

Dotazník Škála disociativních zážitků pro adolescenty

PhDr. Jan Soukup¹, prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.,² Mgr. Aleš Kuběna³, MUDr. Viera Mikolajová⁴

¹Oddělení léčby závislostí VFN, Praha

²Psychiatrická klinika 1. LF UK VFN, Praha

³Oddělení sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK, Hradec Králové

⁴Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK v Motole, Praha

Dotazník Škála disociativních zážitků pro adolescenty (A-DES) je určený pro screening patologické disociace u dospívajících. Česká verze dotazníku má velmi dobré psychometrické vlastnosti, samotný dotazník ale nedostačuje ke stanovení či vyloučení diagnózy disociativní poruchy. Článek shrnuje výsledky české validizační studie a dává návod na praktické využití dotazníku v klinické praxi i při výzkumu. Autoři doporučují screening disociace u adolescentních pacientů s komplexnějšími behaviorálními poruchami, poruchami kontroly impulzů, s ADHD nebo s traumatickými zážitky v anamnéze.

Klíčová slova: A-DES, disociace, ADHD, adolescence.

The Czech version of the Adolescent Dissociative Experiences Scale

The Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) is a measure for screening of the pathological dissociation in adolescents. The Czech version has very good psychometric characteristics, but the scale itself is not sufficient for stating or ruling-out the clinical diagnosis of a dissociative disorder. The article summarizes findings of the validation study in Czech Republic and gives practical advices for the use of the scale in clinical practice and in research. The authors recommend to screen for dissociation adolescents suffering from more complex behavioral disturbances, with impulse dyscontrol, ADHD or history of traumatic experiences.

Key words: A-DES, dissociation, ADHD, adolescents.

Psychiat. pro Praxi 2009; 10(6): 276–279

Úvod

Disociativní symptomy, mezi něž patří epizody ztráty kontaktu s realitou, depersonalizace, poruchy čítí včetně analgezie, amnézie, narušení prožitku vlastní identity apod., nebývají (s výjimkou motorických příznaků, jako jsou poruchy hybnosti nebo křeče) na první pohled patrné. Postižení je buď považují za něco obvyklého, co mají i druzí lidé, případně se za ně stydí a skrývají je, ačkoli mohou významně zhoršovat kvalitu jejich života. Často teprve přímá otázka odhalí přítomnost a skutečnou závažnost těchto symptomů. Je prokázáno, že disociativní symptomy často jsou přetrvávající reakcí na traumatické události v dětství a že souvisí s dalšími projevy – se sebeponižováním a obecně zhoršenou schopností kontroly impulzů, narušenou schopností navazovat a udržet vztahy, potřebou kontroly, obsedantními myšlenkami, úzkostmi, potížemi se soustředěním a s pamětí, somatizačními potížemi apod. (1–5).

Dotazník A-DES

Dotazník A-DES je screeningový sebesposuzovací dotazník určený pro měření frekvence a závažnosti disociativních zážitků u adolescentů. Byl vytvořen týmem pod vedením J. Armstrongové, F. Putnama a E. Carlsonové a spolu s prvními validizačními studiemi publikován v roce 1997 (6). Kromě

screeningu normální a patologické disociace v období dospívání (v rozmezí věku zhruba 11–20 let) je dotazník především vhodný jako podklad pro strukturovaný diagnostický rozhovor. Dále jej lze využít pro zkoumání průběhu výskytu disociativních symptomů během léčby, pro výzkumné účely, k posouzení podílu disociace na symptomech různých psychiatrických onemocnění. Samotný skóre dotazníku však není dostatečný pro stanovení nebo vyloučení diagnózy disociativní poruchy.

Odpovědi na 30 položek dotazníku se nanášejí na 11bodovou 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. Téma otázek odpovídají věku 11–18 let, vyplnění dotazníku trvá cca 10–15 minut. Česká verze dotazníku má dvě varianty, pro dívky a pro chlapce (F a M), liší se pouze gramatickými tvary slov. Celkový A-DES skóre je průměrem z odpovědí na jednotlivé položky a pohybuje se v rozmezí 0 až 10. Průměrný skóre 4,0 (1), respektive 3,7 (19) je hranicí pro patologickou disociaci.

Položky dotazníku A-DES zkoumají následující oblasti:

1. disociativní amnézie (položky 2, 5, 8, 12, 15, 22)
2. absorpce a imaginativní zaujetí, včetně zmaření mezi realitou a fantazií (položky 1, 7, 10, 18, 24, 28)
3. zážitky pasivního ovlivňování/vměšování (ztráta volní kontroly nad vlastním tělem a vnímáním; položky 4, 14, 16, 19, 23)
4. depersonalizace a derealizace (pocit oddělenosti od vlastního těla a světa; položky 3, 6, 9, 11, 13, 17, 20, 21, 25, 26, 29, 30); efekt depersonalizace zachycují i položky zaměřené na zážitky disociované identity (pocit oddělenosti od částí sebe, včetně pocitu, že prožívané pocity a chování nejsou moje; č. 3, 9, 21, 29) a na disociovanou vztahovost (pocit, že mezilidské vztahy jsou nevypočitatelně proměnlivé a neoprávněné; č. 11, 20, 26).

Uvedené projevy se řadí mezi symptomy tzv. psychoformní disociace. Dotazník A-DES nezahrnuje položky týkající se disociace somatoformní (poruchy čítí, vnímání bolesti, pohybu, mluvení, vidění či slyšení), což je odlišný, ale s psychoformní disociací diagnosticky i konceptuálně vysoce korelující koncept.

Dotazník A-DES má velmi dobrou vnitřní konzistenci, test-retestovou stabilitu, byla prokázána

jeho validita v různých kulturních prostředích (7–10) a je jednofaktorový (8, 11, 12). Většina studií neprokázala rozdíly v průměrných skórech s ohledem na věk a pohlaví účastníků (6, 7, 9, 12). V žádné studii také nebyly nalezeny rozdíly ve skórech v souvislosti s typem navštěvované školy nebo místem bydliště. Dotazník A-DES dobře rozlišuje pacienty s mnohočetnou poruchou osobnosti a disociativní poruchou blíže nespecifikovanou (DDNOS; diagnostika podle DSM-IV) od pacientů s jinými diagnózami (6, 10) a skóry jsou signifikantně vyšší u pacientů s historií zneužívání (3, 6, 7, 9, 13) a u těch, kde se vyskytuje suicidální chování a sebepoškozování (2, 9). Průměrné A-DES skóry zjištěné v různých diagnostických skupinách pacientů v původní studii Armstrongové a kol. (6) a studii z Turecka (10) shrnuje tabulka 1.

Výzkum A-DES v ČR

Výzkum autorů tohoto článku na 653 žácích českých základních a středních škol a učilišť a 162 pacientech českých psychiatrických klinik a oddělení v letech 2006–2008 přinesl následující základní zjištění (uvádíme shrnutí, pro podrobné informace viz (9)).

- V souboru reprezentativním pro českou populaci adolescentů nebyly podle očekávání nalezeny signifikantní rozdíly v A-DES skórech s ohledem na věk (s výjimkou t-testu), místo bydliště nebo typ navštěvované školy (tabulka 2).
- Česká verze dotazníku A-DES je vnitřně konzistentní (Cronbach $\alpha = 0,92$), má velmi dobrou split-half reliabilitu ($r = 0,87$) a 3týdenní test-retestovou reliabilitu ($r = 0,83$).
- Skór dotazníku A-DES vysoce koreluje (Spearmanovo $\rho = 0,581$, $p < 0,001$) s dotazníkem na měření somatoformní disociace (SDQ-20).
- Průměrný A-DES skór neklinického souboru adolescentů ($n = 653$) byl 2,02, 9,2 % ($n = 60$) účastníků skórovalo nad 4,00, hranici patologické disociace.
- Bylo zjištěno, že průměrný skór účastníků výzkumu v klinickém vzorku (pacientů psychiatrických oddělení pro děti a dospívající) se zážitkem traumatu byl téměř dvojnásobný ve srovnání s těmi, v jejichž propouštěcích zprávách o takovém zážitku zmínka nebyla (zážitek násilí: $n = 14$, průměr = $4,42 \pm 2,18$; bez zážitku násilí: $n = 148$, průměr = $2,49 \pm 1,63$; Wilcoxon $p = 0,001$).
- Míra disociace byla signifikantně vyšší ve skupině dospívajících z klinického vzorku s výskytem sebepoškozování než ve skupině bez sebepoškozování (sebepečkozování: $n = 57$, průměr = $3,22 \pm 1,89$; bez sebepečkozování: $n = 103$, průměr = $2,36 \pm 1,62$; Wilcoxon $p < 0,001$).

Tabulka 1. Střední hodnoty skórů A-DES v různých skupinách adolescentů (6, 10)

Diagnostická skupina	Armstrong, et al, 1997	Zoroglu, et al, 2002
disociativní poruchy	4,86	6,20
posttraumatická stresová porucha	–	3,94
psychotické poruchy	3,76	–
ADHD (porucha pozornosti a hyperaktivita)	2,60	2,52
zneužívání návykových látek	2,42	–
nepsychiatrická skupina	2,24	2,43
afektivní poruchy	2,19	2,35
úzkostné poruchy	–	2,13
poruchy chování	2,06	–
ostatní poruchy	1,26	–

Tabulka 2. Průměrné skóry A-DES, standardní odchylky a p-hodnoty pro různé kategorie neklinického souboru (SD – standardní odchylka; n.s. – nesignifikantní na hladině $\alpha = 0,05$; GLM – obecný lineární model)

Kategorie	n	Průměr A-DES	SD	p
pohlaví: dívky	315	2,13	1,37	
chlapani	338	1,92	1,35	0,062*, 0,043**
věk: 12–13	89	2,03	1,27	
14–15	143	2,01	1,37	
16–17	245	2,03	1,31	
18–19	176	2,02	1,37	n.s.
škola: základní	208	2,09	1,36	
střední s maturitou	257	1,92	1,36	
střední bez maturity	188	2,08	1,35	n.s.
místo bydliště: vesnice	266	2,02	1,34	
město	387	2,02	1,37	n.s.
celkem	653	2,02	1,36	
Vysvětlivky: *GLM, **t-test				

- Zjištěné průměrné skóry v různých diagnostických skupinách pacientů jsou uvedeny v tabulce 3. Ve srovnání všech diagnostických skupin byly signifikantně zvýšené skóry ve skupině pacientů s hyperkinetickou poruchou a poruchami pozornosti (ADHD), ve skupině pacientů s disociativní poruchou zvýšené nebyly.
- Zajímavým zjištěním bylo, že A-DES skóry byly signifikantně vyšší u pacientů, kde přetrvávala nejistota ohledně diagnózy (diferenciální diagnóza přítomna: $n = 11$, průměr = $4,32 \pm 2,02$; nepřítomna: $n = 151$, průměr = $2,55 \pm 1,68$, Wilcoxon $p = 0,003$), a zvýšené (avšak pod hranici signifikance) u pacientů se třemi komorbidními diagnózami (3 diagnózy: $n = 10$, průměr = $3,64 \pm 1,82$; 1 nebo 2 diagnózy: $n = 152$, průměr = $2,60 \pm 1,74$, Wilcoxon $p = 0,061$; u pacientů se dvěma diagnózami skóry vůči skupině s jednou diagnózou zvýšené nebyly).

Diskuze k výzkumu

Česká verze dotazníku A-DES má uspokojivé psychometrické parametry: je reliabilní a její validitu podporuje korelace se skórem v dotazníku SDQ-20 a s dalšími nepřímými ukazateli (traumatický zážitek v anamnéze, výskyt sebepoškozování). Omezením této studie je fakt, že nebylo možné validizovat dotazník A-DES přímo na skupině pacientů s disociativní poruchou spolehlivě diagnostikovanou pomocí diagnostického interview (studie s ním se připravuje). Ve srovnání všech diagnostických skupin byly signifikantně zvýšené skóry ve skupině pacientů s hyperkinetickou poruchou a poruchami pozornosti (ADHD). Za možné pokládáme tři vysvětlení této skutečnosti: prvním je diagnostická podobnost některých případů disociativní poruchy s ADHD (3), druhým komorbidita, a třetím možná nižší specifita dotazníku. Jak píše Stien a Kendall (14), psychobiologické účinky chronického traumatického stresu na děti zahrnují obtíže v regulaci emocí a úrovně aktivity (podobné jako iritabilita a impulzivita u ADHD), narušení kognitivní ka-

Tabulka 3. A-DES průměry, standardní odchylky a hodnoty statistické významnosti p v diagnostických kategoriích klinického souboru v ČR (n – počet výskytů jako 1., 2. nebo 3. diagnóza, znak „x“ v označení kódu MKN-10 nahrazuje libovolné číslo)

Diagnostická skupina	kód MKN-10	n	průměr	SD	p
porucha aktivity a pozornosti	F90.x	19	3,59	2,42	0,034*
poruchy vývoje osobnosti a jiné poruchy osobnosti	F60.x	38	3,01	1,87	0,187
mentální bulimie a jiné poruchy příjmu potravy	F50.x	15	3,00	1,77	0,389
ostatní úzkostné poruchy	F4x	21	2,95	1,64	0,701
afektivní poruchy	F3x	23	2,77	1,76	0,944
poruchy chování	F9x	33	2,62	1,68	0,811
porucha přizpůsobení a reakce na stres	F43.x	27	2,50	2,06	0,409
disociativní poruchy	F44, F48	7	2,43	1,38	0,686
mentální anorexie	F50.0, F50.1	41	2,24	1,45	0,106
jiné poruchy	F0x, F1x, F2x, F51,8, F64, F7x, F8x	30	2,42	1,39	0,392
klinická skupina celkem		162	2,62	1,78	

Vysvětlivky: * – významné na hladině $\alpha = 0,05$

capacity (podobné jako potíže s učením u ADHD), hyperaktivitu a poruchy pozornosti a problémy ve vztazích (podobné jako dezinhibice v sociálních vztazích u ADHD). Také Reyes-Perez a kol. (15) zjistili při výzkumu s dotazníkem Child Dissociative Checklist signifikantně vyšší skóre ve skupině dětí s ADHD než u kontrolních subjektů (ačkoli nižší než ve skupině zneužívaných dětí) a Endo a kol. (16) našli u 67 % ze souboru dětí, které zažily nějakou formu násilí nebo zneužití, vysokou míru symptomů charakteristických pro ADHD (což platilo pouze pro 27 % z nich před zážitkem násilí) a vysokou míru komorbidit ADHD s disociativní poruchou (71 %). Výzkum uzavřeli konstatováním, že zneužívané děti mohou mít zvýšenou míru zdánlivé ADHD v důsledku disociativní poruchy. Proto můžeme zvažovat, že zvýšené A-DES skóre ve skupině pacientů s ADHD jsou důsledkem nerozpoznané disociativní/posttraumatické poruchy (jako hlavního nebo vedlejšího stavu) u některých pacientů, jejichž určité projevy mohou ADHD připomínat nebo potencovat. Posoudit třetí možnost (nižší specifita dotazníku) by bylo možné pomocí další studie nebo klinicky pečlivým vyšetřením mj. se zaměřením na výskyt možných traumatizujících zážitků a posouzení jejich vlivu na vývoj a chování dítěte.

Oproti očekávání nebyl skór A-DES signifikantně vyšší ve skupině pacientů s diagnózou disociativní poruchy. Možné vysvětlení je, že v těchto případech šlo převážně o jednoduché disociativní poruchy se somatickou manifestací a dotazník A-DES není na zjišťování somatoformní disociace konstruován. Také není možné zjistit, do jaké míry byla kritéria použitá k diagnostikování uvedených poruch přesná a jednotná. Otázka vztahu mezi validní klinickou

diagnózou disociativní poruchy a skórem dotazníku v českých podmínkách zůstává otevřená a je nutné ji v dalších studiích prozkoumat.

Závěr

Dotazník A-DES je vhodné použít jako nástroj ke screeningu disociativních poruch (s výjimkou poruch somatoformních). Skór je v takovém případě orientačním ukazatelem závažnosti disociativních projevů a je třeba zdůraznit, že vysoký skór nepotvrzuje diagnózu disociativní poruchy, stejně tak jako nízký skór ji nevylučuje. Vzhledem k tomu, že jej lze vyplnit cca za 10 minut, je vhodný jako součást psychologického i psychiatrického (i orientačního) vyšetření, jak samostatně, tak v baterii. Při opakované administraci může být využit i jako měřítko pokroku v terapii a efektivitě zvolených terapeutických metod. Doporučujeme, aby screeningem disociace pomocí dotazníku A-DES prošli pacienti, kteří vykazují mnoho různých symptomů, projevuje se u nich impulzivita a narušená schopnost regulace emocí, nebo mají diagnózu poruch pozornosti a hyperaktivity. Doporučení vychází z poznatku, že v adolescenci se zvyšuje výskyt a intenzita komorbidních nedisociativních symptomů, jež bývají důvodem léčby, a ty mohou přítomné disociativní projevy zastínit (3, 13).

Nejcennější informace lze získat, pokud budeme u vyplňování dotazníku pacientem přímo přítomni (kvůli registraci možných disociativních symptomů v jeho průběhu), a hlavně z následného rozhovoru o konkrétních příkladech prožitků podle jednotlivých položek, v nichž pacient uvedl vyšší skór. Je tak možné posoudit, jak položkám porozuměl a zda v jeho případě je daný projev skutečně známkou patologie. V některých případech tak lze odhalit závažnou poruchu na základě několika

málo položek s vyšším skórem, které samy o sobě jinak celkový průměrný skór nad hranici patologie nezvýší. Dotazník A-DES (originální i českou verzi) je možno používat a kopírovat bez svolení autorů.

Literatura

1. Diseth TH. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2005; 59: 79–91.

2. Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T, et al. Characteristics of self-cutters among male inmates: association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2005; 59: 319–326.

3. Putnam FW. *Dissociation in Children and Adolescents. A Developmental Perspective*. New York: Guilford, 1997.

4. Soukup J. *Disociativní procesy a poruchy v dětství a adolescenci. Rigorózní práce*. Praha: FF UK, 2005. Dostupná na: http://www.psycholousek.cz/downloads/rigo_honzas.pdf.

5. Waters FS. What's really going on with this child? Understanding and treating traumatized children with dissociation. Presented at European Society for Trauma and Dissociation conference, Amsterdam, 2008.

6. Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, et al. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1997; 185: 491–497.

7. Brunner R, Parzer P, Schulz V, Resch F. Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2000; 188: 71–77.

8. Nilsson D, Svedin CG. Dissociation among Swedish adolescents and the connection to trauma: an evaluation of the Swedish version of Adolescent Dissociative Experience Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2006; 194: 684–689.

9. Soukup J. *Disociace v období dospívání. Validace české verze dotazníku Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) v klinickém a neklinickém souboru adolescentů. Disertační práce*. Praha: 1. LF UK, 2009.

10. Zoroglu SS, Sar V, Tuzun U, et al. Reliability and validity of the Turkish version of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2002; 56: 551–556.

11. Muris P, Merckelbach H, Peeters E. The links between the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES), fantasy proneness, and anxiety symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2003; 191: 18–24.

12. Farrington A, Waller G, Smerden J, Faupel AW. The Adolescent Dissociative Experiences Scale: Psychometric properties and difference in scores across age groups. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001; 189: 722–727.

13. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 2001; 158: 1034–1039.

14. Stien PT, Kendall JC. *Psychological Trauma and the Developing Brain: Neurologically Based Interventions for Troubled Children*. Binghamton: the Haworth Maltreatment and Trauma Press, 2004.

15. Reyes-Pérez CD, Martínez-Taboas A, Ledesma-Amador D. Dissociative experiences in children with abuse histories: a replication in Puerto Rico. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2005; 6: 99–112.

16. Endo T, Sugiyama T, Someya T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2006; 60: 434–438.

PhDr. Jan Soukup
Oddělení léčby závislostí VFN
Apolinářská 4a, 120 00 Praha 2
honzasoukup@yahoo.com

DOTAZNÍK A-DES

Judith Armstrong, PhD, Frank W. Putnam, MD, Eve Bernstein Carlson, PhD

Datum: Věk:

Instrukce

Tento dotazník zkoumá různé typy lidských prožitků. U každé otázky zakroužkujte číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak častý je tento prožitek pro vás. „0“ zakroužkujte v případě, že se vám to neděje nikdy, „10“ v případě, že to zažíváte stále. Pokud popsany prožitek máte občas, ale ne pořád, zvolte takové číslo mezi 1 a 9, které nejlépe vystihuje, jak častá tato zkušenost pro vás je. Všechny otázky se vztahují na vaše prožitky ve stavu, kdy NEJSTE pod vlivem alkoholu ani jiných drog.

Příklad:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
(nikdy)											(stále)
1. Když se dívám na televizi, čtu si nebo hraji videohry, jsem tak zabrána do děje, že vůbec nevím, co se děje kolem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Ve škole mi učitelé vracejí moje testy nebo úkoly, o nichž nevím, že bych je kdy psala.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Mám silné pocity, které jako by nebyly moje.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Někdy mi něco jde velmi dobře a jindy nejsem tu samou věc vůbec schopna udělat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Od známých se dozvídám, že dělám nebo říkám věci, na které si já vůbec nepamatuji.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Připadám si jako v mlze nebo jako bych byla všemu vzdálena a věci kolem mě se zdají neskutečné.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Nejsem si jista, jestli jsem určitou věc opravdu udělala, nebo jestli jsem jen myslela na to, že ji dělám.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Podívám se na hodiny a uvědomím si, že uběhl nějaký čas a já si nemohu vzpomenout, co se po tu dobu dělo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Slyším ve své hlavě hlasy, které nejsou moje.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Když jsem někde, kde být nechci, umím se v duchu přenést někam jinam.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Tak dobře lžu a předstírám, že tomu sama věřím.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Uprostřed nějaké činnosti se přistihnu, jako bych se náhle „probudila“.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Nepoznávám sama sebe v zrcadle.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Zjišťuji, že někam jdu nebo něco dělám a vůbec nevím proč.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Někde se ocitnu a nepamatuji si, jak jsem se tam dostala.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Mám myšlenky, které jako by nepatřily mně.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Zjišťuji, že umím zahnat tělesnou bolest.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Nemůžu přijít na to, jestli se určité věci skutečně staly, nebo jestli jsem o nich jen snila či přemýšlela.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Přistihnu se, že dělám něco, o čem vím, že je špatné, dokonce i když to opravdu dělat nechci.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Lidé mi říkají, že se někdy chovám tak zvláště, že to vypadá, jako bych byla někdo jiný.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Připadá mi, jako by uvnitř v mé mysli byly zdi.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Nacházím texty, kresby nebo dopisy, které jsem určitě napsala nebo udělala já, ale nevzpomínám si na to.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Připadá mi, že něco uvnitř mě samé mě nutí dělat věci, které dělat nechci.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Zjišťuji, že nejsem schopna rozlišit, jestli si na něco jenom vzpomínám nebo jestli se mi to v té chvíli opravdu děje.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Přistihnu se, že jsem mimo svoje tělo a pozoruji se, jako bych byla někdo jiný.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Moje vztahy s rodinou a s mými kamarády se náhle mění a já nevím proč.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Připadá mi, že moje minulost je skládáčka a některé díly v ní chybí.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Tolik se vžívám do svých hraček nebo plyšových zvířátek, že mi připadají živé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Mám pocit, že uvnitř ve mně je několik různých lidí.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Cítím, že mi moje tělo nepatří.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10