

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

Katedra psychologie

# Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci

(Výzkum pomocí dotazníku A-DES)

Rigorózní práce

Jan Soukup

jednooborová psychologie

konzultant: PhDr. M. Rodriguez

Praha, únor 2005

**Prohlášení:**

Rigorózní práci jsem vypracoval samostatně s využitím uvedené literatury.

V Praze, dne 7. 2. 2005

Podpis:

## **Předmluva k publikaci této práce na stránkách ESTD**

Hlavním důvodem, proč jsem pracoval na tématu disociace, bylo, aby se informace o disociativních poruchách, jejich diagnostice, terapii i prevenci staly dostupné a známé a to nejen mezi odborníky z oblasti zdravotnictví. Myslím, že praktický úvod do problematiky mohou podat kromě některých obecných kapitol v první části práce také kazuistiky v části druhé. Také mám za to, že práce je stále aktuální i přes to, že například poznatky o neurofyziologii mozku a vlivu stresu na jeho vývoj se rychle rozšiřují a prohlubují; rovněž oddíl o terapii by mohl být rozšířen. Nedávno byly publikovány další výzkumy disociace u dospívajících s použitím dotazníku A-DES v České republice, mimo jiné na velkém souboru žáků a studentů různých typů škol a z různých psychiatrických klinik.

Dotazník A-DES je možné používat psychology i psychiatry jako nástroj screeningu disociace jak v klinickém prostředí, tak i v jiných zařízeních (např. na školách). Jeho použití a interpretaci výsledků by ovšem mělo předcházet seznámení se s problematikou disociace a mezi jím poskytovaných informací. Dotazník nemá copyright, další informace na požádání rád zájemcům zašlu. Moje emailová adresa je: [honzasoukup@yahoo.com](mailto:honzasoukup@yahoo.com).

V Praze, dne 25. ledna 2010

Jan Soukup

## **Poděkování:**

Chtěl bych velmi poděkovat konzultantům rigorózní práce PhDr. Mabel Rodriguez a PhDr. Marku Preissovi, konzultantce PhDr. Zofii Toužimské, CSc., PhDr. J. Hunsčarové, Doc. PhDr. J. Kocourkové, CSc. a Mgr. Zoře Duškové za pomoc při získávání dat, dále ing. Michaele Svobodové, Renatě Tumlířové a Dr. Christě Schulzeové za inspiraci a Mgr. Barbaře Storchové za nezištnou pomoc při překládání a jazykové korektuře textů obou dotazníků. Dále bych chtěl poděkovat Ondrovi, Pepovi, Marcele, Vojtovi a dalším mladým lidem za důvěru a ochotu ke spolupráci. Přál bych si, aby jim a těm, kteří přijdou po nich, byla tato práce ku prospěchu.

# Obsah

Úvod.....	6
<b>1.    Pojem disociace.....</b>	<b>7</b>
<b>2.    Patologická disociace.....</b>	<b>8</b>
2.1    Srovnání manuálů DSM-IV a MKN-10.....	8
2.2    Disociace: kontinuum vs. kategorie.....	10
2.3    Charakteristika disociativních poruch podle DSM-IV.....	11
2.3.1    Disociativní amnézie.....	12
2.3.2    Disociativní fuga.....	13
2.3.3    Disociativní porucha identity.....	13
2.3.4    Depersonalizační porucha.....	15
2.3.5    Disociativní porucha nespecifikovaná.....	16
2.4    Další možnosti kategorizace disociativních symptomů.....	16
<b>3.    Disociace v adolescenci.....</b>	<b>18</b>
3.1    Disociativní symptomy v adolescenci.....	18
3.2    Disociace a trauma.....	20
3.3    Vznik a rozvoj disociace.....	22
3.3.1    Model diskrétních behaviorálních stavů.....	22
3.3.2    Teorie strukturální disociace osobnosti.....	24
3.3.3    Vliv přetrvávajícího strachu na vývoj dětského mozku.....	28
<b>4.    Diagnostika disociativních poruch.....</b>	<b>31</b>
4.1    Diagnostický proces.....	32
4.2    Diagnostické nástroje.....	34
4.2.1    Adolescent Dissociative Experiences Scale – A-DES.....	34
4.2.2    Child Dissociative Checklist.....	38
4.2.3    Další dotazníky.....	39
4.2.4    Strukturovaná klinická interview.....	40
4.3    Diagnostické otázky.....	41
4.4    Komorbidita.....	42
4.5    Diferenciální diagnostika.....	44
4.5.1    Disociace a posttraumatická stresová porucha.....	46
4.6    Diagnostika disociativních poruch u nás.....	48
<b>5.    Terapie disociativních poruch u dětí a adolescentů.....</b>	<b>50</b>
5.1    Zásady terapeutické práce.....	50
5.2    Některé námitky vůči psychoanalytickému konceptu disociace.....	51
5.3    Cíle terapeutické intervence.....	52
<b>6.    Shrnutí teoretické části.....</b>	<b>56</b>

<b>Empirická část.....</b>	<b>57</b>
<b>7. Metody.....</b>	<b>57</b>
7.1 Nástroje.....	57
7.2 Respondenti.....	58
7.3 Data a jejich vyhodnocení.....	60
<b>8. Výsledky.....</b>	<b>61</b>
8.1 Část 1: Kazuistiky.....	61
8.1.1 Shrnutí a diskuse části 1.....	72
8.2 Část 2: Výzkum vlastností dotazníku A-DES.....	73
8.2.1 Složení srovnávacího souboru podle pohlaví a věku.....	73
8.2.2 Výsledky.....	74
8.2.3 Shrnutí a diskuse části 2.....	76
8.3 Část 3: Srovnání charakteristik disociace v klinickém a srovnávacím souboru.....	78
8.3.1 Složení klinického souboru podle pohlaví a věku.....	78
8.3.2 Výsledky.....	79
8.3.3 Porovnání klinického a srovnávacího souboru.....	81
8.3.4 Shrnutí a diskuse části 3.....	82
8.4 Shrnutí výsledků a diskuse empirické části.....	83
<b>9. Závěr .....</b>	<b>86</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>88</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>95</b>

## Úvod

Na oddělení dětských psychiatrií, ve výchovných ústavech, dětských domovech, domech na půli cesty a v jiných azylových zařízeních je mnoho dětí, které vyrůstaly či vyrůstají ve velmi nepříznivých podmínkách, ať již ve vlastní rodině, v adoptivní rodině, ve škole či v ústavu. Sexuální zneužívání, fyzické týrání či zanedbávání vyvolává v postižených dětech různé reakce, jejichž cílem je prožívané utrpení alespoň trochu zmírnit. Jednou z možných reakcí je disociace. Samotný koncept disociativních poruch již sice není vnímán tak kontroverzně či jednostranně, jako tomu bylo dříve (jako „naschvály“, „slabost“, „obyčejná hysterie“), přesto povědomí o příčinách, projevech a léčbě disociace a disociativních poruch není dostatečné. Podívejme se hned v úvodu na některá fakta. M. Waterbury (1991; in Silberg et al., 1997) zjistil 73% prevalenci disociativních poruch mezi 231 vážně traumatizovanými dětmi a adolescenty, kteří využili krizového přístřeší. V jiném výzkumu vykazovalo 23% adolescentních pacientů psychiatrické kliniky vážné disociativní symptomy a byla u nich prokázána historie týrání a zneužívání v dětství (Sanders, Giolas, 1991). Z 9 testovaných klientů Domu na půli cesty<sup>1</sup> mělo 7 (78%) skór v dotazníku A-DES vyšší než 3,8, přičemž skóry nad 4,0 indikují patologickou disociaci (viz kap. 4.2.1). Při bližším pohledu na složení klientů tohoto zařízení však není tento výsledek překvapivý. Každý z nich zažil některou nebo více vážných forem traumatu – fyzické týrání, domácí násilí, sexuální zneužívání a znásilnění, ztráty důležitých osob, život s psychicky nemocnými rodiči, dlouhodobé zanedbávání.

Nezpracované následky traumatu často vedou ke komplikacím, které vyřazují člověka ze společnosti (práce, vztahy) a přinášejí další a další obtížné životní situace. Aby bylo možno účinně zasáhnout a postiženým dětem pomoci, je třeba dokázat následky traumatu (mezi něž patří také deprese, posttraumatická stresová porucha, disociativní projevy aj.) rozpoznat a umět s nimi pracovat. Cílem této práce je poukázat na disociativní projevy u dětí a adolescentů, přiblížit příčiny a proces, jak k disociaci dochází, poskytnout vodítka k rozpoznání disociativní symptomatiky, náhled, jak disociativním reakcím rozumět a stručně popsat základní terapeutický přístup k této problematice. Kromě toho je zde představen dotazník „Škála disociativních zážitků pro adolescenty“ (český překlad dotazníku Dissociative Experiences Scale for Adolescents; Armstrong et al., 1997) spolu s relevantními

---

<sup>1</sup> Dům na půli cesty o.s. DOM – pobytové zařízení poskytující komplexní psychosociální služby klientům ve věku 17 – 23 let, kteří nemají funkční sociální zázemí. Většina z nich přichází ze zařízení náhradní výchovné péče (dětské domovy, výchovné ústavy aj.). Cílem DOMu je připravit klienty k samostatnému úspěšnému životu mezi lidmi. Všichni klienti DOMu zažili nějakou formu týrání, zneužívání či zanedbávání.

výzkumy a prvními zkušenostmi z jeho klinického použití u nás. Věřím, že vzhledem k jednoduchosti a v zahraničí prokázané validitě a spolehlivosti tohoto dotazníku by mohl najít využití všude tam, kde se s traumatizovanými dětmi terapeuticky pracuje, a že by se i v našich podmínkách mohl stát užitečným nástrojem pro výzkum disociace.

## 1. Pojem disociace

Disociace je komplexní psychobiologický proces, vyskytující se v širokém spektru projevů od každodenních běžných nepatologických zážitků, např. denní snění či automatické vykonávání určitých činností, až po závažné poruchy, jakou je například disociativní porucha identity. Základní charakteristikou procesu disociace je vzájemné oddělení mentálních procesů, které jsou obvykle integrované a mají přístup do vědomí (Spiegel, Cardena, 1991). V této práci nebudu (ve shodě s výše uvedenými autory) označovat jako disociované ty psychické obsahy a procesy, které pouze nejsou přítomny ve vědomí, ale takové, kde tato nepřítomnost alespoň momentálně není vůlí člověka ovlivnitelná. V tomto smyslu potom hovořím o patologické formě disociace, o disociativních symptomech nebo poruchách. DSM – IV (APA, 1994) popisuje disociaci jako poruchu či rozštěpení normálně integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity nebo vnímání prostředí (vnějšího i vnitřního). Disociace je vnímána jako původně adaptivní či obranný mechanismus, jak se vyrovnat s náročnou situací (akutním traumatem). Její generalizace na další situace a podněty, ovlivněná situací (přetrvávající trauma), dispozicí člověka (zvýšená hypnabilita), či učením (posilování sekundárními zisky) je v základu rozvoje disociativních symptomů a poruch.

Koncept disociace rozpracoval na základě práce s hysterickými pacienty a výzkumů hypnózy koncem 19. století a počátkem 20. století francouzský psychiatr Pierre Janet (Bob, 2000). Považoval mechanismus disociace za společný základ nejrůznějších hysterických projevů a hypnotických fenoménů. Byl přesvědčen, že hysterické stavy se vyvíjejí v souvislosti s traumatickými zážitky, že je lze zkoumat a léčit prostřednictvím hypnózy a že je lze vnímat jako autohypnotické jevy (Butler et al., 1996). Tento názor zprvu podporoval i S. Freud, když jako příčinu hysterie označil raná sexuální traumata (Freud, Breuer, 1895, in Mitchell, Blacková, 1999). Za tyto názory byl však odbornou veřejností té doby kritizován a odmítnut, dostal se do profesionální izolace a finanční tísně. To vše a navíc i Freudovo osobní zdráhání se uvěřit, že je možné, aby k sexuálnímu zneužívání docházelo v tak velké míře i mezi vysokými vrstvami společnosti (hysterickými / neurotickými poruchami navíc trpěl on sám i

členové jeho rodiny), vedlo k tomu, že svoji tzv. teorii svedení opustil a přiklonil se k domněnce, že sexuální traumata udávaná jeho hysterickými pacientkami se ve skutečnosti neodehrála a mají původ v jejich fantazii (Masson, 1984; Mitchell, Blacková, 1999). Jako neslučitelné s dalšími obsahy vědomí jsou však tyto fantazie vytěsněny do nevědomí a projevují se ve formě hysterických symptomů. Tato hypotéza, ležící v samých základech Freudovy psychoanalytické teorie, na dlouhá léta negativním způsobem ovlivnila názory odborníků i laiků na problematiku hysterie a sexuálního zneužívání a léčbu těchto poruch. Zásadní pokrok v chápání vlivu extrémních averzivních prožitků na lidskou psychiku přineslo až zkoumání následků prožitých traumat u amerických vojáků, kteří se vraceli z války ve Vietnamu, a výzkumy zaměřené na různé aspekty sexuální traumatizace se začaly ve větší míře objevovat teprve ve spojitosti s rozvojem hnutí za práva žen ve společnosti (Herman, 2001). Od konce 70. a začátku 80. let 20. století se zároveň datuje zvýšený zájem o problematiku disociace a roste počet odborných článků, které se jí zabývají. Tématu disociativních poruch u dětí a adolescentů začala být věnována pozornost ještě později (Hornstein, Putnam, 1992).

## **2. Patologická disociace**

### **2.1 Srovnání manuálů DSM-IV a MKN-10**

P. Janet již v roce 1907 považoval disociaci neboli oddělení určitých aspektů prožívání od vědomí za rozhodující mechanismus v patogenezi hysterie (Spitzer et al., 1996), ale jako diagnostická kategorie se disociativní poruchy vyskytují až v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10; Smolík, 2002) a ve 3. revidované (DSM-III-R) a 4. verzi Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV; APA, 1994). Do té doby byl pro tento okruh poruch používán pojem s několikatisíciletou tradicí – hystérie. Podle mnohých se jedná ovšem o nejasně a mnohoznačně koncipovaný pojem, který má tím pádem omezenou vypovídací hodnotu (Smolík, 2002). Pro opuštění jeho používání svědčilo i množství různých negativních konotací s ním v běžné mluvě spojených. V nových klasifikacích jsou symptomy kdysi zahrnuté pod pojem hysterie diferencovány a jsou zahrnuty ve více kategoriích: vedle histriónské poruchy osobnosti jde o somatoformní, disociativní a konverzní poruchy. Přehled kdysi hysterických poruch a srovnání manuálů MKN-10 a DSM-IV poskytuje tab. 1 (Spitzer et al., 1996; Smolík, 2002):

MKN-10	DSM-IV
<i>F44 disociativní poruchy</i>	<i>disociativní poruchy</i>
F44.0 disociativní amnézie	300.12 disociativní amnézie
F44.1 disociativní fuga	300.13 disociativní fuga
F44.2 disociativní stupor	
F44.3 trans a stavy posedlosti	
F44.4 disociativní porucha motoriky	300.11 konverzní porucha (patří mezi somatoformní poruchy)
F44.5 disociativní křeče	
F44.6 dis. porucha citlivosti a senzorické poruchy	
F44.7 smíšené disociativní (konverzní) poruchy	
F44.8 jiné disociativní (konverzní) poruchy	
F44.80 Ganserův syndrom	
F44.81 mnohočetná porucha osobnosti	300.14 disociativní porucha identity
F44.88 jiné specifikované (konverzní) poruchy	
F44.9 dis. (konverzní) poruchy, nespecifikované	300.15 disociativní porucha, nespecifikovaná
<i>F45 somatoformní poruchy</i>	<i>somatoformní poruchy</i>
F45.0 somatizační porucha	300.81 somatizační porucha
F45.1 nediferencovaná somatizační porucha	300.70 nediferencovaná somatizační porucha
F45.3 somatoformní vegetativní dysfunkce	
F45.4 přetrvávající somatoformní bolestivá porucha	307.80 bolestivá porucha
<i>F48 jiné neurotické poruchy</i>	
F48.1 depersonalizační a derealizační syndrom	300.60 depersonalizační porucha (patří mezi disociativní poruchy)
<i>F60 specifické poruchy osobnosti</i>	<i>poruchy osobnosti (osa II)</i>
F60.4 histriónská porucha osobnosti	301.50 histriónská porucha osobnosti

**Tab.1:** „Hysterie“ v MKN-10 a v DSM-IV

Vzhledem k tomu, že naprostá většina článků, knih a používaných testů zabývajících se disociací se vztahuje k jejich rozdělení tak, jak je v DSM, budu i v této práci vycházet z tohoto manuálu. DSM-IV rozlišuje pět základních kategorií disociativních poruch:

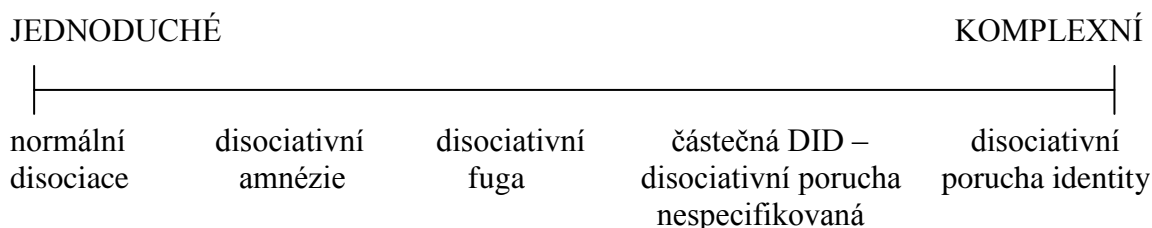
- 1) disociativní amnézie,
- 2) disociativní fuga,
- 3) disociativní porucha identity (DID),
- 4) depersonalizační porucha,
- 5) disociativní porucha nespecifikovaná (DDNOS).

Konverzní poruchy jsou v manuálu DSM-IV zařazeny jako podskupina somatoformních poruch. Podle něj je hlavním projevem konverzních poruch „přítomnost příznaků nebo výpadku funkcí, které postihují volní motorické nebo senzorické funkce a které připomínají tělesné onemocnění“ (Smolík, 2002, s. 250), což se kryje s hlavní charakteristikou

somatoformních poruch a mělo by upozorňovat na nezbytnost velmi pečlivého lékařského somatického vyšetření (Wewetzer, Warnke, 1999). V rámci této práce se často hovoří o „traumatu“. Trauma je definováno v DSM-IV a dojde k němu tehdy, když člověk „zažil, byl svědkem nebo byl konfrontován s událostí nebo s událostmi, které měly za následek skutečnou nebo hrozící smrt či vážné poranění nebo byly hrozbou fyzické integrity jemu nebo dalším osobám“, a „dotyčná osoba prožívala mimo jiné velký strach, bezmoc nebo zděšení.“ (APA, 1994, s 427-428).

## 2.2 Disociace: kontinuum vs. kategorie

Podle některých autorů stupeň komplexity disociativních fenoménů narůstá od jednoduchých nepatologických forem (běžné každodenní fenomény jako je denní snění, automatické vykonávání činností apod.) přes disociativní amnézii, disociativní fugu, nespecifikované disociativní poruchy až po disociativní poruchu identity (DID; Ross, 1997).



**Obr.1:** Spektrum disociativních poruch (Ross, 1997)

Projevy disociace byly vnímány jako rozložené na kontinuu disociace - asociace (Spiegel, 1963; srov. Putnam et al., 1996) a odlišnosti v charakteristice disociativního prožitku – jeho závažnost, míra subjektivního distresu, který působí, doba trvání, míra narušení fungování (Ross, Joshi, Currie, 1990) – byly rovněž vnímány jako rozložené na kontinuu od minimální až po vysokou míru. Rozbory středních hodnot disociace (prostřednictvím dotazníku DES; viz kap. 4.2.3) u pacientů, trpících různými poruchami (poruchy příjmu potravy, poruchy afektivity, hraniční porucha osobnosti, schizofrenie, zneužívání návykových látek a další) přinesly zjištění, že se od sebe jednotlivé diagnostické skupiny v průměrné míře disociace liší a lze je podle této míry seřadit. Implicitně se předpokládá, že míra disociace je u pacientů v rámci dané diagnózy rovnoměrně rozložená, disociace je pojímána jako jeden ze symptomů poruchy, jako součást diagnózy. Novější výzkumy (Putnam et al., 1996; Waller et al., 1996;

Waller, Ross, 1997) ale přinesly zjištění, že příčina těchto rozdílů je spíše v poměru jedinců, kteří v testech na disociaci skórují vysoko. To znamená, že v rámci dané poruchy existuje určitá, různě velká podskupina pacientů s vysokou mírou disociativních příznaků. Waller, Putnam a Carlson (1996) na základě analýzy výsledků dotazování pomocí dotazníku DES ukázali, že je možné rozlišovat dva typy disociativních prožitků – nepatologické disociativní prožitky jsou projevem disociativního rysu (trait), kdežto patologické disociativní prožitky tvoří vlastní kategorii. Zjistili také, že skupinu lidí s patologickou disociací je možno diagnostikovat prostřednictvím krátkého 8-položkového dotazníku, který nazvali DES-T. Oněch 8 položek je vybráno z 28 původních položek dotazníku DES. Znamená to, že určitý druh zážitků je charakteristický pro patologickou disociaci a u nepatologické nabývá často přítomen. Nepatologická disociace se týká absorpce a imaginativního zaujetí, kdežto patologickou disociaci indikuje amnézie na disociované stavy, derealizace, depersonalizace a změny identity. Klinické implikace tohoto zjištění zahrnují úvahu, zda se v případě pacientů s jinou než disociativní diagnózou, u nichž se ale vyskytují výrazné disociativní symptomy, nejedná buď o nepřesnou diagnózu či zda nejde o klinicky odlišnou podskupinu dané poruchy. Z hlediska terapie považují někteří autoři vysokou míru disociace za nadřazenou ostatním formám psychopatologie – léčba disociace by měla předcházet léčbě ostatních poruch (Putnam et al., 1986; in Putnam et al., 1996). Pro další pokrok v porozumění této problematice je důležité zjistit, jak u pacientů s nedisociativní diagnózou míra disociace souvisí s jejich životní historií, klinickým obrazem a průběhem léčby (Putnam et al., 1996).

### **2.3 Charakteristika disociativních poruch podle DSM-IV**

Disociativní poruchy se vyznačují více nebo méně zřetelnou ztrátou psychické integrace prožívání a jednání. Nejčastěji se jedná o krátkodobé narušení normální funkce vědomí, paměti, prožitku vlastní identity nebo vnímání okolního prostředí. Ztráta integrativní funkce vědomí narušuje, mění nebo brání prožívání vlastní osoby jako celku. Disociace se může týkat vzpomínek na minulost, vědomí vlastní identity nebo prožitku kontroly nad tělesnými vjemy a pohyby. Disociativní projevy se mohou objevit náhle nebo přicházet postupně a mohou být jak přechodného tak chronického rázu (Fiedler, 2002). Uvedme nyní charakteristické rysy jednotlivých disociativních poruch (APA, 1994; Smolík, 2002):

### 2.3.1 Disociativní amnézie

- Disociativní amnézie je charakterizována neschopností vybavit si důležité osobní informace, které bývají obvykle traumatického nebo stresujícího původu a jejichž rozsah je příliš velký na to, aby se daly vysvětlit běžným zapomínáním. Porucha paměti je reverzibilní, vzpomínky na osobní zážitky nemohou být vybaveny ve verbální formě.
- Prezentuje se hlavně formou retrospektivně udávaných mezer ve vybavování si aspektů osobní životní historie. Ty jsou většinou spojeny s traumatickými či extrémně stresujícími událostmi. Může jít o epizody sebepoškozování, výbuchy násilí, suicidální pokusy. Méně častá je akutní forma s náhlým začátkem, která se vyskytuje spíše během války nebo jako reakce na přírodní katastrofu.

Typy disociativní amnézie:

- Lokalizovaná amnézie: postižený si nevybavuje ohraničený časový úsek, obvykle prvních několik hodin po traumatizující události.
- Selektivní amnézie: postižený si vybavuje některé, ale ne všechny události v průběhu ohraničeného časového úseku.
- Generalizovaná amnézie: postižený se nevybavuje nic ze svého života.
- Kontinuální amnézie: neschopnost vybavit si události od určitého času až po současnost.
- Systematizovaná amnézie: ztráta paměti pro určitý druh či kategorii informací, jako např. vše, co se týká určité osoby nebo vlastní rodiny.

Další přidružené projevy a poruchy:

- Depresivní symptomy, depersonalizace, stavy transu, analgesie, spontánní věková regrese
- Přibližné odpovědi ( $2+2=5$ )
- Sexuální dysfunkce, narušení pracovních schopností a mezilidských vztahů, sebepoškozování, agresivní impulsy, suicidální impulsy a akty
- Symptomy konverzní poruchy, poruch nálady, poruch osobnosti

V dětském a preadolescentním věku lze disociativní amnézii jen obtížně posoudit, může být zaměněna s nepozorností, úzkostí, vzdorovitým chováním, poruchami učení, psychotickými poruchami, s vývojově přiměřenou dětskou amnézií (věk pod 5 let). Ke stanovení diagnózy je potřeba průběžného pozorování a posouzení více různými examinátoři (učitel, terapeut, soc. pracovník...).

### 2.3.2 Disociativní fuga

- Disociativní fuga se projevuje jako náhlý, neočekávaný odjezd z místa bydliště nebo obvyklého místa denních aktivit, spojený s neschopností vybavit si části nebo celou svoji minulost. Je spojená se rozpaky ohledně osobní identity nebo dojde k přijetí identity nové.
- Cestování může sahat od krátkých cest po krátkou dobu (hodiny, dny) až po komplexní dlouhodobé cesty. Postižený v jejich průběhu nejeví známky psychopatologie a nepřitahuje pozornost. Po návratu do stavu před fugou si postižený nemusí pamatovat, co se odehrálo v době fugy.
- Začátek fugy je obvykle spojený s traumatickým, stresujícím či příliš silným zážitkem.

Přidružené projevy a symptomy:

- Amnézie na traumatické události z osobní minulosti
- Deprese, dysforie, smutek, stud, pocity viny, psychologický stres, konflikty, suicidální a agresivní impulsy
- Délka fugy má vliv na další problémy – ztráta zaměstnání, vážné interpersonální problémy
- Jedinci s disociativní fugou mohou trpět poruchami nálady, PTSD, poruchami spojenými s užíváním drog

### 2.3.3 Disociativní porucha identity

- Disociativní porucha identity (dříve mnohočetná porucha osobnosti) je charakterizována přítomností dvou nebo více různých stavů totožnosti nebo typů osobnosti, které se střídavě ujímají kontroly nad chováním osoby, a je doprovázena neschopností upamatovat se na důležité osobní informace, příliš rozsáhlou na to, aby se dala vysvětlit běžnou zapomnětlivostí.
- U dětí není možno symptomy vysvětlit imaginárními herními společníky nebo fantazijní hrou

Tato porucha se projevuje neschopností integrovat různé aspekty identity, paměti a vědomí. Jednotlivé osobnosti se od sebe mohou velmi lišit, některé mohou být agresivní a nepřátelské, primární identita nese původní jméno a bývá pasivní, závislá, trpí pocity viny a je depresivní. Typické jsou časté mezery ve vybavování si vlastní historie, vzdálené i současné. Pasivnější

identity mívají vzpomínky omezenější, hostilní, kontrolující nebo ochranné identity úplnější. Identity které nekontrolují zrovna chování mohou získat přístup do vědomí produkovaním sluchových nebo vizuálních halucinací. Amnézie bývá odhalena buď zážitky druhých lidí, které dotyčný popírá, a nebo vlastními objevy postiženého (nakoupené oděvy, poznámky v sešitě, obrázky). Ztráta paměti se může vztahovat na opakované časové úseky nebo i na velké úseky dětství.

#### Přidružené charakteristiky a projevy

- Zážitky vážného fyzického a sexuálního zneužívání, hlavně v dětství
- Posttraumatické symptomy – noční můry, flashbaky, vystrašené (úlekové) reakce – nebo PTSD
- Sebepoškozování, suicidální a agresivní chování
- Opakující se vzorec chování v mezilidských vztazích, zahrnující fyzické a sexuální zneužívání
- Konverzní symptomy, schopnosti kontroly bolesti
- Jedinci s touto poruchou mohou splňovat kritéria pro afektivní poruchy, poruchy spojené se zneužíváním substancí, poruchy sexuální, příjmu potravy, spánku
- Sebepoškozování, impulsivita, náhlé a intenzivní změny ve vztazích mohou indikovat současnou hraniční poruchu osobnosti
- Odlišné fyziologické charakteristiky jednotlivých identit
- Jizvy, migréna a jiné bolesti hlavy, podráždění střev, astma

U dětí mohou být projevy disociativní poruchy identity hůře odlišitelné než u adolescentů a dospělých. Diagnóza může být podpořena výskytem zřetelné disociativní symptomatologie s náhlými změnami ve stavech identity, reverzibilní amnézií a vysokým skórem disociace a hypnability. Mezi charakteristické diagnostické znaky u dětí patří (Huber, 1995):

- Amnézie
- Narušené vnímání sebe
- Stavy podobné transu
- Náhlé změny nálady a chování
- Nepochopitelné změny v dostupnosti některých vědomostí, obsahů paměti, dovedností
- Akustické a vizuální halucinace
- Dítě si velmi živě představuje imaginární společníky

### 2.3.4 Depersonalizační porucha

- Depersonalizační porucha je charakterizována přetrvávajícím nebo vracejícím se pocitem oddělenosti od vlastních mentálních procesů nebo od vlastního těla.
- Postižený se může cítit jako automat nebo jako že žije ve snu či ve filmu.
- Může cítit, jako by byl vnějším pozorovatelem vlastních mentálních procesů, svého těla nebo jeho částí.
- Často jsou přítomny různé typy sensorické necitlivosti, chybí afektivní odpověď, postižený má pocit ztráty kontroly nad vlastním konáním včetně řeči.
- Postižený má zachovanou schopnost testování reality (je si vědom, že jde jen o pocity a že ve skutečnosti není automat).
- Depersonalizace se může projevit i při schizofrenii, panické poruše, akutní stresové poruše nebo při jiné disociativní poruše.

Další projevy depersonalizační poruchy:

- Postiženému se o svém prožívání a pocitech špatně mluví, obává se, že tento projev znamená, že se zbláznil.
- Možná je současná přítomnost derealizace – pocitu, že vnější svět je cizí nebo nereálný, dochází k poruchám vnímání velikosti a tvaru objektů (makro/mikropsie), lidé se zdají neznámí a mechaničtí.
- Poruchu mohou doprovázet úzkostné symptomy, depresivní symptomy, obsesivní ruminace, somatické obavy, poruchy vnímání času.
- Častá je koexistence s depresí, hypochondriázou, poruchami spojenými s užíváním návykových látek.
- Depersonalizace a derealizace jsou časté symptomy panických atak.

Přechodný stav depersonalizace se vyvine až u třetiny lidí vystavených život ohrožujícímu zážitku a asi u 40% psychiatrických pacientů. Porucha se může vyskytnout i v dětství, ale nejčastěji se s ní setkáme u adolescentů a v dospělosti, postižení si přitom stěžují spíše na úzkosti, paniku, depresi. Epizody depersonalizace mohou trvat sekundy ale i roky. V depersonalizaci může vyústit akutní intoxikace nebo abstinenční syndrom, ale často je depersonalizace příčinou zneužívání návykových látek.

### 2.3.5 Disociativní porucha nespecifikovaná

Disociativní porucha nespecifikovaná je zařazena jako kategorie pro poruchy, jejichž hlavním rysem je disociativní symptom, ale které nenaplnují kritéria pro žádnou specifickou disociativní poruchu. Patří sem mimo jiné:

- Klinické prezentace podobné disociativní poruše identity, jež ale nenaplnují všechny její kritéria (např. chybí odlišné stavy osobnosti, není přítomna amnézie pro význačné osobní informace). Tato kategorie je zvláště důležitá u disociativních poruch u dětí, protože mnoho z nich jeví vážné disociativní symptomy, ale nenaplnují přísná diagnostická kritéria pro tyto poruchy v dospělosti. Mohou být přítomny sluchové nebo zrakové halucinace, které ovlivňují chování, ale nejsou pozorovány alternující osobnosti ani „přepnutí“ (switch) mezi nimi (Silberg et al., 1997).
- Derealizace bez přítomnosti depersonalizace (u dospělých).
- Disociativní stavy vyskytující se u jedinců, kteří byli vystaveni násilnému a déletrvajícímu přesvědčování (např. brainwashing, indoktrinace v zajetí, v sektách a podobných organizacích).
- Disociativní trans: zúžené uvědomování si bezprostředního okolí nebo stereotypní pohyby, jež jsou prožívány jako mimo vlastní kontrolu. Patří sem i stavy posedlosti.
- Ztráta vědomí, stupor či kóma, jež nelze vysvětlit zdravotním stavem.
- Ganserův syndrom (podávání přibližných odpovědí, např. 2+2=5).

## 2.4 Další možnosti kategorizace disociativních symptomů

Spektrum disociativních projevů je značně široké a nehomogenní a totéž platí o jejich ukotvení v jednotlivých funkčních oblastech mozku (Fiedler, 2001) a psychologických oblastech jejich působení (Butler et al., 1996). Rozdělovat disociativní projevy do skupin lze na základě různých hledisek. Zdravotnické manuály (DSM, MKN) se soustředí na nosologické celky, jež mohou mít mnoho společných symptomů. Butler et al. (1996) dělí disociaci z hlediska jejich projevů v základních psychologických oblastech vnímání, chování a vůle, afektu a paměti a identity:

*vnímání:*

- sensorimotorická disociace (např. konverzní symptomy)
- disociativní halucinace (např. flashbacky u PTSD)
- disociativní analgesie (např. u sebepoškozování)

- změny ve vnímání vztahu k sobě a ke světu (např. depersonalizace a derealizace)

*chování a volní procesy:*

- disociace vědomí vlastního chování (např. somnambulní stavy)
- disociace schopnosti kontroly vlastního chování (např. stavy transu a posedlosti)

*afekt*

- disociace afektu (př. u akutní stresové poruchy a PTSD, u disociativní poruchy identity, u bulimie, při sebepoškozování)

*paměť a identita*

- disociativní amnézie, poruchy paměti u akutní stresové poruchy a PTSD
- disociativní fuga, disociativní porucha identity

Zároveň ale autoři poznamenávají, že takové dělení je umělé, obětuje celkovost a častou současnou přítomnost uvedených příznaků a neodpovídá tomu, že všechny popsané projevy mají velmi pravděpodobně společnou příčinu, nebo lépe mechanismus vzniku (v tomto případě jsou disociativní fenomény porovnávány s obdobnými záměrně vyvolanými hypnotickými jevy a jako možný společný mechanismus disociace uvádějí autoři vědomím nekontrolovanou autohypnózu).

Z jiného pohledu lze projevy disociace rozdělit podle toho, jak je vidí autoři škál a dotazníků na měření disociace (viz např. dotazník A-DES, kap. 4.2.1). Paul F. Dell (2002) uvádí na základě přehledu odborné literatury 21 častých symptomů, vážících se k disociaci u pacientů s disociativní poruchou identity: 1) problémy s pamětí, 2) depersonalizace, 3) derealizace, 4) trans, 5) flashbacky, 6) dětské hlasy, 7) persekční hlasy, 8) hlasy komentující vlastní chování, 9) hádající se nebo konverzující hlasy, 10) pocity, které nejsou vnímány jako vlastní, 11) myšlenky, které nejsou vnímány jako vlastní, 12) chování, které není vnímáno jako vlastní, 13) zážitky ovlivňování částí vlastního těla cizím agens, 14) vkládání myšlenek, 15) vyjímání myšlenek, 16) somatoformní/konverzní symptomy, 17) zmatení identity, 18) zneklidňující prožitky sebe-alterace (narušení formy a integrity vlastního těla), 19) pocit ztráty času, 20) fugy, 21) nálezy důkazů vlastního chování, na něž si dotyčný vůbec nevzpomíná. Faktorová analýza jím vytvořeného dotazníku MID 3.0 (Multidimensional Inventory of Dissociation), který uvedené symptomy shrnuje do 11 dimenzí disociace (problémy s pamětí, depersonalizace, derealizace, flashbacky, somatoformní disociace, trans, zmatení identity, hlasy, pasivní ovlivňování, self-alterace a amnézie), však ukázala, že 85% celkové variance je dáno pouze jedním faktorem, který byl nazván – disociace (Dell, 2002).

Všechny uvedené pohledy umožňují určitý náhled na komplexnost problematiky disociace, poukazují na možného společného jmenovatele jejích různorodých projevů a mohou být vodítkem pro výzkumnou i klinickou práci.

### **3. Disociace v adolescenci**

#### **3.1 Disociativní symptomy v adolescenci**

Pro účely zmapování disociativních projevů v adolescenci se jeví jako nejužitečnější rozdělení a popis symptomů a chování dětí s patologickou disociací, jak jej uvádí F. Putnam (1997). Rozděluje je na primární, sekundární a terciární. Primární symptomy reflektují přímý vliv disociace na kognitivní procesy a chování a jsou rozděleny na dvě skupiny – amnézie a paměťové symptomy a symptomy disociativních procesů. Některé posttraumatické symptomy sdílejí s disociativními společný původ v traumatu a ačkoli nejsou v zásadě svou povahou disociativní, často se společně s patologickými disociativními projevy vyskytují. Tyto symptomy jsou v následujícím přehledu uvedeny jako přidružené. Symptomy označené jako sekundární jsou podle názoru autora reakcemi na symptomy primární a přidružené a jejich cílená léčba je – dokud se nezačne věnovat pozornost symptomům primárním – pouze paliativní. Děti postižené patologickou disociací projevují ještě tzv. terciární symptomy, které reflektují jejich maladaptivní přizpůsobení primárním a sekundárním symptomům. Terciární symptomy odrážejí poruchy v základních vývojových procesech (regulace afektu, pocit vlastní identity aj.). Jejich léčba obvykle není bez zohlednění všech předchozích skupin symptomů úspěšná (Putnam, 1997, s. 78).

#### **Primární disociativní symptomy**

##### *Amnézie a paměťové symptomy*

Amnézie, paměťová okénka, časové úseky, po jejichž uplynutí dítě neví, co se dělo, ačkoli docházelo ke komplexnímu chování (emoční výbuchy, rvačky, sociální aktivity)

Zarážející zapomnětlivost základních informací (např. jména nejlepších přátel, vlastnictví určitých věcí, dotazy, zda mohou udělat něco, co právě udělali)

Nekonzistentní a proměnlivé dovednosti a schopnosti (např. školní, sportovní, umělecké, hudební, sociální)

Nekonzistentní a dramaticky se měnící zvyky a záliby (např. odlišné oblíbené barvy, jídla, nebo oblečení)

Epizody fugy (obvykle zahrnují cestování na krátkou vzdálenost)

Flashbacky a intruzivní vzpomínky (mohou zahrnovat náhlé zneschopňující somatické příznaky)

Amnézie na zdroj informací (např. překvapení tím, co dítě vědělo při testování, hudební nebo jazykové schopnosti)

Amnézie na autobiografické informace (neschopnost vzpomenout si na základní osobní informace nebo relevantní dřívější osobní historii)

### *Symptomy disociativních procesů*

Trans připomínající stavy nepřítomnosti („vypnutí“, chvíle nepřítomného pohledu do prázdna, nadměrné denní snění)

Sluchové halucinace (zřetelně odlišné hlasy s pohlavím, věkem, afektivními vlastnostmi – obvykle, ale ne vždy, přicházející zevnitř)

Rychlá regrese chování (behaviorální stavy, kdy se postižený chová jako malé dítě)

Zážitky pasivního ovlivňování/vměšování (neschopnost kontrolovat chování i přes upřímně míněnou snahu, tělesné boje se sebou samým, kompulzivní masturbace nebo sebepoškozování, i přes snahy přestat)

Distinktivní stavy odlišné osobnosti; patologické rozvinuté identity; persistentní, živí imaginární společníci s efektem pasivního ovlivňování/vměšování

### **Přidružené posttraumatické symptomy**

Znovuprožívání příznaků (může se překrývat s disociativními flashbacky a intruzivními vzpomínkami, znovupřehráváním, traumatickou hrou, sny bez rozeznatelného obsahu, nočními můrami)

Vyhýbavé chování (omezení hry, sociální stažení, snížený rozsah afektu, behaviorální regrese, ztráta dosažených vývojových dovedností a mezníků)

Zvýšená dráždivost (chování jako při ADHD, nové strachy, úzkosti, agrese)

### Sekundární symptomy

Deprese

Úzkost

Afektivní labilita (iritabilita, rychle se měnící nálady)

Nízká sebeúcta

Somatizace (rychle se měnící stížnosti na různé fyzické potíže – např. bolesti hlavy, břicha, neobvyklé bolesti bez zřejmé organické etiologie)

### Terciární symptomy

Suicidální myšlenky nebo pokusy

Sebepoškozování

Problémy s chováním (agresivita, chová se vzdorovitě nebo vyrušuje)

Problémy se sexuálním chováním

Problémy ve škole (problémy s učením, s koncentrací, snadno se rozptýlí, obtíže při řešení problémů, které vyžadují využití dříve získaných informací)

## **3.2 Disociace a trauma**

Dítě, které zažije traumatickou událost, a v případě týrání a sexuálního zneužívání to platí obzvlášť, má málokdy to štěstí, že se mu dostane od dospělých pomoci se s událostí vyrovnat, probrat ji a zpracovat. Zůstává v situaci samo a disociace je poměrně účinným způsobem, jak trauma přežít a být schopen běžného každodenního fungování (Fiedler, 2001). Přítomnost závažnějších disociativních projevů u dítěte či dospělého může být známkou přetrvávajících následků nezpracovaného traumatu, ačkoli tato souvislost není zcela jednoznačná: u části traumatizovaných jedinců k rozvoji disociativních symptomů vůbec nedojde a naopak, u části pacientů s disociativními projevy není známo, že by prožili významnější traumatický zážitek. K rozvoji disociace a jiných posttraumatických symptomů může ovšem dojít i u dětí vystavených méně závažným formám týrání a zanedbávání, jako je opakovaná ztráta důležitých dospělých osob (Irwin, 1994), odmítání vrstevníky, pozorování domácího násilí, lékařské procedury, chronická nestabilita prostředí, emoční týrání (Brunner et. al, 2000; ISSD, 2003). Rozvoj disociace je mediován dalšími faktory, např. nedostatkem emoční podpory v rodině (Irwin, 1996) nebo hypnotickou susceptibilitou (Roelofs et al., 2002). Souvislost

mezi týráním, sexuálním zneužíváním a jinými traumatizujícími zážitky a rozvojem disociace je celkově přesvědčivě a opakovaně zdokumentována (Chu, Dill, 1990; Gershuny, Thayer, 1999; Hornstein, Putnam, 1992; Sanders, Giolas, 1991; Zlotnick et al., 1995).

Disociaci lze chápat jako ochranný mechanismus před hrozícím paralyzujícím účinkem traumatu. Může k ní dojít již v průběhu traumatické události (tzv. peritraumatická disociace) – po autonehodě dokáže zraněný člověk automaticky vykonávat určitou činnost, např. dojít pro pomoc, aniž by cítil bolest, na toto konání si potom nemusí pamatovat; znásilněná dívka má pocit, že se na celou scénu dívá shora, mimo svoje tělo, a necítí bolest ani jiné pocity. V případě jednorázových traumat dojde obvykle po čase spontánně k návratu vzpomínek. V případě opakovaného traumatu nebo přetrvávajících následků traumatu může dojít k chronifikaci disociativních obran a k rozvoji posttraumatických a disociativních poruch (Terr, 1991). Mezi faktory, které disociaci ovlivňují, patří charakter stresu, charakter situace (načasování), prostředí v rodině postiženého dítěte, osobní vlastnosti dítěte, souvisí s jeho povahou a genetickým vybavením (Waller et al., 1996). Bližší popis mechanismů a následků působení traumatu na člověka přesahuje rámec této práce. Vynikající publikací zabývající se tímto tématem je *Trauma a uzdravenie* (orig. *Trauma and recovery*, 1992) od J. Hermanové, která vyšla v r. 2001 v bratislavském nakladatelství Aspekt.

K disociaci může docházet za přispění různých mechanismů. Neurobiologické mechanismy spojené s vlivem prožitku traumatu na jednotlivá mozková centra a na funkční neuronální okruhy (afektivně-kognitivní schemata) působí následné potíže s vybavováním vzpomínek na trauma (mj. působením mechanismu stavem podmíněného učení, kdy jsou určité explicitní vzpomínky spojeny s emočními stavy, bez jejichž aktivace je vybavení vzpomínek ztížené nebo nemožné) (Putnam, 1997). Dlouhodobě zvýšené hladiny stresových hormonů (kortizolu) mohou kromě vážného narušení paměťových a jiných funkcí způsobit i nevratná poškození mozku, např. zmenšení hippocampu, centra zodpovědného mj. za budování deklarativní, explicitní paměti (Fiedler, 2001). K rozvoji disociativních symptomů mohou v podmínkách extrémního stresu přispět i další mozkové struktury (amygdala, thalamus a prefrontální kortex) a dysfunkce v neurotransmiterových systémech (Kapfhammer et al., 2001). Poznání paměťových a dalších procesů na neurofyziologické úrovni však není úplně a stejně tak nerozumíme zcela procesům, jež vedou k disociativním projevům v prožívání a chování. K potížím s vybavováním až k amnézii může dojít i tehdy, když se člověk záměrně intenzivně snaží si na události nevzpomenout, vědomě si sugeruje, že je chce zapomenout

(obrana před dlouhotrvající nesnesitelnou situací, ze které není úniku, reakce na neřešitelnou ambivalenci). K hypnotickým fenoménům může ovšem docházet i spontánně, bez vlastní vůle postiženého (Butler et al., 1996), mohou se projevit ve formě transu či fugy, kdy dotyčný uprchne např. z místa ohrožení. Uvedené reakce (disociace, trans, depersonalizace, ztráta paměti) mohou být snadno pozitivně posilovány, neboť přinášejí značnou psychickou úlevu a pak k nim v situacích stresu dochází častěji. Mohou se generalizovat i na další situace a to i takové, kdy dotyčnému člověku nehrozí žádné nebezpečí a míra objektivního stresu je minimální (Fiedler, 2001). Tyto reakce jsou potom pro běžného pozorovatele ale i pro terapeuta nesrozumitelné a frustrující, v podmínkách ústavů nebo v rodinách mohou vést k trestání a jiným formám „vychovávání“, vytváří se kruh trauma – disociace – trauma. V následujících třech kapitolách jsou uvedeny modely vzniku a rozvoje disociace a vlivu chronického stresu na vývoj a funkce dětského mozku.

### **3.3 Vznik a rozvoj disociace**

Disociativní poruchy byly a stále ještě jsou obestřeny určitým závojem záhadnosti a stále se vyskytují názory, zda některé jejich extrémní projevy (disociativní porucha identity) nejsou pouze projevy sugescie nebo přijetí určité role. Novější výzkumy, které spojují poznatky z různých oborů psychologie a neurověd, objasňují mechanismy, jak působí traumatické zážitky, jak jsou zpracovávány a jak probíhají procesy, vedoucí ke vzniku, rozvoji a udržování disociativních stavů. Modely vzniku a rozvoje disociace, uvedené v této kapitole, jsou založeny na rozsáhlých výzkumech, je možné je testovat a poskytují empiricky založená vodítka pro terapeutickou práci s pacienty, kteří trpí následky traumatu.

#### **3.3.1 Model diskrétních behaviorálních stavů**

Lidské chování lze teoreticky znázornit v mnohorozměrném prostoru možných behaviorálních stavů – u novorozenců je možné rozlišit takových stavů pět (pravidelný spánek, nepravidelný spánek, bdělá nečinnost, bdělá aktivita a stav před pláčem, pláč; Wolff, 1987, in Putnam, 1997), s přibývajícím věkem jejich počet roste, chování se diferencuje. Behaviorální stavy jsou charakterizovány svými psychologickými, fyziologickými a behaviorálními charakteristikami. V závislosti na vzájemné podobnosti či odlišnosti těchto charakteristik leží behaviorální stavy v onom prostoru „blízko“ nebo „daleko“ od sebe, v závislosti na tom, jak často k přechodu mezi stavy dochází, je různě silné i jejich propojení.

Úměrně blízkosti a síle propojení stavů jsou snadné či obtížné i přechody mezi nimi (Putnam, 1997). U člověka se rozvíjí schopnost tyto stavy integrovat, vzniká tzv. supervizní systém, který monitoruje a vyhodnocuje všechny dostupné informace (vjemy, vzpomínky, cíle, mentální stav atd.) a upravuje chování tak, aby bylo dosaženo žádoucího cílového stavu (Shallice, 1988; in Davies, Humphreys, 1990). Vědomě reflektovaný integrovaný systém tvoří identitu – tj. pro vytvoření jednotného a kontinuálního pocitu self, identity, je nezbytná integrace informací a zkušeností napříč různými behaviorálními stavy. Základní roli v budování pocitu identity hraje paměť. Porucha ve schopnosti integrace vzpomínek, daná okolnostmi při jejich ukládání a jejich – traumatickým – obsahem, vede k amnéziím a poruchám identity (Putnam, 1997).

Jsou-li behaviorální stavy z různých důvodů od sebe příliš „vzdálené“ (tato „vzdálenost“ může být udržována disociativními mechanismy), mohou působit jako víceméně autonomní neintegrované módy chování. Aktivovat se mohou buď na základě specifických podnětů (spouštěčů), ale i bez zřejmého podnětu. Pokud jsou na ně vázány určité vzpomínky, může postižený trpět za normálních okolností amnézií, při jejich aktivaci intruzivními pocity, vzpomínkami a flashbacky. Vývoj a strukturalizace těchto neintegrováných stavů (při jejich častější aktivaci, díky níž získají vlastní „historii“ a „identitu“) může vést až k disociativní poruše identity. Porucha v rozlišování a integraci vjemů do struktury systému může vést k disociativním poruchám vnímání (halucinace, depersonalizace, derealizace, analgezie). Přítomnost neintegrováných stavů ve vědomí může mít dezintegrující účinek na chování (trans). Supervizní systém tím, že např. brání nežádoucím myšlenkám a pocitům vstupu do vědomí, však zároveň brání v jejich integraci. Účinnost obranných mechanismů supervizního systému ale není absolutní. Rozvíjejí se proto způsoby, jak se přítomnosti nebo hroící přítomnosti těchto ohrožujících stavů aktivně bránit – jako příklad lze uvést sebepoškozování, bulimické záchvaty, užívání drog a alkoholu, vyhýbání se ohrožujícím situacím, modulace chování silnými podněty nebo extrémní pasivitou (vypínáním), úniky do fantazie. „Disociace jak je známa u disociativní poruchy identity a jiných poruch spojených s traumatem v dětství neznamena, že došlo k narušení původně intaktní identity, ale jde spíše o vývojovou poruchu konsolidace a integrace diskrétních stavů vědomí“, na stavu závislých aspektů self (Putnam, 1997, s. 176).

Z výzkumů deprivace (Langmeier, Matějček, 1974) i z klinické praxe je známý projev tzv. uspokojování okamžitých potřeb. Může jít o únik od plného vědomí reality, o snahu

„nemyslet na nic, necítit, co nechci“. Uspokojení okamžitých potřeb umožňuje koncentraci na tady a teď (prostřednictvím absorpce danou činností), disociaci vyšších kognitivních funkcí – hodnocení následků chování, působení morálních norem, úvah o budoucnosti a minulosti, mizí uvědomění si neúspěchu, bolest, strach a úzkost, pocity viny, prožitek chaosu. Činnosti, kterým člověk podléhá, přitahují jeho plnou pozornost, mění stav vědomí, představují (své)pomocné reakce jak se oddálit a ulevit si od zaplavujících vzpomínek na trauma. Jde o zneužívání alkoholu a drog (zde přistupují fyziologické účinky zneužívaných látek), gambling, promiskuitní chování, nadměrnou konzumaci jídla a zvracení, utrácení peněz, riskantní způsoby chování (krádeže, projevy násilí, kreslení graffiti), sebedestruktivní chování (pořezání či popálení se), někdy lze určité úlevy od prožitých útrap dosáhnout jen prostřednictvím ničivých představ nebo činů (Huber, 1995). I jiné projevy, jako je poslouchání velmi hlasité hudby, extrémní pasivita (např. u televizoru), hraní počítačových her, mohou být reakcí na nesnesitelné psychické stavy (nebo jejich hrozbu). Je nutné zvážit, do jaké míry jde v těchto případech o přirozenou součást procesu hledání a budování vlastní nezávislé identity (odpor vůči určitým autoritám), jakou roli hrají jiné psychologické mechanismy (např. sociální tlak, nenaplněné vývojové potřeby – mít „něco svého“, mít možnost se rozhodovat), a jakou roli hraje případné prožité trauma a jeho psychologické následky (Steinberg, Morris, 2001). Jednou z možností, jak toto posoudit, může být intenzita uvedených projevů, jejich nebezpečnost, persistence, ovlivnitelnost, míra náhledu na vlastní chování. Fakt, že se může jednat o naučený mechanismus úniku od zátěžové situace, možné příčiny ležící v traumatu nevylučuje. Snaha odnaučit postiženého těmto způsobům úniku od reality bez toho, aniž by bylo zároveň zpracováváno trauma, nepovede k úspěchu, neboť příčina chování zůstane nedotčena a dotyčný si pravděpodobně najde jiný způsob, jak se se svými prožitky a pocity vyrovnat, jak je odsunout z vědomí (Putnam, 1997).

### **3.3.2 Teorie strukturální disociace osobnosti**

Autoři teorie s traumatem spojené strukturální disociace osobnosti (E. Nijenhuis, O. van der Hart, K. Steele, 2004) vycházejí z existence tzv. akčních psychobiologických systémů, které slouží k zajištění základních funkcí organismu a ukazují, že disociace je způsobena selháním integrace a personifikace traumatických zážitků a že nerozděluje emoční systém osobnosti náhodně, nýbrž v místech, kde existuje přirozená hranice mezi akčními systémy.

Tzv. akční systémy jsou evolučně vytvořené a v průběhu ontogeneze modifikované, různě komplexní psychobiologické systémy, které umožňují organismu rychlé a účelné vyhodnocení podnětové situace a reakci na ni. K takovým základním akčním systémům patří obranný systém, aktivovaný v případě vážné hrozby (např. ohrožení tělesné integrity), zahrnující reakce jako je únik, strnutí (freeze), boj, dále systémy, které regulují funkce běžného každodenního života, jako je péče o potomstvo, reprodukce, zkoumání prostředí, hospodaření s energií (odpočinek, spánek, příjem potravy), hra a podobně. Aktivace každého takového systému s sebou nese zároveň určité změny v celém nervovém systému (s ohledem na funkci systému a žádoucí efekt produkovaného chování) – ve způsobu zpracovávání informací, ve fyziologických charakteristikách, v charakteristikách vnímání, regulaci afektu, paměťových procesech, mentálních modelech, u lidí i v pocitu self. Za normálních okolností jsou vnější i vnitřní jevy (vjemy, afektivní a behaviorální reakce) syntetizovány do smysluplných mentálních struktur, a to jak v právě probíhající situaci, tak i napříč časem (spojování s minulými zkušenostmi). Taková syntéza je podmínkou adaptivního chování. Její základní komponentou je personifikace – vztažení zážitku k vlastnímu pocitu self, uvědomění si významu zážitku pro další život, budování osobní historie a kontinuity pocitu self. Shrnuto, ať již jsou v dané situaci aktivovány jakékoli systémy, charakteristiky podnětové situace, její vyhodnocení, pocity a reakce jsou syntetizovány a uloženy jako organismu dostupná a personifikovaná informace (zkušenost).

V situaci zážitku traumatu však je schopnost integrace narušena, zážitek buď není běžnému vědomí přístupný vůbec a nebo, pokud nedošlo k jeho personifikaci, pouze jako sémantická paměťová stopa, vědomost, která není vztažená k vlastní osobě (postižený může mít pocit, jako by se to stalo někomu jinému). Toto narušení schopnosti integrace pravděpodobně souvisí s neurobiologickými změnami, které zážitek traumatu provázejí. V situaci stresu dochází k uvolnění velkého množství stresových hormonů, přičemž dochází k jejich koncentraci právě v oblastech mozku spojených s výkonem integrativních aktů (hippocampus, prefrontální kortex) a mohou tak bránit integraci zkušenosti. Dalším faktorem, který negativně ovlivňuje schopnost integrace, jsou strukturální odlišnosti některých částí mozku, hlavně hippocampu, vyskytující se např. u pacientů s PTSD. Není ovšem jisté, zda je menší objem hippocampu těchto pacientů následkem vystavení chronickému traumatu, či zda je přítomen premorbidně a působí jako rizikový faktor pro rozvoj PTSD a disociace.

U některých traumatizovaných jedinců dochází ke střídání stavů znovuprožívání traumatu a období relativně normálního fungování, ve kterých si zážitek traumatu víceméně neuvědomují. Teorie strukturální disociace osobnosti předpokládá, že to je dáno aktivací různých akčních systémů, které mezi sebou nejsou integrovány. V situaci traumatu dochází k aktivaci obranného systému, v jehož modu pak probíhá vnímání ohrožující situace, její vyhodnocování a reagování na ni. V rámci tohoto systému také dochází k ukládání paměťových stop (vzpomínek na traumatický zážitek) a vytvářejí se příslušné asociační dráhy (např. spojení vjemů, které předcházely, se situací a prožitky, které nastaly). Autoři teorie si pro označení komplexního vrozeného systému, sloužícího obraně, vypůjčili název „emoční“ osobnost (emotional personality, EP), pocházející od C.S. Myerse (1940). Domnívají se navíc, že jeho součástí může být i systém regulující připoutání k pečovatelům (dítěte k rodičům např. – v ohrožující situaci je přežití malého dítěte závislé na ochraně pečovatelů). Akční systémy, které kontrolují funkce každodenního života (zkoumání prostředí, hospodaření s energií) a přežití druhu (rozmnožování, péče a připoutání k potomstvu), pak autoři ve shodě s Myersem označují jako „zdánlivě normální“ osobnost (apparently normal personality, ANP). V případě znovuprožívání traumatu je aktivována EP, v obdobích normálního fungování je aktivována ANP. Aktivovaná „emoční“ osobnost trpí živými sensorimotorickými prožitky a bolestivými afekty (vzpomínkami, které ale nemají narativní formu), které se velmi podobají zážitku původního traumatu, zůstávají relativně neintegrované do celku osobnosti postiženého a není tím pádem možné je normálně zpracovat. Pro „zdánlivě normální“ osobnost je naopak (v zájmu zachování normálního fungování) charakteristické vyhýbání se traumatickým vzpomínkám, necitlivost, numbing, částečná nebo úplná amnézie, anestezie různých smyslových modalit, depersonalizace či kompletní dočasná deaktivace vědomí. Disociaci těchto dvou základních systémů (EP a ANP) označuje Nijehuis a kol. (2004) jako primární strukturální disociaci. Je charakteristická např. pro jednoduchou PTSD nebo akutní reakci na stres. V základu oddělení těchto mentálních systémů je peritraumatická disociace, selhání schopnosti integrace a personifikace zážitků v průběhu traumatu.

Je-li traumatický zážitek závažný a opakovaný, může dojít ke strukturální disociaci „emoční“ osobnosti, k narušení integrace mezi subsystemy v jejím rámci. Jak uvádějí autoři, některé tyto subsystemy, „podosobnosti“, mohou reagovat strnulostí a být necitlivé k bolesti, jiné mají sklony se fyzicky bránit a prožívat hněv, a ještě jiné zcela podléhají hrožícímu nebezpečí a depersonalizaci. Tento druh disociace se může projevit i rozdělením EP na část, která trauma

prožívá, a část, která je „pozorovatelem“, nebo může dojít k rozdělení EP na část, která reprezentuje systém připoutání (ta část osobnosti dítěte, která miluje ubližujícího rodiče), a obrannou část. S touto tzv. sekundární strukturální disociací se můžeme setkat u komplexní PTSD a u disociativních poruch blíže nespecifikovaných (viz kap. 2.3.5).

Nejvýznamnějším projevem disociace je disociativní porucha identity. Z pohledu autorů se jedná o tzv. terciární strukturální disociaci, která vzniká rozdělením „zdánlivě normální“ osobnosti (ANP) do více subsystémů. Nedochozí k ní přímo v průběhu traumatu, ale vytváří se v situaci, kdy některé aspekty každodenního života, jimž se nelze vyhnout, jsou spojeny s prožitým traumatem. Jako příklad lze uvést pacientku s historií sexuálního zneužívání v dětství, trpící disociativní poruchou identity. V těhotenství u ní došlo k vytvoření nové ANP (disociované identity), která byla schopna absolvovat lékařská předporodní vyšetření aniž by u ní docházelo k intruzím traumatických vzpomínek. Jiným příkladem může být vytváření identit u dětí, které jsou týrány či zneužívány svými rodiči, na kterých jsou ovšem existenčně závislé a se kterými tráví množství času v různých situacích.

Potíže s integrací traumatických zážitků vysvětlují autoři teorie vrozeným mechanismem vyhýbání se averzivní stimulaci, k níž ovšem dochází i při znovuvybavení traumatického zážitku. U ANP se z tohoto důvodu vytváří fobie z traumatických vzpomínek a ta udržuje oddělení – disociaci – ANP od EP. Výzkumy na pacientech s disociativní poruchou identity podporují hypotézu, že ANP je podvědomě schopna se vyhýbat uvědomění si vnějších a pravděpodobně i vnitřních podnětů, které jsou nějakým způsobem ohrožující (ať již jde o hrozbu reaktivace traumatických vzpomínek či o hrozbu reálnou). Čili mechanismus vyhýbání se averzivní stimulaci hodnotí podněty a těm (potenciálně) averzivním neumožní vstup do vědomí. Naopak EP, zahrnující obranné systémy, je z principu svojí funkce na ohrožující podněty velmi citlivá. Tento poznatek objasňuje mechanismus vzniku fobie z traumatických vzpomínek (podvědomé vyhýbání se nebezpečným stimulům) a také např. disociativní amnézii (opět jde o podvědomé vyhýbání se stimulům, spojeným s traumatickou událostí, kterými mohou být např. i všechny vzpomínky na dětství či na prožité trauma). Nevědomá obrana ANP před vnímáním ohrožujících podnětů může být jednou z příčin, proč u obětí např. znásilnění či zneužívání dochází častěji k jejich retraumatizaci – ta část osobnosti, která vede „normální“ život, není dostatečně citlivá na známky ohrožení, které jinak nepostižený člověk zaregistruje (byť podvědomě) a zareaguje na ně. Zvýšená citlivost EP na ohrožující podněty (v důsledku podmiňování a generalizace v průběhu opakované

traumatizace je takových podnětů mnoho) může být naopak příčinou, proč mají oběti násilí tendenci k obrannému (agresivnímu, disociativnímu) reagování i v reálně neohrožujících situacích.

Integrace traumatických zážitků u dětí je navíc ztížena nedostatečnou vyzrálostí mozkových struktur a také nedostatkem již integrovaných zkušeností, které by tvořily jakýsi podklad pro integraci dalších zážitků. Také je do značné míry závislá na tom, jakým způsobem se k traumatickým událostem staví jejich okolí, hlavně rodina, jaký smysl jim dá. Pokud okolí trauma popírá nebo je o něm zakázáno mluvit (např. v případech zneužívání dětí v rodině), tendence k disociaci těchto zážitků je tím velmi posílena. Z těchto důvodů je integrační kapacita dětí značně omezená.

### **3.3.3 Vliv přetrvávajícího strachu na rozvoj dětského mozku**

Tato kapitola se zabývá vlivem dlouhodobého stresu na vývoj mozkových struktur a funkcí u dětí. B.D. Perry (2001) ukazuje, jak se tyto vlivy projevují na funkčních charakteristikách nervové soustavy a na chování postižených dětí.

Zránění a strukturace funkcí mozkové kůry a podkoří v průběhu dětství přináší lepší schopnost modulace impulsů, které vycházejí z primitivnějších mozkových oblastí (mozkový kmen, střední mozek, diencefalon) a které regulují vývojově starší funkce organismu, například reakce na ohrožení. Pokud jsou vyšší mozkové funkce narušeny, např. v důsledku onemocnění (demence), intoxikace, zanedbávání či mentální retardace, nebo jsou funkce nižších center podníceny (v důsledku chronického stresu), postižená osoba bývá často agresivnější a impulsivnější. Vliv na zránění vyšších mozkových funkcí má jejich aktivace, která je zprostředkována prostředím, ve kterém dítě vyrůstá (B.D. Perry hovoří o „use-dependent“ vývoji funkcí mozku – čili vývoji v závislosti na jejich používání). Např. dítě, se kterým okolí přiměřeně jeho věku komunikuje, rozvine schopnost řeči pravděpodobně dříve a bohatěji než dítě, které je zanedbáváno a verbální impulsy nedostává. Podobným způsobem dochází k rozvoji schopnosti vyšších mozkových oblastí modulovat agresivní a další impulsy, vycházející z primitivnějších mozkových center. V podstatě se jedná o vývoj funkcí ega či superega.

Opakovaná či dlouhodobá aktivace určitých funkčních systémů v mozku může vést k trvalým molekulárním, strukturálním a funkčním změnám v těchto oblastech (počet synapsí, hustota dendritů, působení enzymů a neurotransmiterů), které se pak mohou projevovat jako přetrvávající znaky emočních, behaviorálních a kognitivních funkcí. Stejným způsobem jsou u dětí vystavených chronickému stresu opakovanou a dlouhodobou aktivací upevněny a senzitivizovány základní obranné mechanismy: zvýšená aktivace (reakce „boj nebo útěk“) a disociace. Nutno dodat, že právě u malých dětí, jejichž možnosti se aktivně bránit či utéci jsou velmi omezené, je právě disociace častějším způsobem psychické obrany před působením traumatizujících vlivů. Častá a přetrvávající disociativní reakce u dítěte může vést k rozvoji vážných s disociací spojených příznaků (stažení se, somatické potíže, disociace, úzkost, pocit bezmoci, závislost) a syndromů (disociativní, somatoformní a úzkostné poruchy, deprese). Naproti tomu přetrvávající reakce zvýšené aktivace (arousal) může vést k poruchám spojeným s hyperexcitací (hyperarousal), jako je PTSD, ADHD, poruchy chování.

Vedle principu rozvoje mozkových struktur a funkcí na základě míry jejich aktivace („use-dependent“) je dalším základním principem fungování mozku způsob ukládání a vyvolávání informací z paměti v souvislosti s mentálním stavem, ve kterém se člověk nachází (tzv. „state-dependent“ storage and retrieval). To znamená, že vybavení některých vzpomínek a podmíněných vzorců chování je usnadněno či vůbec umožněno faktem, že situace je prožívána jako podobná té, ve které došlo k jejich vytvoření a uchování. Stav chronické aktivace nižších mozkových center, které v situaci stresu regulují obranné reakce organismu, vede k jejich rozvoji (asi jako má hráč na klavír rozvinuté příslušné motorické centrum), a ten je zase příčinou častější aktivace těch způsobů vnímání a chování, jež jsou spojeny se situací traumatu a reakcemi na něj.

Tato skutečnost má důležité implikace pro porozumění a léčbu dětí, které v podmínkách podmínkách chronického stresu vyrůstaly. Naučené způsoby vnímání (hlavně neverbálních signálů, jež byly v situacích ohrožení většinou významnější než např. slova) ve spojení s reagováním, jež je méně moderované nejvyššími úrovněmi mozku (a tedy impulsivnější, agresivnější), může vést ke způsobu chování, který je charakteristický mj. zvýšenou senzitivitou na neverbální signály, jako jsou výrazy tváře, doteky, zabarvení hlasu, tělesná blízkost či upřený pohled. Tyto signály často bývají misinterpretovány jako ohrožující (na podkladě minulé zkušenosti) a podle toho se dítě také chová – zde může mít kořeny zvýšená agresivita dětí, poruchy chování, vzdor, nepřiměřené reakce, výbuchy vzteku apod. Zároveň

s tím může být zhoršena schopnost vnímat na verbální a abstraktní úrovni a zapamatovat si informace na této úrovni zprostředkovávané, což může vést k např. k potížím ve škole, kde i přes normální intelektové předpoklady dítě neprospívá, a k dalším vývojovým a socializačním potížím. Uvedený mechanismus může být v základu transgeneračního přenosu násilí, kdy v rodinách či v prostředí plném strachu a násilí vyrůstají jedinci, kteří mají na základě charakteristického způsobu vývinu mozkových funkcí a struktur opět sklony k agresivním a násilným reakcím (Perry, 2001). Uvažuji v této souvislosti také nad tím, jak si mohou porozumět příslušníci dvou odlišných kultur, z nichž jeden vyrůstal v prostředí plném násilí a boje o přežití, a druhý v klidném a podpůrném prostředí. Myslím, že to se v našem evropském kontextu může týkat například integrace imigrantů z rozvojových zemí a že to může být jednou z příčin tzv. kulturních rozdílů mezi některými národy.

Tabulka 2 (na následující straně) shrnuje uvedené poznatky a představuje kontinuum adaptivních reakcí na stres (Perry, 2001). Děti mohou reagovat na stresovou situaci různě – některé spíše zvýšenou aktivací, jiné primárně disociativní reakcí, nejčastější bývá ovšem kombinace obou. Dítě, které má strach projevující se vzdorem, mohou dospělí vnímat, jako že dělá naschvály a zlobí. Jejich rozzlobení dítě na neverbální úrovni velmi ostře vnímá (byť mylně, nepřiměřeně skutečné míře ohrožení), jeho strach se stupňuje, a reakcí může být další posílení obran směrem k disociaci či naopak k agresivnímu bojovnému nastavení. Dochází k upevnění regresivních, méně vyspělých reakcí, jež jsou moderovány primitivnějšími oblastmi mozku. Větší vliv nižších mozkových center způsobuje, že organismus déle setrvává ve stavu zvýšené aktivace a klidového stavu je dosaženo jen zřídka (či jen pomocí alkoholu či drog). Navíc traumatizované dítě mylně hodnotí podněty, cítí se ohroženo a reaguje situací nepřiměřeně, často agresivním či impulsivním jednáním.

<b>Stav organismu</b>	klid	zvýšená aktivace (arousal)	alarm	strach	hrůza
<b>Vnímání času</b>	vzdálenější budoucnost	dny, hodiny	hodiny, minuty	minuty, vteřiny	chybí vnímání času
<b>Kontinuum aktivace (arousal)</b>	klid	ostražitost	rezistence (pláč)	vzdor (záchvaty vzteku)	agrese
<b>Disociativní kontinuum</b>	klid	vyhýbání	poddajnost, odevzdanost (jako robot)	disociace (fetální pohyby, kývání)	ztráta vědomí
<b>Regulující oblast mozku</b>	neokortex kortex	kortex limbický systém	limbický systém střední mozek	střední mozek mozkový kmen	mozkový kmen autonomní oblasti
<b>Kognitivní styl</b>	abstraktní	konkrétní	emocionální	reaktivní	reflexivní

**Tab. 2:** Kontinuum adaptivních reakcí na stres (Perry, 2001).

#### 4. Diagnostika disociativních poruch

Diagnostika patologických disociativních symptomů je v dětském věku a adolescenci z mnoha důvodů poměrně obtížná. Jednak jde o jev, jenž je v určité míře běžně přítomný téměř u každého jedince a není snadné určit míru, kdy je již překročena hranice normality. V adolescenci navíc v souvislosti s vývojovými procesy dochází k přechodnému zvýšení množství i intenzity disociativních prožitků a projevů. Některé vážnější disociativní projevy (a jevy s nimi spojené, jako např. zneužívání návykových látek či promiskuitní chování) je možné v tomto období mylně vnímat jako průvodní jevy dospívání a naopak např. zážitky depersonalizace, změny ve vnímání vlastní identity či velké výkyvy v náladě a chování mohou být v adolescenci normální. Pro disociativní poruchy je typická vysoká míra komorbidity s dalšími poruchami, které jsou často nápadnější, lépe diagnostikovatelné a získají větší pozornost, byť se často jedná o poruchy sekundární (poruchy chování, zneužívání drog a alkoholu, riskantní chování, poruchy příjmu potravy, různé druhy fobií, obsedantně-kompulzivní porucha, deprese apod.). Určité disociativní projevy jsou navíc i součástí obrazu jiných poruch (amnésie u organických nemocí a poruch CNS či u PTSD, depersonalizace u generalizované úzkostné poruchy nebo u schizofrenie, sluchové halucinace u psychotických onemocnění, proměnlivost vztahů u hraniční poruchy osobnosti). Při posuzování projevů chování dítěte je obtížné posoudit míru volní kontroly, kterou nad svým chováním má, tj. jak

moc je schopno projevy svého chování regulovat. U disociativních poruch se tato schopnost často v určitých situacích ztrácí, chování však zdánlivě sleduje záměrně určitý cíl a dítě bývá za toto chování trestáno (např. dítě odejde z domova, toulá se po městě a krade v obchodech drobné věci a to může být projev disociativní fugy; dítě náhle uprostřed rozhovoru (s vychovatelem, učitelem) přestane reagovat, odpovídat – nemusí se jednat o vzpouru či nechut', ale jde o projev disociativního transu). K těmto okolnostem přistupuje ještě pro období adolescence typická nedůvěřivost a uzavřenost vůči dospělým, tajení příznaků z obav ze zahanbení, pro zachování sebejistoty (Hort et al., 2000), možnost simulace (např. amnézie) a také fakt, že tato diagnóza a celá problematika není mezi lékaři, psychology a dalšími pracovníky příliš známá. Tento fakt je ilustrován i situací, jaká je na dětských psychiatrických odděleních, která jsem měl možnost navštívit – pouze na jednom z nich je disociativní symptomatika dětských pacientů diagnostikována, zohledněna v lékařských a psychologických zprávách a je s ní cíleně terapeuticky pracováno (odd. dětské psychiatrie v Thomayerově nemocnici). Kromě obecných nespécifických diagnostických metod navíc neexistuje český nástroj ke zjišťování míry disociace u dětí a adolescentů (dotazníky, strukturované interview apod.). Z tohoto hlediska by uvedení překladu Škály disociativních zážitků pro adolescenty (A-DES; Armstrong et al., 1997) v této práci mohlo vést k rozvoji zájmu o tuto problematiku, k přesnější diagnostice disociativních symptomů a – hlavně – k lepší terapeutické péči o týrané, zneužívané a zanedbávané děti.

## 4.1 Diagnostický proces

Diagnostický postup by měl kromě psychologického vyšetření dítěte zahrnovat i rozhovory s rodiči a sourozenci, s lékařem, s učiteli a dalšími relevantními osobami, a také sběr dalších informací o dítěti (z lékařských záznamů, školních záznamů, od sociálních pracovníků apod.), jenž by měl vlastnímu vyšetření pokud možno předcházet. Hlavní cíle diagnostického posouzení dítěte jsou: 1) zjištění důvodů a příčin vyšetření; 2) zjištění povahy a závažnosti příznaků, problémů s chováním, poškození a míry zátěže dítěte; 3) identifikace faktorů (individuálních, v rodině a v prostředí), které situaci zhoršují nebo mírní (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1995, in Putnam, 1997). Diagnostický proces může sestávat z následujících složek (ISSD, 2003; hvězdičkou jsou označeny nezbytné složky):

1. Screeningové testy
2. Klinická interview\*
3. Strukturovaná klinická interview

4. Psychologické testování
5. Komorbidní poruchy\*
6. Lékařské vyšetření\*
7. Farmakologické a hypnotické intervence
8. Průběžné hodnocení v průběhu léčby

Rozhovor s rodiči či pečovateli by měl být zaměřen na důvody, proč s dítětem k lékaři přišli, jak se potíže vyvíjely a projevovaly, jaký je jejich dopad na jednotlivé členy rodiny a na její celkové fungování (Putnam, 1997). Důležitá je psychiatrická anamnéza dítěte, způsob a místo, kde rodina bydlí, historie traumatických zážitků (což může být – hlavně v případě podezření na zneužívání v rodině – obtížné a velmi citlivé téma) včetně lékařských zákroků a hospitalizací, zda bylo dítě přítomno u násilných projevů v rodině apod. Rodiče mohou poskytnout informace o disociativních symptomech, které u dítěte pozorují – amnézie, výkyvy ve schopnostech, chování a náladách dítěte, stavy transu či zmatenosti, poruchy spánku, somatické stížnosti (Silberg et al., 1997). Je vhodné takto získané informace ověřit z dalších zdrojů, z různých záznamů či rozhovorů s učiteli, ačkoli ve škole se dítě může chovat jinak než doma. Terapeut by měl mít na paměti, že rozhovor s rodiči slouží i k budování důvěry a spolupráce mezi ním a rodiči, bez níž terapeutická práce s dítětem není možná. Jeho úkolem je také posoudit vliv dispozičních, příčinných a udržujících faktorů, jejichž součástí je i to, jak na dítě působí jeho současná životní situace. Rodiče se často zaměřují pouze na historii dítěte a odmítají vnímat vlastní rodinné dysfunkce, což může bránit v terapeutickém procesu (ISSD, 2003).

Rozhovor s dítětem musí být veden s ohledem na jeho věk a spolehlivost takto získaných informací je třeba přiměřeně posuzovat a vyvarovat se předčasných závěrů. Je možné využít částečně či plně strukturovaných interview (opět podle věku) a dotazníků (viz níže), velmi důležité ale zůstává pozorování disociativních projevů dítěte při rozhovoru, hře či testování (projektivní techniky – hra s panenkami, kreslení, testy dovedností aj.). J. Silberg (1998) uvádí časté projevy chování dětí s disociativními poruchami při testování: zapomínání, pohled do prázdna, neobvyklé pohyby, výrazné kolísání emocí, vystrašené či zlostné reakce na podněty, stížnosti na tělesné potíže během testování, výrazy vnitřního konfliktu. Testové odpovědi disociativních dětí obsahovaly mj. obrazy multiplicity (postavy s dvěma obličejí), nenávistné religiozity, emočního zmatení, extrémní dichotomizace, obrazy týrání, magické transformace. Projektivní kresby či reakce při hře mohou být nápomocné, ale nemohou

nahradiť systematické dokumentovanie disociatívnych symptomů dítete v různých prostředích (Putnam, 1997). Při psychologickém vyšetřeni bychom měli posoudit možné komorbidní diagnózy, hlavně obsedantně-kompulsivní poruchu, poruchy příjmu potravy, PTSD, reaktivní poruchu přichylnosti (reactive attachment disorder), ADHD, afektivní poruchy, zneužívání návykových látek a specifické vývojové poruchy (ISSD, 2003). V rozhovoru s dítetem se dotazujeme také na konkrétní projevy disociace: imaginární společníky a jiné přechodné (neexistující) objekty, sluchové a vizuální halucinace, nepochopitelnou zapomnětlivost, intruzivní myšlenky a pocity, snížená schopnost prožívat emoce a zájem (numbing), úzkost, noční můry, sebepoškozování, obavy týkající se zdraví a sexuality, zážitky depersonalizace a derealizace, změn nebo zmatení ohledně vlastní identity (ISSD, 2003). Při diagnostice je třeba postupovat eticky a být si vědom hranic, které terapeut má. Nelze totiž zcela oddělovat diagnostiku od vlastní léčby a nelze se také pouštět do úkolů, na které není čas či pro které není pracovník profesionálně vybaven.

Nezbytné místo by mělo mít i vyšetřeni dítete pokud možno informovaným lékařem (základní zdravotní charakteristiky, známky týrání či sexuálního zneužití, možný organický základ potíží). Ve vážnějších případech či při podezřeni na zneužívání je takovéto pečlivé vyšetřeni nezbytné pro případné soudní šetřeni a jako takové by mělo být i provedeno a dokumentováno (ISSD, 2003; Putnam, 1997). Při práci s dětmi s disociativními projevy se často dostáváme do eticky mimořádně složité oblasti zločinu a práva.

## **4.2 Diagnostické nástroje**

V této kapitole představím především nástroje relevantní pro diagnostiku disociativních poruch v dětství a adolescenci. Mezi ně patří screeningové dotazníky, dotazníky pro pozorovatele a strukturovaná klinická interview.

### **4.2.1 Adolescent Dissociative Experiences Scale – A-DES**

#### **Historie**

A-DES byl vytvořen týmem pod vedením J. Armstrongové, F. Putnama a E. Carlsonové a spolu s prvními validizačními studiemi publikován v roce 1997 (Armstrong et al., 1997). Je variantou dotazníku DES (viz níže), který ale není konstruován pro použití ve věku pod 18 let. U dospívajících je navíc obtížné používat dotazníky pro pozorovatele, jakým je např.

Child Dissociative Checklist (CDC, viz kap. 4.2.2), který ztrácí sensitivitu ve věku kolem 12 let, neboť rodiče o svých dětech v tomto věku už nevědí tolik podrobností jako u mladších dětí. Dotazník A-DES je možno používat a kopírovat bez svolení autorů. Odlišné verze je třeba značit jinak, aby bylo patrné, že nejde o verzi původní.

### **Použití**

A-DES je využitelný primárně jako nástroj pro screening normální a patologické disociace v adolescenci (v rozmezí věku zhruba 12 – 20let) a pro statistický výzkum. K definitivnímu stanovení diagnózy disociativní poruchy je třeba doplnit strukturovaným rozhovorem. Dále je možné A-DES využít k posouzení podílu disociace na symptomech různých psychiatrických onemocnění, lze jej využít jako podklad pro strukturovaný diagnostický rozhovor a také pro zkoumání průběhu výskytu disociativních symptomů, např. během léčby.

### **Popis**

Jedná se o 30-ti položkovou sebesposuzovací škálu. Odpovědi se nanášejí na 11-ti bodovou stupnici označenou 0 – 10, kde 0 znamená nikdy a 10 stále. Testovaná osoba zakroužkuje číslo, které nejlépe odpovídá tomu, jak často má popsany zážitek, přičemž se neuvádějí zážitky způsobené vlivem alkoholu nebo drog. Položky dotazníku A-DES jsou neutrálně formulované, v přítomném čase, týkají se přítomnosti nebo nedávné minulosti. Témata otázek odpovídají věku 11 – 18 let, vyplnění dotazníku trvá cca 10 minut. Česká verze dotazníku má dvě varianty, pro dívky a pro chlapce (F a M), lišící se pouze gramatickými tvary slov. Toto řešení jsme společně s PhDr. Toužimskou upřednostnili před možností psát koncovky slov či celá slova pro oba rody najednou, oddělené lomítkem (slyšel/-a; slyšel/slyšela). Hlavní důvod byl ten, že u vážnějších případů disociace mohou být disociované identity dítěte odlišného pohlaví a dvojznačnost zadání by mohlo způsobit „přepnutí“ (switch) mezi identitami a nebo ovlivnit věrohodnost odpovědí.

### **Obsah**

A-DES má čtyři teoreticky odvozené subškály (v závorce jsou čísla položek):

- disociativní amnézie (2,5,8,12,15,22);
- absorpce a imaginativní zaujetí (včetně zmatení mezi realitou a fantazií) (1,7,10,18,24,28);
- zážitky pasivního ovlivňování/vměšování (ztráta volní kontroly nad vlastním tělem a vnímáním) (4,14,16,19,23);

- depersonalizace a derealizace (pocit oddělenosti od vlastního těla a světa) (3,6,9,11,13,17,20,21,25,26,29,30);

Efekt depersonalizace na vývojové přepracování identity a vztahovosti reflektují dvě podoblasti:

- zážitky disociované identity (pocit oddělenosti od částí sebe, včetně pocitu, že prožívané pocity a chování nejsou moje) (3,9,21,29);
- disociovaná vztahovost (pocit, že mezilidské vztahy jsou nevypočitatelně proměnlivé a neoprávdové) (11,20,26).

Zážitky disociativní amnézie a depersonalizace/derealizace jsou považovány za více patologickou formou disociace než absorpce a imaginativní zaujetí – ta je v adolescenci běžná, normálně distribuovaná a bez zvláštní vazby na psychopatologii (Waller et al., 1996)

## Vyhodnocení

Vyhodnocení probíhá tak, že součet bodů vydělíme 30 (rozsah 0 – 10). Skóre vyšší než 4,0 indikuje patologickou disociaci; pro adolescenty s disociativní poruchou identity jsou typické skóry 4 – 7.

## Statistické údaje

vnitřní konsistence	Cronbach $\alpha = 0,92 - 0,94$
split-half reliabilita	$r = 0,90 - 0,94$ (Armstrong et al., 1997; Farrington et al., 2001; Muris et al., 2003)
test-retest (2 týdny)	$r = 0,77$ (norm. vzorek)
konvergentní validita: DES – A-DES	$r = 0,77$ (norm. VŠ vzorek) (Smith, Carlson, 1996)

Nebyly zjištěny žádné signifikantní rozdíly podle věku, pohlaví, vzdělání (Resch et al, 1998, cit.v: Brunner et al., 2000; Farrington et al., 2001). Ukázalo se, že A-DES skór koreluje s udaným zážitkem traumatu (Armstrong et al., 1997; Brunner et al., 2000). Statistické analýzy ukázaly, že – přes původní záměr autorů – je dotazník jednofaktorový. Tento výsledek může ovšem souviset s výběrem vzorku – jeden faktor byl nalezen u normální neklinické populace, u lidí s dis. poruchou a s PTSD může být faktorů více (Farrington et al., 2001; Farrington et al., 2002; Muris et al., 2003). V následující tabulce (č.2) jsou uvedeny střední hodnoty a standardní odchylky skóru A-DES v různých skupinách adolescentů:

<b>Skupina</b>	<b>stř. hod.</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>
disociativní poruchy	4,9	1,1	13
zneužívání	3,5	1,8	54
psychotické poruchy	3,8	2,2	8
ne-zneužívání	2,1	1,6	47
zneuž. návykových látek	2,4	1,3	18
afektivní poruchy	2,2	1,4	24
poruchy chování	2,0	1,9	16
nepsychiatrická skupina	2,4	1,4	60

**Tab. 3:** Střední hodnoty a standardní odchylky skóre A-DES v různých skupinách adolescentů (Armstrong et al., 1997). Kromě poslední skupiny se jednalo o psychiatrické pacienty.

Zahraniční studie s použitím dotazníku A-DES přinesly následující výsledky:

- Farrington et al. (2001) zjistili na britském vzorku 768 žáků střední školy ve věku 11 – 16 průměrný skór **2,66**;
- Brunner et al. (2000) v psychiatrickém vzorku zjistili střední hodnotu **2,08** (198 účastníků, 11 – 19 let);
- Resch et al. (1998, cit. v: Brunner et al., 2000): ve vzorku 634 adolescentů z běžné nepsychiatrické populace byl průměr **1,75** (obojí německá verze dotazníku);
- Muris et al. (2003) ve vzorku 331 adolescentů ve věku 12 – 18 let ze střední školy v Maastrichtu zjistil střední hodnotu skóre A-DES **1,27**, z toho 12 dětí (3,63%) mělo skór vyšší než 4;
- Výzkum v Turecku: střední hodnota u disociativních poruch – 6,2, u PTSD – 3,9, úzkostných poruch – 2,1, poruch nálady – 2,4, ADHD – 2,5, v kontrolní skupině **2,4** (Zoroglu et al., 2002).

Celkově lze říci, že A-DES rozlišuje mezi adolescenty s disociativní poruchou, s jinými psychiatrickými poruchami a normální skupinou adolescentů. Výzkumy dále prokazují souvislost skóre A-DES s udávaným zážitkem traumatu v dětství (Armstrong et al., 1997; Brunner et al., 2000), souvislost se závažností psychiatrického onemocnění a se zhoršeným paměťovým výkonem (Prohl et al., 2001, in Muris et al., 2003). Skór A-DES také souvisí s PTSD (Muris et al., 2003).

### **Nedostatky dotazníku A-DES**

Dotazník A-DES nelze použít jako jediný diagnostický nástroj. Studie Armstrongové et al. (1997) ukázala, že A-DES špatně rozlišuje mezi staršími adolescentními pacienty s psychotickými a disociativními poruchami; není však jisté, zda je to kvůli překrývajícím se

symptomům obou diagnóz, jde-li o důsledek nepřesnosti v diagnóze (část pacientů měla diagnózy schizofreniformní porucha či blíže nespecifikovaná psychotická porucha) a nebo o kombinaci obou faktorů. Symptomy disociace se také částečně překrývají se symptomy dalších úzkostných poruch (generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně-kompulsivní porucha, panická porucha) a skór A-DES koreluje s fantasy-proneness (osobnostní rys, zahrnuje výrazné fantazijní prožívání a imaginaci), je tedy obtížné posoudit, zda skór reflektuje skutečnou míru averzivních zážitků a disociativního prožívání a nebo spíše obecný sklon těchto osob k nadhodnocování (Muris et al., 2003). Vzhledem k tomu, že dotazník nemá kontrolní subškálu je obtížné určit, zda nejde o simulaci a dissimulaci disociativních symptomů. Navíc je A-DES konstruován podle DSM IV a nejsou v něm zahrnuty otázky na konverzní symptomy.

#### **4.2.2 Child Dissociative Checklist – CDC**

Child Dissociative Checklist (Putnam et al., 1993; in Putnam, 1997) byl vyvinut pro posouzení míry disociace u mladších dětí. Jedná se o 20-ti položkový dotazník pro pozorovatele (rodiče, učitele, pečovatele). Využívá 3-bodovou stupnici, kde: 2 = položka velmi přesně odpovídá chování dítěte, 1 = odpovídá chování jen někdy nebo jen do určité míry, a 0 = položka chování nevystihuje. Posuzuje se stav disociativních projevů dítěte v současnosti a v průběhu předcházejících 12 měsíců, časový rámec lze dle potřeby (např. průběžné každotýdenní vyhodnocování) upravit. Skór je součet hodnot všech položek (0 – 40) a jako obecné měřítko lze vzít, že skór 12 a více indikuje patologickou disociaci a stav dítěte vyžaduje bližší zkoumání. Střední hodnoty a standardní odchylky skóru CDC pro různé věkové kategorie a diagnostické skupiny jsou uvedeny v tabulce č. 3.

Reliabilita dotazníku je Cronbach  $\alpha = 0,86$ , test-retest = 0,74. Pro validitu dotazníku hovoří fakta, že sexuálně zneužívané děti mají vyšší skóry než nezneužívané, že dotazník rozlišuje mezi dětmi s disociativní poruchou a zneužívanými a nezneužívanými dětmi bez dis. poruchy. Děti s disociativní poruchou identity měly průměrný skór (3 studie): 25; 24; 25; s nespecifikovanou disociativní poruchou: 16,8; 16,5; 18,2. Skór CDC tak, jak jej uváděli rodiče a pečovatelé, koreluje s tím, jak děti hodnotili jejich terapeuti (Putnam et al., 1993; Putnam, Peterson, 1994; in Putnam, 1997).

<b>skupina</b>	<b>věk</b>	<b>stř. hod.</b>	<b>SD</b>	<b>n</b>
normální	5-8	3,2	2,9	54
	9-11	2,9	1,0	42
	12-16	1,9	1,9	96
zneužívané/ týrané	5-8	10,3	8,7	39
	9-11	6,1	6,5	87
	12-16	4,2	1,9	129
disociativní po- rucha identity	5-8	24,1	8,5	9
	9-11	23,8	9,7	12
	12-16	22,3	9,1	26
disociativní po- rucha nespecifi- kovaná	5-8	21,4	9,1	19
	9-11	16,5	6,9	8
	12-16	20,0	8,0	19

**Tab. 4:** Střední hodnoty a standardní odchylky skóre CDC v různých věkových a diagnostických skupinách (Putnam, 1997).

Je třeba mít na paměti, že vysoký skór nezaručuje přítomnost dis. poruchy a naopak, nízký skór ji nevyklučuje. Záleží rovněž na způsobu, jakým je dotazník danou osobou vyplňován. CDC je pouze indikátorem patologické disociace, nejvýhodněji je využit jako screeningový nástroj v diagnostickém procesu a jako ukazatel míry disociace pro výzkumné a terapeutické účely. Ukazuje se, že naměřené hodnoty disociace s věkem klesají, jak u týraných tak u netýraných dětí, u těžkých forem disociace k tomu však nedochází.

CDC je možno použít jako běžný screeningový nástroj: lze požádat o vyplnění rodiče, učitele (vynechání otázek 17 a 18 – chování dítěte v noci), zaměstnance na oddělení, vyhodnocení pak probíhá s ohledem na daný rámec a podmínky. Možné je i průběžné vyplňování jedním pozorovatelem, např. rodiči v předem daných intervalech (každý týden, měsíc); v prvních několika záznamech může dojít k mírnému nárůstu udávaných symptomů, protože si pozorovatelé začínají disociativních projevů v chování více všimnout. Je vhodné, aby rodiče zaznamenávali konkrétní příklady pozorovaného chování – díky tomu lze lépe posoudit způsob a kvalitu záznamu. Ještě další možností je využití CDC jako měřítka úspěšnosti léčebného postupu.

#### 4.2.3 Další dotazníky

Kromě uvedených dvou dotazníků, jejichž české překlady jsou uvedeny v příloze diplomové práce, existují i další dotazníky. Pro skupinu dětí a adolescentů jsou využitelné Dissociative Questionnaire (DisQ; Vanderlinden et al., 1993; in ISSD, 2003), 63-položkový dotazník

vyvinutý původně pro diagnostiku disociace u poruch příjmu potravy a Multidimensional Inventory of Dissociation (MID; Dell, 2002) – 247-položkový dotazník, který zahrnuje i pět validizačních škál. Oba mají vyhovující psychometrické parametry, dobře rozlišují mezi pacienty z různých klinických skupin a obzvláště mezi pacienty s disociativní poruchou a ostatními.

U starších adolescentů by bylo možno uvažovat o použití dotazníku Dissociative experiences scale (DES; Bernstein, Putnam, 1986), který byl přeložen do češtiny Prof. F. Manem a Doc. I. Stuchlíkovou na Jihočeské univerzitě (byla s jeho pomocí provedena studie skupiny 130 studentů JČU, nepublikováno; os. sdělení F. Mana) a rovněž byl uveřejněn v článku P. Boba (2000). DES je 28-položkový sebesposuzovací dotazník měřící frekvenci různě závažných disociativních zážitků. Respondent u otázek označí procento času (0% – 100%), po které u něj uvedený pocit/prožitek přetrvává. Má dobré parametry reliability a validity, dobře rozlišuje disociativní pacienty od jiných skupin a je velmi často používán pro výzkumné projekty i pro klinickou práci po celém světě. Somatické projevy disociace lze měřit např. pomocí dotazníku SDQ-20 (Nijenhuis et al., 1996), jehož překlad u nás již brzy vyjde, nebo SDQ-5 (Nijenhuis et al., 1997), v úvahu by přicházela i německá verze dotazníku DES (Fragebogen zur Dissoziativen Symptomen, FDS), která obsahuje o 16 položek více než verze anglická, aby byly zahrnuty i další, hlavně pseudoneurologické konverzní projevy disociace a byl kompatibilní s MKN-10 (Spitzer et al., 1998).

#### **4.2.4 Strukturovaná klinická interview**

Structured Clinical Interview for DSM IV Dissociative Disorders - Revised (SCID – D – R; Steinberg, 1994) je rozsáhlé a tematiku vyčerpávající strukturované interview zaměřené specificky na disociativní poruchy. Je sice určeno pro dospělou populaci, ale v některých případech jej lze použít i k diagnostice adolescentů (byl použit i pro diagnostiku 14-letých adolescentů (A. Steinberg, Steinberg, 1994; M. Steinberg, Steinberg, 1995; in Putnam, 1997)). V tom případě jej lze administrovat i v sérii krátkých sezení (např. když pacient neudrží déle pozornost). Má 272 položek, u zdravých respondentů trvá rozhovor kolem 45 minut, u pacientů s disociativní poruchou může přesáhnout dvě hodiny. Na základě tohoto interview lze udělit diagnózu disociativní amnézie, disociativní fuga, depersonalizace, disociativní porucha identity, disociativní porucha nespecifikovaná, trans a akutní reakce na stres (Gast et al., 1999). Nevýhodou je délka interview a také nároky, které jeho administrace

klade na tazatele. Ten by měl navíc oficiálně projít výcvikem a supervizí v jeho používání (Putnam, 1997). Kromě plné verze existuje i zkrácená 39-položková verze Mini-SCID-D.

Dalším používaným strukturovaným interview je Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS; Ross, 1989). Kromě všech disociativních poruch zjišťuje i nejčastější komorbidní poruchy – depresi, somatizační poruchu, hraniční poruchu osobnosti. Dále lze s jeho pomocí zjišťovat sekundární příznaky disociativní poruchy identity, sexuální či fyzické násilí v dětství, mimosmyslové prožitky, stavy transu, poruchy spánku a přítomnost imaginárních společníků v dětství. Má 131 položek a jeho administrace trvá 30-45 minut. Přeložen byl do minimálně devíti dalších jazyků, včetně polštiny (Frör, 2000). V českém jazyce zatím bohužel není k dispozici strukturované interview zaměřené na disociativní poruchy.

K diagnostice disociativních poruch je možné využít i další metody, např. Tematický apercepční test (TAT; Pica et al., 2001), MMPI (Bliss, 1984a; Coons, Fine, 1990, in Putnam, 1997) nebo kresebné, verbální, manipulační a jiné projektivní metody (včetně Rorschachova testu), výsledky však nelze z hlediska možné disociativní symptomatiky jednoznačně interpretovat.

### 4.3 Diagnostické otázky

Většina uvedených dotazníků nemá lžiskór. Často je také vznášena námitka, že disociativní pacienti jsou schopni projevy, které se dozvědí (a které mohou být „očekávány“) při lékařském vyšetření či z dotazníků „imitovat“, naučit se je (v podstatě jakékoli), mají při testování tendenci odpovídat jednostranně, projevují velké množství nejrůznějších symptomů, což vede až ke sporům, zda vůbec např. disociativní porucha identity existuje případně zda se nejedná pouze o iatrogeně vyvolané onemocnění (Gleaves et al., 2000; in Dell, 2002). Dell (2002) ve své studii s dotazníkem MID, jehož verze 5.0 v sobě zahrnuje pět validizačních škál, s tímto názorem polemizuje. Uvádí, že u pacientů s disociativní poruchou identity přistupují k základnímu prožívání (disociace, PTSD, znovuprožívání) na základě určitých psychických rysů (např. vysoce negativně laděná afektivita) deprese, úzkosti, suicidální myšlenky apod. Tyto symptomy nemusí být tedy „vymyšlené“ či indukované, ale s ohledem na prožívání pacientů zákonité. Také Fiedler (2001) uvádí: „Mezi výzkumníky paměti (jako např. Schacter, 1996), kteří případy disociativní poruchy identity důkladně studovali, panuje shoda v tom, že lidé s touto fascinující poruchou existují – a také že jsou případy, jejichž

disociované identity byly vytvořeny uměle v rámci diagnostického a terapeutického působení.“ (s. 92). Na jiných místech stejně jako další autoři (ISSD, 2003) proto varuje před sugestivními otázkami, nevhodným používáním hypnózy a dalšími možnými způsoby ovlivňování pacientů.

Situaci komplikuje i náchylnost disociativních pacientů k fabulacím a jejich časté podléhání vlastní imaginaci. Muris et al. (2003) zjistili vysoké korelace mezi disociací, fantasy-proneness a neurotickou (povahovou) úzkostností. Z tohoto faktu plyne otázka, jak měřit disociaci, aby výsledek nebyl tolik závislý na sebehodnocení respondentů a tím pádem méně odrážel tendenci k přehánění a k pozitivním odpovědím. Srovnání položek dotazníků A-DES a CEQ, který měří fantasy-proneness (the Creative Experiences Questionnaire, Merckelbach et al., 2001) však ukazuje, že mnoho z nich se dotazuje na tytéž prožitky a některé jsou prakticky totožné (Př. „Přistihnu se, že jsem mimo svoje tělo a pozoruju se, jako bych byl někdo jiný“ – položka A-DES č.25, „Někdy mám pocit, jako bych měl zážitek, kdy jsem mimo svoje tělo.“ – položka CEQ č.23). Dříve než vyslovíme závěry, měli bychom se ptát, jak dobře jsou oba konstrukty (disociace a fantasy-proneness) definované, proč se tolik překrývají a případně zkoumat i kauzální vztahy mezi nimi. Další výhrada vychází z faktu, že disociace vysoce koreluje s hypnabilitou. Někteří autoři (Frankel, 1990, 1996) vyjadřují pochybnosti o platnosti konceptu disociace vůbec, případně poukazují na příliš široké použití pojmu disociace a schopnost disociace u pacientů vysvětlují jejich zvýšenou sugestibilitou. Přikláním se však k názoru F. Putnama (1997), který radí v případě pochybností raději s možnou disociativní diagnózou počítat, nikomu neublíží a případný omyl se rychle pozná, než aby tomu bylo naopak.

#### **4.4 Komorbidita**

První rozsáhlé výzkumy dospělých pacientů s mnohočetnou poruchou osobnosti (nyní disociativní porucha identity), prováděné na přelomu 80. a 90. let hlavně ve Spojených státech ukázaly, že tito pacienti trpí velkým množstvím nejrůznějších symptomů a velká většina z nich má jednu nebo několik komorbidních diagnóz, nejčastěji zneužívání návykových látek (64%), depresi (93%), hraniční poruchu osobnosti (71%), postraumatickou stresovou poruchu (90%) (Saxe et al., 1993), nějaký typ psychotických (74%) a úzkostných poruch (89%) somatoformní poruchy (44%) a poruchy příjmu potravy (38%) (Ellason, Ross, Fuchs, 1996; Fiedler (2002) u těchto komorbidních poruch udává nižší – zhruba poloviční – míru

komorbidity). Naprostá většina pacientů udává vážné traumatické zážitky v dětství (95% - 100% dospívajících udává, že zažilo sexuální nebo fyzické násilí; Hornstein, Putnam, 1992; Coons, 1994), vyskytuje se u nich sebedestruktivní a suicidální jednání. Udává se, že disociativní porucha identity je komorbidně přítomna u cca 3 – 5% psychiatrických pacientů (Hort et al., 2000; Lussier et al., 1997; Ross et al., 1991; Saxe et al., 1993).

Disociace má jak adaptivní funkci při vyrovnávání se s traumatickými zážitky, tak ale zároveň představuje rizikový faktor při vzniku a rozvoji psychických poruch, a to nejen disociativních. V rámci těchto poruch je pak možná lepší je posuzovat a léčit nejen jako součást symptomatiky dané poruchy, ale samostatně jako solitérní disociativní projevy nebo jako komorbidní disociativní poruchu (Fiedler, 2001). Některé disociativní symptomy jsou součástí obrazu jiných než disociativních poruch. například depersonalizace je běžná u depresivních a schizofrenních poruch, u některých poruch organických, může být vyvolána působením psychoaktivních látek (s jejichž pomocí se ale postižený často snaží prožitek depersonalizace přehlušit) (Hort et al., 2000). U akutní poruchy přizpůsobení dochází k pocitu oddělení od vlastních emocí, změnám ve vědomí („omámení“), zážitkům depersonalizace a derealizace, k amnéziím. Disociativní symptomy u posttraumatické stresové poruchy zahrnují mj. vracející se intruzivní vzpomínky na traumatický zážitek (obrazy, myšlenky, vjemy), chování a pocity, jako by se traumatický zážitek znovu odehrával, iluze, halucinace a flashbacky, amnézii, pocity derealizace, odcizení se od ostatních. U hraniční poruchy osobnosti (dle MKN-10 hraničního typu emočně nestabilní osobnosti) se disociativní symptomatika objevuje ve třech kritériích: 3) poruchy identity; 6) emoční nestabilita vlivem výrazně reaktivní nálady, např. epizodická dysforie, podrážděnost nebo úzkost; a 9) těžké disociační příznaky (Fiedler, 2002; Smolík, 2002). Podle současných kritérií jsou tyto diagnózy nadřazené diagnóze disociativní poruchy, ale např. při terapii těchto poruch je velmi důležité disociativní symptomatiku zohlednit a od počátku s ní pracovat (Fiedler, 2002). Společné všechny uvedené diagnózy mají to, že se jedná o různé reakce na závažné stresující či traumatické události. Studie Ellasona, Rosse a Fuchse (1996) se 135 dospělými pacienty s disociativní poruchou identity udává, že pacienti splňovali v průměru v průběhu svého života diagnostická kritéria pro průměrně 7,3 nezávislých diagnóz na ose I (klinické poruchy) a 3,6 nezávislých diagnóz na ose II (poruchy osobnosti). Jeden z možných způsobů, jak této skutečnosti rozumět je, že všechny poruchy jsou součástí pokusu postižené osoby zpracovat těžká traumata z dětství. V tom případě by bylo přesnější hovořit jednotlivých projevech jako o součástech určitého nadřazeného, traumatem způsobeného syndromu.

Některé výzkumy (např. Sanders, Giolas, 1991; Spitzer et al., 1997) ukazují, že míra disociativních projevů se může u pacientů v rámci jedné diag. kategorie velmi lišit, od prakticky nulové (měřeno DES) až po hodnoty, které jsou charakteristické pro vážné disociativní poruchy (disoc. porucha nespecifikovaná, disociativní porucha identity). Někteří autoři vidí vysoce disociativní jedince jako podskupinu v rámci dané diagnostické kategorie. Může to však být dílem i naopak, kdy je disociace poruchou primární a buď je špatně diagnostikována (Ross et al., 1991) a nebo se na jejím základě vytváří obraz jiné poruchy (poruchy osobnosti, úzkostné poruchy, jiné formy psychopatologie; Terr; 1991). U adolescentů se vážná disociativní symptomatika vyskytuje často u poruch chování a poruch nálady, přičemž byla prokázána souvislost míry disociace s udávaným traumatem v dětství (Sanders, Giolas, 1991).

#### 4.5 Diferenciální diagnostika

Podmínkou pro udělení diagnózy disociativní poruchy podle MKN-10 je vedle klinické symptomatiky (Hort et al, 2000):

- nepřítomnost organické tělesné patologie, která by symptomy vysvětlila;
- zjevný vztah a návaznost symptomů na stresující událost či problémové okolnosti.

Potřeba vyloučit organické příčiny u konverzních poruch je důvodem, proč DSM-IV řadí tyto poruchy do kategorie somatoformních poruch a nikoli, jako MKN-10, mezi disociativní poruchy (Smolík, 2002). Wewetzer a Warnke (1999) uvádějí z tohoto hlediska zajímavou kasuistiku dívky, jejíž organicky podmíněné potíže (nerozpoznaný prolaps meziobratlové ploténky) byly dlouho považovány za přetrvávající somatoformní bolestivou poruchu spojenou s disociativní poruchou motoriky. Autoři souhlasí se zařazením konverzních poruch tak, jak je v DSM-IV, a poukazují na skutečnost, že až u poloviny pacientů s diagnostikovanou konverzní poruchou se později projeví somatická porucha, kterou je možno dát do kauzální souvislosti s jejich potížemi. Diferenciální diagnostika je v této oblasti velmi obtížná a pečlivé lékařské vyšetření zcela nezbytné. Jako jednu ze tří nezbytných částí vyšetření pro udělení diagnózy disociativní poruchy uvádí lékařské vyšetření i manuál Mezinárodní společnosti pro studium disociace (ISSD, 2003). Mezi stavy, které je třeba vyloučit, patří epilepsie a další neurologické poruchy, alergie, expozice toxinům a působení legálních či nelegálních drog.

Vedle vyloučení možných organických příčin potíží je třeba posoudit možné jiné psychiatrické poruchy. F. Putnam (1997, s. 237) uvádí přehled diagnóz, které je třeba při uvažování o patologické disociaci u dětí a adolescentů posoudit, spolu s disociativními symptomy, které diagnózu připomínají:

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

U každé z těchto diagnóz by měla být zvážena možnost disociativního onemocnění a naopak, každé z těchto onemocnění by mělo být vzato do úvahy při diferenciální diagnóze patologické disociace (Putnam, 1997). Podezření na disociativní poruchu by se mělo také zvyšovat u pacientů s množstvím různých diagnóz (Huber, 1995; Ross, Miller et al., 1990; Saxe et al., 1993) či u neobvyklých případů (Putnam, 1997). Průměrná doba od první návštěvy psychiatra

až po udělení diagnózy disociativní porucha identity (u dospělých) je téměř 7 let (Ross, Miller et al., 1990), v některých případech daleko přesahuje 10 let (Fiedler, 2002), přičemž dotyčnému bylo uděleno několik jiných diagnóz a pravděpodobně prošel nejrůznějšími formami léčby. U těchto pacientů je také vzhledem k nesprávnému posouzení příčin jejich symptomů častá farmakoresistence (Saxe et al., 1993). U dospělých osob může rozlišení disociativních poruch od jiných poruch, např. jednoduchých fobií, somatoformních poruch, schizofrenie a poruch afektivity (s výjimkou hraniční poruchy osobnosti) usnadnit testování pomocí dotazníku DES. Ten je možné uplatnit i u simulace amnézie (amnézii uvádí až 40% pachatelů trestné činnosti při prvním policejním výslechu; tyto osoby ovšem jen zřídka dosáhnou v dotazníku DES vysokého skóru) (Fiedler, 2002). U některých skupin rozlišovací schopnost tohoto nástroje může selhat, např. u transsexuálů, kdy zvýšené skóry DES jsou dány pouze odpověďmi na položky týkající se pocitu, že žiji v jiném těle a pocitu oddělenosti od částí svého těla (Kersting et al., 2003). Autoři poukazují na to, že disociativní poruchu lze mylně diagnostikovat jako transsexualismus. U transsexuálů byla navíc zjištěna vysoká míra emočního týrání a zanedbávání, takže přítomnost disociativní symptomatiky není překvapující. Vysoký skór DES je rovněž u psychotických poruch. Vzhledem k překryvu symptomů není snadné rozlišit zvláště u některých atypických, přechodných či smíšených (schizoafektivních) poruch, zda se nejedná o poruchy disociativní (Steingard, Frankel, 1985; Spitzer et al., 1997). Učebnice dětské a adolescentní psychiatrie (Hort et al., 2000) k tomu uvádí: „Právě v adolescenci se nejčastěji vyskytují přechodné tranzitorní psychotické epizody, silné emoční nevládnuté afekty, hysterické (disociativní, konverzní) stavy, závislosti na psychotropních látkách, dekompenzace schizoidního vývoje osobnosti či těžkých hypochondrických a obsedantně-fobických projevů. Pouze *dlouhodobě perzistující symptomatika* a výrazná *sociální maladaptace* v kolektivu vrstevníků pomáhá v diferenciální diagnostice mezi těmito stavy a schizofrenií.“ (s. 165). Následující kapitola (4.5.1) uvádí základní přehled společných a odlišných charakteristik posttraumatické stresové poruchy a disociativních poruch.

#### **4.5.1 Disociace a posttraumatická stresová porucha**

Disociativní a posttraumatické poruchy spolu sdílí mnoho společných rysů, do určité míry se překrývají a lze je společně zařadit na pomyslné kontinuum reakcí na traumatické události. Mezi diagnózy, jež jsou úzce spojeny se zážitkem traumatu, se řadí posttraumatická stresová porucha (PTSD), akutní stresová porucha, disociativní poruchy, poruchy přizpůsobení či

hraniční porucha osobnosti. V souvislosti s reakcí na stres se v rámci různých diagnóz objevují některé typické disociativní symptomy, mezi něž patří (Fiedler, 2001):

- spontánní a nečekaně se objevující bolestivé vzpomínky na traumatickou událost,
- stavy emoční strnulosti a transu podobné stavy necitlivosti nebo odcizení a
- potíže s koncentrací a s pamětí.

Posttraumatickou stresovou poruchu charakterizují symptomy, jež lze zařadit do tří kategorií (APA, 1994; Vizinová, Preiss, 1999):

1. spontánní intruze a znovuprožívání traumatických zážitků,
2. vyhýbání se podnětům, které by mohly vyvolat vzpomínky na trauma, strach, zúžený rozsah emotivity,
3. chronický stav zvýšené dráždivosti, nadměrná úleková reaktivita, neschopnost se uvolnit.

V bodu 1 uvedené znovuprožívání může být pocíťováno jako:

- opakující se, vtíravé a obtěžující vzpomínky na trauma, které mohou zahrnovat obrazy, myšlenky či vjemy (u malých dětí se mohou objevit hry, v nichž jsou opakovaně vyjadřována témata a aspekty traumatu),
- opakující se nepříjemné sny o události (u dětí se může jednat o silně znepokojující sny bez rozpoznatelného obsahu),
- chování nebo pocity, jako by se traumatická událost znovu odehrávala (u malých dětí může docházet ke znovuinscenování traumatického zážitku).

Ačkoli DSM-IV nepovažuje znovuprožívání traumatu za disociativní symptom, podle mnoha autorů jedním z důležitých disociativních symptomů je, neboť zahrnuje zážitek, který nebyl integrován a ani po své reaktivaci automaticky integrován nebude (Fiedler, 2001; Nijenhuis et al., 2004). Navíc kromě pocitu, že postižený trauma znovu prožívá, zahrnuje tento symptom i iluze, halucinace, subjektivní prožívání transu či disociativní epizody flashbacků (Fiedler, 2001). Mezi další disociativní fenomény, jež se u postižených PTSD mohou vyskytnout, patří např. neschopnost rozpomenout se na důležitý aspekt traumatu (amnézie), pocit oddělení od těla či odcizení se od ostatních (depersonalizace, derealizace) či nápadné potíže s koncentrací (následek vtírajících se traumatických vzpomínek). Posttraumatickou stresovou poruchu ovšem kromě uvedených disociativních příznaků charakterizuje navíc:

- přetrvávající vyhýbání se podnětům a situacím, které jsou s traumatem spojené,
- ochromení všeobecné vnímavosti (ve srovnání se stavem před traumatickou událostí),
- přetrvávající symptomy zvýšené dráždivosti (arousal).

PTSD a disociativní poruchy jsou některými autory řazeny na jakési spektrum reakcí na trauma dle závažnosti od jednoduché PTSD, přes různé druhy disociativních poruch a komplexní PTSD až po disociativní poruchu identity jako nejzávažnější formu (Nijenhuis et al., 2004). Jejich diferenciálně-diagnostické odlišení je ovšem s ohledem na rozhodování o postupu terapeutické léčby důležité.

## 4.6 Diagnostika disociativních poruch u nás

V našich podmínkách chybí nástroj pro diagnostiku disociace u dětí a adolescentů. Pokud je tato problematika reflektována, jde často o lékaře a psychology, kteří navštívili specializované semináře a kteří tyto poznatky šíří dál mezi spolupracovníky. Nepodařilo se mi zjistit, zda byla publikována pracovní diagnostická vodítka k disociativní poruše v adolescenci, zdá se, že nikoli. Vl. Hort (2000) uvádí: „Spolehlivá data o výskytu disociativních poruch v dětství a adolescenci nejsou zjištěná, diagnostický postup je formulován pro dospělé (...)“ (s. 237). Pochybnosti o oprávněnosti této diagnózy v dětství mají patrně svůj základ v její nejednoznačnosti, šíři a proměnlivosti symptomů, časté komorbiditě a dalších faktech, možná i její novosti a neznámosti. Spíše jsou diagnostikovány konverzní a somatoformní poruchy a projevy. Disociace se v dětství a adolescenci vyskytuje spíše ve formě jednotlivých symptomů, málokdy jako ucelený obraz disociativní poruchy podle diagnostických manuálů. V učebnici psychodiagnostiky dětí a dospívajících je disociativním poruchám věnován tento odstavec: „Disociativní poruchy (změny vědomí, depersonalizace, disociativní amnézie) bývají u menších dětí zachycovány méně často – je nutné na ně pomyslet zejména v případě atypických poruch chování. V období dospívání mívají již zcela charakteristický obraz a jako přechodné jsou pravděpodobně častější než v dospělosti.“ (Svoboda et al., 2001, s. 596). Jen bych podotknul, že např. v dětském diagnostickém ústavu v Krči je většina dětí s diagnózou poruchy chování (Dr. Kokmotosová, osobní sdělení) a v domě na půli cesty o.s.DOM byly disociativní projevy u mnoha klientů na denním pořádku, přičemž v některých případech (podle mého názoru) klientům právě disociativní reagování na různé podněty velmi komplikovalo fungování v běžném životě, nehledě na negativní vliv nezpracovaných traumatických zážitků na kvalitu života postižených mladých lidí.

Průzkum mínění pracovníků DOMu, kteří klienti patřili k nejobtížnějším, přinesl zjištění, že z 5 nejčastěji uváděných se minimálně u třech (mínění autora) projevují vážné disociativní symptomy komplikující až znemožňující jejich sociální a pracovní fungování (viz rozbor protokolů A-DES v empirické části práce – z devíti testovaných mělo 7 značně až velmi vysoké skóry). Podle mého názoru by indikací k bližšímu zkoumání možné disociativní symptomatiky u klientů podobných zařízení mohly být: časté změny zařízení, pocity pracovníků, že se klient chová nesrozumitelně a jeho projevy nejsou příliš ovlivnitelné, nevyzpytatelnost, projevy sebepoškozování a suicidální pokusy, vážné psychosomatické potíže a časté návštěvy lékaře, nezvladatelná agresivita, projevy násilí, potíže se spánkem (usínání i probouzení), poruchy pozornosti („vypínání“ při rozhovoru), silně promiskuitní chování, potíže s pamětí, zneužívání alkoholu a návykových látek, útoky a toulání se atd. To vše jsou projevy, se kterými jsem se na našem pracovišti setkal, a věřím, že se nejedná o nic výjimečného. Spíše mě napadá – lze si vůbec představit dítě z výchovného ústavu bez výše popsaných projevů? Možnou příčinou tohoto stavu může být jak působení ústavů a celého systému státní péče na děti, tak také nezpracované následky traumat, jimiž většina „chovanců“ ve svém životě prošla a s kterými jim nikdo nepomohl se vyrovnat. Možnosti obětí týrání a zneužívání k psychické úzdavě jsou – a v podmínkách ústavů to platí mnohonásobně více – velmi omezené. Z tohoto stavu vyplývající způsoby chování nutně vedou k trestům, omezování, přesunování do dalších a dalších zařízení, problematika se neřeší, naopak zhoršuje. Mnoho dětí tráví léta (!) v psychiatrických léčebnách jen proto, že jsou obtížní ve svých projevech, nemají rodinu, kam by se mohli vrátit a v ústavech je nechtějí (Svobodová et al., 2002). Vzhledem k podmínkám, jaké na těchto odděleních panují a také k podmínkám v oblasti náhradní péče obecně není prakticky možné cíleně a kvalitně s těmito dětmi terapeuticky pracovat. Věřím, že pokud celá široká problematika následků traumatu vstoupí do širšího povědomí, pokud budou příslušní pracovníci (psychologové a psychiatři, vychovatelé, učitelé) schopni projevům dětí – včetně disociativních – rozumět, správně je diagnostikovat a pracovat s nimi, zlepší se výrazně nejen situace postižených dětí, ale i pocity pracovníků z vykonávané práce. Rád bych, aby představovaný dotazník A-DES tomuto účelu posloužil.

## 5. Terapie disociativních poruch u dětí a adolescentů

Terapie traumatizovaných jedinců není v žádném případě jednoduchá, přímočará či krátkodobá záležitost. Nelze ji jednoznačně popsat, neexistují závazné a ve všech případech použitelné postupy a pravidla. Důležité však je, že léčba je možná a u disociativních poruch – hlavně u dětí – může být velmi účinná (Silberg et al., 1997). Nemá-li traumatizované dítě dostatek vlastních zdrojů a nedočká-li se podpory a pomoci, následky traumatu se rozvíjejí a upevňují, přibývají nové komplikace (např. v mezilidském fungování), může dojít k vytvoření stálých charakterových rysů, poruch osobnosti a jiné psychopatologie (Terr, 1991). Možnost uzdravení se snižuje, efektivita terapeutického působení klesá, kvalita života traumatizovaného člověka je velmi narušena. Včasná a kvalitní intervence je neúčinnější.

### 5.1 Zásady terapeutické práce

Před začátkem konkrétní terapeutické intervence s jakýmkoli dítětem je třeba si uvědomit, jaké má dítě základní potřeby (láska, bezpečí, růst, uznání, přiměřená zodpovědnost a kontrola nad svým konáním), jak lze k jejich naplnění přispět, snažit se pochopit, jak dítě vidí svět a jak mu rozumí. Velkým úkolem terapeuta je podporovat přirozenou resilienci dítěte, schopnosti a kapacitu vyrovnat se s náročnými situacemi (Putnam, 1997). Mezi základní složky resilience patří schopnost dítěte postavit se aktivně k řešení problémů a překonávání překážek. Patří sem vědomá a záměrná výdrž podporovaná nadějí, že život může být lepší. Čím má dítě širší repertoár schopností a dovedností a čím je flexibilnější v nakládání s nimi – ví kdy co použít – tím se jeho šance na úspěšné vyrovnání se se situací zvyšují. Důležitá je schopnost dítěte analyzovat situaci a vybrat nejlepší možné řešení. A co je také nezbytné – aby dítě mělo úspěch, aby cítilo smysl svého snažení (Demos, 1989; in Putnam, 1997).

Práce s disociujícími dětmi je náročná. Jedním z prvních terapeutických úkolů je zajistit bezpečí dítěte. Má-li terapeut podezření, že přetrvává traumatizující situace (např. v rodině) nebo riziko jejího opakování, má povinnost spolupracovat na zajištění bezpečí ohroženého dítěte – komunikací s odpovědnými úřady a institucemi (oddělení péče o rodinu a dítě, policie, další instituce), a to i opakovaně. Stává se běžně, že např. u úspěšně léčeného dítěte se po návratu z víkendové návštěvy doma (kde nadále dochází k jeho týrání) projevují stejně intenzivní disociativní symptomy jako při jeho přijetí k hospitalizaci (Dr. Toužimská, osobní sdělení). Témata bezpečí jsou častá i v projevech dítěte při práci s ním – přehnané fantazie o

všemocnosti nebo vyhledávání tajných míst a úkrytů je známkou přetrvávajícího pocitu nejistoty a nedostatku bezpečí (ačkoli již dítě může být fyzicky v bezpečí). Děti a hlavně adolescenti se mohou chovat nebo se angažovat v aktivitách, které je přímo ohrožují a nesou riziko další traumatizace. Jedná se o suicidální a sebepoškozující chování, riskantní hry či chování vedoucí k většímu riziku sexuálního zneužití. Terapeut si musí být této možnosti vědom, cíleně ji zkoumat a terapeuticky ošetřovat (Putnam, 1997). Pro zajištění pocitu bezpečí dítěte při terapii je vhodné vytvářet stabilní, strukturované, spolehlivé a chráněné terapeutické prostředí, charakterizované místem (jak místností tak např. i stálým místem hraček), časem, pravidly vzájemné interakce a činnostmi, které se v onom prostředí odehrávají, rezervované jen pro dítě a terapeuta (Donovan, McIntyre, 1990, in Putnam, 1997). Rozhovory o traumatických zážitcích je účelné omezit na určité místo a osoby (Boat, 1992).

Terapii také není možné (ani vhodné) provádět zcela odděleně od reality života dítěte. Často se jedná o společné úsilí množství lidí – rodičů, terapeuta, učitelů, lékařů a dalších. Je zapotřebí koordinovat komunikaci mezi těmito osobami, podporovat společný a konzistentní přístup k dítěti s cílem zajistit mu bezpečí, podporu a porozumění. Často je nutná i současná rodinná terapie a podpora a vzdělávání rodičů. Ze strany terapeuta směrem k dítěti je nutný kontinuální a přijímající přístup s ohledem na všechny jeho stavy a projevy, včetně těch, které ono samo nepovažuje za vlastní nebo za které se stydí. Akceptace a empatické porozumění dítěti na všech úrovních jeho projevů a fungování je předpokladem toho, aby dítě začalo přijímat svoje prožitky a afekty a mohlo převzít zodpovědnost za sebe a za svoji budoucnost (ISSD, 2003). Dříve než se budeme podrobně zabývat cíli terapeutické intervence u dětí a dospívajících, podívejme se na některé výhrady, které jsou vznášeny vůči psychoanalytickému konceptu disociace, z nichž vychází poukazy na možná rizika spojená s využitím psychoanalytického přístupu k léčbě disociativních pacientů.

## **5.2 Některé námítky vůči psychoanalytickému konceptu disociace**

Na úvod této poznámky nutno podotknout, že psychoanalytické hnutí ve světě zdaleka není jednotné či konformní vůči jednomu názoru. Existují autoři, kteří spojují své psychoanalyticky orientované myšlení s nejnovějšími neuropsychologickými poznatky a neseťvávají u překonaných konceptů. Na druhou stranu jsou stále mezi psychoanalytiky

rozšířeny takové koncepty, které již ve světle výzkumů týkajících se traumatu a disociace nejsou udržitelné.

Jedním z nich je předpoklad, že disociativní a konverzní symptomy lze vyložit jako regresi na infantilní či oidipální úroveň způsobu řešení vztahových konfliktů. Výzkumy ukazují, že disociativní procesy slouží jako pravděpodobně fylogeneticky vyvinuté adaptivní či ochranné mechanismy, které mohou být využity (ať již autoreglativně či aktivně) ke zvládnutí traumatických situací. Dále se lze setkat s názorem, že disociativní poruchy mají kořeny v traumatech raného dětství, v preoidipálním či oidipálním období, ačkoli skutečnost je taková, že posttraumatické a disociativní poruchy se mohou rozvinout kdykoli v průběhu života. Jako příklad mohou sloužit například veteráni z válek či osoby, které zažily nějakou traumatickou událost mimo prostředí svojí rodiny (autonehodu, přírodní katastrofu, znásilnění). Tento názor se často vyskytuje v souvislosti s hraniční poruchou osobnosti. Např. O. Kernberg uvádí (1975; 1999; in Fiedler, 2001), že příčinou této poruchy je buď vrozeně příliš silná intenzita agresivního pudu nebo historie extrémní frustrace a zážitků agrese v průběhu prvních tří let. Závažnost tohoto mylného předpokladu spočívá v tom, že v průběhu terapie může dojít ke hledání původu potíží v raném dětství v primární rodině a tím k vyvolání falešných vzpomínek na údajná traumata a k eventuálnímu narušení aktuálních primárních vazeb (např. s rodiči).

Některým psychoanalytikům je vytýkána určitá rigidita v přístupu k terapii a neochota přijímat a zapracovat do svého způsobu práce nové poznatky. Přitom právě vědomosti o etiologii a podstatě poruchy by měly být základem pro terapeutickou práci. S ohledem na zvýšenou sugestibilitu disociativních pacientů a na problém vytváření falešných vzpomínek je také třeba velmi opatrně zacházet se základní psychoanalytickou technikou, interpretováním a analýzou traumatických zážitků (Fiedler, 2001).

### **5.3 Cíle terapeutické intervence**

Mezinárodní společnost pro výzkum disociace uvádí ve svém manuálu pro diagnostiku a léčbu disociace u dětí a adolescentů (ISSD, 2003) následující základní cíle terapeutické intervence:

1. Pomoci dítěti dosáhnout pocitu soudržnosti vlastních pocitů, myšlenek a s nimi spojeného chování, schopnosti lepšího uvědomění si svých pocitů a podporovat přijetí zodpovědnosti za svoje chování (přestože dítě může mít pocit, že jeho chování a emoce leží mimo oblast jeho kontroly).
2. Posílit motivaci k rozvoji a budoucímu úspěchu, podporovat víru dítěte ve vlastní schopnosti a potenciál.
3. Podporovat přijetí vlastního chování a reagování a poznání vlastních pocitů, jež jsou vnímány jako neakceptovatelné (zuřivost, zármutek, pochybnosti o sobě, strach, stud, fyzická bolest, sexualita) a před jejichž uvědoměním může mechanismus disociace chránit.).
4. Pomoci dítěti vyřešit konfliktní pocity, přání, vztahy, identifikace nebo protichůdná očekávání (dítětem mohou být vnímané jako konflikty mezi vnitřními hlasy, imaginárními kamarády nebo soupeřícími identitami). Podporovat integraci disociovaných (kdysi navzájem neslučitelných) částí psychiky (vzpomínek, afektů, behaviorálních stavů a schopností, vědomí).
5. Desenzitizace traumatických vzpomínek a změna postojů k životu, k nimž dítě dospělo na základě traumatických zážitků (bezmoc, přesvědčení, že je špatné či předurčené ke špatným zážitkům, že není hodno lásky).
6. Podporovat autonomii, dodávat dítěti odvalu samostatně regulovat a vyjadřovat afekt a k usměrňování svých behaviorálních stavů.
7. Podporovat zdravé osobní vazby a vztahy prostřednictvím přímého vyjadřování pocitů (strachu, hněvu, potřeby péče aj.).

Mezi možné terapeutické postupy, jak uvedených cílů dosáhnout, patří terapie hrou, některé techniky gestalt terapie, edukace, dramatizace, kognitivně-behaviorální techniky, relaxace, nácvik konkrétních dovedností zvládnání zátěžových situací a impulsů (Kennerley, 1996), za určitých podmínek i hypnotické techniky či EMDR (Eye Movement Desenzitization and Reprocessing, např. Shapiro, 2002, Shapiro, Maxfield, 2002; ISSD, 2003). Zajímavou alternativou práce s posttraumatickými stavy je i konstruktivně-narativní přístup, jenž spočívá v přehodnocení pohledu postižených na sebe – od „oběti“ směrem k „té, která přežila“ (Meichenbaum, 1999). Použití psychoanalytického přístupu je vnímáno velmi kontroverzně (viz kap. 5.2; Fiedler, 2001; srv. Freyberger, Spitzer, 2000). Při práci s traumatem je nutno postupovat citlivě, aby dítě znovuvybavenými vzpomínkami nebylo zahlceno a znovu traumatizováno. Platí zde spíše zásada „forget the drama, deal with the trauma“ – tím se

rozumí předejít zbytečnému pátrání po detailech hrůz, které dítě zažilo, cíl rozhovoru není investigativní, ale zaměřený na psychologické aspekty prožívání a zkušenosti zneužití či týrání (Shapiro, 1991). Podat konkrétní návod jak všech uvedených cílů dosáhnout však není možné. Každá intervence i její styl vychází ze situace a povahy problémů, z charakteru dítěte, ze zkušeností a možností terapeuta.

K výše uvedeným zásadám a cílům terapie lze připojit ještě několik klinických poznatků (Dr. Toužimská, os. sdělení). Vzhledem k (původně) sebezáchovnému/adaptivnímu působení disociace je nutné zohlednit otázku, co bude po jejím terapeutickém odstranění, často totiž nastupují deprese a další potíže. Pro dítě je také důležité, aby události, kterými prošlo, dávaly nějaký smysl – součástí terapie je i tzv. proces „meaning-making“. Hlavním úkolem terapeuta je ovšem dítě systematicky a neustále vracet do reality. Disociující klienti bývají zmatení, chovají se často neúnosně a nesrozumitelně, často lžou a fabulují, popuzují svým chováním ostatní. Je třeba, aby se adaptovali na realitu, aby byli schopni přiměřeně sociálně interagovat, aby neunikali do světa svých představ, strachů a fantazií. Není také možné omlouvat či tolerovat nevhodné chování (projevy násilí, krádeže apod.). Součástí terapie je nácvik vhodného chování (omluvit se), práce na porozumění smyslu situací (kdy se co neříká) a reakcí druhých lidí, podpora v pátrání a uvědomování si příčin a účinku vlastních reakcí. Na tom by se měl podílet všechen zdravotnický personál a další osoby, s nimiž je dítě v kontaktu. Dále je nutná podpora konstruktivních způsobů řešení zátěžových situací, neboť disociace se stává naučeným mechanismem úniku před (třeba i jen anticipovanou) zátěží i v těch situacích, které může dítě vlastními silami zvládnout. Např. v případech krátkodobého disociativního transu (dítě na chvíli „vypne“, chová se zmateně či agitovaně) je možné mu říci, co se dělo, jak jeho chování vypadalo a pátrat, co stav transu způsobilo.

Je-li to možné, terapeut by měl poskytovat dítěti podporu i v situacích, kdy dojde např. k soudnímu řešení týrání či zneužívání. Vyšetřování a celý soudní proces (rekonstrukce činu, poskytování informací) je pro dítě extrémně náročný, na dítě může být zároveň ze strany pachatele nebo jeho blízkých (družky pachatele – matky dítěte např.) vyvíjen nátlak, aby svoji výpověď odvolalo. Odvolání výpovědi však vede k možnosti reviktimizace, stát se znovu obětí, dítě tím sděluje, že se pachatel nemusí bát následků svých činů.

Terapeutický přístup by se měl odvíjet od poznání procesů, které stojí za vznikem a rozvojem poruchy. Disociativní poruchy lze vidět jako chronifikovanou reakci na trauma, jež úzce

souvisí s neurobiologickými procesy, které se v průběhu traumatického zážitku a následně po něm odehrávají. Vždy, když nebylo možné přiměřeně zpracovat a zvládnout ať již jednorázový nebo kumulovaný traumatický zážitek, je takové zpracování přesně tím, co by v rámci psychoterapie mělo být umožněno (Fiedler, 2001). K vědomému zpracování traumatu je zapotřebí pracovat i s událostmi, na něž mají postižení amnézii. S rekonstrukcí událostí a prací s pamětí však (alespoň u dětí) lze většinou začít až později v průběhu terapie (Dr. Toužimská, os. sdělení). Jde navíc o obtížnou a dlouhodobou záležitost, traumatické vzpomínky jsou velmi bolestivé a může docházet k dekompenzacím, krizím, suicidálním myšlenkám (Kluft, 1996). Terapeut si musí být vědom, že v průběhu procesu vybavování a integrace vzpomínek může dojít k vytváření falešných vzpomínek a musí se vyvarovat sugestivních otázek, interpretací významu afektů nebo pátrání po subjektivních zážitcích dokládajících trauma. Naopak nápomocné může být detailní a přesné zkoumání událostí těsně před, při a po traumatu, vyhledání míst s traumatem spojených, rozhovory s lidmi, kteří byli traumatem rovněž postiženi, vedení deníku. Chybějící vzpomínky v některých případech nelze vůbec vyvolat, takové mezery by však terapeut v žádném případě neměl uměle překonávat pomocí interpretací nebo naléháním na to, aby se postižený snažil si vzpomenout (Fiedler, 2001).

Terapeutická práce s disociativními dětmi klade na pracovníka vysoké nároky. Budování důvěry s dětmi, které byly dospělými mnohokrát zklamány, vyžaduje velkou míru snahy a trpělivosti, upřímnosti, čestnosti a důslednosti. Vzhledem k množství energie investované do budování důvěryhodného terapeutického vztahu není snadné vnímat přetrvávající nedůvěru a téma důvěry se může snadno stát protipřenosovým problémem (tematikou přenosu a protipřenosu v práci s oběťmi násilí se zabývá např. B. Farber, 1995). I pro zkušeného terapeuta může být velmi traumatizující poslouchat popis událostí, které dítě zažilo. Běžné jsou reakce hrůzy a odporu, pláč, může dojít k rozvoji posttraumatických a jiných projevů (úzkosti, poruchy spánku), komplikacím v osobním a sociálním životě. Dodržování zásad psychohygieny, supervize, podpora v týmu, vzdělávání, vlastní psychoterapie či pěstování koníčků a sportu jsou některé z možností, jak se bránit rychlému vyhoření a jiným rizikům v práci s touto skupinou (Huber, 1995). Trpělivost terapeutů, učitelů, vychovatelů či zdravotnického personálu je těžce zkoušena nepředvídatelností reakcí dítěte, jejich proměnlivou schopností se učit ze zkušenosti, dodržovat dohody a pravidla, vracejícími se potížemi, pocitem, že léčba nikam nevede (Putnam, 1997). Tentýž autor uvádí, že svoji práci někdy vnímá jako Zenovou úlohu odlamování hory kousek po kousek...

## 6. Shrnutí teoretické části

V úvodních kapitolách teoretické části této práce jsem se stručně zabýval historií pojmu disociace a jejími obecnými patologickými projevy. Další kapitoly byly zaměřeny na problematiku disociace v adolescenci – přehled symptomů disociace, vznik a rozvoj disociativních poruch, souvislosti disociace s traumatickými zážitky. V oddíle o diagnostice byl podrobně představen dotazník A-DES a další nástroje a metody diagnostiky disociativních poruch v adolescenci. Věnoval jsem se problematice spolehlivosti diagnostických údajů, otázce komorbidity a diferenciální diagnostiky. Diagnostika disociativních poruch a projevů je v adolescenci komplikována probíhajícími přirozenými vývojovými procesy a nejednoznačným a proměnlivým obrazem poruch. Závěrečná kapitola teoretické části se zabývá terapií disociativních poruch. Kromě specifických intervencí, zaměřených na léčbu disociace, jsou uvedeny i obecnější zásady terapeutické práce s traumatizovanými dětmi a adolescenty.

Téma disociace je velmi rozsáhlé a stále do určité míry kontroverzní. V teoretické části jsem se pokusil uvést čtenáře do problematiky disociace a shrnout poznatky relevantní pro klinickou práci s disociativními dětmi a adolescenty. Následující empirická část je založena na výzkumu provedeném za použití českého překladu dotazníku Adolescent Dissociative Experiences Scale for Adolescents (A-DES; Armstrong et. al, 1997).

## Empirická část

### 7. Metody

Tématem této práce je disociace v adolescenci. Teoretická část obsahuje přehled projevů disociativních poruch a diagnostických a terapeutických metod. Zastávám přitom názor, že disociace je jev běžný a jeho vážnější projevy nejsou vzácné. Vzhledem k relativní neznámosti této diagnózy a disociativních projevů obecně však až na výjimky nebývá disociace u mladých pacientů rozeznána a diagnostikována, možná také proto, že neexistuje jednoduchý diagnostický nástroj k jejímu měření. Myslím, že tato situace negativním způsobem ovlivňuje léčbu postižených dětí. Šetření v empirické části této práce má proto za cíl představit dotazník Škála disociativních zážitků pro adolescenty (A-DES) a první zkušenosti s jeho použitím. Tento dotazník je ve světě uznávanou a používanou metodou screeningu patologické disociace u adolescentů a věřím, že se jeho užitečnost a použitelnost prokáže i v našich podmínkách. Empirický výzkum měl tři hlavní body:

1. Vytvoření kazuistik dospívajících osob s ohledem na jejich disociativní projevy (na základě rozhovoru částečně strukturovaného podle dotazníku A-DES). Smyslem kazuistik je ilustrovat disociativní prožívání a uvést příklady, jak jsou položky dotazníku chápány.
2. Výzkum základních psychometrických charakteristik českého překladu dotazníku A-DES.
3. Výzkum míry disociace (měřené dotazníkem A-DES) v klinickém souboru, její srovnání se srovnávacím souborem dospívajících osob s ohledem na věk a pohlaví a srovnání míry disociace mezi jednotlivými diagnostickými skupinami klinického souboru.

#### 7.1 Nástroje

Dotazník A-DES (Dissociative Experiences Scale for Adolescents; Armstrong et al., 1997) je sebeposuzovací dotazník zaměřený na měření disociace v adolescenci. Má velmi dobré psychometrické vlastnosti (reliabilita, konvergentní validita, schopnost rozlišení mezi respondenty s disociativní poruchou a bez ní), je určen pro děti a dospívající ve věku mezi 12

a 20 lety. Má 30 položek, odpovědi se zaznamenávají na 11-ti bodovou stupnici od 0 do 10, kdy „0“ značí, že se popsaný prožitek nikdy nevyskytuje a „10“ že je přítomný neustále. Skór A-DES je průměrná hodnota všech položek, vznikne součtem hodnot jednotlivých odpovědí děleným 30 a pohybuje se v rozmezí 0 – 10. Zahraniční studie ukazují, že skór nad 4,0 indikuje patologickou disociaci (podrobný popis dotazníku A-DES a psychometrických charakteristik jeho původní anglické verze je uveden v kap. 4.2.1). A-DES byl do českého jazyka přeložen nezávisle lektorkou angličtiny a profesionální jazykovou korektorkou a autorem této práce. Spojením obou překladů vznikla první česká pracovní verze, která po konzultacích s PhDr. Toužimskou z oddělení dětské psychiatrie Fakultní Thomayerovy nemocnice dostala definitivní podobu. Na rozdíl od anglické verze má dvě formy – pro dívky a pro chlapce. Formy se od sebe liší pouze gramaticky, v koncovkách pro jednotlivé rody. Dotazník byl (ještě před provedením výzkumu) předložen několika osobám kvůli posouzení srozumitelnosti formulace zadání a otázek, nebyl však již shledán důvod ke změnám. Byla-li v průběhu výzkumu možnost, byli respondenti po vyplnění dotazníku dotázáni, jak obtížné bylo porozumět zadání a jednotlivým otázkám. Až na ojedinělé případy nebyl ve srozumitelnosti a jednoznačnosti otázek žádný problém.

## 7.2 Respondenti

Výzkumu se účastnilo celkem 91 respondentů ve srovnávacím a 37 respondentů v klinickém souboru. Klinický soubor sestával z pacientů oddělení dětské psychiatrie Fakultní nemocnice Motol (N=21), klientů Domu na půli cesty o.s. DOM (N=9) a pacientů oddělení dětské psychiatrie PL Bohnice (N=7), bylo v něm 22 dívek a 15 chlapců, průměrný věk činil 15,7 let. Kritériem pro zařazení do klinického souboru byla hospitalizace na psychiatrickém oddělení a nebo pobyt v Domě na půli cesty. Pro zařazení klientů DOMu do klinického souboru jsem se rozhodl na základě toho, že většina z nich má v anamnéze pobyt na psychiatrii a jejich problémy a symptomy značně překračují hranice běžné v normální populaci.

Testování respondentů klinického souboru probíhalo buď individuálně, ve dvojici či trojici. V rámci úvodního rozhovoru jsem se představil, vysvětlil záměr výzkumu a testování, zdůraznil, že účast na něm je zcela dobrovolná a že z účasti ani z neúčasti neplynou pro účastníky žádné důsledky. Dále, že testování je anonymní a data budou statisticky zpracována v rámci diplomové práce. K průběhu testování jsem uvedl, že v dotazníku nejsou dobré či

špatné odpovědi, že vyplňování není na čas je k dispozici tolik času, kolik bude potřeba. Sběr dat na dětské psychiatrii FN Motol jsem po konzultaci s vedením uskutečnil sám přímo na oddělení v průběhu dvou návštěv. Osloveni byli všichni pacienti na dvou různých odděleních, ne všichni se však rozhodli výzkumu účastnit. V PL Bohnice byly dotazníky administrovány psychologkou. K provedení výzkumu bylo zapotřebí souhlasu primáře dětského oddělení, ředitele PL Bohnice, k zařazení jednotlivých dětí do souboru i souhlas jejich rodičů. V Domě na půli cesty o.s. DOM jsem po vyplnění dotazníku s klienty hovořil (vždy individuálně) o jejich odpovědích na jednotlivé položky, ptal jsem se jich na konkrétní příklady popisovaných prožitků. Dotazník tak sloužil jako kostra pro vedení rozhovoru. Výsledek je shrnut ve formě kazuistik v kap.7.1, klienti souhlasili s použitím jejich výpovědí pro účely této práce. Vzhledem k tomu, že v o.s. DOM pracuji, jsem účastníky výzkumu dobře znal a mohl jsem s nimi na toto téma mluvit. V případě ostatních zařízení mi nepřišlo vhodné se jakkoli respondentů dále vyptávat, neboť se jedná o citlivou tematiku (často spojenou s týráním a zneužíváním) a mám za to, že bez možnosti následné terapeutické práce s dotyčnou osobou není rozhovor na toto téma z terapeutického hlediska vhodný ani etický.

Srovnávací soubor sestával z 91 osob, 27 dívek a 64 chlapců, průměrný věk byl 17,1 let. Kritériem pro zařazení do souboru byl věk 12 – 20 let a to, že nejsou psychiatrickými pacienty. Z větší části se jednalo o studenty SOU v Praze-Čakovicích a SOU v Teplících. Testování proběhlo v různých třídách, přičemž v některých z nich byli studenti oborů s maturitou a v jiných oborů bez maturity. Studenti byli seznámeni s účelem výzkumu a s tím, že jejich účast je dobrovolná a anonymní. Výzkum proběhl se souhlasem vedení škol v rámci vyučování, dotazníky byly administrovány učiteli. Souhlas rodičů s účastí jejich dětí na výzkumu nebyl vyžádán. Z etického a právního hlediska je ovšem vyžadován u dětí do 15 let písemný souhlas jejich zákonných zástupců a u dětí mezi 15 a 18 roky i jejich vlastní písemný souhlas. Tento požadavek jsem s ohledem na množství komplikací s tím spojených nenaplnil. Menší část srovnávacího souboru tvořili žáci základní školy (známí, spolucestující) a studenti nižších ročníků vysoké školy.

Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit psychometrické vlastnosti dotazníku v neklinickém (srovnávacím) souboru respondentů. Pro dosažení vyšší spolehlivosti výsledků je třeba, aby tento soubor byl co největší a proto jsem se v následující třetí části výzkumu (srovnání klinického a srovnávacího souboru) nesnažil o párování respondentů a ke srovnávání jsem využil průměrné hodnoty celých (nespárovaných) souborů.

### 7.3 Data a jejich vyhodnocení

Od každého respondenta byl získán vyplněný dotazník spolu s údaji o datu testování, pohlaví a věku respondenta. U pacientů dětských psychiatrických oddělení (Motol a Bohnice) byla připojena i diagnóza.

K vytvoření kazuistik byly využity údaje z dotazníku, následného rozhovoru, v případě potřeby ze spisů respondentů. Některé postřehy byly doplněny na základě vlastního pozorování.

K vyhodnocení vlastností dotazníku A-DES byly využity údaje získané ze srovnávacího souboru nepsychiatrických adolescentů. Reliabilita byla odhadnuta výpočtem vnitřní konzistence a split-half reliability. Validizovat výsledky dotazníku A-DES srovnáním výkonů stejných pacientů v jiné škále disociace nebo s klinicky posouzenou mírou disociace v současné situaci není možné, neboť ta, jak již bylo řečeno, nebývá až na výjimky diagnostikována. Na validitu zjištěných výsledků lze usuzovat jen nepřímou, na základě rozhovorů, přímého pozorování chování dotazovaných a záznamů v jejich spisech. V rámci této části byl posouzen i vliv věku a pohlaví na míru naměřené disociace. Na základě poznatků o disociaci a výsledků zkoumání vlastností A-DES v zahraničních studiích ovšem předpokládám, že s ohledem na věk a pohlaví nebudou nalezeny významné rozdíly.

Pro posouzení závislosti skóru A-DES na pohlaví v obou skupinách, srovnání průměrného věku a průměrného skóru mezi skupinami a ke zjištění korelace průměrných skóru jednotlivých položek a subškál dotazníku byly vypočteny příslušné koeficienty korelace a významnost byla posouzena t-testy. Jednofaktorová analýza variance byla použita k porovnání A-DES skóru mezi věkovými a diagnostickými kategoriemi. Významnost byla stanovena na  $p < 0,05$ . Reliabilita dotazníku byla odhadnuta výpočtem vnitřní konzistence a split-half koeficientu. Statistické výpočty a vyhodnocení dat jsem prováděl s využitím učebnic statistiky a psychometrie (Bortz, 1993; Říčan, 1980) a programu Microsoft Excel.

## 8. Výsledky

Tato kapitola má tři části: v první jsou představeny kazuistiky, jež byly vytvořeny na základě testování dotazníkem A-DES, rozhovorů nad výsledky testování, rozboru dokumentace a pozorování. Ve druhé části jsou na základě údajů ze srovnávacího souboru zkoumány základní psychometrické vlastnosti dotazníku A-DES. V části třetí se zabývám disociací v klinickém souboru a porovnáním výsledků se souborem srovnávacím. Každá část je uzavřena shrnutím a diskusí.

### 8.1 Část 1: Kazuistiky

V této části jsou představeny kazuistiky třech respondentů z klinického souboru, klientů o.s. DOM, a jedna kazuistika mladší dívky z psychiatrického oddělení, již nebylo možno pomocí dotazníku A-DES testovat, jejíž disociativní projevy jsou ovšem velmi bohaté a názorné. Zařazení následujících kazuistik do této práce sleduje dva cíle. Jedním je ilustrovat na konkrétních případech problematiku disociace v adolescenci. Z rozhovorů se spolužáky-psychoLOGY i s odborníky vyplývá, že jen málokdo si dovede pod tímto pojmem představit něco určitého. Druhým cílem je zkoumat, jak rozumějí respondenti jednotlivým položkám dotazníku A-DES, co si pod nimi představují a uvést jejich konkrétní zážitky. Tato část rovněž naznačuje, že dotazník A-DES lze využít jako podklad pro klinický rozhovor zaměřený na téma disociace. Ze šesti rozhovorů, které jsem všechny vedl v DOMu, jsem vybral ty podle mého názoru nejzávažnější a zároveň nejvíce ilustrativní.

#### **Martin, 18 let**

V dětství údajně sex. zneužívaný a týraný matkou, které byl svěřen po rozvodu rodičů. V osmi letech byl matce odebrán a svěřen do výchovy otci. Otec zneužíval alkohol a drogy, fyzicky týral Martina i svoji matku, která s nimi žila. Martin tvrdí, že měl zlomeniny žeber a nosu, byl záměrně popálen. Po smrti Martinovy babičky se konflikty s otcem stupňovaly, pro ublížení na zdraví byl předán zpět do péče matky, která měla tou dobou již nového partnera a dvě dcery. Martin nebyl rodinou přijat, opakovalo se násilí a po roce, v jeho 13 letech, údajně na žádost matky, mu byla nařízena ústavní výchova. Nejprve byl v Dětské psychiatrické léčebně v Opařanech, pak v DgÚ a do 18 let ve VÚM. Rovněž byl na několikaměsíčním pobytu na odd. dětské psychiatrie v Bohnicích. Po odchodu z VÚM bydlel v různých azylových domech, v době rozhovoru byl klientem Domu na půli cesty (DOM). Otce, matku i

nevlastní sestry nenávidí, blízké kamarády nemá a ani nikdy neměl. Ve všech zařízeních, kde byl, zmiňuje stálé konflikty s osazenstvem, byl často od ostatních bit. Cítí vztek, lítost a smutek, nemůže matce ani otci odpustit bití a to, že ho matka dala do ústavu. Martin se často projevuje verbálně velmi agresivně, někdy i bez zřejmé příčiny. Velmi ho stresují např. návštěvy úřadů, jeho chování (např. při čekání na chodbě) je střídavě agresivní a nebo se chová jako malé dítě, je velmi obtížné ho uklidnit. Také říká, že se bojí žen. Na pochvalu v určitých situacích reaguje dezorganizovaným, velmi dětským chováním. Martin udává, že trpí epilepsií. Podle vyjádření ústavu u něj nikdy nebyl záchvat pozorován, vždy k němu došlo např. ve městě nebo jinde. Podle Martina záchvaty probíhají např. v sedě a je jen „mimo“, nic si nepamatuje. Často však tvrzení, že má epilepsii, používá jako výmluvu. Osobně mám za to, že se u Martina může jednat spíše o projevy disociace, jež mohly být mylně považovány za epilepsii a jimž toto označení dává smysl. Epilepsie sdílí s disociací některé společné znaky – amnézie, depersonalizace, automatismy. Dále u něj byly diagnostikovány poruchy chování a pravděpodobně LMD (které rovněž sdílejí s disociací množství společných znaků, viz kap. 4.6). Intelektově je na tom Martin dobře, dokáže mj. spočítat příklady z matematiky k přijímacím zkouškám na stř. školu. Sám jsem u Martina pozoroval velké výkyvy v jeho schopnostech a soustředění. Na použití autority (např. v rámci tréninkového zaměstnání nebo při kontrole plnění povinnosti) reaguje často velkým a neadekvátním odporem. Jindy se chová zcela přiměřeně. Často si také vymýšlí a bývá těžké rozeznat, kdy jde o účelovou lež a kdy k tomu dochází možná i bez jeho vědomí – např. když říká, jak mu „v náručí zemřel jeho kamarád, kterého ubodal jeho zfetovaný otčím, ale unikl spravedlnosti, ani nevím jak...“, nebo popisuje jak „po bitce na Armádě spásy ležely uřezané hlavy na schodišti“. Možná lze takové projevy interpretovat jako fantazijní uskutečnění jeho přání (aby byl otčím potrestán za násilí, které na Martinovi páchal resp. potrestání násilníků na AS, kterých se bál), únik do fantazie jako obranu před vlastní bezmocí.

Martin měl v dotazníku A-DES skór 3,9 (celkový skór je průměr součtu bodů všech položek). Podívejme se nyní na některé jeho komentáře k jednotlivým položkám. Kurzívou je uvedeno znění položky, číslo v závorce za položkou je míra, jak často u Martina k popsanému prožitku dochází (0 znamená nikdy, 10 neustále). V uvozovkách je doslovné znění výpovědi.:

ad 4: *Někdy mi něco velmi dobře jde a jindy nejsem tu samou věc vůbec schopen udělat* (6):

„Upletu pár košíků a pak najednou nevím, jak se to dělá“.

- ad 5: *Od známých se dozvídám, že dělám nebo říkám věci, na které si já vůbec nepamatuji* (7): „Často se mi to děje v noci – říkám spolubydlícímu, že je Hitler a podobné věci.“
- ad 6: *Připadám si jako v mlze nebo jako bych byl všemu vzdálen a věci kolem mě se zdají neskutečné* (3): K tomu dodává, že někdy vidí věci které nejsou (piano uprostřed pokoje).
- ad 8: *Podívám se na hodiny a uvědomím si, že uběhl nějaký čas a já si nemohu vzpomenout, co se dělo* (5): „Sedím před papírem a mám pocit, je to tak čtvrt hodiny, ale ono je o tři hodiny víc.“
- ad 9: *Slyším ve své hlavě hlasy, které nejsou moje* (3): Martin se nejdříve ujišťuje, že si o něm nemyslím, že je blázen. Jde o hlas matky, ale i jiných, buď se mu tam odehrává celá konverzace, nebo mu něco říká.
- ad 14: *Zjišťuju, že někam jdu nebo něco dělám a vůbec nevím proč* (3): „Přijdu za babičkou a ona mi řekne, že jsme byli domluvení na jindy, na včera nebo na zítra, a já nevím proč jsem za ní šel.“
- ad 15: *Někde se ocitnu a nepamatuju si, jak jsem se tam dostal* (4): „Koukám, že jsem na Zličíně, ale přitom jsem jel z Anděla na Karlovo náměstí.“
- ad 16: *Mám myšlenky, které jako by nepatřily mně* (3): Jako by to byly myšlenky blízkých osob, matky např.
- ad 17: *Zjišťuju, že umím zahnat tělesnou bolest* (5): Nejde to vždy, ale naučil se to. Nejde to u věcí jako prasklý ret, ale u větších bolestí.
- ad 18: *Nemůžu přijít na to, jestli se určité věci skutečně staly, nebo jestli jsem o nich jen snil či přemýšlel* (5): Myslí si, že po sobě umyl nádobí, ale neumyl, a pak myslí, že to není jeho talíř, ale on je, těžko se to chápe (a nejen jemu).
- ad 23: *Připadá mi, že něco uvnitř mě samého mě nutí dělat věci, které dělat nechci* (6): „Špatně se to popisuje, takový pocit, nedá se to ovládnout.“
- ad 25: *Přistihnu se, že jsem mimo svoje tělo a pozoruju se, jako bych byl někdo jiný* (5): Stává se mu, že se vidí z výšky, dokonce mívá i chuť na sebe promluvit.
- ad 26: *Moje vztahy s rodinou a s mými kamarády se náhle mění a já nevím proč* (10): Vždy tomu tak s různými lidmi bylo, jednou jsou kamarádi, jindy jsou na něj zlí, nerozumí tomu. Děje a dělo se mu to všude – doma, ve škole.
- ad 29: *Mám pocit, že uvnitř ve mně je několik různých lidí* (6): Má ten pocit často a těch „osob“ je víc – Einstein, Švejk, vysokoškolák, dítě. Nejčastěji používá vysokoškoláka, dokáže obhájit např. nějaký výmysl, což ale někdy dělá i to „dítě“. Na můj dotaz říká,

že ví dost z toho, co ty jednotlivé „osobnosti“ v něm říkají a dělají (řekly a udělaly), ale někdy také ne – hranice není ostrá, jen částečná.

ad 30: *Cítím, že mi moje tělo nepatří* (5): „Často se na sebe dívám a říkám si, tohle není moje tělo, co to je za ruce?“

*Úvaha:* Zdá se, že Martin má zkušenosti s mnohými disociativními zážitky. Svědčí o tom jeho každodenní projevy a vzhledem k jeho anamnéze to není překvapivé. Má zřejmě vysokou schopnost imaginace, jeho výpověď je zpestřena líčením zážitků, z nichž některé se téměř jistě neodehrály. Na druhou stranu jeho výpadky pozornosti, paměti, regrese chování, návaly zuřivosti a úzkosti jsou nepřehlédnutelné. K položce č. 29 mě napadá, že v případě „osob“ může jít o Martinovy (momentální či déledobé) identifikace, neboť např. knihu o Švejkovi nedávno četl. Intenzivní fantazie např. o vlastní nezranitelnosti a hrdinských činech, při nichž se stírá jejich hranice s realitou, patří mezi projevy disociace (Putnam, 1997). Zajímavé jsou jím i jeho spolubydlícími popisované noční stavy, kdy neví přesně kde a s kým je, doprovázené násilnými představami a bizarním chováním. Otázkou k validitě skóru A-DES zůstává, do jaké míry položky dotazníku ovlivňují Martinovu fantazii. Mám za to, že ta se ale uplatňuje spíše až při následném rozboru jeho odpovědí než při samotném vyplňování dotazníku.

### **Pavel, 19 let**

Pro fyzické násilí ze strany otce strávil v 6 letech rok na dětské psychiatrii, pak se vrátil na rok domů, pro opětovné vážné týrání opět umístěn na psychiatrii a poté do dětského domova. Kvůli konfliktům v DD byl přeložen do výchovného ústavu, pak do dalšího, po dovršení 18 let byl přijat do DOMu. Podle vyjádření psychiatra se v jeho případě jedná o nevyrovnaný vývoj, LMD (možnost organického podmínění jeho výbuchů vzteku), má sníženou inteligenci a sníženou schopnost logického uvažování v sociálním kontaktu. Pavel byl sledován pro poruchy chování. Na kritiku reaguje nepřiměřeně odmítavě, časté jsou úniky z reality do fantazie. Od dětství udávané záchvaty epilepsie, ke ztrátám vědomí dochází občas i nyní, kvůli této diagnóze nemohl jít na učební obor, který chtěl studovat. Nikde se nehovoří o následcích týrání a možné disociativní symptomatice. Pavel se dokáže bezdůvodně velmi rozčílit, je verbálně a někdy i fyzicky agresivní. Zanedlouho se však chová, jako by se nic nestalo. Konflikty zdá se někdy souvisí se sociálně náročnými situacemi, dochází k nim na různých místech. Při rozhovoru se drží někdy zcela v realitě, jindy smýšlí až neuvěřitelné věci, není ovšem jasné, zda v tu chvíli rozlišuje, že nejde o realitu ale fantazii. Někdy reaguje

jako dospělý, jindy jako malé dítě. Přetrvává bolest při vzpomínce na týrání, velmi jej trápí jeho vztah k matce (cítí velkou křivdu, nepomohla mu), bratrovi a k otci. S matkou je v občasném kontaktu. Podrobné neurologické vyšetření (provedené až v jeho 19 letech) nenaznačuje možnost epileptického onemocnění, poukazuje spíše na psychiatrickou problematiku.

Pavlovy komentáře k vybraným položkám dotazníku A-DES:

ad 3: *Mám silné pocity, které jako by nebyly moje* (10): „Když jdu do školy, nejsem to já, není to moje tělo – první dvě hodiny ve škole nevím, čím jsem. Moje tělo, když je unavený, tak není moje.“

ad 7: *Nejsem si jist, jestli jsem určitou věc opravdu udělal, nebo jestli jsem jen myslel na to, že jí dělám* (3): Ověří si to v deníčku, jinak to neví, má ve věcech zmatek (co se stalo, nestalo, co si jen myslel).

ad 10: *Když jsem někde, kde být nechci, umím se v duchu přenést někam jinam* (10): “Když jsou kluci ve škole otravný, tak se přenesu duchem na Domeček (DOM) a jsem úplně klidný.“ Nebo ve škole dělá egyptskou dlaždici, a je duchem v Egyptě, vidí ty hieroglyfy napsané na pyramidě před sebou. Jeho tzv. duch „pusť kazeták“ – a Pavel se ocitne jinde.

ad 11: *Tak dobře lžu a předstírám, že tomu sám věřím* (5): „Dřív víc, teď se snažím nelhat: byl jsem v kosmu – měl jsem ten pocit – a všichni říkali, že lžu, já jim říkal, že ne.“

ad 12: *Uprostřed nějaké činnosti se přistihnu jako bych se náhle „probudil“* (10): „Byl jsem u doktorky a ona mi řekla: „To je křečovitá angína.“ a já najednou „Co?!“; nebo jsme hráli fotbal v ústavu, já byl v bráně, najednou někdo křičí gól, a já koukám, co se děje, a dostal jsem gól.“

ad 16: *Mám myšlenky, které jako by nepatřily mně* (5): „Vím, co se stane, i když nevím kdy, ty myšlenky ale jako nejsou moje. Nebo jdu duchem do bráchy a „vidím“ jeho myšlenky.“

ad 17: *Zjišťuju, že umím zahnat tělesnou bolest* (5): „Můj bojový duch bolest zažene, dá mi sílu. Když mám slabého bojového ducha, říkám mu – nevzdávej to“. Uvádí příklady poranění, kdy necítil bolest.

ad 18: *Nemůžu přijít na to, jestli se určité věci skutečně staly, nebo jestli jsem o nich jen snil či přemýšlel* (10): „Musím se dívat do deníčku, jinak bych si nepamatoval nic.“

ad 21: *Připadá mi, jako by uvnitř v mé mysli byly zdi* (10): „Ano. Přesně tak. To je to totální temno, je přítomné stále. Nic nevím, nedělám, nic není.“

ad 23: *Připadá mi, že něco uvnitř mě samého mě nutí dělat věci, které dělat nechci* (6): „Bojovní duchové mě to nenechají udělat. Ale když spěj tak klidně nějakou kravinu udělám.“

ad 28: *Tolik se vžívám do svých hraček nebo plyšových zvířátek, že mi připadají živé* (1): Má pejska pro štěstí, večer mu dává pusku, aby ho ochraňoval. Má pocit, jako by byl živý.

ad 29: *Mám pocit, že uvnitř ve mně je několik různých lidí* (8): „Vžiju se do některých lidí, kteří ani už nejsou (vyjmenovává hudební skupiny). Když poslouchám jejich hudbu, vidím jejich koncert před sebou, můj duch je tam.“

ad 30: *Cítím, že mi moje tělo nepatří* (2): „U zrcadla si říkám – to není moje tělo.“

*Komentář:* Pavel má nesmírně živé fantazie a velmi často se v nich pohybuje, někdy jsou relativně reálné (že jede na schůzku s někým), jindy značně bizarní – říká, že mu jeho manažer vynadá když přijde pozdě, komunikuje s lidmi z NASA. Přesto si nemyslím, že by se jednalo o psychotické onemocnění. Popisuje, že má tzv. přírodní, zvířecí ale hlavně bojové duchy, kteří mu jsou k pomoci když je v ohrožení, v nebezpečí. Dříve jich bylo méně, jen několik, nyní jsou jich armády. Může je proti někomu poslat. Mohou být unaveni, někdy jejich šiky organizuje, unavení jdou dozadu a nastoupí čerství. Čekají na povel, aby mu pomohli, jsou přítomni hned, objeví se sami od sebe. Přírodní duch vnímá celou přírodu, zvířecí rozumí, jak mluví zvířata. Pavel sám je jakoby zastoupen osobním duchem, který s sebou „na výlet“ (například na imaginární koncert) vezme několik bojových duchů. Dále popisuje, že v průběhu dne jsou úseky, kdy má „temno“ – hlavně ráno a večer. Nic neví, nevzpomíná si, může být otrávený, ospalý. Nepoznává se, má pocit, jako by byl někdo jiný. Celkově mám pocit, že jde o dlouhodobě budované obranné a únikové fantazie, konstrukce ochránců a jiných světů. Při rozhovoru vnímám jako problém jak položit otázku tak, aby nepůsobila sugestivně – mám pocit, že sugestivně na Pavla působí všechny, rád poskytne „uspokojivou odpověď“. Několikrát zmiňuje týrání tátou v dětství a také to, že nebylo objasněno a potrestáno. Na způsobu vyplnění dotazníku Pavlem je zvláštní to, že 10x označil „0“, 7x označil „10“, a jen 13x jinou hodnotu. Do jaké míry udané odpovědi (hlavně skóry 10) reflektují skutečný přetrvávající prožitek a do jaké míry poukazují na možnou tendenci k extrémním odpovědím neumím posoudit. Pavlův průměrný A-DES skóre byl 4,0.

*Závěr:* Domnívám se, že mnoha projevům Pavlova chování lze porozumět z hlediska toho, co prožil v rodině a v ústavech. Jeho pozice mezi vrstevníky byla vzhledem k jeho fyzickým dispozicím a následkům lehké DMO špatná. Bez možnosti se se svou situací vyrovnat jinak unikl do svých fantazií a vytvořil si ochránce. Žije ve světě ožvlých představ a přání, kam nyní uniká i před neškodnou realitou. Občasné ztráty vědomí stejně jako udávané parestezie a „stáčení“ rukou dovnitř působí jako konverzní příznaky (lékařem ohodnocené jako hyperventilační tetanie – stalo se mu to při sportu). Pavel často zmiňuje, že má potíže s pamětí a že si vede deníček, popisuje také pocit „temna“ charakterizovaný tím, že se nepoznává, cítí, jako by mu jeho tělo nepatřilo, má pocit, že nic neví a že nic není. Časté jsou výbuchy vzteku rychle vystřídáné zcela odlišným chováním. Neodvážuji se usuzovat na příčiny všech jeho potíží, pravděpodobně se jedná o složitý komplex různě se prolínajících, podmiňujících a rozvíjejících vlivů, zážitek traumatu a disociativní způsob reagování však u něj hraje velkou, možná základní roli. U Martina i Pavla je nutno dodat, že se jedná o extrémně náročné a obtížné klienty, v podstatě ovšem velmi slabé a ohrožené. Také jejich kazuistiky jsou si podobné, přesto uvádím obě vzhledem k množství různých (dle mého názoru disociativních) projevů.

### **Petr, 21 let**

Do 11 let s matkou a 2 ml. sourozenci, otce od 8 let neviděl. Poté strávil několik pobytů na psychiatriích, u pěstounů, v dětském domě, odkud byl kvůli útěku přeložen do VÚM (kde strávil 3 roky). Nyní v Domě na půli cesty. Nápadná je značná impulsivita až agresivita, neschopnost se v některých situacích ovládnout, někdy je velmi nesnadné s ním navázat kontakt a komunikaci, je „mimo“. Vyvolají-li požadavky okolí Petrův odpor (který by možná bylo možné nazvat úzkostí), zablokuje se, dívá se jinam, nekomunikuje. Má velkou úzkost z cizích lidí a z některých sociálních situací, přesto po vztazích velmi touží, jeho přítelkyně jsou pro něj velmi důležité. Je patrné, že se snaží se před hrozícím nebezpečím chránit (nosí s sebou nůž, chrání si svůj prostor). Velký problém je se vstáváním, je velmi obtížné jej vzbudit, setrvává v jakémsi polovzbuzeném stavu, hodně přitom nadává. Jako důvod poukazuje na „něco v hlavě“, říká, že to není tak, že by k tomu, kdo jej budí, choval nepřátelské postoje, nemůže si ale pomoci, neovládá to. Občas si stěžuje, že hodně zapomíná, nic si nepamatuje. Otázkou je jakou roli v tom hraje jeho občasné užívání drog (alkohol, marihuana, halucinogenní houby, asi i pervitin). Někdy vymýšlí pravděpodobně lživé příběhy bez zřejmého důvodu. Uvádí, že by „chtěl urychlit své myšlení“. Také hovoří o svém „stínu“, nazývá jej „Stronger“. Má velký odpor mluvit o své minulosti, uvádí, že o něm psychiatři

píší věci, které považuje za lži. Často chce nahlédnout do svého spisu, je extrémně nedůvěřivý. S velkou pravděpodobností v dětství týraný, snad i později. Zpráva z psychiatrického vyšetření uvádí vážné poruchy osobnosti, afektivity, volných charakteristik, sociálních schopností, intelektu (byť globálně v průměru), susp. LMD, narušenou schopnost samostatného fungování. Z vlastní zkušenosti musím dodat, že Petr je schopen důvěry, lze s ním někdy dobře komunikovat, považuji jej za inteligentního, tvoří na počítači – u něhož tráví celé noci – zajímavé a tvůrčí věci a myslím, že je velmi citlivý.

Petrovy komentáře k vybraným položkám dotazníku A-DES:

ad 3: *Mám silné pocity, které jako by nebyly moje* (6): Když např. na počítači přepisuje některé větší programy, jako by mu to chtěl někdo zakázat, hrozil, ať to nedělá, že to zkazí.

ad 4: *Někdy mi něco velmi dobře jde a jindy nejsem tu samou věc vůbec schopen udělat* (8): Často mu nejde psát psacím písmem – záleží na náladě, proč to má psát, jestli se mu chce nebo co to je. Je-li nálada dobrá a chce se mu to psát, dokáže to napsat psacím písmem, jinak píše tiskacím písmem.

ad 5: *Od známých se dozvídám, že dělám nebo říkám věci, na které si já vůbec nepamatuji* (9): „Při vstávání sprostě nadávám, ale vůbec o tom nevím, jen lidi mi to říkají.“ Zajímalo by ho, proč to tak je a proč se budí jen tak napůl. Nebo má někde být, domluví se na čase, někdo mu poradí nejkratší cestu, ale on vymyslí jinou, kterou pak použije a přijde na sraz později. Neví přitom proč jde jinou cestou.

ad 8: *Podívám se na hodiny a uvědomím si, že uběhl nějaký čas a já si nemohu vzpomenout, co se dělo* (7): „Sedím u počítače tři hodiny a myslím, že to bylo 15 minut.“

ad 10: *Když jsem někde, kde být nechci, umím se v duchu přenést někam jinam* (9): „Když musím zůstat doma – to pak sedím a jsem v duchu někde jinde.“

ad 11: *Tak dobře lžu a předstírám, že tomu sám věřím* (1): „Nelžu, ale občas si věci vsugeruju. To není pod mou kontrolou, je to samo. A pak to nerozlišuju.“

ad 13: *Nepoznávám sám sebe v zrcadle* (1): „Jo, myslel jsem si, že jsem někdo jiný. Dokonce jsem se poslal do háje. Když byla tma, bál jsem se podívat se do zrcadla, měl jsem strach, že to je někdo jiný. Ale to se mi dělo tak před deseti lety, teď už ne.“

ad 14: *Zjišťuju, že někam jdu nebo něco dělám a vůbec nevím proč* (5): „Vyberu si v hlavě jinou cestu, kterou mám jít, než tu, kterou mi někdo řekl, ale nevím proč.“

- ad 17: *Zjišťuju, že umím zahnat tělesnou bolest* (8): „Někdo mě zmlátil, jen jsem se opřel o zeď a necítil jsem to. Ale zuby bolí, to přestat nejde.“
- ad 18: *Nemůžu přijít na to, jestli se určité věci skutečně staly, nebo jestli jsem o nich jen snil či přemýšlel* (5): „Hraju hru na počítači, dobře a už dlouho, pak jdu venku a nejednou cítím, jako bych dostal ránu zezadu do hlavy nějakou palicí a „probudím se“, uvědomím si, že jsem se ještě nedostal úplně ven z té hry. To se děje opakovaně, pokaždé je to trošku jiné, ale vždy takový úder.“
- ad 22: *Nacházím texty, kresby nebo dopisy, které jsem určitě napsal nebo udělal já, ale nevzpomínám si na to* (7): „Hlavně na počítači, zdrojové programy nebo skryté adresáře. Když programuju, nevím o světě kolem, přes den si zase nevzpomínám na to, co jsem dělal a programoval přes noc – vzpomenu si zase až když si sednu k počítači.“
- ad 25: *Přistihnu se, že jsem mimo svoje tělo a pozoruju se, jako bych byl někdo jiný* (8): „Sedím doma, koukám do zdi a jako bych byl přítomen i v jiných místnostech bytu, vnímám i sebe, tak neostře, jako postavu.“
- ad 29: *Mám pocit, že uvnitř ve mně je několik různých lidí* (1): „Jsou ve mně dva lidi – u počítače sedí Stronger.“

*Komentář:* Je zřejmé, že Petr dokáže být silně pohlcen programováním, má zdatné a schopné „alter-ego“ Strongera. Někdy se nějak chová, aniž by věděl proč, také udává, že ho někdy přepadnou pocity a neví, kde se vzaly, hlavně agresivní – vztek apod. Také udává potíže s pamětí, stavy podobné flashbackům (rány do hlavy), analgesii, stavy depersonalizace, pocit, že některé jeho činy a myšlenky nejsou kontrolovány jeho vůlí. Stav, kdy je u počítače, je částečně amnesticky oddělen od běžného života. Poruchy spánku, impulsivita, známky v chování připomínající LMD, a také stavy „mimo“ či „vypnutí“ (jde o stavy transu?) – to vše patří mezi možné projevy disociace. Průměrný Petrův A-DES skóre byl 4,27.

Anamnéza všech tří mladých mužů má společné rysy – odmítání a zanedbávání rodiči, týrání v dětství, pobyty v nejrůznějších ústavech. Také jejich chování se v mnoha ohledech podobá. Všichni strávili hodně času v psychiatrických léčebnách, jejich diagnózy jsou velmi široké a mně osobně připadá, že jaksi definitivní, komentující stav, jaký je, bez poznámek k možným příčinám a rozvoji projevů a poukazů k potřebné péči, míře naděje na zlepšení atd. Vnímám problematiku popsanou v kazuistikách jako dynamickou a komplexní záležitost a diagnózy v záznamech jako výrazně zjednodušující, stigmatizující a mnohdy značně nepřesné. I množství udělených diagnóz je ovšem známkou, jež nás může vést k úvaze o disociativní

symptomatice. Mám za to, že množství výše popsaných projevů lze vysvětlit (nebo alespoň tuto možnost zvážit) jako disociativní procesy, jež se rozvinuly jako reakce na traumatické zážitky, byly podporované dalšími averzivními životními událostmi a do určité míry ovlivněny asi i osobními dispozicemi. Pravděpodobně nelze najít jasnou příčinu a následek, s takto komplikovaným obrazem se však nesetkávám výjimečně a proto zastávám názor, že patologická disociace se nevyskytuje vzácně. Z literatury je zřejmé, že bez správné diagnózy nemá léčba valnou šanci na úspěch, spíš dojde k chronifikaci problémů dalšími a dalšími pobyty v ústavech, léčebnách, k dalším potížím a traumatům, k léčbě psychofarmaky, jejichž účinnost ovšem bude minimální. Problémy se upevní v podobě poruchy osobnosti či jen obtížně změnitelných povahových a behaviorálních rysů.

### **Martina, 12 let**

Martina byla přijata na oddělení dětské psychiatrie po pokusu o suicidium. Existuje vážné podezření na týrání v rodině, matka se pravděpodobně žíví jako prostitutka. Informace o rodinném prostředí jsou nejednoznačné a neúplné. Informace o chování a projevech Martiny pocházejí z rozhovorů s přijímající lékařkou, s personálem oddělení dětské psychiatrie, z rozhovorů s matkou a s učitelkou. V rozhovoru s psychologkou podává dívka často nesrozumitelné a protichůdné výpovědi, naznačuje něco neurčitého, co existuje v rodinných podmínkách a co ji rozrušuje, ale vzápětí to stejně nejistě popře – je těžké porozumět a představit si, jaká je realita. Nejednoznačnost projevů se odráží v procesu hledání diagnózy: je to disociace, deprese, znaky neurastenického syndromu, psychotická porucha s atypickým vývojem? U této klientky nebylo možno provést testování pomocí dotazníku A-DES, uvedené disociativní symptomy byly zjištěny přímým pozorováním pacientky na oddělení a v průběhu psychologických vyšetření a z rozhovorů.

V projevech Martiny na oddělení je výrazná disociativní symptomatika, která se projevuje jako:

- kolísavý kontakt s realitou (vede také k podezření na psychot. proces);
- bizarní mimika, střídá pláč a smích, části obličeje jakoby rozdělené na poloviny, vyjadřující různé emoce;
- úsměv „Mony Lisy“ – reakcí na jakýkoli pokyn je výraz, z něhož nelze vyčíst, zda pokynu porozuměla, co v příští chvíli udělá, co prožívá;
- potíže v zapamatování nejjednodušších vzkazů, nesčetné opakované otázky na to, co má dělat;

- bizarní vyjadřování, vágní obsah, neuspořádané zážitky, neurčité dojmy;
- kolísavý oční a verbální kontakt;
- gestikulace a mimické emoční reakce neurčité, nejasné, neadekvátní situaci a slovnímu projevu;
- kolísání hlasitosti a tónu hlasu;
- kývání trupu – dostává se do stavů disociativního transu;
- stavy transu – v situacích, kdy je ponechána sama, bez dohledu a společnosti zírá na jeden bod, i několik minut;
- projevy ambivalentního vztahu k matce – odmítání a zároveň snaha získat její přízeň;
- poruchy spánku;
- snížená nálada;
- stavy rozrušení, rozčilení;
- emoční dojem prázdnoty, vyhýbání se emočním projevům, zážitkům;
- odpovědi na otázky ohledně konkrétních událostí (okolnosti pokusu o suicidium, vztah a eventuální týrání matkou) jsou nejednoznačné, obsahově nesrozumitelné;
- zhoršená schopnost orientace v prostoru (při hledání bot, bundy pobíhá zmateně všude kolem, ale vše je přítom na svém místě), zmatenost, nesoustředěnost (v těchto situacích se jedná nejspíše o příznaky disociativního transu);
- říká: „necítím bolest (emoční) – dříve jsem ji cítila“;
- říká: „nevím, co je pravda, co se stalo doopravdy, co je výmysl, mám pravdu já nebo matka..“

Ve škole se u Martiny projevují tyto příznaky:

- potíže v krátkodobém zapamatování a soustředění pozornosti
- celkově podprůměrný, ale kolísavý kognitivní výkon – podezření, že se jedná spíše o dekompenzaci kognitivních a paměťových funkcí vlivem disociativní poruchy; obecně se ale nedá zatím určit, zda snížené kognitivní schopnosti jsou následek disociativní a depresivní poruchy, efekt dlouhodobé nedostatečné stimulace nebo skutečný obraz potenciálních (reálných?) možností dívky;
- opakovaně (i 6x) klade tutéž otázku;
- pomalé pracovní tempo;
- až kaligrafické písmo;
- zvláštní chování ve škole – směje se do očí učitelce;

Během hospitalizace, po povídání o realitě a otevření rodinných problémů (týrání, chování matky, její sexuální aktivity), došlo ke zklidnění, odeznění disociativních příznaků, zlepšilo se i fungování ve škole. Disociativní příznaky se ovšem ještě dvakrát objevily – pokaždé po návštěvě Martiny u rodiny přes víkend. Po zmírnění disociativních projevů u Martiny došlo k prohloubení deprese, což ve škole vedlo ke zhoršení prospěchu. Vznik disociativní poruchy lze vnímat jako formu popření skutečnosti, ochranu před jejím plným uvědoměním a bolestí s tím spojenou, jako mechanismus umožňující život v nepříznivé situaci. Její odeznění mělo za následek zlepšení vědomého kontaktu s realitou, který vedl k rozvoji depresivní symptomatiky. V průběhu další spolupráce (v Dětském krizovém centru) již byla Martina schopná lépe hovořit o událostech z dětství a situaci v rodině a měla určitý náhled na chování svých rodičů. Vzpomínky jsou však většinou nejasné a nepřesně ohraničené a slévají se, vybavuje si spíše pocity než konkrétní fakta. Nadále byla patrná značná emoční nestabilita a impulsivita, disharmonický vývoj osobnosti, zhoršené kognitivní schopnosti. Projevovaly se následky citové deprivace – touha po vztazích, které jsou ale značně povrchní a nestabilní, a nenaplnují její potřeby. Martina byla po nějaké době strávené u babičky a biologického otce nakonec umístěna do diagnostického ústavu a nyní probíhá soud o to, co s Martinou bude dál.

### 8.1.1 Shrnutí a diskuse části 1

Rozhovory na podkladě dotazníku (v prvních třech případech) přinesly zajímavé vhledy do prožívání respondentů, které by jinak bez cíleného zkoumání zůstaly alespoň z části neznámé. Relativně vysoký skóre respondentů v uvedených kazuistikách koresponduje s výskytem disociativních zážitků, tak, jak jsem jej měl možnost na základě rozhovoru a pozorování posoudit. Dva další (zde neuvedené) rozhovory nepřinesly zjištění, že by u respondentů bylo přítomno vážnější disociativní prožívání (skóre 2,2 a 0,7). V jednom případě měla respondentka s níž jsem vedl rozhovor velmi vysoký skóre (6,17). Časté u ní byly zážitky, kdy si nemohla vzpomenout, co chtěla dělat či jak se dostala tam, kde zrovna byla, často využívala schopnost přenést se v duchu někam zcela jinam, objevovaly se u ní nevysvětlitelné pocity, stavy, kdy je „mimo“ a nevnímá, co se děje kolem, možná i občasné stavy zmatenosti a transu. Rovněž sdělila, že má dodnes „vymyšlené kamarády“, se kterými si povídá, má je již od dětství. To je ve věku 21 let neobvyklé, ale celkově disociativní příznaky dle mého názoru neodpovídaly závažnosti naznačené skórem. Jeho výši možná ovlivnila určitá tendence respondentky vnímat hodnotu „5“ jako „trochu“, ale také je možné, že rozhovor neodhalil skutečnou závažnost disociace. K tomu by bylo zapotřebí provést podrobnější klinické

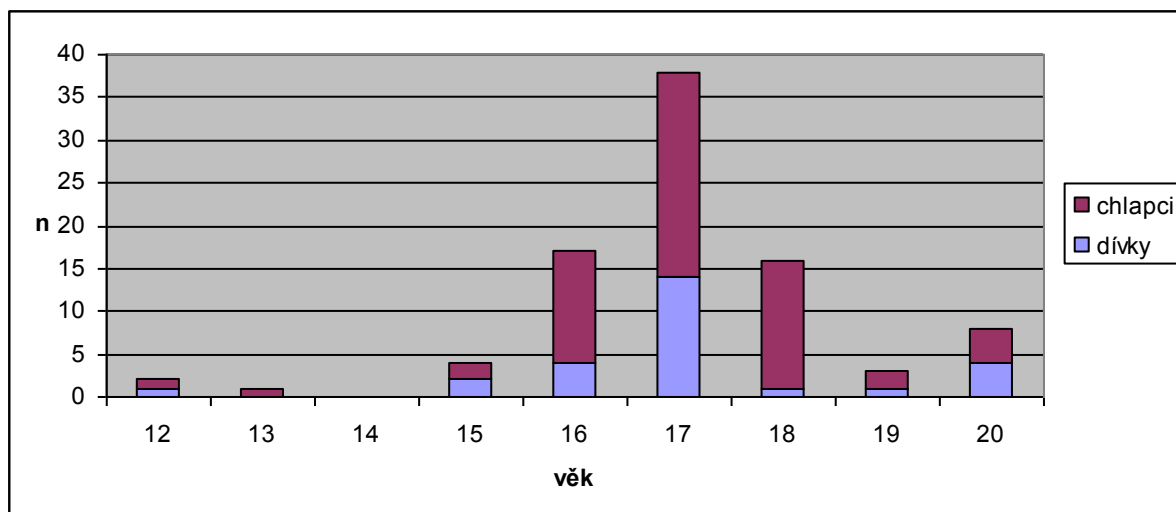
vyšetření a strukturovaný rozhovor zaměřený na disociaci. Další otázky, které se objevily v průběhu rozhovorů, jsou obdobné jako u jiných sebeposuzovacích dotazníků – jak respondenti rozumějí otázkám, jak by dotazník vyplnili v jiném stavu, situaci, věku, jak rozumí bodování – pro někoho je „5“ neutrální odpověď, jiný má naopak tendenci uvádět extrémní hodnoty. Celkově si ale myslím, že skóre A-DES ve výše uvedených případech správně poukázal na zvýšenou míru disociace. Osobně také považuji popsané případy za velmi názorné a alarmující. Do jaké míry se na stavu oněch tří mladých lidí podepsala institucionální péče a možná také neznalost problematiky disociace? Čtvrtá kazuistika ilustruje disociativní projevy u mladší klientky. Rád bych poukázal na jejich různorodost, množství a fakt, že vážně zasahují do všech oblastí jejího života. Vhodnou péčí a pobytem v bezpečném prostředí tyto disociativní příznaky ustoupily, ale rychle se po návratu do původních podmínek (návštěva domova o víkendu) vrátily. Je nasnadě, že v tomto případě by práce pouze s pacientkou bez působení na její rodinné prostředí nepřinesla pravděpodobně žádoucí efekt.

## **8.2 Část 2: Výzkum vlastností dotazníku A-DES**

Pro získání prvotních základních statistických informací o české verzi dotazníku A-DES byly analyzovány odpovědi respondentů srovnávacího souboru. Z celkového počtu 91 distribuovaných dotazníků bylo třeba dva vyřadit vzhledem k nesprávnosti a neúplnosti vyplnění. Jak již bylo uvedeno, soubor sestával převážně ze studentů SOU (maturitních i nematuritních oborů), z několika žáků základních škol a nižších ročníků VŠ.

### **8.2.1 Složení srovnávacího souboru podle pohlaví a věku**

Srovnávací soubor tvořilo celkem 89 respondentů (s platně vyplněnými dotazníky), toho 27 dívek (30%) a 62 chlapců (70%). Průměrný věk celého souboru činil 17,1 let (SD 1,50), a byl stejný pro dívky (SD = 1,73) i pro chlapce (SD = 1,41). Věkové rozpětí respondentů souboru bylo 12 – 20 let, přičemž skupina 16-ti, 17-ti a 18-ti letých tvořila 80% celého souboru. Počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích je znázorněn v grafu 1.



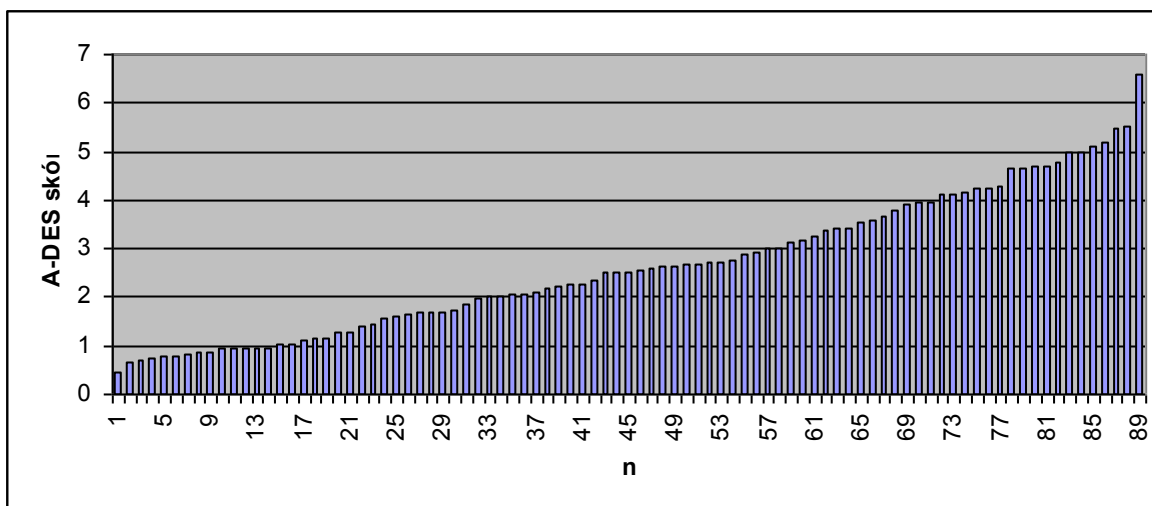
**Graf 1:** Počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích srovnávacího souboru

## 8.2.2 Výsledky

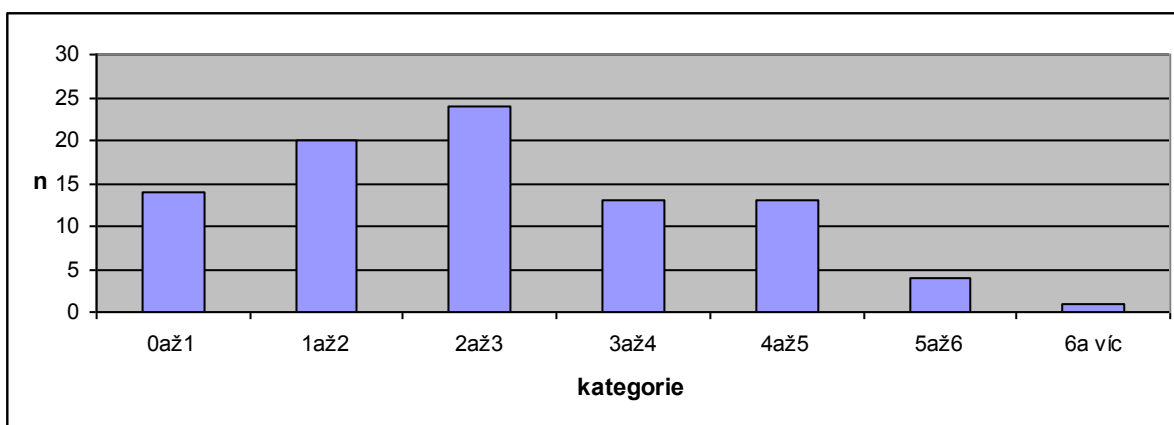
Průměrný skór všech respondentů srovnávacího souboru byl 2,64 (SD = 1,43). Dívky skórovaly v průměru o něco výše než chlapci (dívky: 2,86; SD = 1,49; chlapci: 2,54; SD = 1,40), ovšem rozdíl mezi průměrným skórem chlapců a dívek není na hladině 95% významný (bodově biseriální koeficient korelace, dvoustranný test:  $r = -0,104$ ;  $t = -0,975$ ;  $t$  (df 87; 97,5%)  $\cong -1,99$ ;  $p < 0,17$ ). Přehled údajů o věku a skóru je uveden v tab. 4. Rozložení skórů A-DES ve srovnávacím souboru zachycuje graf č. 2. Počet respondentů, kteří měli skór v určitém rozmezí (0-0,99; 1,0-1,99; etc. až 6 a víc) znázorňuje graf č. 3.

Srovnávací soubor	celý soubor	dívky	chlapci
N	89	27 (30%)	62 (70%)
průměrný věk (SD)	17,1 (1,50)	17,1 (1,73)	17,1 (1,41)
skór (SD)	2,64 (1,43)	2,86 (1,49)	2,54 (1,40)

**Tab 5:** Průměrný věk a skór srovnávacího souboru

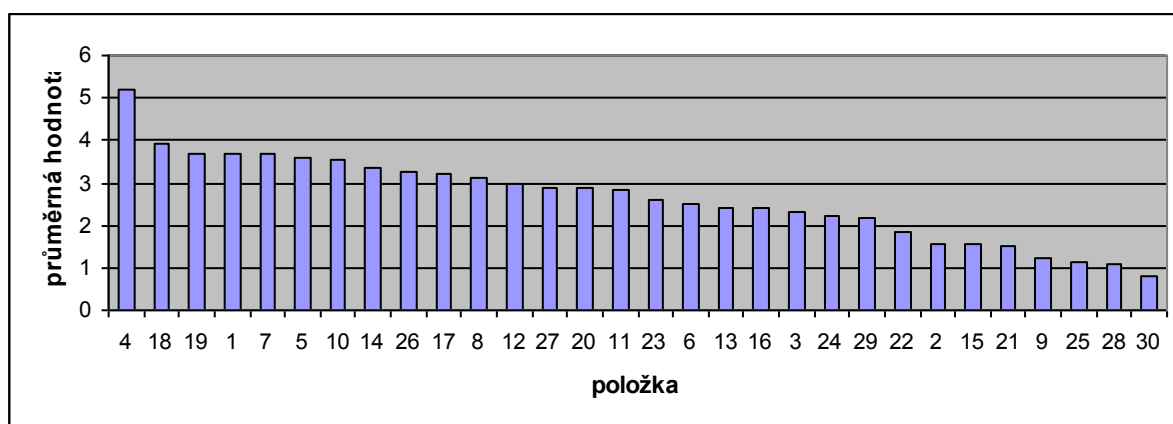


**Graf 2:** A-DES skóů respondentů srovnávacího souboru



**Graf 3:** Rozložení četností jednotlivých kategorií A-DES skóů (0-0,99; 1-1,99; etc. ), srovnávací soubor

Pro posouzení závislosti skóů na věku byli respondenti rozděleni do šesti věkových kategorií: 15 a méně, 16, 17, 18, 19 a 20 let. Tři účastníky ve věku 12, 12 a 13 let jsem zařadil do jedné kategorie spolu s patnáctiletými. Jednofaktorová analýza variance ukázala, že jednotlivé věkové kategorie se mezi sebou s ohledem na skóů na hladině 95% statisticky významně neliší ( $F = 1,56$ ;  $F(5,83;95\%) = 2,34$ ;  $p < 0,2$ ). Reliabilita dotazníku byla odhadnuta výpočtem vnitřní konzistence (Cronbach  $\alpha = 0,90$ ) a split-half reliability (Spearman-Brown  $r = 0,91$ ). Graf č. 4 ukazuje, jaký průměr měly jednotlivé položky dotazníku ve srovnávacím souboru. V průměru jednoznačně nejvyšších hodnot dosahovala položka č. 4 (Někdy mi něco velmi dobře jde a jindy nejsem tu samou věc vůbec schopen udělat), nejnižších položka č. 30 (Cítím, že mi moje tělo nepatří).



**Graf 4:** Průměrná hodnota odpovědi na jednotlivé položky ve srovnávacím souboru.

Dotazník A-DES má 4 teoreticky odvozené subškály (disociativní amnézie, absorpce a imaginativní zaujetí, zážitky pasivního ovlivňování /vměšování, depersonalizace a derealizace), poslední z nich obsahuje další dvě subškály (zážitky disociované identity, disociovaná vztahovost). Ačkoli zahraniční výzkumy ukázaly, že dotazník A-DES je jednofaktorový, uvádím v tab.5 i skóry jednotlivých subškál. Všechny subškály korelovaly statisticky významně ( $n = 89$ ;  $p < 0,01$ ) s celkovým skórem.

Subškála	průměrný skór	SD	korelace s celkovým skórem
Disociativní amnézie	2,51	1,73	0,87
Absorpce a imaginativní zaujetí	3,01	1,69	0,88
Zážitky pasivního ovlivňování /vměšování	3,45	2,03	0,90
Depersonalizace a derealizace	2,19	1,42	0,93
Zážitky disociované identity	1,80	1,65	0,85
Disociovaná vztahovost	3,00	2,15	0,61

**Tab. 6:** Průměrný skór v jednotlivých subškálách a jeho korelace s celkovým skórem (srovnávací soubor); všechny uvedené korelace jsou signifikantní ( $p < 0,01$ ).

### 8.2.3 Shrnutí a diskuse části 2

Vzorek respondentů srovnávacího souboru zahrnoval celé věkové rozpětí, pro které je dotazník A-DES určen, tj. cca 12 – 20 let, převažovali však 16-ti, 17-ti a 18-ti letí ( $N = 89$ , průměrný věk byl 17,1 let,  $SD 1,50$ ). Z hlediska vzdělání byli zastoupeni žáci základní školy, učebního oboru bez maturity, s maturitou a studenti vysoké školy. Ve skupině bylo 30 % dívek a 70 % chlapců. Průměrný skór A-DES byl 2,64 ( $SD = 1,43$ ), přičemž rozdíly mezi dívkami a chlapci ani rozdíly vzhledem k věku nebyly statisticky významné. Ukázalo se, že

reliabilita testu je velmi dobrá (Cronbach  $\alpha = 0,90$ , split-half reliabilita = 0,91). Zahraniční studie udávají skór vyšší než 4,0 jako indikátor patologické disociace. V našem vzorku jej překročilo 18 respondentů, tj. celých 20,2 %. To je velmi vysoké číslo. Např. v holandské studii to bylo jen 3,63 %, průměrný skór v této studii byl ovšem jen 1,27 (Muris et al., 2003; průměrný skór normální skupiny adolescentů ve Velké Británii byl 2,66, v Německu 1,75, v Turecku 2,4 (viz kap. 4.2.1)). Uvážíme-li ovšem, jak mnoho dětí zažije různé formy týrání nebo zneužívání (např. podle výzkumu sdružení Linka bezpečí (Mgr. Bosák, os. sdělení) je 70% dětí v naší republice psychicky týráno (vymezení dle definice Rady Evropy, Kanadského institutu pro výzkum rodiny a americké asociace APSAC) a tělesné týrání zažije (v závislosti na definici) 13 – 24% dětí; z 900 žen (v USA), s nimiž byly vedeny rozhovory, udala každá 4. že byla v dětství znásilněná a každá 3. sex. zneužitá (Russell, 1984; in Huber, 1995)), nemusí být možnost, že asi každé páté dítě trpí vážnými disociativními příznaky, překvapující. Výšku skóru by mohl ovlivnit i druh školy, kterou účastníci výzkumu studují, ačkoli zahraniční studie nezjistily signifikantní rozdíly ve skóru v závislosti na vzdělání (viz kap. 4.2.1). Zajímavá je otázka, do jaké míry se v případě „zlobivých“ žáků jedná o poruchu chování a do jaké jde o projevy následků traumatu (např. disociaci). Je možné, že na výběrových školách je takových žáků méně, předpokládal bych tedy, že jejich průměrný A-DES skór bude nižší. Tuto hypotézu jsem však v této práci nezkoumal.

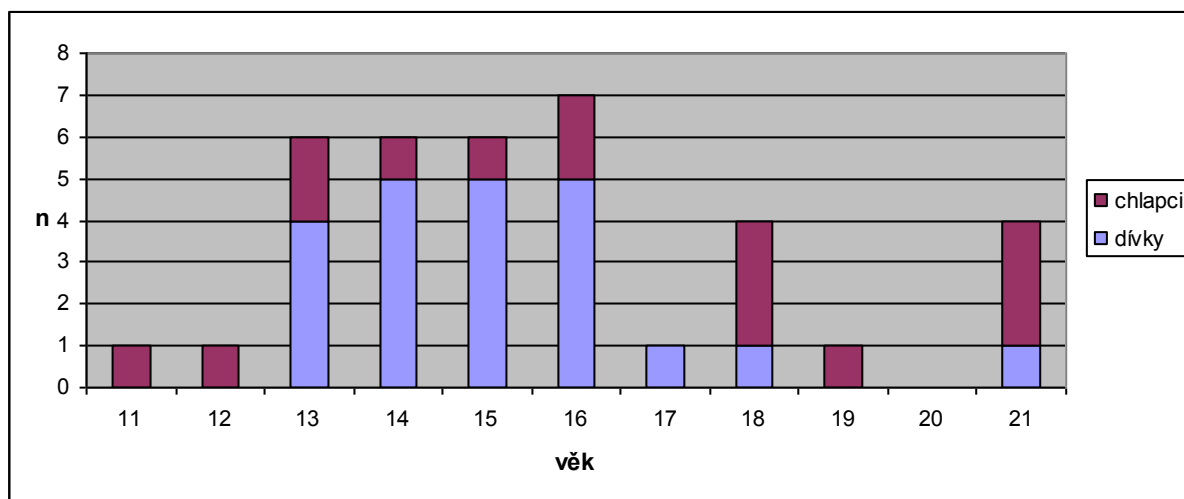
Validitu A-DES by bylo možné ověřit v rámci výzkumu s klinickou skupinou korelací s mírou disociace odhadnutou na základě klinického rozhovoru a dalších klinických metod. Určitou představu o tom co a jak dotazník A-DES měří můžeme získat i na základě kazuistik (kap. 7.1) a rozhovorů s dalšími respondenty. Nelze bohužel zjistit konvergentní validitu dotazníku A-DES s jinými nástroji na měření disociace, neboť takové nástroje se u nás zatím nepoužívají, ačkoli nyní se připravuje k publikaci český překlad SDQ-20, dotazníku na měření somatoformní disociace (Somatoform Dissociative Questionnaire; Nijenhuis et al., 1996). Z mého pohledu nejdůležitější zjištění je, že míra disociace u každého pátého respondenta srovnávacího souboru přesáhla hranici patologie. Tento fakt vyzývá k dalšímu zkoumání.

### 8.3 Část 3: Srovnání charakteristik disociace v klinickém a srovnávacím souboru

Cílem této části výzkumu bylo zjistit, zda a jak se liší populace adolescentních psychiatrických pacientů v míře disociace od srovnávacího, tj. neklinického souboru. Zjišťovaná data zahrnovala skóre v dotazníku A-DES, pohlaví, věk a u pacientů dětských psychiatrických oddělení i jejich diagnózy.

#### 8.3.1 Složení klinického souboru podle pohlaví a věku

Klinický soubor tvořilo 37 pacientů dětských psychiatrických oddělení (Motol, N = 21, Bohnice, N = 7) a klientů o.s. DOM (N = 9). Z nich bylo 22 dívek (59%) a 15 chlapců (41%). Průměrný věk klinického souboru byl 15,7 let (SD = 2,62), dívky byly v průměru o více než rok mladší (15,1 let, SD = 1,88) než chlapci (16,4 let, SD = 3,35). Věkové rozpětí tohoto souboru bylo 11 – 21 let. Domnívám se, že věkový rozdíl několika měsíců od věku, pro který je dotazník A-DES určen (toto rozpětí je 12 – 20 let, ale v různých studiích se liší), neovlivní spolehlivost zjištěných výsledků. Rozložení klinického souboru z hlediska věku je znázorněno v grafu 5.



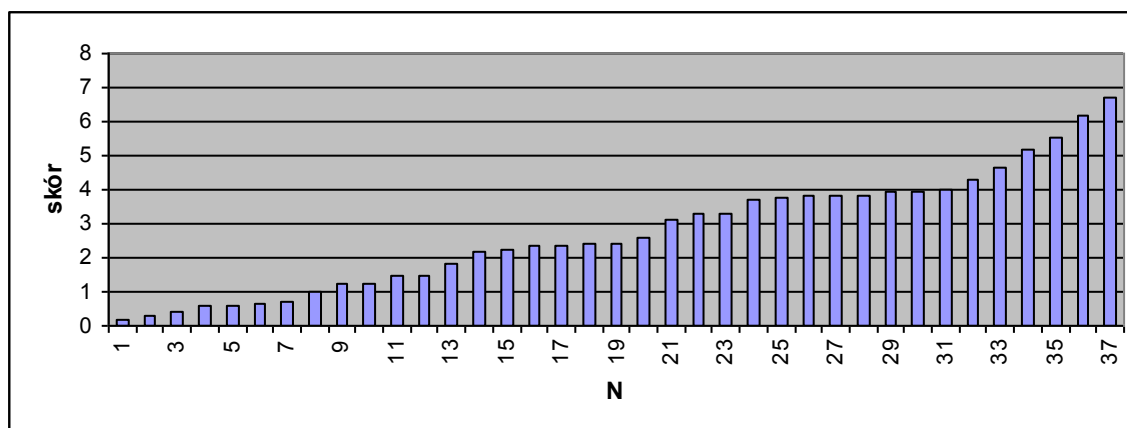
**Graf 5:** Počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích klinického souboru

### 8.3.2 Výsledky

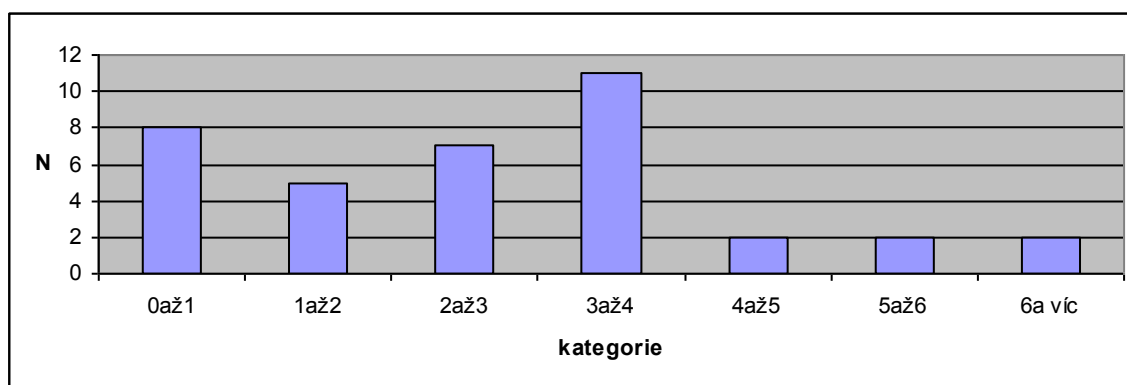
Průměrný skór respondentů v klinickém souboru byl 2,74 (SD = 1,72). Skór dívek (2,37; SD = 1,59) byl nižší než chlapců (3,27; SD = 1,81), na hladině významnosti 95% ovšem nelze zahrnout nulovou hypotézu, že se skór dívek a chlapců v základním souboru neliší (bodově biseriální koeficient korelace, dvojitraný test:  $r = 0,257$ ;  $t = 1,573$ ;  $t$  (df 35; 97,5%)  $\cong 2,03$ ;  $p < 0,06$ ). V tab.6 jsou uvedeny údaje o věku a skóru klinického souboru. Rozložení A-DES skórů je znázorněno v grafu č.6, četnosti jednotlivých kategorií skóru (0-0,99; 1,0-1,99 etc.) v klinické skupině jsou v grafu č. 7.

Klinický soubor	celý soubor	dívky	chlapci
N	37	22 (59%)	15 (41%)
průměrný věk (SD)	15,7 (2,62)	15,1 (1,88)	16,4 (3,35)
skór (SD)	2,74 (1,72)	2,37 (1,59)	3,27 (1,81)

**Tab 7:** Průměrný věk a skór klinického souboru



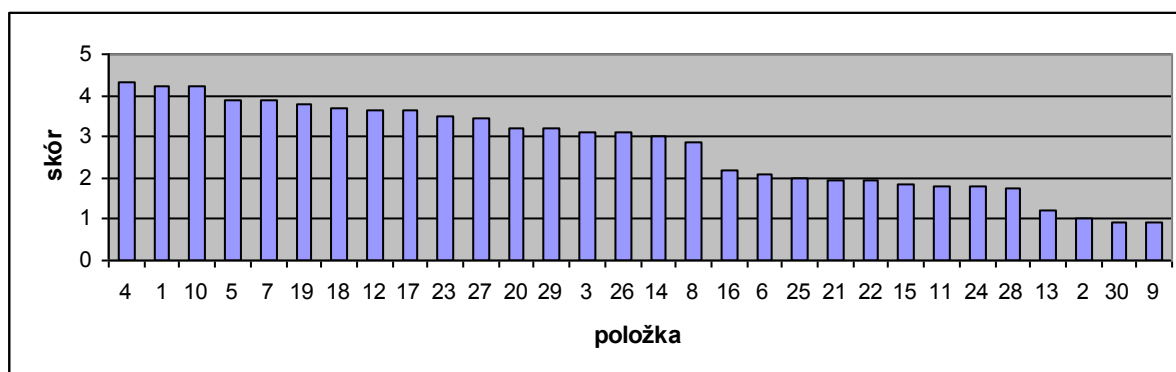
**Graf 6:** Rozložení skórů A-DES v klinické skupině



**Graf 7:** Rozložení četností jednotlivých kategorií A-DES skóru (0-0,99; 1-1,99; etc. ), klinický soubor

A-DES skóru respondentů klinického souboru koreluje s věkem statisticky signifikantně na hladině 95%, skóry s přibývajícím věkem rostou (jednofaktorová analýza variance věkových skupin 11 – 13, 14 – 15, 16 – 17, 18 – 19, 20 – 21 let:  $F = 3,86$ ;  $F(4, 32, 95\%) = 2,68$ ;  $p < 0,02$ ). Domnívám se, že tato tendence je způsobena nehomogeností klinického vzorku, kde klienti o.s. DOM byli v průměru výrazně starší (DOM: 19,4; ostatní: 14,4) a měli vyšší skóry (DOM: 4,14; ostatní: 2,28;  $p < 0,01$ ). Vyšší skór u klientů DOMu si nevysvětlují věkem, nýbrž odlišností charakteristik klientů DOMu jako skupiny (pobyt ve výchovných zařízeních, u všech přítomnost vážných traumat).

Průměrné hodnoty odpovědí na jednotlivé položky (součet všech odpovědí na danou položku dělený počtem respondentů) v klinickém souboru shrnuje graf 8. Nejvyšších hodnot dosahovaly položky 4, 1 a 10, nejnižších 2, 30 a 9. Průměrné skóry jednotlivých subškál dotazníku jsou spolu s jejich korelacemi s celkovým skórem uvedeny v tab.7. Všechny korelace jsou stejně jako u srovnávacího souboru statisticky významné ( $p < 0,01$ ).



**Graf 8:** Průměrná hodnota odpovědí na jednotlivé položky v klinickém souboru.

Subškála	průměrný skór	SD	korelace s celkovým skórem
Disociativní amnézie	2,65	2,21	0,87
Absorpce a imaginativní zaujetí	3,26	1,90	0,81
Zážitky pasivního ovlivňování /vměšování	3,36	2,11	0,85
Depersonalizace a derealizace	2,27	1,67	0,92
Zážitky disociované identity	2,29	2,25	0,68
Disociovaná vztahovost	2,71	2,07	0,75

**Tab. 8:** Průměrný skór v jednotlivých subškálách a jeho korelace s celkovým skórem (klinický soubor); všechny uvedené korelace jsou signifikantní ( $p < 0,01$ ).

Výzkum závislosti míry disociace na diagnóze byl proveden na malém vzorku, neboť pouze u 28 respondentů klinického souboru byly jejich diagnózy známy. Nejčastější diagnózy byly poruchy příjmu potravy (F 50.0, F 50.2; N = 10), poruchy chování (F 90, F 92; N = 10) a poruchy přizpůsobení (F 43; N = 5). Kromě nich měl jeden pacient diagnózu úzkostná porucha (F 40), jeden akutní psychotickou poruchu (F 23) a jeden těžkou depresivní epizodu (F 32.2). Tyto tři pacienty, kteří měli svoji diagnózu jako jediní, jsem do dalších výpočtů nezařadil. Jednofaktorová analýza variance ukázala, že uvedené diagnostické skupiny se mezi sebou s ohledem na skór v A-DES neliší ( $F = 0,67$ ;  $F(2,22;95\%) = 3,44$ ;  $p = NS$ ). V tab.8 je uveden přehled průměrných skóru jednotlivých diagnostických skupin a klinického a srovnávacího souboru.

Diagnóza / soubor	A-DES skór	SD
poruchy chování (F 90, F 92)	2,80	1,67
por. příjmu potravy (F 50)	2,06	1,34
por. přizpůsobení (F 43)	2,34	0,90
klinický soubor celkem	2,74	1,72
srovnávací soubor	2,64	1,43

**Tab.9:** Srovnání průměrných skóru diagnostických skupin a klinického a srovnávacího souboru

### 8.3.3 Porovnání klinického a srovnávacího souboru

Oba soubory se od sebe liší vzájemným poměrem pohlaví (30% dívek ve srovnávacím a 59% dívek v klinickém souboru), ale ani v jednom se neprojevila závislost skóru na pohlaví, můžeme tedy vliv pohlaví považovat za nevýznamný. Klinický a srovnávací soubor se statisticky významně liší věkovým průměrem (t-test pro střední hodnoty nezávislých výběrů:  $t = 3,02$ ,  $p < 0,01$ ), ale vzhledem k pravděpodobné nezávislosti skóru na věku ve srovnávacím souboru a také v souboru klinickém (viz výše, s ohledem na jeho nehomogenost) budou oba soubory srovnávat bez jeho zohlednění.

Rozdíl v průměrném A-DES skóru mezi klinickým (2,74; SD = 1,72) a srovnávacím souborem (2,64; SD = 1,43) není na hladině 95% významný (t-test pro střední hodnoty nezávislých výběrů: odhad společné standardní odchylky  $\sigma = 0,297$ ;  $t = 0,324$ ;  $z(0,95) = 1,645$ ;  $p < 0,37$ ).

Rozdíly průměrných skóre jednotlivých položek mezi klinickým a srovnávacím souborem nebyly výrazné. Klinický soubor měl vyšší skóre v položkách 29 (rozdíl oproti 1,03), 23 (rozdíl 0,89) a 25 (rozdíl 0,82), ve srovnávacím souboru měly vyšší průměrný skóre tyto položky: 13 (rozdíl 1,20), 11 (rozdíl 1,04), 4 (rozdíl 0,89).

### 8.3.4 Shrnutí a diskuse části 3

Vzorek respondentů klinického souboru sestával z 28 pacientů dětských psychiatrických oddělení a 9 klientů o.s. DOM, celkem z 37 osob. Průměrný věk byl 15, 7 (SD = 2,62), dívek bylo ve skupině 22 (59%), chlapců 15 (41%). Průměrný A-DES skóre v klinickém souboru činil 2,74 (SD = 1,72). Rozdíly ve skóre v závislosti na pohlaví nebyly signifikantní, rozdíly ve skóre v závislosti na věku signifikantní byly – starší respondenti měli v průměru vyšší skóre. Průměrné skóre klinického a srovnávacího souboru se statisticky signifikantně nelišily. Jednotlivé diagnostické kategorie (F 43, F 50, F 90 + F 92) se od sebe s ohledem na skóre A-DES také nelišily. Ve výzkumu závislosti skóre na diagnóze byli ovšem zahrnuti pouze pacienti psychiatrických oddělení, klienti o.s. DOM neměli oficiálně stanovenou diagnózu. Korelace subškál s celkovým skórem v obou souborech byly signifikantní. Vzhledem k opakovaně potvrzené jednofaktorové struktuře dotazníku (viz kap. 4.2.1) jsem ale skóre jednotlivých teoreticky odvozených subškál v dalších úvahách nezohlednil.

Zjištěný nárůst skóre s závislosti na věku spočívá pravděpodobně v nehomogenosti klinického vzorku. Klienti o.s. DOM totiž byli výrazně starší a měli vyšší skóre než ostatní respondenti. Zjištění, že se průměr skóre v klinickém souboru (v tomto výzkumu) neliší od souboru srovnávacího koresponduje i se zahraničními studiemi, které ukazují, že se skóre většiny „nedisociativních“ diagnóz (tj. nejedná se o např. disociativní poruchy nebo PTSD) od populačního průměru příliš neliší (viz kap. 4.2.1). Pakliže se liší, může se jednat o komorbiditu s disociativní poruchou (Katz, Gleaves, 1996), o vliv jiných faktorů (týrání a zneužívání v dětství; Hartt, Waller, 1998), o určité diagnostické podskupiny (např. mentální anorexie se záchvaty / bez záchvatů přejídání a vypuzování; Waller et al., 2003). Tyto okolnosti nebyly v této práci zkoumány.

Bližší rozbor struktury skóre v klinickém souboru poukazuje dle mého názoru na možnost, že v tomto vzorku byla (nediagnostikovaná) skupina adolescentů s vysokou mírou disociace, do níž by spadala většina klientů DOMu. Rozdělíme-li totiž klinický soubor na klienty DOMu a

ostatní, zjistíme, že skór vyšší než 3,5 mělo 78% klientů DOMu a jen 25% ostatních, skór nad 4,0 mělo 44% klientů DOMu a jen 7% ostatních. Průměr skórů „ostatních“ (2,28) byl dokonce o něco nižší než průměrný skór ve srovnávacím souboru (2,64), průměr skórů klientů DOMu naopak výrazně vyšší (4,14). Pravděpodobná příčina rozdílu je dána vyšším množstvím a závažností traumatických zážitků klientů DOMu a s tím související vyšší míra disociace.

Nedostatečný počet respondentů, heterogenita klinického vzorku a zastoupení pouze tří diagnostických kategorií nedovoluje vyvozovat z výsledků této části výzkumu obecně platné závěry. Do úvahy nutno vzít i možná odlišná diagnostická měřítka na různých odděleních, jež mohou ovlivnit srovnatelnost diagnóz. Také fakt, že až na jednu výjimku měli všichni chlapi diagnózu nějakého druhu poruchy chování, je z diagnostického hlediska zajímavý. Z mého pohledu důležitý výstup tohoto výzkumu je další doklad o tom, že existuje poměrně velká skupina dětí a adolescentů, jejichž skór překračuje hranice patologické disociace, tak jak je měřena dotazníkem A-DES (ilustraci poskytují kazuistiky v kap. 7.1). PhDr. Toužimská uvádí, že na oddělení dětské psychiatrie v Krči má zhruba 20% pacientů disociativní poruchu jako hlavní nebo dodatečnou diagnózu, cca 25% jeví disociativní symptomy. Její odhad je, že 80% dětí na oddělení zažilo týrání (os. sdělení). Není tedy pravda, že disociativní poruchy či závažná disociativní symptomatika je vzácná, právě naopak.

## **8.4 Shrnutí výsledků a diskuse empirické části**

### **Otázky**

Cílem empirické části bylo zkoumat vlastnosti české verze dotazníku A-DES, který měří disociaci u adolescentů. Zajímala mě především průměrná míra disociace v běžném neklinickém vzorku osob, závislost míry disociace na věku a pohlaví a reliabilita dotazníku. Dále mě zajímalo, jak se v míře disociace liší neklinický (srovnávací) soubor od souboru adolescentních psychiatrických pacientů a zda v rámci klinického souboru existují rozdíly mezi jednotlivými diagnostickými kategoriemi. Vzhledem k novosti tohoto nástroje jsem považoval za užitečné se podrobněji věnovat tomu, jak respondenti rozumějí otázkám, co si pod nimi představují, jak udaný skór odráží intenzitu a druh prožitku. Výzkum měl rovněž naznačit možné způsoby využití dotazníku v klinické a výzkumné praxi. Důležitou otázkou, zda skóry jednotlivých osob odpovídají skutečné závažnosti disociace, např. srovnáním

s výsledky klinického diagnostického rozhovoru nebo s jiným nástrojem měření disociace v adolescenci, jsem neměl možnost zkoumat, neboť takové nástroje neexistují a až na výjimky není diagnóza disociativní porucha dospívajícím pacientům udělována.

## **Metody**

Ke zjištění psychometrických vlastností dotazníku a míry disociace v různých skupinách byly analyzovány odpovědi 89 respondentů ve srovnávacím a 37 respondentů v klinickém souboru. Kromě věku a pohlaví respondenta byly u části klinického souboru (N = 28) připojeny i lékařské diagnózy. Se šesti respondenty z klinického souboru jsem vedl cca hodinové rozhovory, strukturované na základě položek dotazníku. Za použití dalších materiálů a pozorování vznikly kazuistiky, zaměřené na popis projevů disociace u těchto osob.

## **Výsledky**

Průměrný skóre ve srovnávacím souboru byl 2,64 (SD = 1,81). Nebyla nalezena závislost skóru na věku ani pohlaví respondentů a v rámci klinického souboru ani na diagnóze (poruchy přizpůsobení, poruchy příjmu potravy, poruchy chování). Průměrný skóre v klinickém souboru činil 2,74 (SD = 1,72), rozdíl ve skóre mezi klinickým a neklinickým souborem nebyl signifikantní. V klinickém i v neklinickém souboru bylo zhruba 20% respondentů, jejichž skóre přesahoval 4,0, což je udávaná hranice patologické disociace. Reliabilita dotazníku je velmi dobrá (Cronbach  $\alpha$  = 0,90, split-half reliabilita 0,91). Disociativní projevy popisované v rámci rozhovorů respondenty s vyšším skóre (3,9 a výše) byly poměrně závažné a dobře ilustrují zpracovávané téma disociace.

## **Nedostatky výzkumu**

Největším nedostatkem výzkumu je, že klinický vzorek nezahrnuje skupinu s diagnostikovanou disociativní poruchou. Diagnóza disociativní poruchy je dávana jen velmi zřídka a skupinu nebylo možno sestavit. Přitom korelace skóru s výsledkem klinického diagnostického rozhovoru je nejspolehlivějším způsobem ověření validity dotazníku. Rovněž nebyla zjišťována konvergentní validita dotazníku s jiným dotazníkem nebo nástrojem měřícím disociaci u adolescentů, není mi známo, že by takový nástroj byl používán (kromě standardních metod vyšetření, které ovšem nejsou přímo zacílené na disociativní symptomatiku). Na validitu naměřených hodnot lze tedy usuzovat jen nepřímou na základě rozhovorů s probandy a na základě zahraničních výzkumů. V dalším výzkumu by bylo možné spolu s dotazníkem A-DES administrovat jiné dotazníky (např. škálu traumatických zážitků) a

zjišťovat další údaje (míru závažnosti projevů poruchy, počet hospitalizací, počet různých přidělených diagnóz, popř. podrobnější demografické a osobní údaje) a zkoumat korelace mezi nimi. Dalším nedostatkem byla velikost klinického souboru a jednotlivých diagnostických skupin – byl příliš malý a jeho složení nehomogenní na to, aby se daly vyvozovat obecně platné závěry o míře disociace u jednotlivých diagnóz a u klinického souboru jako celku.

## **Diskuse**

Výstupy z předloženého výzkumu (kazuistiky, statistické údaje o dotazníku A-DES) naznačují, že disociativní poruchy a disociativní symptomy jsou jak u neklinické tak u klinické populace adolescentů poměrně běžným jevem. V kazuistické části popsané případy ilustrují disociativní prožívání a symptomy zkoumaných osob a ukazují, že disociace může závažným způsobem komplikovat sociální a pracovní fungování a snižuje kvalitu života postižených. Dotazník A-DES, předložený v českém překladu, je určen k měření disociace v adolescenci. Celkově lze říci, že se jedná o jednoduše použitelný nástroj s dobrou reliabilitou. Výsledky výzkumu této práce ukazují, že skór dotazníku nesouvisí s věkem ani s pohlavím respondentů, což potvrzují i výsledky zahraničních studií. Také se neprojevila korelace skóru s diagnostickými kategoriemi psychiatrických pacientů v klinickém vzorku. Ve studii však nebyla zkoumána skupina pacientů s disociativní poruchou. Tato práce slouží jako úvod k dalšímu zkoumání disociace u dětí a adolescentů a přináší první kvalitativní i statistické poznatky z použití dotazníku k jejímu měření. Myslím, že A-DES je využitelný v praxi, ať již v ordinaci (již se používá a zkušenosti s ním jsou velmi dobré; PhDr. Toužimská, os. sdělení) nebo jako výzkumný nástroj. Možné další výzkumy by se jednak mohly týkat míry disociativních projevů v běžné populaci s ohledem na podrobnější individuální a demografické údaje, na výskyt patologické disociace u jednotlivých diagnostických skupin (poruchy chování, poruchy příjmu potravy, atypické a smíšené poruchy různých okruhů), dále na míru disociace u klientů výchovných a diagnostických ústavů a případně i ve vězeních. Domnívám se, že vzhledem k souvislostem disociace s traumatem a k citlivosti tématu traumatických zážitků by dotazník A-DES mohl sloužit i jako indikátor možných přetrvávajících následků traumatu či přímo týrání či zneužívání dětí, ať již v rodinách či mimo ně.

## 9. Závěr

Disociací se lze zabývat na mnoha úrovních a z mnoha pohledů. Její projevy sahají od běžných každodenních zážitků až po ty nejvážnější psychopatologické poruchy. Z historického hlediska zastupuje jednu z prvních známých psychologických poruch – hysterii. Disociativní fenomény napovídají mnoho o mechanismech fungování mozku a vztahují se prakticky ke všem oblastem obecné psychologie (vnímání, vědomí a pozornost, paměť a učení, vůle a motivace atd.). Poznatky zkoumání disociativních procesů jsou užitečné v dalších oborech psychologie – ve vývojové a sociální psychologii, v psychologii osobnosti, mohou být relevantní pro školní a forenzní psychologii a samozřejmě se jimi zabývá klinická psychologie a psychiatrie. Disociace je úzce spojena s traumatem a z tohoto hlediska přesahuje svým významem pouze odborné pole a na důležitosti nabývají aspekty etické, společenské, politické. Oběti již sice nejsou obviňovány z čarodějnictví a posedlosti d'áblem, ale týrání a zneužívání dětí zůstává celospolečenským problémem a to, jak se k jeho prevenci a řešení staví společnost, je problémem politickým. Nijak nezakrývám svůj kritický postoj ke státním formám péče o tyto děti v naší republice. Současná situace není však zcela beznadějná – vznikají například projekty profesionální pěstounské péče. O zanedbávané a týrané děti se podle těchto projektů budou po dobu nezbytně nutnou starat profesionální pěstouni, kteří prošli výcvikem, jsou supervidováni, je jim dostupná odborná pomoc a jsou po materiální stránce dostatečně zajištěni (např. projekt NaTaMa).

V teoretické části předložené práce jsem se pokusil stručně shrnout z mého pohledu nejdůležitější poznatky o disociaci. Zaměřil jsem se přitom na jejich praktickou využitelnost a pohyboval se především na poli klinické psychologie. Smyslem výzkumu v empirické části bylo vyzkoušet použití české verze dotazníku A-DES v praxi. Dotazník se ukázal jako jednoduchý a reliabilní nástroj, jenž může být využit jak k výzkumným tak ke klinickým účelům. Ač původně určen pro screening patologické disociace, jeho využití jako podkladu pro rozhovor může přinést množství užitečných diagnostických informací. Pro další ověření vlastností dotazníku je ovšem třeba dalších výzkumů, týkajících se především srovnání skupin s disociativní poruchou (diagnostikovanou na základě klinického interview) a bez ní a pak také srovnání skupin pacientů s různými poruchami.

Hlavní důvod, proč jsem zvolil disociaci jako téma diplomové i rigorózní práce, byla skutečnost, že jsem se kolem sebe setkával s jejími projevy a viděl, jak často zůstávají postižení nepochopeni, jsou odsuzováni a „převychováváni“ a jak těžký je jejich život. Doufám, že tato práce bude sloužit k šíření poznatků o disociaci a že dotazník A-DES najde cestu k odborníkům, kteří pracují s dětmi a dospívajícími. Při psaní jsem vycházel převážně ze zahraniční literatury, neboť českých prací na toto téma je velmi málo. Věřím ovšem, že se tento stav změní - nezodpovězených otázek týkajících se disociace a práce na tomto poli zůstává ještě mnoho.

## Literatura

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34,1995, 1386-1402.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC, Author, 1994.
- Armstrong J.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B., Libero, D.Z., Smith, S.R.: Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 1997, 491-497.
- Bernstein, E.M., Putnam, F.W.: Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 1986, 727-735.
- Bliss, E.L.: A symptom profile of patients with multiple personalities, including MMPI results. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 1984, 197-202.
- Boat, B.W.: Caregivers as surrogate therapists in treatment of a ritualistically abused child. In Friedrich, W.N. (Ed.): *Casebook of sexual abuse treatment*. New York, Norton, 1992.
- Bob, P.: Disociativní procesy a jejich měření. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 96, 2000, 301-309.
- Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., Resch, F.: Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 2000, 71-77.
- Butler, L.D., Duran, R.E.F., Jasiukaitis, P., Koopman, C., Spiegel, D.: Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Festschr. Suppl.),1996, 42-63.
- Chu, J.A., Dill, D.L.: Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990, 887-892.
- Coons, P.M.: Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 1994, 461-464.
- Coons, P.M., Fine, C.G.: Accuracy of the MMPI in identifying multiple personality disorder. *Psychological Reports*, 66, 1990, 831-834.
- Davies, M., Humphreys, G.W. (Eds.): *Consciousness. Psychological and philosophical essays*. Oxford, Blackwell, 1993.
- Dell, P.F.: Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 2002, 10-15.

- Demos, E.V.: Resiliency in infancy. In Dugan, T.F., Coles, R. (Ed.): *The child in our times*. New York, Brunner/Mazel, 1989, 2-22.
- Donovan, D.M., McIntyre, D.: *Healing the hurt child*. New York, Norton, 1990.
- Ellason, J.W., Ross, C.A., Fuchs, D.L.: Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59, 1996, 225-265.
- Farber, B.M.: Übertragung, Gegenübertragung und Gegenwiderstand bei der Behandlung von Opfern von Traumatisierungen. *Hypnose und Kognition*, 12, 1995, 69-83.
- Farrington, A., Waller, G., Neiderman, M., Sutton, V., Chopping, J., Lask, B.: Dissociation in adolescent girls with anorexia: Relationship to comorbid psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 2002, 746-751.
- Farrington, A., Waller, G., Smerden, J., Faupel, A.W.: The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric properties and difference in scores across age groups. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 2001, 722-727.
- Fiedler, P.: *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung*. Weinheim, Beltz, 2001.
- Fiedler, P.: *Dissoziative Störungen*. Göttingen, Hogrefe, 2002.
- Frankel, F.H.: Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990, 823-829.
- Frankel, F.H.: Dissociation: The clinical realities. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Festschr. Suppl.), 1996, 64-70.
- Freud, S., Breuer, J.: *Studies on hysteria. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London, Hogarth, sv. 2, orig. 1895.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C.: Psychoanalytisch orientierte Therapie bei dissoziativen Störungen. in: Senf, W., Broda, M. (Eds.): *Praxis der Psychotherapie (2. Aufl.)*. Thieme, Stuttgart, 2000.
- Frör, K.: *Dissoziative Identitätsstörung – eine polysymptomatische Störung? Eine Validierungsstudie mit dem SIDDS*. Diplomová práce, Philipps Universität Marburg, 2000.
- Gast, U., Oswald, T., Zündorf, F., Hofmann, A.: *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen (SKID-D)*. Göttingen, Hogrefe, 1999.
- Gershuny, B.S., Thayer, J.F.: Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 19, 1999, 631-657.

- Gleaves, D.H., Williams, T.L., Harrison, K., Cororve, M.B.: Measuring dissociative experiences in a college population: A study of convergent and discriminant validity. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 2000, 43-57.
- Herman, J.L.: Trauma a uzdravenie. Bratislava, Aspekt, 2001.
- Hornstein, N.L., Putnam, F.W.: Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1992, 1077-1085.
- Hort, Vl., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha, Portál, 2000.
- Huber, M.: Multiple Persönlichkeiten: Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch. Frankfurt a.M., Fischer, 1995.
- Irwin, H.J.: Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 1994, 456-460.
- Irwin, H.J.: Traumatic childhood events, perceived availability of emotional support, and the development of dissociative tendencies. *Child Abuse and Neglect*, 20, 1996, 701-707.
- ISSD – International Society for the Study of Dissociation: Guidelines for the evaluation and treatment of dissociative symptoms in children and adolescents. Northbrook, IL, Author, 2003.
- Kapfhammer, H.P., Dobmeier, P., Ehrentraut, S., Rothenhäusler, H.B.: Trauma und Dissoziation – eine neurobiologische Perspektive. *Psychotherapie*, 6, 2001, 114-129.
- Kennerley, H.: Cognitive therapy of dissociative symptoms associated with trauma. *The British Journal of Clinical Psychology*, 35, 1996, 325-340.
- Kernberg, O.F.: Borderline conditions and pathological narcissism. New York, Aronson, 1975.
- Kernberg, O.F.: Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie, 3, 1999, 5-15.
- Kersting, A., Reutemann, M., Gast, U., Ohrmann, P., Suslow, T., Michael, N., Arold, V.: Dissociative disorders and traumatic childhood experiences in transsexuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 2003, 182-189.
- Kluft, R.P.: Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153 (Festschr. Suppl.), 1996, 103-110.
- Langmeier, J., Matějček, Z.: Psychická deprivace v dětství. 3. vyd. Praha, Avicenum, 1974.
- Lussier, R.G., Steiner, J., Grey, A., Hansen, C.: Prevalence of dissociative disorders in an acute care day hospital population. *Psychiatric Services*, 48, 1997, 244-246.

- Meichenbaum, D.: Behandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen: Ein konstruktiv-narrativer Ansatz. *Verhaltenstherapie*, 9, 1999, 186-189.
- Merckelbach, H., Horselenberg, R., Muris, P.: The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): a brief self-report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences*, 31, 2001, 987-995.
- Masson, J.M.: Was hat man dir, du armes Kind, getan? Sigmund Freuds Unterdrückung der Verführungstheorie. Hamburg, Rowohlt, 1984.
- Mitchell, S.A., Blacková, M.J.: Freud a po freudovi. Praha, Triton, 1999.
- Muris, P., Merckelbach, H., Peeters, E.: The links between the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES), fantasy proneness, and anxiety symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 2003, 18-24.
- Myers, C.S.: Shell-shock in France 1914-1918. Cambridge, Cambridge University Press, 1940.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., Vanderlinden, J.: The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 1996, 688-694.
- Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., Vanderlinden, J.: The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 1997, 311-318.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., Steele, K.: Trauma-related Structural dissociation of the Personality. Trauma Information website ([www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm](http://www.trauma-pages.com/nijenhuis-2004.htm)), 2004.
- Perry, B.D.: Violence and childhood: How perssisting fear can alter the developing child's brain. [www.childtrauma.org](http://www.childtrauma.org), 2001.
- Pica, M., Beere, D., Lovinger, S., Dush, D.: The responses of dissociative patients on the Thematic Apperception Test. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 2001, 847-864.
- Prohl, J., Resch, F., Parzer, P., Brunner, R.: Relationship between dissociative symptomatology and declarative and procedural memory in adolescent psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 2001, 602-607.
- Putnam, F.W.: Dissociation in children and adolescents. A developmenal perspective. New York, Guilford, 1997.
- Putnam, F.W., Carlson, E.B., Ross, C.A., Anderson, G., Clark, P., Torem, M., Bowman, E.S., Coons, P., Chu, J.A., Dill, D.L., Loewenstein, R.J., Braun, B.G.: Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 1996, 673-679.

- Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., Post, R.M.: The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(6), 1986, 285-293.
- Putnam F.W., Helmers K., Trickett P.K.: Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect*, 17, 1993, 731-741.
- Putnam F.W., Peterson G.: Further validation of the Child Dissociative Checklist. *Dissociation*, 7, 1994, 204-211.
- Resch, F., Brunner, R., Parzer, P.: Dissoziative Mechanismen und Persönlichkeitsentwicklung. In: Klosterkötter, J (Ed.): *Frühdiagnostik und Frühbehandlung*, Berlin, Springer, 1998, 125-141.
- Roelofs, K., Keijsers, G.P.J., Hoogduin, K.A.L., Näring, G.W.B., Moene, F.C.: Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2002, 1908-1913.
- Ross, C.A.: *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York, Wiley, 1989.
- Ross, C.A.: *Dissociative identity disorder*. New York, Wiley, 1997.
- Ross, C.A., Anderson, G., Fleisher, W.P., Norton, G.R.: The frequency of multiple personality disorder among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, 1717-1720.
- Ross, C.A., Joshi, S., Currie, R.: Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990, 1547-1552.
- Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G.A., Anderson, G.: Structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1990, 596-601.
- Russell, D. E. H.: *Sexual exploitation: Rape, child sexual abuse and sexual harassment*. Beverly Hills, Sage, 1984.
- Sanders, B., Giolas, M.H.: Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, 50-54.
- Saxe, G.N., van der Kolk, B.A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J.: Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1993, 1037-1042.
- Schacter, D.L.: *Searching for memory. The brain, the mind, and the past*. New York, Basic Books, 1996.
- Shallice, T.: *From neuropsychology to neural structure*. Cambridge, Cambridge University Press, 1988.

- Shapiro, F.: EMDR 12 years after its introduction: Past and future research. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 2002, 1-22.
- Shapiro, F., Maxfield, L.: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 58, 2002, 933-946.
- Shapiro, J.P.: Interviewing children about psychological issues associated with sexual abuse. *Psychotherapy*, 28, 1991, 55-66.
- Silberg, J.L.: Dissociative symptomatology in children and adolescents as displayed on psychological testing. *Journal of Personality Assessment*, 71(3), 1998, 421-439.
- Silberg, J.L., Stipic, J., Taghizadeh, F.: Dissociative disorders in children and adolescents. In: Noshpitz, J.D., Flaherty, L.T., Sarles, R.M. (Eds.): *Handbook of child and adolescent psychiatry*. Vol. 3: Adolescence: Development and syndromes. New York, Wiley, 1997.
- Smith, S.R., Carlson, E.B.: Reliability and validity of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 9, 1996, 125-129.
- Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. revidované vydání. Praha, Maxdorf, 2002.
- Spiegel, D., Cardeña, E.: Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 1991, 366-378.
- Spiegel, H.: The dissociation-association continuum. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 136, 1963, 374-378.
- Spitzer, C., Freyberger, H.J., Kessler, C.: Hysterie, Dissoziation und Konversion. Eine Übersicht zu Konzepten, Klassifikation und diagnostischen Erhebungsinstrumenten. *Psychiatrische Praxis*, 23, 1996, 63-68.
- Spitzer, C., Freyberger, H.J., Stieglitz, R.D., Carlson, E.B., Kuhn, G., Magdeburg, N., Kessler, C.: Adaptation and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experience Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 1998, 799-809.
- Spitzer, C., Haug, H.J., Freyberger, H.J.: Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30, 1997, 67-75.
- Steinberg, A., Steinberg, M.: Systematic assessment of multiple personality disorder in an adolescent who is blind. *Dissociation*, 7, 1994, 117-128.
- Steinberg, L., Morris, A.S.: Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, 83-110.
- Steinberg, M.: *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised (SCID-D)*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1994.
- Steinberg, M., Steinberg, A.: Systematic assessment of MPD in adolescents using the SCID-D: Three case studies. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59, 1995, 221-251.

- Steingard, S., Frankel, F.: Dissociation and psychotic symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1985, 953-955.
- Svoboda, M.(ed.), Krejčířová, D., Vágnerová, M.: *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha, Portál, 2001.
- Svobodová, M., Vrtbovská, P. (Ed.), Bártová, D. a kol.: *Zpráva o stávajícím stavu náhradní výchovné péče o děti a mládež bez rodinného zázemí v České republice (2001)*. Praha, DOM, 2002.
- Terr, L.C.: Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1991, 10-20.
- Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, V., Vertommen, H., Verkes, R.J.: The Dissociation Questionnaire: Development and characteristics of a new self-reporting questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 1993, 21-27.
- Vizinová, D. Preiss, M.: *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha, Portál, 1999.
- Waller, N.G., Putnam, F.W., Carlson, E.B.: Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 1996, 300-321.
- Waller, N.G., Ross, C.A.: The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: Taxometric and behavior genetic findings. *Psychological Methods*, 2, 1997, 499-510.
- Waterbury, M.: Dissociative disorders in 170 abused inner city children. Referát prezentovaný na 8. mezinárodní konferenci o disociativních stavech mnohočetné osobnosti, Rush Presbyterian – St. Luke’s Medical Center, Chicago, 1991.
- Wewetzer, Ch., Warnke, A.: Differentialdiagnose einer “Konversionsstörung”. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(1), 1999, 221-226.
- Wolff, P. H.: *The development of behavioral states and the expression of emotions in early infancy*. Chicago, University of Chicago Press, 1987.
- Zoroglu S.S., Sar V., Tuzun U., Tutkun H., Savas H.A.: Reliability and validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale. *Psychiatry Clinics and Neuroscience*, 56(5), 2002, 551-556.
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Zakriski, A., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., Simpson, E.: Stressors and close relationships during childhood and dissociative experiences in survivors of sexual abuse among inpatient psychiatric women. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 1995, 207-212.
- K vyhledání relevantních informací a článků jsem využil následující internetové vyhledávače: Biblioline, MedLine, Ovid, ProQuest, PsycIndex, PsycInfo, PsycLit, ZPID a internetové stránky [www.issd.org](http://www.issd.org) , [www.sidran.org](http://www.sidran.org) , [www.trauma-pages.com](http://www.trauma-pages.com) , a [www.childtrauma.org](http://www.childtrauma.org) .

## Přílohy

### Obsah

- I. Seznam tabulek
- II. Seznam grafů
- III. Škála disociativních zážitků (A-DES-F, ženy)
- IV. Škála disociativních zážitků (A-DES-M, muži)
- V. Child Dissociative Checklist (CDC)

#### I. Seznam tabulek

- Tab.1: „Hysterie“ v MKN-10 a v DSM-IV (s. 9)
- Tab.2: Kontinuum adaptivních reakcí na stres (s.31)
- Tab.3: Střední hodnoty a standardní odchylky skóre A-DES v různých skupinách adolescentů (s. 37)
- Tab.4: Střední hodnoty a standardní odchylky skóre CDC v různých věkových a diagnostických skupinách (s. 39)
- Tab.5: Průměrný věk a skór srovnávacího souboru (s. 74)
- Tab.6: Průměrný skór v jednotlivých subškálách a jeho korelace s celkovým skórem (srovnávací soubor) (s. 76)
- Tab 7: Průměrný věk a skór klinického souboru (s. 79)
- Tab.8: Průměrný skór v jednotlivých subškálách a jeho korelace s celkovým skórem (klinický soubor) (s. 80)
- Tab.9: Srovnání průměrných skóre diagnostických skupin a klinického a srovnávacího souboru (s. 81)

#### II. Seznam grafů

- Graf 1: Počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích srovnávacího souboru (s. 74)
- Graf 2: A-DES skóre respondentů srovnávacího souboru (s. 75)
- Graf 3: Rozložení četností jednotlivých kategorií A-DES skóre (0-0,99; 1-1,99; etc. ), srovnávací soubor (s. 75)
- Graf 4: Průměrná hodnota odpovědí na jednotlivé položky ve srovnávacím souboru (s. 76)
- Graf 5: Počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích klinického souboru (s. 78)
- Graf 6: Rozložení skóre A-DES v klinické skupině (s. 79)

Graf 7: Rozložení četností jednotlivých kategorií A-DES skóru (0-0,99; 1-1,99; etc. ),  
klinický soubor (s. 79)

Graf 8: Průměrná hodnota odpovědí na jednotlivé položky v klinickém souboru (s. 80)