznaků schizofrenie

Pozitivní příznaky schizofrenie	N	%
Bludné myšlenky	16	59,3
Debatující hlasy	12	44,4
Komentující hlasy	11	40,7
Kontrolování pocitů	10	37,0
Kontrolování jednání	9	33,3
Kontrolování myšlení	8	29,6
Druzí slyší myšlenky	8	29,6
Vkládání myšlenek	5	18,5
Ozvučování myšlenek	5	18,5
Odnímání myšlenek	4	14,8
Ovlivňování těla	4	14,8

VI. Trans, náměsíčnost, imaginární přítel

2 respondenti (7,4%) uvedli, že byli někdy náměsíční. 14 respondentů (51,9%) uvedlo, že někdy zažilo stavy podobné transu. 5 respondentů (18,5%) uvedlo, že mělo v dětství imaginárního přítele. Imaginárního přítele častěji uvedli respondenti, kteří rovněž udali, že byli v dětství fyzicky týráni nebo sexuálně zneužíváni. Imaginárního přítele měli v dětství 4 respondenti z 11 (36,4%), kteří udali CAN a 1 respondent z 15 (6,7%), který CAN neudal ($\Phi=0,372$; $\chi^2(1)=3,603$; $p=0,058$). Jedna pohlavně zneužívaná respondentka např. s pláčem uvedla, že „doma to bylo hrozný. Kromě vysněného psiho kamaráda nikoho jiného neměla.“

VIII. Znaky spojované s disociativní poruchou identity

Respondenti udali průměrně 3,1 (SD=2,4) znaků spojovaných s disociativní poruchou identity z 16. Tabulka na následující straně (tab. 4) shrnuje četnost znaků spojovaných s DID od nejčastějších po nejméně časté.

Tab. 4: Četnost znaků spojovaných s DID

Znaky spojované s DID	N	%
Amnézie na dětství	16	59,3
Záblesky vzpomínek	14	51,9
Hlasy	8	29,6
Amnestická okna	7	25,9
Vnitřní hlasy	6	22,2
Měníci se rukopis	6	22,2
Pocity neskutečna	6	22,2
Ztrácejí se věci	5	18,5
Ostatní si vzpomínají na co pacient nikoliv	4	14,8
Pacienta poznávají cizí lidé	4	14,8
Další osoby uvnitř pacienta	4	14,8
Nalézány cizí věci mezi vlastními	2	7,4
Pacient o sobě mluví v množném čísle	2	7,4
Osoby uvnitř pacienta mají jméno	0	0
Osoby ovládají pacientovo tělo	0	0
Pacient se objeví na cizím místě s amnézií	0	0

Nejčastějším znakem spojovaným s DID byla udávána amnézie na dětství (N=16; 59,3%). Při bližší inquiry však jen 3 respondenti (11,1%) jednoznačně popsali atypickou amnézii, kterou nebylo možné vysvětlit běžnou zapomnětlivostí. Jedna respondentka např. popsala amnézii na výslechy na policii ohledně pohlavního zneužívání nevlastním otcem či na večery trávené doma. Jiný respondent udal, že si z dětství nepamatuje vůbec nic. Po otázce, jak si to vysvětluje, odpověděl, že neví a referoval, že se začíná třást. Další respondent uvedl neschopnost rozvzpomenout se na traumatické vzpomínky týkající se bití jeho bratra otcem, kdy ho chtěl a zároveň nemohl bránit. V ostatních případech amnézie nebyla jednoznačná, nebo respondenti popsali běžnou zapomnětlivost.

Někteří respondenti (N=7; 25,9%) udali také amnestická okna ztraceného času. Při bližší inquiry se u 4 respondentů (14,8%) zdálo, že tato amnestická okna mohou mít klinický význam. Jeden respondent (kterému byla diagnostikována DDNOS) udal, že si „nepamatuje skoro nic. Neví, co dělal před týdnem. Hází to za hlavu.“ Jiná, pohlavně zneužívaná respondentka uvedla, že před 3 až 5 lety „byla ve velkém stresu, a že si na to nedokáže vzpomenout.“ Další respondent popsal několikahodinové stavy „transu“, přičemž si nevzpomíná, co se během té doby dělo a rozvzpomene se „jindy, třeba až za týden.“ Jiná

přibližně 30 let stará, v dětství a adolescenci tělesně bitá respondentka udala, že si nevzpomíná téměř na nic „asi do 15 až 25 let.“

Nadpoloviční většina respondentů (N=14; 51,9%) také udala častou zkušenost s náhlými záblesky vzpomínek. Při bližším inquiry vyšlo najevo, že jen u 6 respondentů z nich (22,2%) jsou tyto vzpomínky averzivní a vtíravé. Respondenti např. popsali flešbky týkající se úmrtí otce, pohlavního zneužívání v dětství, bití bratra nebo vylučování, vydírání a šikany na základní či střední škole. Ostatní respondenti vylíčili kladné vzpomínky nebo běžné reminiscence.

Také mnohé další znaky spojované s DID během inquiry ztratily svůj předpokládaný význam tkvící v disociaci. 6 respondentů (22,2) postřehlo, že se jim zásadně změnil rukopis. Jen jeden respondent (kterému byla určena diagnóza DID) popsal a demonstroval výrazně kvalitativně různorodý rukopis. Ostatní respondenti většinou popsali třes ruky v důsledku nemoci nebo braní léčiv.

4 respondenti (14,8%) vylíčili, že je někdy nebo často oslovují lidé, jakoby je znali, které oni sami neznají. Při inquiry však všichni popsali běžné zkušenosti. Jedna respondentka toto např. ilustrovala situací, kdy ji na oslavě oslovil kolega z jazykového kurzu, který ji nezaujal, zatímco ona jeho ano. 5 respondentů (18,5%) udalo, že se jim z jejich vlastnictví někdy nebo často ztrácejí věci, což opět všichni ilustrovali běžnými zkušenostmi. Jeden respondent např. popsal, že je „nepořádný“, a že nalézá své věci (klíče, mobilní telefon, peníze), tam kde je nečeká. Jiná respondentka popsala, že se jí ztrácejí věci, neboť je „kradou sourozenci.“

4 respondenti (14,8%) vylíčili, že mají pocit, jako kdyby v nich byla jiná osoba nebo osoby. Třem z těchto respondentů přitom byla diagnostikována disociativní porucha. Zbylá respondentka uvedla, že to během psychotické ataky „asi měla, ale že si nevzpomíná.“ Žádný z těchto respondentů neměl dojem, že by osoby ovládaly jejich tělo, a žádný těmto osobám nedával jméno.

IX. Nadpřirozeno/posedlost/mimosmyslové zkušenosti/kulty

13 respondentů (48,1%) udalo, že během svého života zažilo nějakou nadpřirozenou zkušenost. Respondenti průměrně udali 2,7 (SD=2,3) nadpřirozených zkušeností z 16. Následující tabulka (tab. 5) shrnuje četnost nadpřirozených zkušeností od nejčastějších po nejméně časté.

Tab. 5: Četnost nadpřirozených zkušeností

Nadpřirozené zkušenosti	N	%
Nadpřirozená zkušenost	13	48,1
Deja vu	13	48,1
Jasnovidnost ve snu	8	29,6
Znalost minulých životů	5	18,5
Posedlost démonem	5	18,5
Telepatie	5	18,5
Setkání s duchem	4	14,8
Posedlost jinou mocí nebo silou	4	14,8
Setkání s jiným přízrakem	3	11,1
Posedlost mrtvým člověkem	2	7,4
Setkání s poltergeistem	2	7,4
Jasnovidnost v bdělém stavu	2	7,4
Zapojení do kultových aktivit	1	3,7
Posedlost žijícím člověkem	0	0
Psychokineze	0	0

Vzhledem k tématu této práce věnujme pozornost četnosti nadpřirozených zkušeností, které, v kontextu určité tradice, mohou mít základ v disociaci – posedlost démonem (N=5; 18,5%), posedlost nějakou jinou mocí nebo silou (N=4; 14,8%), posedlost mrtvým člověkem (N=2; 7,4%) či setkání s různými přízraky a duchy. Jeden respondent (který však nenaplnil kritéria pro disociativní poruchu) např. popsal, jak po smrti svého nevlastního otce měl pocit, že se do něj otec „převtělil“. Otec jej v dětství často tělesně bil, rodiče „hodně pili“ a konflikty „řešili násilím“. Otec ho po své smrti začal „ovládat“ a „dávat mu myšlenky“.

X. Hraniční porucha osobnosti

6 respondentů (22,2%) naplnilo formální kritéria pro hraniční poruchu osobnosti (5 příznaků z 9). Průměrný počet udaných příznaků hraniční poruchy byl 2,4 (SD=2,3).

8.4 Prevalence CAN

11 respondentů (40,7%) udalo, že bylo v dětství fyzicky týráno (N=6; 22,2%) anebo sexuálně zneužíváno (N=6; 22,2%). Co se týče četnosti fyzického týrání, nebyl mezi muži (N=4; 22,2%) a ženami (N=2; 22,2%) nalezen rozdíl. Ženy však častěji udaly, že byly sexuálně zneužívány. Tuto zkušenost uvedly 4 ženy z 9 (44,4%) a 2 muži z 18 (11,1%). Tento

rozdílný ($\Phi=0,378$) byl statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,05 ($\chi^2(1)=3,857$; $p=0,050$).

Respondenti, kteří kladně odpověděli, že byli fyzicky týráni (ot. 73) nebo sexuálně zneužíváni (ot. 78) byli otázeni, zda je v pořádku, pokud se na tuto zkušenost bude administrátor ptát podrobněji. V případě kladné odpovědi byli respondenti vyzváni, aby zkušenost blíže popsali – kdo je v dětství týral/zneužíval, jakým způsobem a kdy týráni/zneužívání začalo a skončilo. Otevřené otázky měly u respondentů snížit diskomfort plynoucí jinak z uzavřených otázek interview DDIS a zvýšit pocit jejich kontroly nad situací, mohly na druhou stranu vést k úbytku získané informace (nebo i naopak).

Respondenti popsali různé formy fyzického týráni v dětství a adolescenci: ojedinělé agresivní výpady ze strany učitele, blíže nespecifikované domácí násilí a ve zbylých 4 případech opakované tělesné bití rukou a nástroji (rákoska, pásek, švihadlo, tyč od vysavače, hadice) vlastním či nevlastním otcem.

Respondenti popsali různé formy sexuálního zneužívání v dětství a adolescenci: nepříjemnou vojenskou lékařskou prohlídku, vzájemné hlazení genitálií s 15letým chlapcem v 8 letech, osahávání vlastním nebo nevlastním otcem, učitelem či cizím mužem, pozorování při převlékání či na toaletě, nucení k společnému prohlížení pornografických materiálů (fotografických, televizních) a znásilnění dvěma cizími muži v 18ti letech.

8.5 Prevalence disociativních poruch

3 respondenti z 27 (11,1%) splnili prostřednictvím interview DDIS kritéria DSM-IV pro disociativní poruchu. 2 respondenti splnili kritéria pro disociativní poruchu identity a 1 respondentka splnila kritéria pro disociativní fugu.

Z této skupiny byl jeden respondent formálně splňující daná kritéria pro disociativní poruchu identity na základě inquiry vyloučen. Při popisování svých identit/osobností se rozhovořil o Freudově modelu osobnosti (id-ego-superego). Svě identity popsal jako společenské tlaky a vlastní tužby, které mohou stát proti sobě. Přestože tento respondent udal také ojedinělé depersonalizační a amnestické příznaky, jeho celkový profil DDIS a následné inquiry nenasvědčovaly, že by trpěl disociativní poruchou.

Diagnóza druhého respondenta splňujícího kritéria pro disociativní poruchu identity byla během inquiry podpořena, ačkoliv v klinickém (a nikoliv výzkumném) kontextu by bylo třeba tuto diagnózu ještě potvrdit dalšími diagnostickými metodami.

Diagnóza respondentky splňující kritéria pro disociativní fugu byla po inquiry změněna na disociativní poruchu jinak nespecifikovanou (DDNOS). I když v průběhu

nečekaného odcestování respondentka náhle změnila svou identitu a popsala silné disociativní příznaky, nebyla na svůj předcházející život amnestická a ani nebyla amnestická na období „fugy“ během rozhovoru.

Do skupiny respondentů s disociativní poruchou byl začleněn ještě jeden muž, který z velké části, ačkoliv ne zcela, splnil daná kritéria DDIS pro disociativní poruchu identity. Respondent udal, že v sobě registruje různé identity. Odpověděl, že neví, zda nad jeho chováním přebírají kontrolu, ale že se o to pokoušejí a také popsal příznaky amnézie. Tyto disociativní symptomy se během inquiry ukázaly jako významné, nicméně nedosahovali úrovně disociativní poruchy identity, proto byla respondentovi určena diagnóza disociativní porucha jinak nespecifikovaná (DDNOS).

Nyní si tyto tři respondenty představíme v krátkých kazuistikách. Pod každou kazuistikou nalezneme vybrané psychometrické údaje: celkový skóre v dotazníku DES a celkový skóre subškál v interview DDIS - somatizační porucha, velká depresivní epizoda, pozitivní příznaky schizofrenie, týrání anebo zneužívání v dětství, znaky spojované s DID, nadpřirozené (paranormální) zkušenosti, hraniční porucha osobnosti.

8.5.1 Kazuistiky

Kazuistika 1 – Disociativní porucha identity

Muž, 30 let, VŠ. Respondent v minulosti trpěl depresí. Splňuje pět příznaků z devíti pro diagnózu hraniční poruchy (intenzivní a nestálé mezilidské vztahy, hněvivost, nestabilní identita, časté a rychlé změny nálad, přechodná podezřívavost). Na otázku týkající se nestálé identity odpovídá, že to má „pořád.“ Udává, že byl fyzicky týrán otcem (bití švihadlem, tyčí od vysavače) asi od 3 do 8 let. Bit byl rovněž jeho bratr, který dle slov respondenta „*dostával ještě více než já.*“ Respondent splňuje daná kritéria pro disociativní amnézii. Respondent také prožívá flešbky („*záblesky minulosti, které vypadají, jako by byly teď*“), které ho „*zahlcují a dekoncentrují.*“ Týkají se bití bratra („*chtěl jsem ho bránit, ale nemohl jsem*“) a dalších „*kritických momentů, kdy jsem byl depresivní nebo v mánii a něco jsem například podělal nebo jsem se necítil dobře.*“ Respondent také naplňuje všechna kritéria pro depersonalizační poruchu. Příznaky depersonalizace „*zná velmi dobře.*“ Respondent také splňuje všechna kritéria pro disociativní poruchu identity. Na základě inquiry tuto diagnózu nelze vyloučit: „*Jednou jsem to, jednou to. Jednou introvert, jednou extrovert. Pokaždé úplně jiný charakter člověka. V bludech jsem se prožíval třeba jako úspěšný sportovec nebo producent. Tohle už po léčích nemám. Jsou ale momenty, kdy se cítím jako někdo úplně jinej, ale to je tak hodina*

dvě, není to až tak často.“ Respondent odpovídá kladně i na některé znaky spojované s disociativní poruchou identity, významné jsou časté a výrazné kvalitativní změny rukopisu, což demonstruje ukázkou diáře, ve kterém je takřka na každé stránce zcela jiné písmo. Rukopis se mu mění *„každý den, podle nálady.*“

DES=36, SOM=1, DEP=6, SCHIZ=9, CAN=Ano, DID=6, PARA=9, BOR=5

Kazuistika 2 – Disociativní porucha jinak nespecifikovaná (DDNOS)

Žena, 32 let, studentka VŠ. Respondentka v minulosti trpěla depresí. Neguje nabízené pozitivní příznaky schizofrenie. Popisuje překotné myšlenky: *„Střídají se, honí se, nedotýkají se reality, je těžké je ovládat.*“ Udává, že byla bita otcem od raného dětství do 10 let a ještě poté, i když méně často: *„V pubertě mi roztrhl pusu.*“ Popisuje rozsáhlou amnézií na dětství asi do 15 let. Pacientka splňuje diagnostická kritéria pro disociativní fugu. Nečekaně se rozhodla, že odjede jako aupair do Anglie. *“Neznám přesně svoje motivy, proč jsem to udělala. Bylo to v důsledku přetlaku, necítila jsem se po emoční stránce dobře.*“ Během cesty mění svou identitu a je ohledně sebe sama zmatená: *„Cítila jsem se jakoby jinak, nevěděla jsem, kdo nebo co jsem. Cítila jsem se jako někdo jiný.*“ Cestu popisuje jako hledání sebe sama, svou identitu dodnes nevnímá jako vytvořenou. Rozdílné identity se zřetelně projeví ke konci pobytu, kdy se dva měsíce rozhodovala, zda se vrátí do Čech – během tohoto dlouhého rozhodování v sobě vnímala *„dvě části, dvě myšli. Každá měla vlastní myšlenky a prožitky.*“ Tyto *„možnosti identit“* se navzájem *„prolínaly.* Jedna něco rozhodla, druhá byla proti tomu, jedna rozhodla, druhá ji stáhla, nemohla jsem s tím nic dělat. V jeden okamžik jsem udržela obě protichůdné myšlenky naráz a to byl konec, rozpad.“ Respondentka se vrátila do Čech, kde byla hospitalizována. Po léčích se jí ulevilo, ale *„něco v ní pořád je.*“ Respondentka během cesty trpěla také příznaky depersonalizace. Dnes se v tomto ohledu cítí lépe. Pomáhají jí sebe-zkušenostní a auto-terapeutické techniky (arteterapie, focusing).

DES=3, SOM=8, DEP=8, SCHIZ=0, CAN=Ano, DID=7, PARA=3, BOR=3

Kazuistika 3 – Disociativní porucha jinak nespecifikovaná (DDNOS)

Muž, 29 let, SŠ. Před propuknutím psychotického onemocnění respondent vyhledal neurologa kvůli aurám a příznakům depersonalizace s pozitivním nálezem (abnormální EEG). Po propuknutí psychotického onemocnění těmito příznaky již netrpí. Respondent kladně odpověděl na otázku týkající se sexuálního zneužití v dětství, tuto zkušenost však nepovažuje za trauma. Jednalo se o sexuální dotykový kontakt v osmi letech s patnáctiletým chlapcem.

Respondent popisuje určité obtíže s pamětí: „*Já si nepamatuji skoro nic. Co jsem dělal před týdnem nevím. Házím to za hlavu, ale není to asi porucha.*“ Respondent v sobě registruje dvě či více rozdílných osobností s rozdílným způsobem vnímání, myšlení a cítění (ot. 127), tyto osobnosti však nad jeho chováním nepřebírají opakovaně kontrolu (ot. 128), ačkoliv se o to snaží. Úspěšně jim totiž čelí: „*Souboj identit tu nějaký je. Mám v sobě více identit, jiných než jsem já. Identita na mě někdy zaútočí a já se jí bráním. Dere se do mě a já se bráním, aby se nestalo to, co nechci.*“ Respondent udává, že je „*ovládaný psychózami.*“ Jednu svou identitu popisuje jako „*uprchlého vězně na útěku, který chce zabít své rodiče*“, čemuž klade odpor. Respondent neztrácí náhled – ví, že není reálně uprchlý vězeň na útěku, vězně líčí jako jednu ze svých dalších identit. Respondent odpovídá kladně na některé znaky spojované s disociativní poruchou identity – jako významné se jeví, že o sobě někdy hovoří v množném čísle „*my*“. Chtěl tím být prý zajímavý a dá se to podle něj chápat jako móda: „*Královské my používala také Margaret Thatcherová.*“ Snaží se to odvyknout.

DES=32, SOM=0, DEP=0, SCHIZ=2, CAN=Ano, DID=5, PARA=4, BOR=4

Nyní představím stručné kazuistiky respondentů, kteří projevovali určité disociativní symptomy, ale kteří nesplnili formální kritéria pro disociativní poruchu. Těmto respondentům nebyla disociativní porucha diagnostikována ani během následného inquiry z různých důvodů: A) Kvůli nedostatku dalších informací. B) Jejich disociativní symptomy byly ojedinělé. C) Nebylo zřejmé, zda se jedná o disociativní nebo jinou poruchu (psychotickou, manickou, poruchu osobnosti). Také někteří další respondenti, které v kazuistikách neuvádím, popsali dílčí disociativní symptomy, např. amnézii na dětství nebo současná amnestická okna (viz kap. 8.3 v empirické části). 2 respondenti popsali amnézii na období psychotické ataky a následné hospitalizace. Vedle respondentů z kazuistiky 1 a 2, splnil ještě jeden respondent diagnostické kritérium depersonalizační poruchy (ot. 124a), vzhledem k diagnóze paranoidní schizofrenie však nemohla být depersonalizační porucha v žádném z těchto případů určena (ot. 125-126).

Kazuistika 4

Muž, 24 let. Respondent splňuje dvě formální kritéria (ot. 127 a 128) pro disociativní poruchu identity (registruje identity, které přebírají kontrolu nad jeho chováním). Respondent však netrpí amnesií a neudává žádné znaky spojované s disociativní poruchou identity, což tuto diagnózu vylučuje. Během inquiry, při kterém je požádán, aby identity/osobnosti blíže

popsal, odpovídá, že „*neví a na nic si nevzpomíná.*“ Respondent má zkušenost s třemi pozitivními příznaky schizofrenie (debatující a komentující hlasy, bludné myšlenky). Respondent uvádí také depersonalizační prožitky (ot. 124b-d), stanovená kritéria pro tuto poruchu však nespĺňuje.

DES=18, SOM=20, DEP=0, SCHIZ=3, CAN=Ne, DID=0, PARA=0, BOR=0

Kazuistika 5

Žena, 38 let. Respondentka opakovaně udává amnestické příznaky týkající se traumat v dětství (výslechy na policii ohledně pohlavního zneužívání, večery doma) a období velkého stresu před 3-5 lety. Tyto příznaky ji však dle jejích slov nezpůsobují problémy ve výkonu sociálních a pracovních funkcí, což vylučuje diagnózu disociativní amnézie. V minulosti trpěla také příznaky depersonalizace, formální kritéria pro tuto poruchu však nespĺňuje.

DES=14, SOM=9, DEP=7, SCHIZ=5, CAN=Ano, DID=4, PARA=3, BOR=8

Kazuistika 6

Muž, 33 let. Po smrti svého nevlastního otce měl představu, že se „*do něj otec převtělil a nyní je na řadě on – chtějí ho zabít.*“ Otec ho „*ovládal, dával mu myšlenky.*“ Respondent udává, že jej nevlastní otec od 4 do 19 let bil a psychicky týral. Oba rodiče „*hodně pili*“ a „*konflikty řešili násilím.*“ Respondent nespĺňuje stanovená kritéria pro žádnou disociativní poruchu.

DES=2, SOM=1, DEP=1, SCHIZ=0, CAN=Ano, DID=4, PARA=4, BOR=4

Kazuistika 7

Žena, 21 let. Respondentka v sobě registruje rozdílné identity (ot.127) a odpovídá, že neví, zda nad jejím chováním přebírají kontrolu (ot.128): „*Jednou jsem mluvila jako postava, kterou jsem si vysnila.*“ Respondentka neudává amnézii, což vylučuje diagnózu disociativní poruchy identity. Respondentka popisuje, že napodobuje ostatní, do kterých se zamiluje a tyto osobnosti vstřebává. Potom tyto osobnosti vědomě využívá. „*Byla jsem zamilovaná do dvou žen, jedna byla hodná a jedna zlá. Když se na veřejnosti stydím, používám tu dobrou, když mě někdo naštvě, tak tu zlou. Druzí mi pak žerou, že jsem citlivá a hodná nebo zlá a blázen.*“

DES=nezjištěno, SOM=1, DEP=5, SCHIZ=0, CAN=Ano, DID=1, PARA=2, BOR=3

3 respondenti z 27 (11,1%) splnili formální kritéria interview DDIS pro disociativní poruchu. Jeden respondent byl z této skupiny na základě inquiry vyloučen a jeden naopak začleněn. Výsledná prevalence se po této úpravě tedy nezměnila. Také někteří další respondenti udali různě rozsáhlé disociativní příznaky, které ale patrně nedosáhly úrovně disociativní poruchy. Konzervativní odhad prevalence disociativních poruch ve sledovaném vzorku pacientů s paranoidní schizofrenií tedy činí 3 z 27 (11,1%).

8.6 Spolehlivost dotazníku DES jako screeningového nástroje

Respondenti dosahovali celkového DES skóre v rozmezí 2-42. Průměrné skóre činilo 14,1 (SD=11,8). 7 respondentů z 26 (26,9%) překročilo hranici 20 bodů, 6 respondentů (23,1%) hranici 25 bodů a 4 respondenti (15,4%) hranici 30 bodů (21, 25, 27, 32, 32, 36, 42). Dvěma z těchto respondentů byla diagnostikována disociativní porucha s pomocí interview DDIS. Tito respondenti dosáhli v dotazníku DES skóre 32 a 36. Zbývající třetí respondentka, které byla diagnostikována disociativní porucha, skórovala v dotazníku DES nízko (3 body).

Na základě těchto dat byla testována spolehlivost dotazníku DES jako screeningového nástroje disociativních poruch ve vzorku pacientů s paranoidní schizofrenií na úrovni různě zvoleného cutoff skóre (20, 25 a 30 bodů včetně). Jako kritérium spolehlivosti bylo stanoveno, že většina respondentů (nejlépe všichni) s disociativní poruchou překročí stanovené cutoff skóre a zároveň, že většina respondentů (nejlépe všichni) bez disociativní poruchy stanovené cutoff skóre nepřekročí. Také bylo požadováno, aby byl nalezený rozdíl mezi očekávanými a pozorovanými četnostmi statisticky signifikantní. Výsledky této analýzy zobrazuje následující tabulka (tab. 6).

Tab. 6: Spolehlivost dotazníku DES jako screeningového nástroje disociativních poruch na úrovni různě zvoleného cutoff skóre

Cutoff skóre DES	Disociativní porucha	Bez disociativní poruchy	Fí	Chí-kvadrát	Signifikance
20	2 ze 3 (66,7%)	5 z 23 (21,7%)	$\Phi=0,324$	$\chi^2(1)=2,723$	$p=0,099$
25	2 ze 3 (66,7%)	4 z 23 (17,4%)	$\Phi=0,374$	$\chi^2(1)=3,630$	$p=0,057$
30	2 ze 3 (66,7%)	2 z 23 (8,7%)	$\Phi=0,513$	$\chi^2(1)=6,851$	$p=0,009$

V případě, že byla hodnota cutoff skóre DES stanovena na 20 bodů, překročili tuto hodnotu 2 respondenti s disociativní poruchou ze 3 (66,7%) a 5 respondentů bez disociativní poruchy z 23 (21,7%), přičemž tento rozdíl od očekávaných četností (26,9%) nebyl statisticky

signifikantní na hladině významnosti 0,05 ($\Phi=0,324$; $\chi^2(1)=2,723$; $p=0,099$). Pokud byla hodnota cutoff skóre DES stanovena na 25 bodů, překročili tuto hodnotu 2 respondenti s disociativní poruchou ze 3 (66,7%) a 4 respondenti bez disociativní poruchy z 23 (17,4%), přičemž tento rozdíl od očekávaných četností (23,1%) byl mírně za hranicí statistické signifikance na hladině významnosti 0,05 ($\Phi=0,374$; $\chi^2(1)=3,630$; $p=0,057$). Jestliže byla hodnota cutoff skóre DES stanovena na 30 bodů, překročili tuto hodnotu 2 respondenti s disociativní poruchou ze 3 (66,7%) a 2 respondenti bez disociativní poruchy z 23 (8,7%), přičemž tento rozdíl od očekávaných četností (15,4%) byl statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,01 ($\Phi=0,513$; $\chi^2(1)=6,851$; $p=0,009$).

Ve sledovaném vzorku pacientů s paranoidní schizofrenií se ukázal dotazník DES jako spolehlivý nástroj k screeningu disociativních poruch při stanoveném cutoff skóre 30 bodů. Jeho spolehlivost se ukázala jako poměrně dostačující také při cutoff skóre 25 bodů. Jako již nespolehlivý se dotazník DES projevil při cutoff skóre 20 bodů. Můžeme tedy zamítnout nulovou hypotézu H_{10} a podpořit hypotézu H_1 .

8.7 Výsledné hodnoty v dotazníku PANSS

Respondenti průměrně dosáhli 11 (SD=4) pozitivních příznaků a 17,3 (SD=7,1) negativních příznaků schizofrenie v dotazníku PANSS. Zkoumaný vzorek tedy charakterizovala převaha negativních příznaků. Respondenti průměrně získali o 6,3 (SD=6,4) více negativních než pozitivních příznaků schizofrenie. Jen tři respondenti získali více pozitivních příznaků než negativních příznaků schizofrenie (+7, +1, +1). Největšího rozdílu ve prospěch pozitivních příznaků schizofrenie (+7) přitom dosáhl respondent, kterému byla diagnostikována disociativní porucha identity administrátorem, který byl k výsledkům PANSS slepý.

8.8 Vztah mezi CAN a pozitivními příznaky schizofrenie / disociací

Za účelem testování hypotéz H_{20} a H_{30} týkající se vztahu mezi disociací, resp. mezi pozitivními příznaky schizofrenie a CAN byly provedeny t-testy pro nezávislé výběry. Soubor byl rozdělen na dvě skupiny, na skupinu respondentů, kteří udali, že byli fyzicky týráni anebo sexuálně zneužíváni (CAN Ano) a skupinu, která tuto zkušenost nevedla (CAN Ne). Mezi těmito skupinami byly porovnávány průměrné skóre dotazníku DES, subškály pozitivních příznaků schizofrenie prvního řádu dle Schneidera v interview DDIS a pozitivních příznaků schizofrenie v dotazníku PANSS. Vzhledem k malému vzorku ($N=26$, resp. 27) a distribuci hodnot, která dostatečně nesplňovala podmínku normálního rozložení, bylo k podpoře této

analýzy užito také neparametrického testu Mann Whitney U. Byť tento test není založen na porovnávání aritmetických průměrů, jsou výsledky této analýzy pro přehlednost zobrazeny společně s výsledky t-testu v následující tabulce (tab. 7).

Tab. 7: Porovnání výsledků DES, pozitivních příznaků schizofrenie (PPS) dle PANSS a dle DDIS mezi skupinou, která uvedla CAN a skupinou, která nikoliv.

CAN		M	SD	t(df)	p	Mean ranks	M-W U	p
DES	Ano (N=10)	14,0	16,2	t(24)=0,022	p=0,983	11,85	U=63,5	p=0,383
	Ne (N=16)	14,1	8,9			14,53		
PPS PANSS	Ano (N=10)	11,4	3,5	t(24)=0,392	p=0,698	15,15	U=63,5	p=0,381
	Ne (N=16)	10,8	4,5			12,47		
PPS DDIS	Ano (N=11)	2,1	2,8	t(25)=0,1771	p=0,089	10,50	U=49,5	p=0,055
	Ne (N=16)	4,3	3,5			16,41		

Průměrná míra disociace dle dotazníku DES se u skupiny, která uvedla, že byla fyzicky týrána anebo sexuálně zneužívána (M=14,0), statisticky signifikantně nelišila od skupiny, která tuto zkušenost neuvedla (M=14,1). Nulovou hypotézu H_{20} tedy nelze zamítnout a hypotézu H_2 nelze podpořit.

Průměrná míra pozitivních příznaků schizofrenie dle dotazníku PANSS se u skupiny, která uvedla, že byla fyzicky týrána anebo sexuálně zneužívána (M=11,4), statisticky signifikantně nelišila od skupiny, která tuto zkušenost neuvedla (M=10,8).

Průměrná míra pozitivních příznaků schizofrenie dle interview DDIS se u skupiny, která uvedla, že byla fyzicky týrána anebo sexuálně zneužívána (M=2,1), statisticky signifikantně nelišila od skupiny, která tuto zkušenost neuvedla (M=4,3). Nalezený rozdíl mezi skupinami byl mírně za hranicí statistické signifikance na hladině významnosti 0,05 a byl opačný, než předpokládala hypotéza. Respondenti, kteří uvedli, že byli fyzicky týráni anebo sexuálně zneužíváni, dosáhli v rozporu s očekáváním v interview DDIS průměrně méně pozitivních příznaků schizofrenie než skupina, která tuto zkušenost neuvedla.

Nulovou hypotézu H_{30} tedy nelze zamítnout a hypotézu H_3 nelze podpořit.

8.9 Vztah mezi disociací a pozitivními příznaky schizofrenie

Za účelem testování hypotézy H_{40} týkající se vztahu mezi disociací a pozitivními příznaky schizofrenie, byl celkový skóre v dotazníku DES korelován s výsledným skórem subskály pozitivních příznaků dle Schneidera v interview DDIS a s celkovým skórem škály

pozitivních příznaků schizofrenie v dotazníku PANSS. S ohledem na malou velikost výzkumného souboru (N=26) a distribuci hodnot, která ve všech případech dostatečně nespĺňovala podmínku normálního rozložení, bylo užito neparametrických testů Spearmanovo r a Kendallovo tau b. Výsledky těchto korelací zobrazuje následující tabulka (tab. 8).

Tab. 8: Korelace mezi disociací (DES) a pozitivními příznaky schizofrenie

	Pozitivní příznaky schizofrenie dle DDIS	Pozitivní příznaky schizofrenie dle PANSS
DES skóre	$r_s=0,433$ ($p=0,027$) $t_b=0,290$ ($p=0,049$)	$r_s=0,072$ ($p=0,623$) $t_b=0,101$ ($p=0,623$)

Zjištěné korelace mezi celkovým DES skóre a pozitivními příznaky schizofrenie v interview DDIS naznačují souvislost mezi mírou současné disociace a celoživotní mírou pozitivních příznaků schizofrenie udávané samotným pacientem.

Celkový skór DES s aktuálními pozitivními příznaky schizofrenie hodnocenými ošetřujícím psychiatrem v dotazníku PANSS spolu statisticky signifikantně nekorelovaly.

S určitým upřesněním můžeme zamítnout nulovou hypotézu H_0 a podpořit hypotézu H_4 , tedy pokud budeme míru pozitivních příznaků schizofrenie chápat jako celoživotní zkušenost s méně nebo více druhy pozitivních příznaků schizofrenie prvního řádu dle Schneidera.

9. Diskuze

V této závěrečné části shrnuji a interpretuji výsledky výzkumu. Výsledky budou zařazeny do kontextu stávajících výzkumů a současného vědění, naznačím limity a přednosti předložené práce a formuluji doporučení pro další teoretickou i výzkumnou činnost. Pro přehlednost diskuzi člením do dalších oddílů.

9.1 Prevalence disociativních poruch

Hlavním cílem předložené práce byl odhad prevalence disociativních poruch ve sledovaném vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie.

3 respondenti z 27 (11,1%) splnili formální kritéria DSM-IV v interview DDIS pro disociativní poruchu. Jeden respondent byl z této skupiny na základě inquiry vyloučen a jeden naopak začleněn. Výsledná prevalence se po této úpravě nezměnila.

Prvnímu respondentovi byla určena diagnóza disociativní poruchy identity. Druhá respondentka splnila formální kritéria DSM-IV pro diagnózu disociativní fugy, která však byla na základě inquiry změněna na disociativní poruchu jinak nespecifikovanou. Třetí respondent splnil částečně formální kritéria DSM-IV pro disociativní poruchu identity a byla mu stejně jako druhé pacientce určena diagnóza disociativní porucha jinak nespecifikovaná.

Dříve než přistoupím k interpretaci těchto výsledků, rád bych zdůraznil, že uvedená diagnostika disociativních poruch probíhala ve výzkumném, a nikoliv klinickém kontextu. V tomto kontextu bylo k odhadu prevalence a diagnostice disociativních poruch užito jen psychodiagnostických instrumentů. Takový postup je ve studiích prevalence sice běžnou praxí, má však oproti komplexnímu a erudovanému klinickému vyšetření několik nevýhod. Lze vytknout, že při takovém postupu roste riziko, že bude pacientovi chybně určena diagnóza disociativní poruchy, kterou ve skutečnosti netrpí. Tento postup také nedovoluje zodpovědět diferenciativně diagnostické otázky: Jsou v daném případě disociativní příznaky jen sekundárním projevem schizofrenie? Nejsou jednotlivé „osobnosti“ spíše výrazem bipolární afektivní poruchy či hraniční poruchy osobnosti? Nebo jedinec trpí disociativní poruchou, na které ostatní příznaky (afektivní, psychotické) nasedají? Jedná se o pravou disociativní poruchu identity, která se falešně manifestuje jako schizofrenie? Jsou disociativní a psychotické příznaky projevem komorbidity anebo samostatné nozologické jednotky (disociativní schizofrenie)?

K alespoň částečnému překonání těchto limitů bylo podniknuto několik kroků. Na závěr interview bylo zařazeno konfirmační inquiry, tak jak doporučují Foote et al. (2006). Toto inquiry přineslo řadu dalších informací, které byly využity v kazuistikách, kde jsou

přístupné nezávislému zhodnocení. Konfirmační inquiry navíc vedlo k jednomu vyloučení, jednomu začlenění a jedné úpravě diagnózy disociativní poruchy. Jeho další používání ve výzkumné praxi lze proto jen doporučit.

Výsledky z vyšetření byly vedle toho přeposlány ošetřujícím psychiatrům jednotlivých pacientů. Ačkoliv nemám k dispozici jejich vyjádření, navržené diagnózy disociativních poruch tedy byly v klinickém rámci podrobeny dalšímu zhodnocení.

Pro další práci by bylo jistě zajímavé vyjádření psychiatrů získat nebo do výzkumu přímo zařadit konfirmační vyšetření nezávislým odborníkem na oblast disociativních poruch. Takový krok by jistě zvýšil validitu výsledků. Konfirmaci nezávislým vyšetřením do svého výzkumu začlenili např. Tutkun et al. (1998), což vedlo k snížení zjištěné prevalence. Vzhledem k faktu, že dostupných odborníků, klinických psychologů nebo psychiatrů, kteří by v České republice byli schopni validně diagnostikovat disociativní poruchy, není mnoho, jeví se jako příhodnější doporučit pro další výzkum jiné konfirmační metody. Logicky se pak nabízí užití spolehlivého a komplexního polostrukturovaného interview SCID-D-R (Steinberg, 1985; 1994; 2000), které ve svém výzkumu použili ke konfirmaci diagnóz zjištěných dle interview DDIS např. Horen et al. (1995). Kombinaci obou interview – DDIS a SCID-D-R – na závěr své metaanalýzy doporučují také Friedl et al. (2000). Samotné interview DDIS je sice ve studiích prevalence disociativních poruch široce používáno (Ross, 1991; Akyüz et al., 1999; Xiao et al., 2006; Friedl et al., 2000), bylo však naznačeno, že zjištěné prevalence může nadhodnocovat (Friedl et al., 2000), což se může týkat i této práce.

Nyní bych rád zdůraznil klady provedeného výzkumu. V České republice byla již dříve uskutečněna řada studií (např. Bob et al., 2005; Bob et al., 2006; Ptáček et al., 2007), které mimo jiné upozornily na existenci zvýšené disociativní symptomatiky, respektive suspektní disociativní poruchy u části pacientů z různých psychiatrických skupin (deprese, epilepsie či paranoidní schizofrenie). V rámci těchto studií byly administrovány sebehodnotící dotazníky k měření a screeningu disociace (DES, SDQ-20), které však nejsou přímo určeny pro diagnostiku disociativních poruch. Předložená práce pak v České republice představuje první studii prevalence disociativních poruch s použitím nástroje (DDIS), který takovou diagnostiku umožňuje. V celosvětovém kontextu se pak jedná o první studii prevalence, která byla provedena v homogenním vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie. Dosavadní studie mezi pacienty s diagnózou schizofrenie byly provedeny v heterogenních vzorcích pacientů s diagnózou širokého schizofrenního spektra (Moise a Leichner, 1996; Haugen a Castillo, 1999; Ross et al., 1994, cit. dle Ross, 1997). Kladem předložené práce je rovněž fakt, že interview DDIS bylo administrováno všem respondentům a nikoliv jen těm,

kteří překročili stanovené cutoff skóre v dotazníku DES. Tento postup jednak dovolil testovat spolehlivost dotazníku DES jako screeningového nástroje a také vedl k detekci disociativní poruchy u respondentky, která v dotazníku DES skórovala nízko, a kterou by tento nástroj jinak nezachytil. Také je třeba zmínit minimální úbytek (2 z 29) počtu respondentů v průběhu studie, který je vzhledem k charakteru zkoumané skupiny poměrně překvapivý. Např. Moise a Leichner (1996) ve své studii prevalence disociativních poruch u pacientů s diagnózou schizofrenie ve srovnání s předloženou studií sice sledovali vyšší počet respondentů (N=53), z nich však bylo na základě screeningu dotazníkem DES přizváno jen 14 k dalšímu vyšetření (DDIS a SCID-D) a z toho jen 6 dalo svolení s pokračováním výzkumu.

Jistým limitem této práce je malá velikost vzorku. Počet 27 respondentů a způsob výběru vzorku zjištěnou prevalencí přirozeně nedovoluje zobecňovat. Pro další výzkumnou práci by bylo užitečné vzorek rozšířit a shromáždit jej metodou náhodného výběru. To však lze uskutečnit patrně jen ve velkých psychiatrických zařízeních tím způsobem, že je v určitém časovém období (např. po dobu jednoho roku) administrován screeningový dotazník DES všem pacientům po příjmu na oddělení a následně provedeno hlubší vyšetření u vytipovaných jedinců (např. Tutkun et al., 1998; Friedl a Draier, 2000; Gast et al., 2001). S jistou mírou nadsázky pak lze tvrdit, že všichni lidé z dané spádové oblasti mají přibližně podobnou šanci, že budou v daném období v tomto zařízení hospitalizováni s diagnózou paranoidní schizofrenie. Navzdory malému vzorku však předložená studie přinesla důležité zjištění: mezi pacienty s diagnózou paranoidní schizofrenie se disociativní poruchy mohou vyskytovat.

Prevalence disociativních poruch ve sledovaném vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie činila 11,1%. Obdobnou prevalenci (9%) odhadli u pacientů s diagnózou schizofrenie také Moise a Leichner (1996). Zatímco v jejich výzkumu byla detekována jen disociativní amnézie, v předloženém výzkumu byl detekován jeden případ disociativní poruchy identity (3,7%) a dva případy disociativní poruchy jinak nespecifikované (7,4%). Jedna respondentka (kazuistika 5) sice udala příznaky disociativní amnézie, nesplnila však podmínku subjektivně zažívaného distresu, která tuto diagnózu vyloučila. Zjištěná prevalence také odpovídá průměrným prevalencím nalézaným mezi hospitalizovanými psychiatrickými pacienty, které činí 15,3% celkově pro disociativní poruchy a 3,7% pro disociativní poruchu identity (Ross, 2004). Zjištěná prevalence je však nižší než mezi pacienty s diagnózou schizofrenie našli Haugen a Castillo (1999) a Ross (1994, cit. dle Ross, 1997), jejichž data jsou dle mého názoru nadhodnocena. Haugen a Castillo (1999) odhadli prevalenci disociativních poruch na 62%, v Rossově vzorku (Ross, 1994, cit. dle Ross, 1997) splnilo formální kritéria DDIS 36,1% pacientů pro disociativní amnézii, 28,9%

pro depersonalizační poruchu, 25,3% pro DID a 3,6% pro disociativní fugu. Připomeňme, že v předloženém výzkumu byli zahrnuti jen stabilizovaní, dobře spolupracující pacienti. Je možné, že mezi pacienty s méně příznivým průběhem jejich onemocnění by prevalence disociativních poruch vzrostla. Nižší nalezená prevalence může být dána také převahou zastoupení mužů ve sledovaném vzorku, neboť např. disociativní porucha identity se patrně častěji vyskytuje u žen (Ross, 1989a). Pro budoucí práci by mohlo být podnětné sledovat homogenní vzorek žen nebo alespoň zformovat genderově vyrovnaný soubor.

9.2 Diferenciálně diagnostické úvahy

Zvolený design práce neumožňoval podrobnou diferenciální diagnostiku disociativních poruch, informace získané prostřednictvím inquiry však přesto nastínily určitá diferenciálně diagnostická témata, která si nyní přiblížíme. V následujících odstavcích se mi přitom nejedná o skutečnou diferenciální diagnostiku, která by v rámci získaných údajů ani nebyla možná. Tuto starost rád přenechám ošetřujícím psychiatrům, kterým byly výsledky výzkumu přeposlány. Pokládám však za užitečné na tomto místě alespoň naznačit různé směry, kterými se diferenciálně diagnostické otázky mohou ubírat.

První kazuistika potvrdila, že může být obtížné odlišit bipolární afektivní poruchu s rychlým cyklem a disociativní poruchu identity. Respondent udal, že v minulosti trpěl depresí a mánií a své osobnosti popsal jako „*introverta*“ a „*extroverta*“. Podstatu nesnadné diferenciálně diagnostické úvahy tvoří otázka, zda jsou protikladné afektivní stavy projevem *switchingu* mezi osobnostmi, které charakterizuje odlišný afekt, nebo jsou čistě projevem bipolární afektivní poruchy. (viz např. Wills a Goodwin, 1996)

Informace z druhé kazuistiky zase poukázaly na jistou obtíž, kterou přináší odlišení disociativních poruch a přirozených procesů hledání a experimentování s identitou během adolescence (viz Macek, 2003). Domnívám se, že tyto procesy, které jsou součástí optimálního vývoje identity, mohou stát v pozadí vyšší míry disociace nalézané u adolescentů ve srovnání s dospělými osobami (Bernstein a Putnam, 1986; van Ijzendoorn a Schuenge, 1996). Respondentka z druhé kazuistiky v minulosti nečekaně odjela jako *au-pair* do Anglie. Během cesty se cítila jako někdo jiný a cestu popsal jako hledání sebe sama, což jsou údaje, které by izolovaně o procesu utváření identity během adolescence nebo rané dospělosti jistě mohly vypovídat. Jako významné diferenciální vodítko disociativní poruchy se v tomto případě jeví vyjádření respondentky, že v sobě vnímala „*dvě části, dvě myslí*“, o kterých navíc mluvila ve třetí osobě („*jedna něco rozhodla, druhá byla proti tomu*“).

Třetí kazuistika naznačila, jak může být u pacientů s diagnózou schizofrenie nesnadná diagnostika disociativní amnézie, neboť ji lze jen obtížně odlišit od poruch paměti, které jsou součástí negativních příznaků schizofrenie (např. Mueser a McGurk, 2004; Češková, 2007). Respondent popsal určité potíže s pamětí, kdy si „*nepamatuje skoro nic, hází to za hlavu.*“. Tyto příznaky, v osamocené podobě poměrně neurčité, byly snad zvýznamněny v kontextu dalších disociativních příznaků týkajících se identity. Tato kazuistika také naznačila, že disociativní příznaky mohou mít obsedantně kompulsivní rysy, což znesnadňuje jejich odlišení od tohoto spektra poruch (viz např. Ross a Anderson, 1988). Respondent popsal, že na něj „*identity útočí*“, a že se jim „*brání, aby se nestalo to, co nechce.*“

Sedmá kazuistika poukázala na svízele diferenciální diagnosticky disociativních poruch a poruch osobnosti hraničního typu. Disociace se zde překrývá s konceptem splittingu založeného na introjektech dobrého a špatného objektu (Young, 1988, cit. dle Ross, 1997). Respondentka vylíčila, jak napodobuje a vstřebává osobnosti, do kterých se zamiluje a pak tyto osobnosti využívá, přičemž popsala dvě takové osobnosti, jednu dobrou a jednu zlou ženu.

Nejobtížnějším tématem diferenciální diagnostiky se přirozeně jeví odlišení projevů paranoidní schizofrenie a disociativní poruchy identity, především jedná-li se o pozitivní příznaky schizofrenie, které nalzáme u obou poruch (Kluft, 1987; Ross et al., 1990; Ellason a Ross, 1995; Steinberg, 2001). Např. respondent z třetí kazuistiky popsal jednu svou osobnost jako „*uprchlého vězně na útěku, který chce zabít své rodiče.*“ Ač se nám může takové vyjádření jednoduše jevit jako bludné, lze stejně tak spekulovat o disociativním, psychodynamickém pozadí této imaginární identity. Respondent z šesté kazuistiky popsal, že se do něj nevlastní otec, který jej fyzicky týral, po své smrti „*převtěлил, ovládal ho a dával mu myšlenky.*“ Tento blud opět získává jiný význam, nahlédneme-li jej prizmatem teorie disociativní poruchy identity (Ross, 1997; Putnam, 1989). Není výjimečné, když jsou tyranizující osobnosti pacienta přesvědčeny, že jsou pachatelem z minulosti, zvláště, je-li již po smrti. Respondent z první kazuistiky zase popsal některé ze svých identit „*jako úspěšného sportovce nebo producenta*“, přičemž dodal, že tyto bludy „*po lécích již nemá.*“

Na tomto místě bych rád upozornil, že kladná odpověď na medikaci neuroleptiky diferenciální diagnostiku o mnoho nezjednodušuje, neboť taková odpověď nutně neimplikuje schizofrenii. Nová atypická antipsychotika se úspěšně užívají také v doprovodné léčbě disociativních poruch a posttraumatické stresové poruchy a mají kladný vliv na mnoho příznaků včetně intruzivních příznaků (Chu, 2007). Intruzivní příznaky přitom lze v rámci disociativní poruchy identity chápat jako invaze disociovaných osobností do vědomí hostující

osobnosti (Ross, 1997). Loewenstein (2005) na druhou stranu připomíná, že hlavním nástrojem léčby disociativní poruchy identity zůstává psychoterapie, a pozitivní příznaky schizofrenie, které vyplývají z osobnostní struktury pacienta s DID, na neuroleptika zpravidla neodpovídají. Také ale přiznává, že někteří pacienti po medikaci neuroleptiky uvádějí úlevu od halucinací, a že je lze indikovat u chronicky a vážně nemocných jedinců, kteří vedle DID a komplexní PTSD projevují také skutečné psychotické příznaky a poruchy myšlení.

Uvedené diferenciatně diagnostické úvahy přirozeně nevyklučují možnost komorbidity daných poruch. Traumatizovaní jedinci s komplexní disociativní poruchou jsou zpravidla polysymptomatictí, setkáme se u nich s rozsáhlou komorbiditou (Ross, 2000).

9.3 Psychometrické vlastnosti české verze DDIS

V rámci výzkumu byly ověřovány vybrané psychometrické vlastnosti české verze interview DDIS. K zajištění obsahové validity bylo podniknuto několik kroků. Práce byla přeložena ve spolupráci dvou výzkumníků. Srozumitelnost položek byla ověřena v průběhu pilotáže s dvěma pokročilými studenty psychologie a jedním respondentem s psychiatrickou diagnózou schizofrenního spektra. Výsledná verze pak byla předložena k expertnímu posudku odborníkovi na oblast disociativních poruch.

Reliabilita jednotlivých subškál byla odhadována pomocí výpočtu Cronbachovo alfa. Vnitřní konzistence subškál somatizační porucha, hraniční porucha osobnosti a pozitivní příznaky schizofrenie se ukázala pro výzkumné účely jako dostačující ($\alpha=0,78-0,88$). Uspokojivé vnitřní konzistence nedosáhly subškály velká depresivní epizoda, znaky spojované s DID a nadpřirozené zkušenosti ($\alpha=0,62-0,69$).

Subškály znaky spojované s DID a nadpřirozené zkušenosti skutečně neměří jen jeden rys a jejich vnitřní konzistence není dále požadována. Bližší analýza jednotlivých položek v subškále velká depresivní epizoda odhalila dvě problematické položky (59, 62), po jejichž vyloučení by vrostla hodnota Cronbachovo alfa na 0,82. Položka 59 týkající se ztráty energie a únavy měla minimální variabilitu, což se ve výsledném výpočtu jistě projevilo. Položka 62, která se týká sebevražedných myšlenek a pokusu o sebevraždu, je pravděpodobně zatížena dalšími rysy. Sklony k sebevražednosti patrně nejsou projevem jen depresivního syndromu, ale také dalších faktorů. Jelikož nebyla vnitřní konzistence interview DDIS v zahraničních studiích doposud ověřována, nemohu tyto výsledky porovnat.

V rámci ověřování psychometrických vlastností DDIS byla zjišťována také souběžná validita s vnějším kritériem. Jako validní se v tomto ohledu prokázala subškála znaků spojovaných s DID, která pozitivně korelovala s DES skóre ($r_s=0,51$; $p=0,008$). Zjištěná

korelace byla nižší ($r=0,78$), než v anglické verzi našel mezi univerzitními studenty Ryan (1988, cit. dle Ross, 1997), což lze vysvětlit rozdílem mezi zkoumanými vzorky. Díky inquiry se však objevili určité pochybnosti ohledně validity této škály. V průběhu bližšího dotazování na tyto příznaky respondenti často uváděli běžné zkušenosti nebo vysvětlení („*sourozenci mi kradou věci, a proto je nemohu najít; zaujala jsem kolegu z kurzu, ale on mě ne, proto si ho nepamatuji*“). Je možné, že tato škála nedokáže uspokojivě diferencovat nepatologické projevy od abnormální disociace, může se ale také v některých případech stát, že respondenti poskytují (i sami sobě) běžné nebo sociálně žádoucí příklady a vysvětlení, které zakrývají jejich disociativní podklad. Většina lidí v životě sporadicky zažívá prožitky uvedené v této škále. Fakt, že je respondenti zažívají někdy nebo často, může mít v určitých případech klinický význam.

Ověřována byla také souběžná validita subškály pozitivních příznaků schizofrenie prvního řádu dle Schneidera vůči škále pozitivních příznaků schizofrenie v dotazníku PANSS. Tyto dvě škály spolu nekorelovaly, což však nutně neznamená, že by subškála pozitivních příznaků schizofrenie v DDIS nebyla validní. Poměřované škály se totiž významně liší v mnoha různých ohledech. Zatímco škála v dotazníku PANSS měří současné pozitivní příznaky schizofrenie, subškála v interview DDIS měří celoživotní zkušenost s různými druhy takových příznaků. Je třeba připomenout, že respondenti byli v době dotazování v plné nebo částečné remisi, a že proto v dotazníku PANSS dosáhli převážně nízkých hodnot. Předpokládám, že kdyby byli respondenti vyšetřováni v průběhu relapsu onemocnění, mohla by se korelace mezi těmito škálami projevit. Dalším rozdílem je, že zatímco pozitivní příznaky schizofrenie v dotazníku PANSS hodnotí ošetřující lékař, v interview DDIS je na ně dotazován sám pacient. Formát položek PANSS má navíc podobu Likertovy škály o sedmi stupních měřících míru (hloubku) jednotlivých příznaků, formát položek DDIS je dichotomický a měří pouze zkušenost s danými příznaky, ale nikoliv jejich míru. Jednotlivé typy pozitivních příznaků se navíc téměř nepřekrývají, 11 položek v interview DDIS sdílí se 7 položkami v dotazníku PANSS podobnost jen v jednom případě, v položce „bludy“.

Udává se, že interview DDIS prokazuje pro diagnostiku disociativní poruchy identity dobrou senzitivitu a specifitu (Ross et al., 1989b). V rozporu s tím jeden respondent ze dvou sice v interview DDIS splnil kritéria DSM-IV pro disociativní poruchu identity, na základě inquiry ale musela být tato diagnóza vyloučena. Zdá se, jak již naznačili Friedl et al. (2000), že dichotomický formát položek a jejich malý počet zvyšují riziko falešné diagnózy disociativní poruchy identity, přinejmenším mezi pacienty s diagnózou schizofrenie, kteří se

snad díky svým variabilním prožitkům snáze s těmito kritérii identifikují. Pro praxi lze znovu jen doporučit zjištěné diagnózy ověřovat dalšími metodami.

9.4 Poznámky k administraci DDIS

V této části bych rád stručně shrnul dojmy, kterých jsme nabyli v průběhu administrace DDIS.

Během interview jsme několikrát zaznamenali, že respondenti nerozumí znění určitých položek, jak postřehli již Foote et al., (2006). To se netýká jen dlouze a složitě formulovaných instrukcí a otázek (např. instrukce k ot. 3-37 či ot. 38), ale třeba také cizojazyčných slov (ot. 71, imaginární přítel). Respondentům bylo třeba tyto otázky opakovat, případně vysvětlit vlastními slovy. Na druhou stranu je třeba vyzdvihnout, že přes možné kognitivní obtíže respondenti položkám celkově rozuměli velmi dobře a odpovídali pohotově, což ospravedlňuje další užívání interview DDIS mezi pacienty s diagnózou schizofrenie.

Respondenti také poměrně dobře snášeli náročnost administrované metody, jednak obsahovou (otázky týkající se sebevražedných myšlenek, psychotických symptomů, CAN) a jednak časovou. Dva respondenti se však zdáli být otázkami dosti zaskočení a na čas interview raději přerušili.

Spolupracující vztah se tazatelům dařilo s respondenty navázat v různé míře, celkově však byli respondenti dobře motivováni. S některými respondenty se podařilo zformovat během krátké doby velmi dobrý vztah, v jehož bezpečném rámci se zdáli být ochotnější vypovídat o svých symptomech nebo traumatických zkušenostech. Dobrou spoluprací se podařilo navázat kupříkladu se všemi respondenty, kterým byla diagnostikována disociativní porucha. S některými respondenty se dobrý raport zformovat naopak nepodařilo a jejich ochota vypovídat byla nižší, což se ve výsledcích mohlo projevit.

9.5 Spolehlivost dotazníku DES jako screeningového nástroje

Běžná klinická praxe nebo výzkum na velkých vzorcích z časových důvodů znemožňuje provedení interview DDIS (nebo SCID-D-R) s každým pacientem. Běžně se proto používá dotazníku DES jako screeningového nástroje, který má za úkol nejprve pacienty se suspektní disociativní poruchou identifikovat. V druhém kroku je pak provedeno interview DDIS (nebo SCID-D) jen s těmi pacienty, kteří v dotazníku DES překročí stanovené cutoff skóre (např. Moise a Leichner, 1996; Tutkun et al., 1998; Friedl a Draier, 2000; Gast et al., 2001).

V předloženém výzkumu byla ověřována spolehlivost dotazníku DES jako screeningového nástroje disociativních poruch ve sledovaném vzorku pacientů s paranoidní schizofrenií. Tato spolehlivost se ukázala jako poměrně dobrá při stanoveném cutoff skóre 25-30 bodů. Jako nedostačující se ukázala při stanoveném cutoff skóre 20 bodů, neboť tuto hodnotu překročil i podstatný počet pacientů, kteří disociativní poruchou netrpěli. Ačkoliv mezní hodnota 20 bodů může být vhodná pro screening disociativních poruch v běžné populaci, mezi pacienty se schizofrenií se předběžně jeví, vzhledem k obecně vyššímu výskytu disociace v této populaci, jako příliš nízká.

Je třeba zdůraznit, že spolehlivost dotazníku DES jako screeningového nástroje neznamena, že většina pacientů, kteří překročí stanovené cutoff skóre, má spolehlivě disociativní poruchu. Spolehlivost dotazníku DES v tomto ohledu znamená, že podstatná většina pacientů s disociativní poruchou dané cutoff skóre překročí a podstatná většina pacientů bez disociativní poruchy nikoliv. Ve výsledném souboru vytipovaných pacientů se suspektní disociativní poruchou tak může skutečnou disociativní poruchou trpět menšina. Konkrétní příklad mohou poskytnout data z tohoto výzkumu. 6 pacientů překročilo cutoff skóre 25 bodů, ale jen 2 z nich trpěli disociativní poruchou.

Předložená data také naznačují, v souladu s výsledky Foote et al. (2006), že užívání dotazníku DES jako třídícího nástroje může vést k přehlédnutí určité části pacientů s disociativní poruchou, kteří v dotazníku DES skórují pod stanoveným cutoff skóre. V provedeném výzkumu dotazník DES nezachytil jednu respondentku s disociativní poruchou ze tří. V tomto případě se nicméně zdá, že tato respondentka disociativní poruchou trpěla v minulosti a dnes, patrně také díky psychoterapeutickým a sebe-zážitkovým technikám, těmito problémy již netrpí. Zatímco DDIS se zaměřuje na celoživotní prevalenci disociativních poruch, DES měří současné disociativní symptomy. Je tedy možné, že v době trvání jejích disociativních obtíží by cutoff skóre v dotazníku DES překročila rovněž.

Na závěr bych rád upozornil, že výsledky týkající se spolehlivosti DES jako screeningového nástroje disociativních poruch, je třeba vzhledem k malé velikosti vzorku interpretovat velmi obezřetně. V případě, že by stanovené cutoff skóre překročil jen jeden respondent s disociativní poruchou namísto dvou, ukázal by se dotazník jako nespolehlivý pro jakékoliv cutoff skóre. Vzhledem k velikosti a způsobu výběru vzorku nelze tyto výsledky navíc generalizovat. Toto šetření proto doporučuji replikovat na větším souboru. Přes tato omezení lze předběžně pro klinickou praxi a výzkum doporučit cutoff skóre mezi pacienty s diagnózou schizofrenie na 25 bodů, což je hodnota, kterou ve své studii prevalence

disociativních poruch u pacientů s diagnózou schizofrenie použili již Moise a Leichner (1996).

9.6 Prevalence CAN

V souladu se zahraničními studii (Ross et al., 1994; Schäfer et al., 2006; Miller a Finnerty, 1996) byla ve sledovaném vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie zjištěna vysoká prevalence CAN. 11 respondentů z 27 (40,7%) udalo, že bylo v dětství fyzicky týráno (N=6; 22,2%) anebo sexuálně zneužíváno (N=6; 22,2%). Obdobnou prevalenci (44,6%) našli u pacientů s diagnózou schizofrenie s užitím shodného nástroje (DDIS) Ross et al. (1994) a s užitím jiného nástroje (Childhood trauma questionnaire) také Schäfer et al. (2006) (41%). Zjištěná četnost fyzického týrání se mezi muži a ženami nelišila, ženy ale statisticky signifikantně častěji uváděly zkušenost se sexuálním zneužíváním v dětství. Tuto zkušenost udaly 4 ženy z 9 (44,4%), což přibližně odpovídá prevalenci nalezené Millerem a Finnertym (1996) (36%) a 2 muži z 18 (11,1%), což je méně, než našli Lysaker et al. (2001) (35%). Zjištěný nepoměr mezi muži a ženami lze přičíst častějšímu výskytu sexuální viktimizace u žen, mohla se však projevit také větší tendence mužů se s těmito zkušenostmi nesvědět.

Zjištěné prevalence je opět nutno vzhledem k velikosti a způsobu výběru vzorku vnímat opatrně a je třeba je replikovat na větším souboru. Na tomto místě se také projevuje jistý limit práce spočívající v absenci kontrolní skupiny, která by umožnila srovnat, nakolik se zjištěné prevalence liší od běžné populace. Ze zahraniční studie (Ross, 1991) však víme, že prevalence CAN dle interview DDIS je v běžné městské populaci třikrát až čtyřikrát nižší (12,6%).

Během interview se ukázalo, že někteří respondenti by fakt, že byli v dětství nepřiměřeně tělesně trestáni nebo bití, sami neoznámili jako tělesné týrání, což by bez dalšího dotazování vedlo ke snížení celkové prevalence. Typický rozhovor vypadal přibližně takto: „Byl jste někdy tělesně týrán jako dítě nebo dospívající? Ne, tak jak tomu rozumím, tak ne, nebyl jsem mučen. Byl jste někdy bit? Ano, to ano. Otec mě a mého bratra často surově bil. Někdy jen rukou, jindy švihadlem nebo tyčí od vysavače.“ Otázku číslo 73 je proto třeba přeformulovat, případně uvést doplňující komentář, že v případě váhavé odpovědi se lze doptat na tělesné tresty a bití.

Na závěr bych rád zdůraznil jedno zdánlivě prosté zjištění: Pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie mohou trpět stejně jako jiní lidé ranými traumaty a jeho důsledky. Tento závěr však není tak prostý, jak se na první pohled může zdát. Schizofrenie je

považována především za endogenní onemocnění a hlavním nástrojem léčby jsou psychofarmaka (Ross, 2004). V kontextu této klinické praxe mohou být raná traumata a jejich důsledky snadno přehlédnuty, neboť se ve srovnání s psychotickým onemocněním mohou jevit jako méně významná. Ať už rané traumatické zkušenosti mohou mít přímý vliv na rozvoj schizofrenie či nikoliv, jsou schopny její průběh a léčbu přinejmenším komplikovat a měly by dle mého názoru být, také s ohledem na subjektivní pohodu pacienta, psychoterapeuticky oslovovány. Někteří respondenti se během dotazování na svá traumata rozplakali, jiní udávali rozvinuté posttraumatické nebo disociativní příznaky. Těmto pacientům byla proto v závěrečné zprávě z vyšetření navržena individuální psychoterapie.

9.7 Disociace a schizofrenie

V teoretické části práce jsem podrobně analyzoval pět modelů různých vztahů mezi disociací a schizofrenií. Ačkoliv hlavním cílem výzkumné práce nebylo tyto modely systematicky ověřovat, užití metody umožnilo testovat vztahy mezi CAN, disociací a pozitivními příznaky schizofrenie, což jistá zjištění přináší. V následující části budu diskutovat, nakolik byly vybrané modely v předloženém výzkumu podpořeny či nikoliv.

Výzkum potvrdil, že disociativní příznaky a disociativní poruchy mohou se schizofrenií v některých případech koexistovat, což zastává kupříkladu Ross (2004), ale vylučuje Steinbergová (1995). V dotazníku DES respondenti dosáhli v průměru 14,1 bodů, což bylo sice méně, než mezi pacienty s diagnózou schizofrenie naměřili jiní výzkumníci (Moise a Lechner, 1996; Van Ijzendoorn a Schuenge, 1996; Bob et al., 2006), ale statisticky signifikantně více, než bylo s českou verzí DES naměřeno mezi dospělými osobami z nepsychiatrické populace (Ptáček et al., 2007)¹. 7 respondentů (26,9%) skórovalo v dotazníku DES vysoko, nad hranici 20 bodů a 3 respondenti splnili diagnostická kritéria DSM-IV pro disociativní poruchu. Přinejmenším u těchto pacientů tedy byla vedle schizofrenie zaznamenána současně vyšší míra disociace.

Souvislost mezi disociací a schizofrenií naznačila také korelace mezi DES skóre a subškálou pozitivní příznaky disociace prvního řádu dle Schneidera v interview DDIS, která činila $r_s=0,43$; ($p=0,027$). Zjištěná korelace byla nižší ($r=0,67$) než mezi univerzitními studenty nalezl Ryan (1988, cit. dle Ross, 1997), což lze opět vysvětlit rozdílem mezi zkoumanými vzorky. DES skóre spolu se subškálou pozitivních příznaků schizofrenie dle

¹ Dospělá populace (N=183) dosáhla průměrného DES skóre 6,4 (SD=5,8) (Ptáček et al., 2007). V předloženém výzkumu pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie dosáhli průměrného DES skóre 14,1 (SD=11,8). Tento rozdíl je statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,01 ($t(25)=3,281$; $p=0,003$).

PANSS však nekorelovaly, stejně jako ve studii Schäfera et al. (2006), ale v rozporu s výsledky Spitzera et al. (1997, cit. dle Ross, 2004; Schäfer et al., 2006). Zde je třeba znovu připomenout rozdíl mezi subškálami v dotazníku PANSS a v interview DDIS a fakt, že respondenti byli v době dotazování v částečné nebo úplné remisi a pozitivních příznaků schizofrenie aktuálně mnoho neprojevovali. Zatímco DDIS se zaměřuje na celoživotní zkušenost s různými druhy těchto příznaků, PANSS zjišťuje jejich aktuální míru. Dotazník DES pak sice měří aktuální míru disociace, předpokládá se ale, že disociace je poměrně stabilní rys (Putnam, 1992; Bernstein a Putnam, 1986).

Zjištěná korelace mezi DES a pozitivními příznaky schizofrenie dle DDIS je kongruentní s modelem 4, ve kterém disociace vytváří podklad pro psychotické zážitky. Tento model není ve skutečnosti potvrzen, neboť tato korelace nemůže prokázat kauzální směr mezi jevy, není s ním však v rozporu. V souladu s předloženými daty je možné, že vyšší míra disociace, kterou pacient projevuje, jej během života disponuje k větší míře různých druhů pozitivních příznaků schizofrenie. Jak navrhuji Allen et al. (1995, 1996, 1997), disociace od sebe samého a od druhých lidí jedince zbavuje vnitřních a vnějších kotev a činí jej zranitelnějším vůči psychotické zkušenosti.

Předložená data rovněž nevylučují, že kauzální směr mezi jevy je obrácený, tak jak bylo popsáno v modelu 3, ve kterém disociace vzniká jako reakce na trauma schizofrenie. Jedinci, kteří v životě prožili větší míru pozitivních příznaků schizofrenie, pravděpodobně prožili také více traumat s tím spojených, ať už se jedná o traumata, která představuje paranoidní schizofrenie jako taková, traumata spojená s hospitalizací, negativní sociální důsledky či vyšší riziko viktimizace. Na tato traumata pak mohli reagovat větším vzrůstem disociace. I tyto úvahy však zůstávají v rovině hypotéz.

V teoretické části jsem v analogii ke koncepci postpsychotické deprese a postpsychotické PTSD navrhl koncepci postpsychotické disociace. Ač nebylo účelem předložené studie tuto koncepci empiricky ověřovat, udali v průběhu interview DDIS dva respondenti amnézii na období psychotické ataky a následné hospitalizace. Dovolím si uvažovat, že taková postpsychotická amnézie nemusí být v pravém smyslu jen organicky podmíněná, a že jejím zdrojem mohou být také psychogenní, disociativní příčiny. Propuknutí psychózy může být pro jedince značně konfliktní, traumatické a spojené s negativními pocity jako je stud nebo vina. To jej může motivovat tyto události raději zapomenout, ve smyslu motivované represe.

Zdrojem postpsychotické amnézie ale může být také na funkčním stavu závislé učení (viz kap. 3.1). Vzpomínky jsou kódovány v neuro-fyziologickém stavu akutní psychózy a

v remisi nejsou dosažitelné. V průběhu relapsu onemocnění si jej jedinec může opět vybavit. Tyto úvahy jsou kongruentní s modelem parciální komorbidity disociace a schizofrenie popsané v rámci modelu 5 (viz kap. 11.5.1). V reakci na psychotické onemocnění se rozvíjí jakási postpsychotická disociativní porucha identity. Jedinec má osobnosti, které jsou psychotické, a které přebírají exekutivní kontrolu během relapsu onemocnění a také osobnosti nepychotické, byť třeba depresivní a anhedonické, které jsou aktivní jen během období remise. Mezi těmito osobnostmi přitom mohou být postaveny amnestické bariéry. Tuto hypotézu podporují vyjádření některých respondentů, kteří v období remise a v plném kontaktu s realitou popisovali své *psychotické osobnosti* – „*uprchlého vězně na útěku, který chce zabít své rodiče*“, „*úspěšného sportovce nebo producenta*“ či „*mrtvého otce*.“ Pokud by byl tento model platný, mohli bychom se společně s klientem v psychoterapii ptát, jaká je funkce těchto osobností v jejich životě a jakým způsobem by je bylo možné integrovat do jejich celkového sebeobrazu. Tento postup by představoval alternativu k farmakoterapii, která se tyto „osobnosti“ snaží zahnat, řečeno s nadsázkou, v jakési novodobé podobě exorcismu. Pokud by tento model ale platný nebyl, riskovali bychom iatrogenní poškození klienta. V tom případě je ideální oba postupy – farmakoterapeutický i psychoterapeutický – kombinovat.

Předložená data jsou naopak v rozporu s modelem 1, ve kterém jsou disociativní i psychotické příznaky reakcí na rané interpersonální trauma typu CAN. V kontradikci se zahraničními výzkumy (Ross a Joshi, 1992; Ross et al., 1994; Ellason et al., 1995) se neprokázala souvislost mezi CAN a pozitivními příznaky schizofrenie. V přímém protikladu ke studii Rosse et al. (1994) pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie, kteří udali, že byli v dětství sexuálně zneužíváni anebo fyzicky týráni průměrně projevovali méně pozitivních příznaků schizofrenie. Tento závěr sice nebyl statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,05, k této signifikanci se však blížil. Toto šetření doporučuji replikovat ve větším souboru, neboť je krajně nepravděpodobné, že by mohla raná traumata inhibovat projevy schizofrenie. Překvapivě a v rozporu s výzkumem Rosse et al. (1994) se ve sledovaném vzorku také neprokázala souvislost mezi CAN a disociací. Respondenti, kteří udali, že byli v dětství sexuálně zneužíváni anebo fyzicky týráni, průměrně neprojevovali statisticky signifikantně více příznaků disociace. Toto šetření rovněž doporučuji replikovat.

Shrnu-li, disociace měla vztah k pozitivním příznakům schizofrenie. Ani disociaci ani pozitivní příznaky schizofrenie však nebylo možné dát do souvislosti s CAN. Být byla zjištěná prevalence CAN mezi pacienty s diagnózou paranoidní schizofrenie poměrně vysoká,

data z této studie nepodporují koncepci CAN jako významného etiologického faktoru paranoidní schizofrenie.

Navzdory těmto zjištěním bylo CAN zaznamenáno u všech třech respondentů, kteří splnili diagnostická kritéria DSM-IV pro disociativní poruchu. Těmto respondentům byla v minulosti diagnostikována paranoidní schizofrenie, zároveň projevovali příznaky disociativní poruchy a uváděli CAN v anamnéze. Je možné, že u těchto pacientů se specifický vliv CAN na rozvoj disociativních a psychotických příznaků projevil, zatímco převážná většina ostatních pacientů trpěla spíše endogenní formou schizofrenie, jejíž průběh nebyl ranými traumatickými vlivy významně ovlivněn. Tento závěr podporují také některá data; v dotazníku PANSS soubor charakterizovala převaha negativních příznaků (-6,3), což bylo dáno do souvislosti s endogenním původem schizofrenie (Ross, 2004).

Převážnou část pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie tedy patrně tvořili jedinci s endogenní formou schizofrenie a menší část jedinci se skutečnou disociativní poruchou, která se jen zdánlivě manifestovala jako schizofrenie (viz kap. 11.5.2). Zvláště u respondenta z první kazuistiky bylo možné přesvědčivě uvažovat o nepřesně zvolené diagnóze paranoidní schizofrenie, která zakryla disociativní poruchu identity, popřípadě disociativní schizofrenii (viz kap. 11.2.1). Jeho psychometrický profil a další údaje do značné míry odpovídaly profilu pacientů s diagnózou DID (Ross et al., 1992; Ross, 1997).

Tento respondent projevoval rozsáhlou komorbiditu (hraniční porucha, deprese, pozitivní příznaky schizofrenie, příznaky PTSD) a četné disociativní příznaky (depersonalizace, amnézie). Udal vážné a chronické trauma ve velmi raném věku. Vedle toho dosáhl vysokého (druhého nejvyššího) skóru disociace v dotazníku DES (36 bodů) a jako jediný vykázal výraznou převahu pozitivních příznaků schizofrenie dle PANSS (+7). Vůči těmto psychometrickým údajům byl přítom administrátor interview DDIS slepý. Respondent popsal rovněž jiné než afektivní distinkce svých osobností („úplně jiný charakter člověka“, „cítím se na hodinu až dvě jako někdo úplně jiný“) a demonstroval významné sekundární znaky disociativní poruchy identity, zvláště frekventované kvalitativní proměny rukopisu.

Konec diskuze bych rád uzavřel shrnutím limitů, na které naráží průzkum disociativních poruch mezi pacienty s diagnózou paranoidní schizofrenie. Depersonalizační poruchu v takovém souboru nelze diagnostikovat, neboť její podmínkou je nepřítomnost schizofrenie a zachovaný náhled; depersonalizační prožitky doprovázejí schizofrenii běžně jako sekundární fenomén (viz kap 5.2 a 11.2.3). Disociativní amnézie, zvláště amnestická okna ztraceného času, se překrývají s poruchami paměti, které jsou součástí negativních příznaků schizofrenie. Na disociativní poruchu identity je obtížné ptát se přímo, neboť

hostující osobnost si obvykle ostatních osobností není vědoma (Ross, 1997; Putnam, 1989). Jedinec v sobě nemusí registrovat různé identity, a přesto může trpět DID.

Přes uvedená úskalí se v práci podařilo naplnit stanovené cíle; studie otevřela nové otázky a přinesla několik zjištění a zajímavých podnětů pro klinickou a výzkumnou praxi.

10. Závěrem

Předložená studie naznačila, že disociativní poruchy se ani v České republice nemusí vyskytovat vzácně. Disociativní poruchy dle diagnostických kritérií DSM-IV a také dílčí disociativní příznaky byly detekovány ve vzorku pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie a lze je očekávat i v dalších psychiatrických i nepsychiatrických populacích. Screening disociativních poruch by se v České republice mohl stát součástí rutinních klinických vyšetření, např. pomocí snadno a rychle administrovatelného dotazníku DES. U vytipovaných jedinců pak může být suspektní disociativní porucha vyšetřena hlouběji administrací interview DDIS nebo SCID-D-R. Disociativní poruchy by přitom neměly být jen diagnostikovány, ale také léčeny.

Výzkum rovněž poukázal na vysokou četnost raných traumatických zkušeností (CAN), které by u pacientů s diagnózou paranoidní schizofrenie neměly být přehlíženy. Fakt, že pacient trpí závažným psychotickým onemocněním, by neměl svést naši pozornost od dalších symptomů, které se jeví v kontextu schizofrenie jako méně významné. Pacienti s diagnózou paranoidní schizofrenie mohou být stejně jako jiní lidé vystaveni mnoha raným traumatickým vlivům a jejich důsledkům, pro které se mohou trápit, a které jejich psychický stav a léčbu přinejmenším komplikují. Závěrem pak mohu jen doporučit, aby vedle farmakologické léčby byla těmto pacientům věnována také specifická psychoterapeutická péče, která by jim umožnila traumata a jejich (disociativní) důsledky uspokojivě zpracovat. Psychoterapie, která má jen podpůrný charakter nebo psychoedukační rozměr, byť jinak velmi užitečná, takovou službu poskytnout nedokáže.

LITERATURA

Aderibigbe, Y. A., Bloch, R. M., Walker, W. R. (2001): Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36, 63-69.

Akyüz, G., Dogan, O., Sar, V., Yargic, I., Tutkun, H. (1999): Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry* 40, 151-159.

Allen, J. G., Coyne, L. (1995): Dissociation and vulnerability to psychotic experience: The dissociative experience scale and the MMPI-2. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183, 615-622.

Allen, J. G., Coyne, L., Console, D. A. (1996): Dissociation contributes to anxiety and psychoticism on the brief symptom inventory. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184, 639-641.

Allen, J. G., Coyne, L., Console, D. A. (1997): Dissociative detachment relates to psychotic symptoms and personality decompensation. *Comprehensive Psychiatry* 38, 327-334.

American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC, American Psychiatric Publishing.

Armstrong, J., Putnam, F. W., Carlson, E., Libero, D., Smith, S. (1997): Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185, 491-497.

Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medard, N., Patel, M., Senior, C., Sierra, M., Lambert, M. V., Philips, M. L., David, A. S. (2003): Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry* 182, 428-433.

Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T., Sengleton, N., Farrell, M., Jenkins, R. et al. (2004): Psychosis, victimization and childhood disadvantage. *British Journal of Psychiatry* 185, 220-226.

Becker-Blease, K. A., Deater-Deckard, K., Freyd, J. J., Eley, T., Stevenson, J., Plomin, R. (2004): A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 522-533.

Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1986): Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease* 174, 727-735.

Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1993): An Update of the Dissociative experiences scale. *Dissociation* 6, 16-25.

Berton, O., McClung, C. A., Dijone, R. J., et al. (2006): Essential role of BDNF in the mesolimbic dopamine pathway in social defeat stress. *Science* 311, 864-868

Birchwood, M. (2003): Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* 182, 373-375.

- Bleuler, E. (1911): *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. In: Gustav Aschaffenburg (Ed.) (1911): *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig, Vienna, Breithep und Hartel.
- Bliss, E. L. (1984): Spontaneous self-hypnosis in multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 7, 135-148.
- Bob, P. (2000): Disociativní procesy a jejich měření. *Česká a slovenská psychiatrie* 96, 301-309.
- Bob, P. (2002): Disociativní tendence psyché. Nепublikovaná disertační práce. Brno, Fakulta sociálních studií MU.
- Bob, P. (2007): Hypnotic abreaction releases chaotic patterns of electrodermal activity during dissociation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 55, 435-456.
- Bob, P., Glasová, K., Šusta, M., Jasová, D., Raboch, J. (2006): Traumatic dissociation, epileptic-like phenomena and schizophrenia. *Neuroendocrinology letters* 27, 321-326.
- Bob, P., Ptáček, R., Paclt, I. (2002a): Disociativní poruchy a možnosti diferenciální diagnostiky epileptických a psychogenních neepileptických záchvatů. *Česká a slovenská psychiatrie* 98, 377-381.
- Bob, P., Šusta, M., Pavlát, J., Hynek, K., Raboch, J. (2005): Depression, traumatic dissociation and epileptic-like phenomena. *Neuroendocrinology letters* 26, 321-325.
- Bob, P., Zvolský, P., Paclt, I., Páv, M., Pavlát, J., Vyhnálková, Z., Uhrová, T., Žukov, I. (2002b): Disociativní komponenty v etiopatogenezi deprese a možnosti jejich sledování a terapeutického ovlivnění. *Česká a slovenská psychiatrie* 98, 81-85.
- Boleloucký, Z. (1984): Mnohočetná, disociovaná osobnost – nový zájem o starý problém. *Československá psychiatrie* 82, 318-327.
- Breh, D. C., Seidler, G. H. (2007): Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD? *Journal of Trauma and Dissociation* 8, 53-69.
- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., Long, J. D. (2001): Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Service* 52, 1358-1366.
- Breuer, J., Freud, S. (1895): *Studien über Hysterie*. Leipzig und Vinna, Franz Deuticke.
- Brown, B. G. (1984): Towards a theory of multiple personality and other dissociative phenomena. *Psychiatric clinic of north America* 7, 171-193.
- Cannon, M., Walsh, E., Hollis, C., Maresc, K., Taylor, E., Murray, R., Jones, P. (2001): Predictors of later schizophrenia and affective psychoses among attendees at a child psychiatric department. *British Journal of Psychiatry* 178, 420-426.
- Češková, E. (2007): *Schizofrenie a její léčba*. 2. rozšířené vydání. Praha, Maxdorf.

- Chalupníček, A. (2005): Depersonalizační a derealizační syndrom a jeho zvládnání. Nепublikovaná bakalářská diplomová práce. Brno, Fakulta sociálních studií MU.
- Chu, J. A. (2007): Treatment of traumatic dissociation. In: Vermetten, E., Dorahy, M. J., Spiegel, D., (Eds.) (2007): Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment. Washington, American Psychiatric Publishing, 333-352.
- Coons, P. M. (2000): Dissociative fugue. In Sadock, B. J., Sadock, V. (Eds.) (2000): Comprehensive textbook of psychiatry. 7 vydání. New York, Williams, & Wilkins, 1549-1552.
- Coons, P. M., Bowman, E. S., Milstein, V. (1988): Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176, 519-527.
- Coons, P. M., Milstein, V. (1986): Psychosexual disturbances in multiple personality: characteristics, etiology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 47, 106-110.
- Coons, P. M., Milstein, V. (1992): Psychogenic amnesia: A clinical investigation of 25 cases. *Dissociation* 5, 73-79.
- Darves-Bornoz, J. M., Lempérière, T., Degiovanni, A., Gaillard, P. (1995): Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 78-84.
- Dell, P. F. (2002): Dissociative phenomenology of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190, 1-15.
- Domash, . D., Sparr, L. F. (1982): Post-traumatic stress disorder masquerading as paranoid schizophrenia: Case report. *Military Medicine* 147, 772-774.
- Dorahy, M. J., van der Hart, O. (2007): Relationship between trauma and dissociation. In: Vermetten, E., Dorahy, M. J., Spiegel, D., (Eds.) (2007): Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment. Washington, American Psychiatric Publishing, 3-30.
- Dunovský, J., Dytrych, Z., Matějček, Z. et al. (1995): Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha, Grada Publishing.
- Ellason, J. W., Ross, C. A. (1995): Positive and negative symptoms in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease* 183, 236-241.
- Ellenberger, H. F. (1970): The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. New York, Basic.
- Ensink, B. (1992): Confusing realities: A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms. Amsterdam, VU University Press.
- Fischer, D. G., Elnitsky, S. (1990): A factor analysis study of two scales measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis* 32, 201-207.

- Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R.; Folia, K. M.; Folia, S. L.; Benitez, J.; Kulkarni, J. (2005): Victimization of patients with schizophrenia and related disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 39, 169-174.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., Lipschitz, D. (2006): Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry* 163, 623-629.
- Frame, L., Morrison A. P. (2001): Causes of PTSD in psychosis. *Archives of General Psychiatry* 58, 305-306.
- Freud, S. (1993): *Vybrané spisy II – III. 2. vydání. Praha, Avicenum.*
- Freyd, J. J. (1996): *Betrayal trauma: The forgetting of childhood abuse. Cambridge, Harvard University Press.*
- Friedl, M.C., Draijer, N. (2000): Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1012-1013.
- Friedl, M. C., Draijer, N., de Jonge, P. (2000): Prevalence of dissociative disorders in psychiatric in-patients: the impact of study characteristics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 423-428.
- Gainer, K. (1994): Dissociation and schizophrenia: an historical review of conceptual development and relevant treatment approaches. *Dissociation* 7, 261-271.
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., Emrich, H.M. (2001): Prevalence of dissociative disorder among psychiatric inpatients in a German university clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189, 249-257.
- Geddes, J., Newton, R., Young, G., Bailey, S., Freeman, Ch., Priest, R. (1994): Comparison of prevalence of schizophrenia among residents of hostels for homeless people in 1966 and 1992. *BMJ* 308, 816-819.
- Gershuny, B. S., Thayer, J. F., (1999): Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review* 19, 631-657.
- Gilbertson, M., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai K., Lasko N. B., Orr S. P., Pitman R. K. (2002): Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience* 5, 1242-1247.
- Hall, F. S., Wilkinson, L. S., Humby, T., et al. (1999): Maternal deprivation of neonatal rats produces enduring changes in dopamine function. *Synapse* 32, 37-43
- Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. J. (2007): Attachment, disorganization and dissociation. In: Vermetten, E., Dorahy, M. J., Spiegel, D., (Eds.) (2007): *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment. Washington, American Psychiatric Publishing, 31-53.*

- Hardy-Baylé, M. Ch., Sarfati, Y., Passerieux, Ch. (2003): The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a pathogenetic approach to disorganization. *Schizophrenia bulletin* 29, 459-471.
- Haugen, M. C., Castillo, R. J. (1999): Unrecognized dissociation in psychotic outpatients and implications of ethnicity. *Journal of Nervous and Mental Disease* 187, 751-754.
- Herman, E., Hovorka, J., Praško, J., Nežádal, T. (2005): Disociativní poruchy. *Psychiatrie* 9, 134-142.
- Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R., Wagner, H. R., (2002): Impact of outpatient commitment on victimization of people with severe mental illness. *The American Journal of Psychiatry* 159, 1403-1411.
- Hilgard, E. R. (1984): The hidden observer and multiple personality. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 132, 248-253.
- Hochberg, S. R. S. (2004): Therapeutic hazards of treating child alters as real children in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation* 5, 13-27.
- Honig, A., Romme, M., Ensink, B., Escher, S., Pennings, M., De Vies, M. (1998): Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 186, 646-651.
- Horen, S. A., Leichner, P. P., Lawson, J. S. (1995): Prevalence of dissociative symptoms and disorders in an adult psychiatric inpatients population in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry* 40, 185-191.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2002): *Psychiatrie*. Praha, Tigis.
- Howley, J., Ross, C. A. (2003): The structure of dissociative fugue: A case report. *Journal of Trauma and Dissociation* 4, 109-124.
- Hunter, E. C. M., Phillips, M. L., Chalder, T., Sierra, M., David, A. S. (2003): Depersonalisation disorder: a cognitive-behavioural conceptualisation. *Behaviour Research and Therapy* 41, 1451-1467.
- Hunter, E. C. M., Sierra, M., David, A. S. (2004): The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39, 9-18.
- Hunter, M. (1990): *Abused boys: The neglected victims of sexual abuse*. New York, Facwett Columbine.
- Irwin, H. J. (1996): Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies. *Child abuse and neglect* 20, 701-707.
- Ito, Y., Teicher, M., Gold, C., Ackerman, E. (1998): Preliminary evidence for aberrant cortical development in abused children: A quantitative EEG study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 10, 298-307.

Jackson, Ch., Claire, K., Amanda, S., Birchwood, M. (2004): The trauma of first episode psychosis: the role of cognitive mediation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 327-333.

Janet, P. (1889): *L'Automatisme Psychologique*. Paris, Felix Alcon.

Jang, K. L., Paris, J., Zweig-Frank, H., Livesley W. J. (1998): Twin study of dissociative experience. *The Journal of Nervous and Mental disease* 186, 345-351.

Joslyn, S., Carlin, L., Loftus, E. F. (1997): Remembering and forgetting childhood sexual abuse. *Memory* 5, 703-724.

Kalina, K. (1987): *Jak žít s psychózou?* Praha, Avicenum.

Kay, S. R., Opler, L. A., Lindenmayer, J. P. (1986): Significance of positive and negative syndromes in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 149, 439-448.

Kay, S. R., Opler, L. A., Lindenmayer, J. P. (1988): Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatric Research* 23, 99-110.

Kay, S. R., Opler, L. A., Lindenmayer, J. P. (1989): The positive and negative syndrome scale (PANSS): Rationale and standardization. *British Journal of Psychiatry* 155 (suppl. 7), 59-65.

Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., Silver, H. K. (1962): The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.

Kilcommons, A. M., Morrison, A. P. (2005): Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112, 351-359.

Kingdon, D. G., Turkington, D. (1999): The cognitive-behavioural therapy of schizophrenia. In Wykes, T., Tarrier, N., Luis, S. (1999) *Outcome and innovation in the psychological treatment of schizophrenia*. London, Wiley, 59-79.

Kluft, R. P. (1984): An introduction of multiple personality disorder. *Psychiatric Annals* 14, 19-24.

Kluft, R. P. (1987): First-rank symptoms as a diagnostic clue to multiple personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 144, 293-298.

Kocourková, J., Koutek, L., Propper, L., Hort, V. (2001): Disociativní porucha identity u dětí a adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie* 97, 60-63.

Laing, R. D. (2000): *Rozdělené self*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství.

Lambert, M. V., Senior, C., Fewtrell, W. D., Philips, M. L., David, A. S. (2001): Primary and secondary depersonalisation disorder: a psychometric study. *Journal of Affective Disorders* 63, 249-256.

Libiger, J. (1992): *Schizofrenie*. Praha, Psychiatrické centrum.

- Loewenstein, R. J. (1991): An office mental status examination for complex chronic dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 14, 567-604.
- Loewenstein, R. J. (2005): Psychopharmacologic treatments for dissociative identity disorder. *Psychiatric Annals* 35, 666-673.
- Lundy, M. S. (1992): Psychosis-induced posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy* 46, 485-491.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., LaRocco, V. (2007): Clinical and psychosocial significance of trauma history in the treatment of schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing* 45, 44-51.
- Lysaker, P., Meyer, P., Evans, J., Clements, C., Marks, K. (2001): Childhood sexual trauma and psychosocial functioning in adults with schizophrenia. *Psychiatric Services* 52, 1485-1488.
- Macek, P. (2003): *Adolescence*. Praha, Portál.
- Maggini, C., Raballo, A., Salvatore, P. (2002): Depersonalization and Basic Symptoms in Schizophrenia. *Psychopathology* 35, 17-24.
- Maher, B. A. (1974): Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology* 30, 98-113.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Kulka, R. A., Hough, R. L. (1994): Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry* 151, 902-907.
- Mayer-Gross, W. (1935): On depersonalization. *International Journal of Psychoanalysis* 15, 103-122.
- McGlashan, T. H., Carpenter, W. H. (1976): Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 33, 231-239.
- McGorry, P., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D., Singh, B. (1991): Post-traumatic stress disorder following recent onset psychosis: an unrecognized post psychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179, 253-258.
- Melle, I., Friis, S., Hauff, E., Vaglum, P. (2000): Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. *Psychiatric Services* 51, 223-228.
- Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Aijala, A., Helenius, H. (1999): Post-traumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalisation in schizophrenic and delusional patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 187, 343-352.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize (MKN-10), Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (2006): 3. vydání. Praha, Psychiatrické Centrum Praha.

- Miller, L., Finnerty, M. (1996): Sexuality, pregnancy, and childhood-rearing among women with schizophrenic-spectrum disorders. *Psychiatric Service* 47, 502-506.
- Mohandie, K., Duffy, J. E. (1999): Understanding subjects with paranoid schizophrenia. *FBI Law Enforcement Bulletin* 68, 8-16.
- Morgan, C., Fisher, H. (2007): Environmental factors in schizophrenia: Childhood trauma – A critical review. *Schizophrenia bulletin* 1, 3-10.
- Morrison, A. P., Frame, L., Larkin, W. (2003): Relationship between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology* 42, 331-353.
- Motlová, L., Koukolík, F. (2004): *Schizofrenie, neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha, Galén.
- Mueser, K. T., McGurk, S. R. (2004): Schizophrenia. *The Lancet* 363, 2063-2072.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., Swartz, M. S., Butterfield, M. I., (2004): Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical and health correlates. *Schizophrenia Bulletin* 30, 45-57.
- Mueser, K. T., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Vidaver, R., Goodman, L. B., Osher, F. C., Auciello, P. P., Foy, D. V. (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 493-499.
- Nijenhuis, E. R. S., Spisoven, P., Van Dych, R., Van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1996): The development and psychometric characteristic of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease* 184, 11, 688-694.
- Noll, R. (1989): Multiple personality, dissociation, and C. G. Jung's complex theory. *Journal of Analytical Psychology* 34, 353-370.
- Nuechterlein, K. H., Dawson, M. E. (1984): A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin* 10, 300-312.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., Walkup, J. (1999): Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric Service* 50, 667-673.
- Oxnam, R. B. (2006): *Roztříštěná mysl: Můj život s mnohočetnou poruchou osobnosti*. Praha, Portál.
- Piper, A. (1997): *Hoax and reality. The bizarre world of multiple personality disorder*. Northvale, Jason Aronson.
- Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Mohr, P., Motlová, L., Seifrtová, D., Španiel, F. (2005): *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha, Medical Tribune CZ.

- Praško, J., Herman, E., Raszka, M., Hovorka, J., Doubek, P. (2007): Disociativní poruchy a jejich léčba. *Medicína pro praxi* 11, 471-476.
- Priebe, S., Broker, M., Gunkel, S. (1998): Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive Psychiatry* 39, 220-224.
- Prince, M. (1906): *Dissociation of a personality*. New York, Longman, Green.
- Ptáček, R. (2006): *Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace*. Nepublikovaná doktorská disertační práce. Brno, Fakulta sociálních studií MU.
- Ptáček, R., Bob, P., Paclt, I., Pavlát, J., Jasová, D., Zvolský, P., Raboch, J. (2007): Psychobiology of dissociation and its clinical assessment. *Neuroendocrinology Letters* 28, 191-198.
- Putnam, F. W. (1989): *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York, The Guilford Press.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L., Post, R. M., (1986): The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 cases. *Journal of Clinical Psychiatry* 47, 285-293.
- Putnam, F. W., Helmers, K., Trickett, P. K. (1993): Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect* 17, 731-742.
- Putnam, F. W., Chu, J. A., Dill, D. L. (1992): "The dissociative experiences scale": Reply. *American Journal of Psychiatry* 149, 143-144.
- Radovic, F., Radovic, S. (2002): Feelings of unreality: A Conceptual and Phenomenological Analysis of the Language of Depersonalization. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 9, 271-279.
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., Connolly, J. (2001): The Contribution on early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 64, 319-345.
- Read, J., Ross, C. A. (2004): *Psychosis and Trauma*. In: Ross, C. A. (2004): *Schizophrenia: Innovations in diagnosis and treatment*. New York, Haworth Press.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., Ross, C. A. (2005): Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112, 330-350.
- Reber, A. S. (1985): *The penguin dictionary of psychology*. London, Penguin books.
- Rosenbaum, M. (1980): The role of term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality. *Archives of General Psychiatry* 37, 1383-1385.

- Ross, C. A. (1991): Epidemiology of multiple personality and dissociation. *Psychiatric Clinic of North America* 14, 503-517.
- Ross, C. A. (1997): *Dissociative identity disorder*. New York, Wiley.
- Ross, C. A. (2000): *The trauma model: A solution to the problem of comorbidity in psychiatry*. Richardson, Manitou Communication.
- Ross, C. A. (2004): *Schizophrenia: Innovations in diagnosis and treatment*. New York, Haworth Press.
- Ross, C. A., Anderson, G. (1988): Phenomenological overlap of multiple personality disorder and obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 176, 295-299.
- Ross, C. A., Anderson, G., Clark, P. (1994): Childhood abuse and positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 45, 489-491.
- Ross, C. A., Anderson, G., Fraser, G. A., Reagor, P., Bjornson, L., Miller, S. D. (1992): Differentiating multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Dissociation* 5, 88-91.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., Barchet, P. (1989b): The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation* 2, 169-189.
- Ross, C. A., Joshi, S. (1992): Schneiderian symptoms and childhood trauma in the general population. *Comprehensive Psychiatry* 33, 269-273.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Bjornson, L., Reagor, P., Fraser, G. A., Anderson, G. (1991): Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 36, 97-101.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., Anderson, G. (1990a): Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 31, 111-118.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A., Anderson, G. (1990b): Structured clinical data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry* 147, 596-601.
- Ross, C. A., Norton, G. R., Wozney, K. (1989a): Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry* 34, 413-418.
- Ryan, L. (1988): *Prevalence of dissociative disorders and symptoms in a university population*. Nепубликованá disertační práce. San Francisco, California Institute of Integral Studies.
- Sadock, B. J., Sadock, V. (Eds.) (2000): *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7. vydání. New York, Williams, & Wilkins.

- Sarkar, J., Mezey, G., Cohen, A., Singh, S. P., Olumorti, O. (2005): Comorbidity of post traumatic stress disorder and paranoid schizophrenia: A comparison of offender and non-offender patients. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 16, 660-670.
- Shaner, A., Eth, S. (1989): Can schizophrenia cause posttraumatic stress disorder? *American Journal of Psychotherapy* 43, 588-597.
- Shaw, K., McFarlane, A. C., Bookless, C. (1997): The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185, 434-441.
- Shaw, K., McFarlane, A. C., Bookless, C., Air, T. (2002): The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *Journal of Traumatic Stress* 15, 39-47.
- Schäfer, I., Harfst, T., Anderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S., Read, J., Naber, D. (2006): Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Mental and Nervous Disease* 194, 135-138.
- Scharfetter, C. (2001): Eugen Bleuler's schizophrenias – synthesis of various concepts. *Sweizer archive für neurologie und psychiatrie* 152, 35-37.
- Schneider, K. (1957): Primäre und sekundäre symptome bei der schizophrenie. *Fortschrift der Neurologie and Psychiatrie* 25, 487-490.
- Sierra, M., Berrios, G. E. (2000): The Cambridge depersonalisation scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research* 93, 153-164.
- Silver, E (2002): Mental disorder and violent victimization: the mediating role of involvement in conflicted social relationships. *Criminology* 40, 191-212.
- Simeon, D. (2003): Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *Journal of Clinical Psychiatry* 64, 990-997.
- Simeon, D. (2004): Depersonalisation Disorder: A Contemporary Overview. *CNS Drugs* 18, 343-354.
- Simeon, D. (2007): Relationships between dissociation and posttraumatic stress disorder. In: Vermetten, E., Dorahy, M. J., Spiegel, D., (Eds.) (2007): *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*. Washington, American Psychiatric Publishing, 77-101.
- Simeon, D., Abugel, J. (2006): *Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self*. New York, Oxford University Press.
- Simeon, D., Gross, S., Guralnik, O., Stein, D. J., Schmeidler, J., Hollander, E. (1997): Feeling Unreal: 30 Cases of DSM-III-R Depersonalisation Disorder. *The American Journal of Psychiatry* 154, 1107-1113.
- Simeon, D., Guralnik, O., Gross, S., Stein, D. J., Schmeidler, J., Hollander, E. (1998): The Detection and Measurement of Depersonalisation Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 186, 536-542.

Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B., Knutelska, M. (2001): The Role of Childhood Interpersonal Trauma in Depersonalization Disorder. *The American Journal of Psychiatry* 158, 1027-1033.

Smolík, P. (2001): Duševní a behaviorální poruchy. 2. revidované vydání. Praha, Maxdorf.

Soukup, J. (2005): Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci. Výzkum pomocí dotazníku A-DES. Nepublikovaná rigorózní práce. Praha, Filosofická fakulta UK.

Spiegel, D. (1997): Trauma, Dissociation, and Memory. *Annals New York academy of sciences* 821, 225-237.

Spiegel, D., Cardenña, E. (1991): Disintegrated Experience: The Dissociative Disorders Revisited. *Journal of Abnormal Psychology* 100, 366-378.

Spitzer, C., Haug, H. J., Freyberger, H. J. (1997): Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology* 30, 67-75.

Steinberg, M. (1985): Structured clinical interview for DSM-III-R dissociative disorders (SCID-D). New Haven, Yale University School of Medicine.

Steinberg, M. (1994): Structured clinical interview for DSM-IV-R dissociative disorders (SCID-D-R). New Haven, Yale University School of Medicine.

Steinberg, M. (1995): Handbook for the assessment of dissociation: A clinical guide. Washington, American Psychiatric Publishing.

Steinberg, M. (2000): Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of Menninger Clinic* 64, 146-163.

Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Hall, P., Rounsavtil, B. (1993): Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D): *Dissociation* 6, 3-15.

Steinberg, M., Schnall, M. (2001): *The stranger in the mirror*. New York, HarperCollins Publishers.

Stockdale, G. D., Gridley, B. E., Balogh, D. W., Holtgraves, T. (2002): Confirmatory factor analysis of single- and multiple-factor competing models of the dissociative experiences scale in a nonclinical Sample. *Assessment* 9, 94-106.

Šupa, J. (2004): Kritická analýza jednostranného chápání "schizofrenie" v psychiatrickém kontextu, aneb, O "nemoci" a lidech. Nepublikovaná diplomová práce. Brno, Fakulta sociálních studií MU.

Tateyama, M., Kudo, I., Hashimoto, M., Abe, Y., Bartles, M., Kasper, S. (1999): Is paranoid schizophrenia the most common subtype? Comparison of subtype diagnosis by Japanese and European psychiatrists, using the summaries of the same patients. *Psychopathology* 32, 98-106.

Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., Kim, D. M. (2003): The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and biobehavioral reviews* 27, 33-44.

Torrey, E. F. (1992): Are we overestimating the genetic contribution to schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin* 18, 159-170.

Tukun, H., Sar, V., Yargic, L.I., Ozpulat, T., Yanik, M., Kiziltan, E. (1998): Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry* 155, 800-805.

Urbánek, T. (2002): *Základy psychometriky*. Brno, Psychologický ústav AV ČR a Psychologický ústav FF MU.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. (2001): Generalized dissociative amnesia: episodic, semantic and procedural memories lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35, 589-600.

Van der Hart, O., Witztum, E., Friedman, B. (1993): From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress* 6, 1-13.

Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. (1996): The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the dissociative experiences scale (DES). *Clinical Psychology Review* 16, 365-382.

Vanderlinden, J., Moene, F. (1999): Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33, 511-522.

Vermetten, E., Dorahy, M. J., Spiegel, D., (Eds.) (2007): *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*. Washington, American Psychiatric Publishing.

Vybíral, Z. (2006): *Psychologie jinak. Současná kritická psychologie*. Praha, Academia.

Waller, N. G, Ross, C. A. (1997): The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavioral genetic findings. *The American Journal of Abnormal Psychology* 153, 42-63.

Walsh, E., Moran, P., Scott, Ch., McKenzie, K., Burns, T., Creed, F., Tyrer, P., Murray, R. M., Fahy, T. (2003): Prevalence of violent victimization in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 183, 233-238.

Weiss, P. et al. (2000): *Sexuální zneužívání – Pachatelé a oběti*. Praha, Grada Publishing.

Williams-Keeler, L., Milliken, H., Jones, B. (1994): Psychosis as precipitating trauma for PTSD: A treatment strategy. *American Journal of Orthopsychiatry* 64, 493-498.

Wills, S. M., Goodwin, J. M. (1996): Recognizing bipolar illness in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 9, 104-109.

Young, W. C. (1988): Psychodynamics and dissociation: All the switches is not split. *Dissociation* 1, 33-38.

SEZNAM ZKRATEK

CAN – Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Z anglického child abuse and neglect. V této práci je zkratky používáno pro fenomén sexuálního zneužívání a fyzického týrání.

DDIS – Dissociative Disorders Interview Schedule. Strukturované interview určené pro diagnostiku disociativních poruch

DDNOS – Disociativní porucha jinak nespécifikovaná. Z anglického dissociative disorder not otherwise specified.

DES – Dissociative Experience Scale. Dotazník měřící disociativní zkušenosti široce používaný pro screening disociativních poruch.

DID – Disociativní porucha identity. Z anglického dissociative identity disorder.

DSM– IV – Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí, 4. revize. Z anglického *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

MKN–10 – Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. vydání.

PANSS – Positive and Negative Syndrom Scale. Dotazník, který umožňuje posoudit aktuální míru pozitivních a negativních příznaků schizofrenie a celkových psychopatologických projevů u pacienta jeho ošetřujícím lékařem.

PPS – Pozitivní příznaky schizofrenie.

PTSD – Posttraumatická stresová porucha. Z anglického posttraumatic stress disorder.

Statistické zkratky

d – Cohenovo d'.

M – Aritmetický průměr

N – Počet respondentů

p – Statistická signifikance.

r – Pearsonův korelační koeficient.

r_s – Spearmanovo r_o .

SD – Standardní odchylka z anglického standard deviation.

t_b – Kendalovo tau b.

α – Cronbachovo alfa.

Φ – Koeficient f_i .

χ^2 – Chí kvadrát.