

Farmakoterapie disociativních poruch

MUDr. Bc. Aleš Grambal^{1,2}, MUDr. Zuzana Grambalová³, MUDr. PhDr. Petr Pastucha¹,
doc. MUDr. Ján Praško, CSc.^{1, 4, 5}

¹Klinika psychiatrie FN Olomouc, UP v Olomouci

²Radiologická klinika FN Olomouc

³Neurologická klinika FN Olomouc

⁴Psychiatrické centrum Praha

⁵Centrum neuropsychiatrických studií Praha

Disociativní poruchy tvoří skupinu onemocnění s heterogenními a mnohdy dramatickými projevy. Disociativní stavy jsou přítomny u řady jiných psychických poruch a disociativní poruchy bývají nezdědka doprovázeny jinými komorbidními psychiatrickými poruchami. Existuje shoda na psychogenní etiologii onemocnění, ve většině případů nalezneme souvislost mezi traumatickými zážitky předcházejícími rozvoji poruchy. Pohotovost reagovat na zátěž disociací vzniká dříve, často v období disharmonického dětství. Většina disociativních poruch vzniká v krátkém časovém horizontu a mají tendenci ke spontánní remisi. Pokud onemocnění trvá roky, často chronifikuje a je rezistentní vůči terapii. Terapií volby jsou především psychoterapeutické intervence. Farmakologické postupy se doporučují u komorbidních psychických symptomů. Specifická farmakoterapeutická intervence pro disociativní stavy není známá. Zkoumán je efekt transkraniální magnetické stimulace mozku.

Klíčová slova: disociativní poruchy, průběh, komorbidita, farmakoterapie.

Pharmacotherapy of dissociative disorders

Dissociative disorders have heterogenic and mostly dramatic manifestation. Dissociative states are frequently present in patients suffering from other psychiatric disorders. Usually we can find a context between dissociative disorder and traumatic experience in the patients history. The psychogenic etiology is evident. The promptitude for reaction to stress with dissociation began in the disharmonious childhood. Several years persisted disorder becomes chronic and resisted to treatment. The specific therapy of the dissociative disorders does not exist. The first choice of the therapies are psychoterapeutic interventions. Pharmacological methods are advised to treat attendant psychiatric symptoms. The effect of the transcranial magnetic stimulation is investigated.

Key words: dissociative disorders, course, comorbidity, pharmacotherapy.

Psychiat. pro Praxi 2010; 11(3): 99–102

Úvod

Disociativní poruchy tvoří skupinu onemocnění, které se projevují často neobvyklými tělesnými a psychickými příznaky, jakými jsou křeče, poruchy motoriky, amnézie, anestezie, afonie a další (MKN-10). Společným rysem disociativních poruch je ztráta souvislosti mezi vzpomínkami, vědomím vlastní identity, pocity a kontrolou těla. S pojmem disociace přišel první Pierre Janet. Disociace je podle něj výsledkem vrozené dědičné slabosti mentální energie, která znemožňuje subjektu integrovat různé psychické funkce do stabilní a vědomé psychologické struktury. Tento francouzský psychiatr formuloval teorii o vytěsnění traumatizujících obsahů z vědomí do nevědomí, kde pak nadále působí. Navenek se projevují prostřednictvím motorických a senzorických obtíží. Freud se díval na disociaci jako na jev vyvolaný traumatickými zážitky a potlačenými vzpomínkami v raném dětství. Později pak předpokládal, že disociace patří k obrannému mechanismu represe a chrání před nepřijatelnými impulzy a pudy.

Tato základní koncepce přetrvala do současnosti a přes pokrok v chápání onemocnění jsou farmakologické možnosti její léčby stále omezené. Aktuálně nejsou k dispozici kontrolované farmakologické studie splňující kritéria medicíny založené na důkazech. Za léčbu volby je pokládána psychoterapie. Existují však také zprávy o efektu psychofarmak. V běžné praxi bývají pacienti stigmatizováni a považováni za simulující. Po odhalení etiologie obtíží jsou někdy necitlivě odesláni k psychiatrovi, kterému se vyhýbají, a zůstávají neléčeni.

Epidemiologie

Incidence disociativních poruch v běžné populaci se odhaduje okolo 1 %. Pacienti hospitalizovaní v psychiatrických zařízeních splňují kritéria pro disociativní poruchy až ve 3 %. V obecné populaci popisovalo přítomnost 3–4 disociativních symptomů 6,3 % dospělých (1). Poruchy hybnosti v anamnéze udává 5 % až 24 % pacientů. Mezi pacienty výrazně převažují ženy, a to v poměru 9:1 oproti mužům (2). Psychologická disociace se vyskytuje u řady jiných klinických jednotek,

výrazně například u pacientů s hraniční poruchou osobnosti (3), kde dokonce převyšuje pacienty s disociativní poruchou, ale byla popsána prakticky u všech hlavních psychiatrických poruch a v méně závažné podobě také u nepacientů (4). Mezi pacienty epileptologických center se vyskytuje asi 15–22 % pacientů s psychogenními neepileptickými disociativními záchvaty (5). Disociativní symptomy a poruchy jsou tedy v populaci časté.

Etiopatogeneze

Příčina disociativních poruch není dosud známa, ale obecně je přijímána teorie o psychogenní etiologii. U pacientů s disociativní poruchou lze ve většině případů v anamnéze nalézt informace o významnějších traumatických událostech v mladším věku. Tyto údaje je u konkrétního pacienta většinou obtížné získat, z důvodu častého odštěpení traumatických vzpomínek, případně jejich bagatelizace a nepřikládání jim významu ve vztahu k aktuálním obtížím. Nejčastější příčiny vzniku disociace u psychogenních neepileptických záchvatů lze

rozdělit do čtyř kategorií (6). Jedná se o závažné traumatické prožitky v dětském věku, v dospělosti, závažnou emoční ztrátu a akutní, nebo situační stres. Disociace traumat z dětství vede k „funkčnímu modelu řešení“ obtížných životních situací pomocí obranných mechanismů disociace a konverze. Disociace je obranný psychický mechanismus, který jedinec používá nevědomě, v situacích, kdy není schopen se vyrovnat s psychickým traumatem, které proto odštěpí – disociuje od vědomých vzpomínek. Člověk se následně nemusí s problémem vyrovnávat („neví o něm“), ale objevují se psychické nebo tělesné příznaky. Konverzí nazýváme mechanismus změny nesnesitelné psychické zátěže na tělesné příznaky, většinou v oblasti senzorických a motorických funkcí. Do okamžiku, kdy se pacient setká s traumatem překračujícím jeho osobní možnosti jej řešit, je v „latentní“ fázi onemocnění, bez potíží. Při setkání s těžkou životní situací, nebo při jejím přiblížení se, pacient na nevědomé úrovni „užije“ naučené obranné mechanismy z dětství a rozvine disociativní poruchu, která se projeví pestrými příznaky napodobujícími somatické onemocnění. Toto „somatické onemocnění“ se stává přijatelným „řešením“. Z jistého úhlu pohledu lze tedy na disociativní poruchu nahlížet jako na formu vyhybavého chování. Toto vyhnutí se vedlo k úvahám o tzv. ziscích z onemocnění. Zisky byly rozděleny na primární a sekundární. Za primární zisk bývá označováno vyhnutí se silným negativním emocím, které by nastaly při nutnosti zpracovat traumatické události. Za sekundární zisky bývají označovány příznivé důsledky pro pacienta, jakými mohou být zvýšená pozornost a péče okolí, invalidní důchod apod. Jde často o neuvědomovaný proces. Sekundární zisky bývají zdravotníky přeceňovány a pacienti jsou podezříváni ze simulace, přestože ve většině případů negativní důsledky onemocnění výrazně převažují nad pozitivními a pacienta v životě značně omezují. Každý jedinec má individuální práh pro řešení nepříznivých životních událostí. Lékař by na to neměl zapomínat při pátrání po příčinách a spouštěcích disociativní poruchy.

Diagnóza

Ke stanovení diagnózy disociativní poruchy přistupujeme po vyloučení somatické příčiny potíží. Dle MKN-10 jsou požadovány specifické klinické rysy pro jednotlivé disociativní poruchy, absence známek somatického onemocnění, které by vysvětlovalo příznaky, a jasný časový vztah mezi traumatickou událostí nebo narušením vztahů, i když si je pacient neuvědomu-

je. Při stanovení diagnózy disociativní poruchy je vždy třeba postupovat opatrně a nejlépe ji považovat za pracovní. Z neurologické praxe jsou známy případy, kdy u pacientů se stanovenou diagnózou disociativní poruchy došlo po čase k překlasifikování onemocnění na roztroušenou sklerózu mozkomíšní, Parkinsonovu nemoc a další závažná neurologická onemocnění, přičemž domnělé disociativní příznaky byly atypickými prodromy těchto chorob. Příznaky prezentované pacientem s disociativní poruchou často odpovídají jeho laické představě o konkrétním onemocnění a neodpovídají periferní ani centrální lézi a mnohdy vypadají bizarně. Pro příznaky je typické jejich zvýraznění nebo objevení se v přítomnosti zdravotnického personálu, či jiných osob.

Jednotlivé disociativní poruchy

Disociativní amnézie

Hlavním příznakem je ztráta paměti na důležitě, převážně traumatické události. Amnézie bývá selektivní a parciální. Jedná se o poruchu epizodické paměti, omezující se na jedno nebo více období v rozdílném časovém rozsahu. V průběhu dnů se může míra ztráty paměti měnit, na některé události si pacient nevzpomene a není si toho vědom. Diagnózu stanovujeme při amnézii na nedávné traumatické nebo stresující události a nepřítomnosti organické příčiny, intoxikace nebo nadměrné únavy. Mezi disociativními poruchami patří mezi nejčastější.

Terapie: Preferovány jsou psychoterapeutické přístupy. Dosud nebyla publikována kontrolovaná studie zabývající se farmakoterapií disociativní amnézie. Nejsou zprávy o jiném efektivním farmakologickém přístupu, než léky asistovaném rozhovoru, kde se osvědčily benzodiazepiny a barbituráty (7), s různým efektem byly v minulosti užity také thiopental a amfetaminy. Většina případů disociativní amnézie odezní spontánně, zvláště když je jedinec přemístěn z ohrožujícího prostředí do bezpečí a/nebo vystaven podnětům z minulosti, například rodinou (7). Farmakologicky facilitované interview je užíváno především při práci s akutní amnézií a konverzní reakcí. Okrajově může být metoda interview katalyzovaného léky (např. barbituráty a benzodiazepiny) užita u pacientů, kde se jinými metodami nepodaří vzpomínky zrekonstruovat, ale spíše není doporučována (8). Doporučuje se provádět rozhovor v místech s dostupnou resuscitační péčí pro případ komplikací při podání medikace. Rozhovor bývá nahráván a poté přehrán pacientovi. V některých případech je

opakování rozhovoru prospěšné, v jiných může postup vést k závislosti na rozhovoru facilitovaném farmaky. Kontroverzní využití této metody se týká pacientů s udávanou amnézií na traumatické události z dětství, protože vzpomínky mohou být falešné. Doporučuje se proto, aby byl pacient o této skutečnosti předem informován a podepsal informovaný souhlas podobně jako v případě hypnózy. V dětském a adolescentním věku obecně se nedoporučuje užití barbiturátů a jiných farmak k vybavení vzpomínek (9).

Disociativní fuga

Projevem disociativní fugy je zdánlivě účelné cestování z domova nebo z místa pracoviště, postižený se chová vcelku nenápadně, zachovává péči o sebe. Časově se většinou jedná o poruchu trvající několik hodin, ale může se jednat i o delší období, na které je přítomna amnézie. Diagnózu stanovujeme při rysech disociativní amnézie, účelného cestování mimo obvyklý rozsah, při zachovávání základní péče o sebe a bazálních sociálních interakcí. Porucha patří mezi vzácnější, častěji se objevuje ve válečných konfliktech a katastrofách. Disociativní fuga se obvykle objeví náhle po traumatické události a trvá krátce, údrava bývá rychlá a porucha nemá tendenci k opakování.

Terapie: Principiálně se přistupuje k léčbě disociativní fugy stejně jako v případě disociativní amnézie, doporučovány jsou primárně psychoterapeutické intervence. Léky facilitované interview má být zahájeno v co nejkratší době po vzniku disociativní fugy (8). Doporučován bývá amobarbital nebo jiná krátkodobá sedativa. Ilchukawu popsal užití lorazepamu intravenózně (10). Tyto techniky dle některých autorů nepřinášejí žádné výhody ve srovnání s hypnózou, nevýhodou je nežádoucí účinek léků (11) a bývá popisován i efekt samotného rituálu podání farmaka intravenózně. Stejně jako v případě disociativní amnézie nelze vzpomínky považovat za zcela relevantní a je třeba počítat se zkreslením. Farmaka nejsou doporučována u dětí a adolescentů (9).

Disociativní stupor

Při disociativním stuporu jedinec není schopen vykonat volný pohyb a nereaguje na běžné okolní podněty. Většinou leží, nebo sedí, nehýbe se, nekomunikuje, někdy bývá přítomna mírná porucha vědomí. Na disociativní poruchu pomýšlíme, když vyloučíme somatickou příčinu potíží, pacient zjevně nespí, ale nereaguje na vyšetřujícího. Stupor se objevuje často při psychosociálním stresu, obraz se rozvíjí náh-

le, trvá hodiny až dny a náhle odeznívá. Jedná se o vzácnější poruchu. Diagnózu stanovujeme při nepřítomnosti tělesné nebo psychické poruchy, která by mohla stav vysvětlit, a při anamnéze nedávných stresujících událostí nebo aktuálních problémů.

Terapie: Odborných informací o disociativním stuporu a jeho léčbě je nedostatek, farmakologický postup nelze jednoznačně doporučit. Nadějně se jeví užití naltrexonu, naloxonu a clonidinu u akutních disociativních stavů pacientů s hraniční poruchou osobnosti, které se některými charakteristikami podobají disociativnímu stuporu. Terapie odpovídá teoretickým předpokladům o významu opioidních receptorů v léčbě disociativních stavů (12). Efekt přesto, že byl zjevný, nepřekročil v případě naloxonu efekt placeba, zbývající farmaka placebem kontrolována nebyla (13). V případě, že stav přetrvává několik hodin a pacient nepřijímá perorálně, je nutné monitorovat stav vnitřního prostředí, regulovat příjem tekutin a výživy intravenózně. Při tenzi a anxiétě bývají užívána anxiolytika. V případě, že hrozí rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PTSD) v návaznosti na intenzivní zážitek událost, pak raději podáme nízkou dávku antipsychotika, které pravděpodobnost rozvoje PTSD ve srovnání s benzodiazepiny snižují.

Disociativní poruchy motoriky, citlivosti a poruchy senzorké

Charakteristickým příznakem je omezení nebo ztráta hybnosti, narušení čítí, případně jiná senzorká porucha. Pacient jeví známky tělesného onemocnění, ale nelze nalézt žádnou přiměřenou tělesnou příčinu. Nejčastěji se vyskytují problémy s volným pohybem končetin až charakteru plegie, nebo poruchy čítí charakteru parestezie a anestezie různých částí těla. Časté jsou také bizarní projevy při chůzi, při stožení, při vyšetření taxu, dále poruchy řeči a různé netypické formy třesu a podobně. Průběh bývá rekurentní, diagnózu stanovujeme při nepřítomnosti známek somatického onemocnění (ale až v 30 % se komorbidita může objevit), při dostatku informací o možných psychosociálních faktorech.

Terapie: Neexistuje žádná dlouhodobější kontrolovaná studie zabývající se efektem farmakoterapie. Přesto se v léčbě uplatňuje terapie placebem, antidepressivy, biofeedback, psycho-terapie, fyzikální a pracovní terapie (14). V některých případech symptomy vymizí, nebo jsou nahrazeny medicínsky překvapivými symptomy, přičemž nedávný začátek je silným prediktorem dobré úzdravy. Díky nálezům funkčních zobra-

zovacích metod (12) je možné vyvíjet nadějně léčebné strategie, mezi něž patří repetitivní transkraniální magnetické stimulace (15).

Disociativní křeče (pseudozáchvaty)

Pacienti s křečemi bývají opakovaně vyšetřováni neurology pro podezření na epilepsii, odesíláni na specializovaná pracoviště s možností video-EEG diagnostiky a po nenalezení epileptogenní aktivity je stanovena diagnóza disociativních křečí. Příznaky jsou zpravidla bizarní, trvají mnohem déle než epileptický záchvat. Křeče se mohou podobat epileptickým záchvatům, problematika je ale složitější, protože u části pacientů se vyskytuje smíšená etiologie s rozdílným podílem epileptických a neepileptických záchvatů. Disociativním křečím často předchází emočně náročná situace. Symptomy jsou většinou ovlivnitelné sugescí, lze je spustit, modifikovat a ukončit pomocí sugestivních instrukcí a podáním placeba. Porucha má chronický průběh (16).

Terapie: Léčbou volby je psychoterapie. Neexistují studie potvrzující úspěšnost léčby disociativních křečí farmakologicky. Pacienti s akutně probíhajícími disociativními křečemi dobře reagují na sugestivně podané placebo. Samotné potvrzení diagnózy neepileptických záchvatů někdy může vést k dramatickému snížení vyhledávání akutní lékařské péče v krátkém časovém období až úplnému vymizení záchvatů, přičemž efekt závisí na víře v neepileptogenní etiologii obtíží (17). Častá je komorbidita neepileptických a epileptických záchvatů a pak v případě, že jsou epileptické záchvaty vzácné, je potřebné zvažovat mezi možným ziskem a riziky spojenými s toxicitou antikonvulziv. Nejsou indikována antiepileptika v terapii „pro jistotu“. Při rezistenci na antiepileptickou terapii a při současném výskytu neepileptických záchvatů je epileptochirurgické řešení kontraindikováno. Jsou informace o prospěšnosti antidepressiv SSRI při somatizačních poruchách, jež zlepšují emoční deregulaci, která je jedním z jádrových problémů u pacientů s psychogenními záchvaty. Vzhledem k časté komorbiditě psychických poruch na ose I (MKN 10) je jejich léčba dle zvyklostí plně indikována. Existují důkazy o tom, že léčba disociativních křečí je úspěšnější v případě, že probíhá v úzké spolupráci s epileptologickým centrem (18).

Mnohočetná porucha osobnosti

Základní charakteristikou poruchy je současný výskyt dvou nebo více osobností u jednoho jedince, přičemž se projevy osobností střídají,

a v určitém okamžiku je přítomna jen jedna. Každá osobnost je kompletní, s vlastním životem, chováním. Obě identity nemají vzájemně přístup ke svým vzpomínkám a nejsou si sebe vědomy. Záměny mezi osobami jsou náhlé a souvisejí s traumatickými událostmi. Jedná se o vzácnou poruchu nejasné etiologie s největším výskytem v adolescenci, má chronický průběh, častý je výskyt komorbidních psychických poruch, které je třeba léčit.

Terapie: Aktuálně není žádný důkaz o přímém působení medikace na disociativní proces u pacientů s disociativní poruchou osobnosti (9). Elektrokonvulzivní terapie (ECT) není doporučována (8) k léčbě disociativních stavů. Léčba se proto zaměřuje na doprovodné symptomy a komorbidní poruchy. V minulosti byly užívány krátkodobě působící barbituráty bez znatelného efektu. Benzodiazepiny mohou úspěšně facilitovat výbavnost vzpomínek omezením anxiety, spojené se znovuprožíváním negativních vzpomínek, působí však nespecificky. Antidepressiva jsou nejčastěji užívána a indikovaná psychofarmaka pro častý komorbidní výskyt dystymie a depresivní poruchy, problémem může být léková compliance, která může interferovat s disociativními stavy (19). Antipsychotika jsou vzácně užívána k redukci disociativních stavů. Někdy se využívají s cílem omezení impulzivního chování, ale efekt je proměnlivý, navíc bývají popisovány extrémně často nežádoucí účinky medikace (19). Antikonvulziva byla s úspěchem použita u léčby pacientů s komorbidními záchvatovitými poruchami (20) a impulzivitou asociovanou s poruchami osobnosti, ale opět je třeba myslet na poměr mezi nežádoucími účinky a možným prospěchem. Pro komorbidní léčbu deprese se závažným sebedestruktivním chováním se jeví úspěšná léčba pomocí ECT.

Trans, stavy posedlosti a jiné disociativní (konverzní) poruchy

Jedná se o vzácnější disociativní poruchy, které většinou odeznívají spontánně, užití farmakoterapie se řídí stejnými pravidly jako u předchozích poruch. Nejsou známy specifické psychofarmakologické postupy vedoucí ke zlepšení symptomatologie.

Závěr

Disociativní stavy zpravidla začínají a končí náhle, mají tendenci k úpravě nejpozději do několika týdnů až měsíců, naopak chroničtější poruchy, které neodezní do 1–2 let, jsou často terapeuticky rezistentní. V terapii disociativních poruch je vhodné dát přednost psychoterapeutickým

postupům, za funkční lze považovat hypnózu, dynamickou psychoterapii a kognitivně behaviorální psychoterapii a součástí každého přístupu by měla být podpůrná psychoterapie (9).

Studie o účinnosti farmakoterapie u jednotlivých disociativních poruch dosud chybí. Stále se považuje za významné léčit komorbidní psychické poruchy, které jsou časté. Jedná se o úzkostné, depresivní, případně psychotické symptomy, kde je na místě léčba pomocí anti-depresiv, antipsychotik a krátkodobě působících benzodiazepinových anxiolytik pro snížení napětí nebo úzkosti. Efekt psychofarmak lze tedy obecně očekávat spíše v okruhu doprovodné, nebo komorbidní symptomatiky než v oblasti zmírnění samotných disociativních příznaků a jejich použití se neliší od léčby u jiných pacientů.

*Podpořeno projektem
IGA MZ ČR NS 10301-3/2009.*

Literatura

1. Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, et al. Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 806–811.
2. Putnam FW, Guroff JJ, et al. The clinical phenomenology of multiple personality disorder. Review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatr* 1986; 47: 285–293.
3. Pastucha P, Prasko J, Grambal A, et al. Dissociative disorder and dissociation – comparison with healthy controls. *Neuro Endocrinol Lett*. 2009; 30(6): 769–773.
4. Giese AA, Thomas MR, Dubovsky SL. Dissociative symptoms in psychotic mood disorders: an example of symptom nonspecificity. *Psychiatry* 1997; 60: 60–66.
5. Benbadis SR, Hauser WA. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000; 9: 280–281.
6. Bowman ES. Psychopathology and outcome in pseudo-seizures. In: Ettinger AB, Kanner AM (eds). *Psychiatric issues in epilepsy*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001.
7. Maldonado JR, Butler LD, Spiegel D. Treatment of dissociative disorders. In *Treatments That Work*. Edited by Nathan P, Gorman JM. New York, Oxford University Press, 2000: 463–493.
8. Maldonado JR, Butler LD, Spiegel D. Treatments for dissociative disorders. In *A Guide To Treatments That Work*, 2nd Edition. New York: Oxford University Press 2002. International Society for the Study of Dissociation (ISSD), Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents, *Journal of Trauma & Dissociation*, 2004, 5(3), <http://www.haworthpress.com/web/JTD>.
9. Ilchukwu ST, Henry T. Amytal interview using intravenous lorazepam in a patient with dissociative fugue. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 544–545.
10. Perry JC, Jacobs D. Overview: clinical applications of the Amytal interview in psychiatric emergency settings. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 552–559.
11. Raszka M, Praško J. Depersonalizace a derealizace – současné nálezy. *Cesk Slov Neurol N* 2008; 71/104 (3).
12. Philipsen A, Schmahl C, Lieb K. Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry* 2004; 37(5): 196–199.
13. Aybek S, Kanaan RA, David AS. The neuropsychiatry of conversion disorder. *Curr. Opin. Psychiatry* 2008; 21: 275–280.
14. Chastan N, Parain D, Vérin E, et al. Psychogenic aphonia: spectacular recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2009; 80: 94.
15. Praško J, Pastucha P, Raszka M. Disociativní křeče. *Česk Slov Neurol N* 2009; 72, 105(2).
16. Ettinger AE, Devinsky O, Weisbrot DM, et al. A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 1999; 40: 1292–1298.
17. Aboukasm A, Mahr G, Gahry BR, et al. Retrospective analysis of the effects of psychotherapeutic interventions on outcomes of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 1998; 39: 470–473.
18. Barkin R, Braun BG, Kluft RP. The dilemma of drug therapy for multiple personality disorder. In *Treatment of Multiple Personality Disorder*. Edited by Braun BG. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1986: 107–132.
19. Mesulam MM. Dissociative states with abnormal temporal lobe EEG: multiple personality and the illusion of possession. *Arch Neurol* 1981; 38: 178–181.

MUDr. Bc. Aleš Grambal
Klinika psychiatrie FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
ales.grambal@fnol.cz

