

Hypnóza v léčbě disociativních poruch

MUDr. Bc. Aleš Grambal^{1,2,4}, MUDr. Zuzana Grambalová³, prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.^{1,4}

¹Klinika psychiatrie FN Olomouc

²Radiologická klinika FN Olomouc

³Neurologická klinika FN Olomouc

⁴Univerzita Palackého v Olomouci

Disociativní poruchy tvoří skupinu onemocnění s heterogenními projevy. Disociace je také součástí jiných psychických onemocnění. Etiologicky ve většině případů nalezneme časovou spojitost mezi traumatickými prožitky a rozvojem poruchy. Disociace je považována za obranný mechanismus. Existuje souvislost mezi traumatickými zkušenostmi v dětství a schopností jedince na opakovanou zátěž reagovat disociací. S délkou trvání onemocnění roste obtížnost léčby. Terapií volby jsou psychotherapeutické intervence v čele s hypnózou, kterou lze s dobrým efektem použít k symptomatické nebo kauzální terapii samostatně, nebo v kombinaci s jinou psychotherapeutickou metodou.

Klíčová slova: disociativní poruchy, trauma, hypnóza.

Hypnosis in dissociative disorders treatment

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. Dissociation is the psychological defence against unbearable stress. The promptitude for reaction to stress with dissociation begins in the disharmonious childhood. Disorder persisting several years becomes chronic and resisting to treatment. The first choice of the therapies are psychotherapeutic interventions, hypnosis is in the lead of therapeutic interventions. Hypnosis can be used symptomatically or causally alone with good outcome, or with other psychotherapeutic approach.

Key words: dissociative disorders, trauma, hypnosis.

Psychiatr. praxi 2011; 12(3): 116–119

Úvod

Disociativní poruchy se vyznačují ztrátou normální integrace mezi vzpomínkami, vědomím vlastní identity, pocitu a kontrolou pohybu těla. Projevují se často neobvyklými tělesnými a psychickými příznaky, jakými jsou křeče, poruchy motoriky, amnézie, anestezie, afonie a další (MKN-10). Společným rysem disociativních poruch je maladaptivní nevědomé využívání obranných psychických mechanismů disociace a konverze s následným vznikem psychických a/ nebo tělesných symptomů. Disociaci považujeme za obranný mechanismus, který člověk používá nevědomě, když psychická zátěž přesahuje možnosti jedince se s ní vyrovnat adaptivně. Mechanismem konverze se u některých jedinců disociovaná psychická traumata projeví formou tělesných příznaků. Traumatizující skutečnost je disociovaná od vědomé oblasti psychiky, člověk se s ní v daném okamžiku nemusí vyrovnávat, trauma odloží, což má negativní důsledky pro dlouhodobou stabilitu psychických funkcí s následným vznikem zástupných příznaků. Disociaci lze pro jedince považovat za výhodnou z krátkodobého hlediska, z dlouhodobého horizontu spíše převažují negativní důsledky, zvláště při konverzi do somatických příznaků. Pacienti s disociativními a zvláště konverzními

příznaky bývají opakovaně vyšetřováni somaticky, po vyloučení organické příčiny odesílání k psychiatrovi. Biologicky orientovaný psychiatr může nabídnout farmakoterapii, pro jejíž efekt u disociativních poruch dnes nemáme důkazy, indikována je u komorbidních úzkostných poruch a deprese (1). Za léčbu volby je považována psychotherapie, nejdelší tradici v léčbě disociace má hypnóza. Hypnóza a sugestivní terapie patří mezi nejstarší přístupy v psychotherapeutické tradici. Protože si jedinec nemůže ověřovat všechny informace, které získává z okolí, je pro přijetí informací potřebná také různá míra sugescie. Při sugesci i hypnóze převládá direktivní přístup terapeuta a je využívána jeho autorita, stejně tak sugestibilita subjektu. Zájemem terapeuta je zvýšení účinnosti sugescí, jednou z cest, jak zvýšit jejich dopad na myšlení a jednání, je předání v hypnotickém stavu.

Epidemiologie

Disociativní poruchy v běžné populaci nejsou vzácné (incidence asi 1 %), u pacientů hospitalizovaných na psychiatrii jsou 3x častější. Asi 6 % dospělých popisovalo přítomnost 3–4 disociativních symptomů (2). Poruchy hybnosti v anamnéze udává 5–24 % pacientů, výrazně převažují ženy (9:1) oproti mužům (3). Často

jsou pacienti s PNES (psychogenními neepileptickými záchvaty) léčení nesprávně pro epilepsii – 15–22 % (4), u části pacientů se kombinují epileptické a neepileptické záchvaty. Disociace se vyskytuje u řady jiných klinických jednotek, výrazně například u pacientů s hraniční poruchou osobnosti (5), což nepřímo potvrzuje souvislost mezi traumatizací v dětství a rozvojem disociativní reaktivity v dospělosti. Disociace byla popsána prakticky u všech hlavních psychiatrických poruch a ve fyziologické podobě také u zdravých jedinců (6).

Etiopatogeneze

Psychogenní etiologie disociativních poruch je dnes obecně přijímána. Ve většině případů lze v anamnéze najít informace o významnějších traumatických událostech mladšího věku. Nejčastější disponující události objevující se u pacientů s psychogenními neepileptickými záchvaty (PNES) jsou sexuální, tělesné a psychické (emoční odmítání, potlačování vzteku) zneužívání v dětství (7). Traumatizace v dětství vede ke schopnosti využít disociace a konverze jako obranného mechanismu v dospělosti při subjektivně zatěžující situaci. Nejčastějšími spouštěči PNES jsou nehoda, kumulace běžných stresů, změna životní role, nemoc, ztráta, kon-

flikt, závažná sexuální událost a další. Obdobné disponující faktory a spouštěče lze očekávat také u dalších disociativních poruch. Obranného mechanismu disociace může dočasně využít i psychicky vyrovnaný jedinec, jestliže se stane obětí pro něj neúnosného traumatu, které pak dočasně nebo trvale emočně neprožívá, nebo má na trauma amnézii. Rozdíl mezi disociací u disponovaného a nedisponovaného jedince lze očekávat v intenzitě traumatu, které spustí disociativní nebo konverzní reakci.

Diagnóza

Diagnózu disociativní poruchy stanovujeme po vyloučení organické příčiny obtíží. 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 neuvědomuje (8). Každý jedinec má individuální práh pro subjektivní vnímání nezpracovatelnosti a neřešitelnosti nepříznivých životních událostí. Samotný mechanismus disociace komplikuje objasnění individuální příčiny poruchy, protože pacient nevědomý problém není schopen sdělit, není si vědom souvislosti mezi traumatem a disociativní poruchou, trauma často považuje za nevýznamné a často verbálně vyjadřuje spokojenost se svým životem. Terapeut by na to neměl zapomínat při pátrání po disponujících faktorech a spouštěčích disociativní poruchy. Stanovení diagnózy disociativní poruchy by nemělo být předčasné a nejlépe by měla být považována za pracovní. Z neurologické praxe jsou známy případy, kdy u pacientů s diagnózou disociativní poruchy došlo s progresí stavu ke změně diagnózy např. na roztroušenou sklerózu mozkomíšní, idiopatickou Parkinsonovu nemoc, epilepsii apod. Netypické prodromy nebo symptomy těchto onemocnění připomínaly konverzní poruchy, pacienti byli stigmatizováni, špatně léčeni, kvalita života byla nižší a v některých případech byla negativně ovlivněna prognóza onemocnění. 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.

Hypnóza

Hypnóza je psychický stav charakterizovaný zvýšením sugestibility, zvláštním vztahem mezi

hypnotizérem a hypnotizovaným (raportem), založeném na ovlivnění vnímání, úsudku, emocí i chování ve směru sugescí, a změněným stavem vědomí. Hypnotický stav je mimo jiné charakteristický posílením autority hypnotizéra, omezením kritického myšlení, což vede k požadovanému snadnějšímu příjmu sugescí na straně hypnotizovaného subjektu. Hypnoterapie tedy využívá k léčebným účelům sugescí, které psychoterapeut pacientovi zadává po navození hypnózy (9). Předpokladem a limitujícím faktorem využití hypnoterapie je hypnabilita. Jedná se o vrozenou, prakticky neovlivnitelnou vlastnost jedince. Hloubka hypnózy je u rozdílných subjektů různá, nekoreluje s efektem terapie, má význam z hlediska teoretického a výzkumného (9).

Léčebný efekt hypnózy je realizován prostřednictvím hypnotických jevů, které jsou výsledkem sugescí, zahrnujících psychické i fyziologické procesy, dějí se nezávisle na vůli subjektu, nebo proti jeho vůli. K typickým projevům hypnózy patří hypermnézie, která může být použita při oživování zapomenutých (traumatických) událostí a přispět ke zvýšené výbavě. Může ale dojít ke zkreslení vzpomínek a zvýšení subjektivního pocitu autentičnosti prožívaných scén bez ohledu na jejich shodu se skutečností. Věková regrese se proto nepovažuje za spolehlivý zdroj informací, zvláště pak regrese do dětství (9).

Hypnóza v léčbě disociativních poruch

Principy léčebného efektu hypnoterapie lze rozdělit do několika kategorií. Působí léčebně nespecificky – uklidnění vlivem působení somatické a psychické relaxace, dále zvýšením sugestibility – narůstá efekt přímých léčebných sugescí prostřednictvím ovlivnění jednotlivých symptomů a syndromů a podpůrně – efektem zvyšujícím účinnost jiných psychoterapeutických postupů. Sugescí v hypnóze se užívá k vyvolání potlačených vzpomínek, odreagování potlačených emocí (např. u traumatu), usnadnění odstranění maladaptivních stereotypů a jejich nahrazení funkčními. Hypnoterapii je nutné nejčastěji aplikovat opakovaně. Byl popsán vztah mezi traumatizací v dětství a pohotovostí k disociativní reaktivitě v dospělosti, podobně byla popsána vyšší míra hypnability (není pravidlem) u pacientů s disociativními poruchami, hypnóza se proto nabízí jako možné řešení. Disociaci a konverzi lze hypnózou léčit symptomaticky nebo kauzálně.

Symptomatická léčba znamená, že se zaměříme na problematický symptom a pacien-

tovi vsugerujeme jeho vymizení. Například při paréze ruky pacientovi v hypnotickém stavu nařídíme, že rukou bude hýbat. Toho lze dosáhnout v krátkém časovém horizontu technikami rychlého odstranění symptomů, jakými je prostý energický příkaz, sugerování situace, která vyžaduje postižené funkce, regresí do období, které předcházelo vzniku příznaku, nebo postupným zmírňováním příznaků v průběhu opakovaných sezení (9). Efekt symptomatické léčby lze očekávat u poruch, které vznikly spíše náhle, trvají kratší dobu a nemají pro pacienta dlouhodobější význam v podobě tzv. sekundárních zisků. Pokud příznak pacienta chrání před něčím, co není schopen vyřešit nebo zpracovat, lze očekávat, že vymizení symptomu (ochrany) povede k objevení se nové obrany, případně k rozvoji jiné psychické poruchy, např. deprese. V těchto případech se proto diskutuje možnost ponechání méně závažného příznaku po přechodnou dobu ve srovnání s kauzálním přístupem.

Kauzální terapie znamená, že se s pomocí hypnózy hledají příčiny rozvoje onemocnění, souvislosti, zpracovávají se traumatické zkušenosti, případně se hypnoterapie kombinuje s jinou psychoterapeutickou metodou umožňující zpracování, nalezení řešení a posílení pacienta ke zvládnutí problému vedoucího k disociaci. Pokud se jedná o obavy z budoucích událostí, lze v hypnóze nacvičit zvládnutí, nebo pomocí imaginace si již situaci jako zvládnutou představovat. Další možností je pacientovy žádoucí závěry z psychoterapeutického sezení posílit následnou hypnotickou sugescí. V případech starších traumat se užívá regrese do problematického období, efekt opětovného prožitku lze přisuzovat abreakci (dynamický model), expozici (kognitivně-behaviorální model) nebo kombinaci obou, případně dalších mechanismů. Ve většině případů se na udržování disociace a konverze podílejí jak starší nezpracované traumatické vzpomínky, tak obavy ze zvládnutí budoucnosti, proto se kombinují oba léčebné přístupy.

Jednotlivé disociativní poruchy Disociativní amnézie

Hlavním příznakem je ztráta paměti na důležité, převážně traumatické události, nebo typicky pro pacienta subjektivně nejzávažnější části. Amnézie tedy bývá selektivní a parciální. 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: Většina případů disociativní amnézie odezní spontánně, zvláště když jsou osoby prožívající trauma přesunuty na místo, kde se cítí bezpečně a kde jsou vystaveny podnětům připomínajícím jejich trauma (10). Pokud se vzpomínky neobnoví, je vzhledem k často dobré hypnabilitě pacientů užití technik hypnózy indikováno. Doporučována bývá například věková regrese (11). Při rekonstrukci traumatických vzpomínek je důležitou podmínkou pro její vybavení a zpracování pocit bezpečí a kontroly nad situací. Toho lze dosáhnout řadou metod. Často používanou je technika promítacího plátna – split screen technique (11). Lze u ní využít možnosti oddělení psychologických a tělesných vzpomínek na trauma. Pacienti jsou uvedeni do stavu tělesného pohodlí a bezpečí, ve kterém si lépe vybavují potlačené vzpomínky. S výhodou lze metodu využít také u méně hypnabilních subjektů. Metoda je užívána v mnoha variantách, které mají společné rozdělení plátna. V jedné polovině virtuálního plátna pacient imaginuje traumatickou zkušenost, v druhé polovině situaci, místo, přátele, zajišťující pocit bezpečí. Další možností je užití představy pozorovatele majícího v rukou ovladač, kterým lze rekonstruovaný příběh zastavit, zpomalit, zrychlit, rozostřit, zmenšit, vypnout zvuk apod., aby byl prožitek pro pacienta snesitelný. Vybavování vzpomínek bývá postupné, proto je potřeba sezení opakovat a po částech zpracovat. Po vybavování traumatického obsahu je potřebná další terapeutická práce s cílem jeho začlenění do vědomých vzpomínek včetně silných doprovodných emocí. 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.

Disociativní fuga

Projevem disociativní fugy je chování spojené s cestováním z domova nebo z místa pracoviště, postižený se chová vcelku nenápadně. 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 zachovávaní základní péče o sebe a bazálních sociálních interakcí. Na průběh poruchy je částečná nebo plná amnézie, v průběhu cesty může být přítomna neschopnost vybavit si svoji mi-

nulou identitu nebo nemocný přijímá identitu jinou, která je ve svých projevech a prožitcích neúplná, spíše se jedná o automatické chování. Porucha patří mezi vzácnější, častěji se objevuje ve válečných konfliktech a katastrofách, někdy po ztrátě blízké osoby. Disociativní fuga se obvykle objeví náhle po traumatické události a trvá krátce, úzdrava bývá rychlá a porucha nemá tendenci k opakování.

Terapie: K léčbě disociativní fugy se principiálně přistupuje stejně jako k léčbě disociativní amnézie, hypnóza je používanou metodou. Hypnotické stavy mohou pomoci zvědomění nepřístupných komponent paměti a pochopení souvislostí motivace a projevů chování, které se bez těchto informací jevílo jako automatické, beze smyslu. Pacient může porozumět dynamice konkrétních projevů disociativní fugy ve vztahu k disociovaným vzpomínkám z minulosti (12). Hypnóza může pomoci také u pacientů, kteří nejsou schopni řešit aktuální životní situaci, často se jedná o dobře hypnabilní jedince, kteří mají problémy s vyjádřením vlastních potřeb, jsou citliví na projevy odmítnutí, nesouhlasu nebo kritiky. Identifikace zdroje stresu v současnosti, porozumění ve vztahu k příznakům vede ke snížení výskytu poruchy (12). U těchto pacientů je potřebná hlubší psychotherapeutická práce s vnitřním nastavením jedince. Podobně jako v případě disociativní amnézie nelze vzpomínky považovat za zcela relevantní a je třeba počítat se zkreslením.

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

Terapie: Informací o léčbě je vzhledem k charakteru poruchy nedostatek, ve většině případů projevy spontánně odeznívají do několika hodin. Existují informace o možném prospěchu direktivních metod hypnoterapie v kombinaci se sugescí. Z etického hlediska je sporné užití placebo podaného intravenózně či intramuskulárně, ale spolu se sugestivními instrukcemi

může vést k úpravě stavu stejně jako sugesce samotná. V případě, že stav přetrvává hodiny a déle, pacient nepřijímá perorálně, je nutné monitorovat stav vnitřního prostředí, regulovat příjem tekutin a výživy.

Disociativní poruchy motoriky, citlivosti a poruchy senzorické

Příznakem je omezení nebo ztráta hybnosti, narušení čití, případně jiná senzorická porucha. Nejčastěji se vyskytují problémy s volným pohybem končetin až charakteru plegie, nebo poruchy čití charakteru parestezie a anestezie různých částí těla, bizarní projevy při chůzi, při stožení, poruchy řeči, netypické formy třesu a další. 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: Nedávný začátek je silným prediktorem dobré úzdravy. V léčbě se používá terapie placebem, antidepresivy, antipsychotiky, benzodiazepiny, biofeedbackem, fyzikální a pracovní terapií, rehabilitací, hypnózou (13). Doporučován bývá videozáznam probíhající poruchy a jeho následné promítnutí pacientovi k demonstraci psychogenní etiologie onemocnění. V některých případech symptomy vymizí, jindy jsou nahrazeny novými medicínsky překvapivými příznaky, pravděpodobně vlivem symptomatičnosti terapie. Pro svůj rychlý účinek bývají užívány hypnotické techniky rychlého odstranění symptomů. V případě, že je intervence efektivní, je většinou potřeba opakování hypnotických sezení a následného zpracování traumatické události, která k rozvoji poruchy vedla, bez porozumění kontextu poruchy dochází brzy k návratu symptomů (13). Za léčbu volby jsou považovány hypnózou facilitované techniky u konverzních projevů, kdy umožní zprostředkovat porozumění vztahu mezi psychickým traumatem a neobvyklými somatickými projevy (14). Pokud se jedná o dlouhodobou poruchu motoriky, je vzhledem k objektivnímu oslabení nebo dysbalanci svalstva potřebná také současná systematická rehabilitace pohybových funkcí, léčba je náročná na koordinaci péče (15).

Disociativní křeče (pseudozáchvaty)

Příznaky jsou zpravidla bizarní, trvají mnohem déle než epileptický záchvat, výskyt se uvádí od 2 do 33 pacientů na 100 000 obyvatel (16). Křeče se mohou podobat epileptickým záchvatům, u části pacientů se vyskytuje smíšená etiologie s rozdílným podílem epileptických a neepilep-

tických záchvatů. Disociativním křečím často předchází emočně náročná situace. Symptomy jsou většinou ovlivnitelné sugescí, lze je spustit, modifikovat a ukončit pomocí sugestivních instrukcí a podáním placebo. Porucha mívá chronický průběh (17), z praxe známe také vzácné případy nečekané spontánní úzdravy u pacientů, kde dlouhodobá léčba byla zcela bez efektu, resp. nebyl nalezen mechanismus změny.

Terapie: Léčebné intervence je potřebné rozdělit podle toho, zda jsou cíleny na dobu záchvatu (symptomu), nebo na vyléčení (kauzálně), tzn. prevenci jeho opakování. Pacienti v době probíhajících disociativních křečí dobře reagují na sugestivní instrukce, pro navázání kontaktu se někdy doporučuje například uchopení ruky pacienta, střídání flexe s extenzí při hlasitém počítání a další obdobné techniky, v případě nedostačeného efektu lze zvážit eticky sporné podání placebo. Významnou roli v době záchvatu hraje chování okolí pacienta, přičemž záchvat udržují projevy potvrzující potřebu naléhavosti pomoci, zvýšené pozornosti a péče. Z dlouhodobého hlediska vede samotné potvrzení diagnózy neepileptických záchvatů většinou k dramatickému snížení vyhledávání akutní lékařské péče v krátkém časovém období až k úplnému vymizení záchvatů, přičemž efekt závisí na víře v neepileptogenní etiologii obtíží (18). Doporučován je videozáznam probíhajícího záchvatu s následným promítnutím pacientovi. Situace je ale komplikovaná u pacientů s kombinací epileptických a neepileptických záchvatů z důvodu trvalé nejistoty na straně pacienta, která zvyšuje úzkost a možnost dalších záchvatů, tak u lékařů pro obtížnost nastavení adekvátní terapie (20).

Mnohočetná porucha osobnosti

Jedná se o vzácnou poruchu, častěji diskutovanou v americké psychiatrii. U onemocnění se současně vyskytují dvě nebo více osobností u jednoho jedince, projevy osobností se střídají, v určitém okamžiku je přítomna jen jedna. Jednotlivé identity k sobě navzájem nemají přístup, nejsou si sebe vědomy. Záměny mezi osobami jsou náhlé a souvisejí s traumatickými událostmi, průběh bývá chronický s komorbidními psychickými poruchami, které je třeba léčit.

Terapie: Hypnóza může být nápomocná v terapii i diagnostice mnohočetné poruchy osobnosti. Může být prospěšná při usnadnění spojení s disociovanými osobnostmi, které se mají tendenci objevit spontánně, v průběhu hypnotického sezení. Pokud nedojde ke spontánnímu navázání kontaktu s disociovanými osobnostmi, je další možností hypnotizace pacienta a užití věkové regrese s návratem do období, kdy se rozdílné osobnosti manifestovaly (10). Po hypnotickém sezení a návratu lze použít také jednoduché vyvolání osobnosti po návratu autohypnotických manévru.

Trans, stavy posedlosti a jiné disociativní (konverzní) poruchy

Jedná se o vzácné disociativní poruchy, které většinou odeznívají spontánně. Nejsou známy specifické terapeutické postupy vedoucí ke zlepšení symptomatologie.

Závěr

Projevy disociativních a konverzních poruch typicky začínají a končí náhle, mají tendenci k úpravě v časovém horizontu hodin až měsíců. Chroničtější poruchy jsou terapeuticky obtížně ovlivnitelné. V terapii disociativních poruch je vhodné dát přednost psychoterapeutickým postupům, za funkční lze považovat hypnózu, kterou lze použít k ovlivnění symptomů poruchy, kauzálně k ovlivnění příčiny, nebo jako posílení jiné psychoterapeutické metody. Součástí každého přístupu by měla být podpůrná psychoterapie. Doporučuje se farmakologicky léčit komorbidní psychické poruchy.

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

Literatura

1. Grambal A, Grambalová Z, Pastucha P, et al. Farmakoterapie disociativních poruch. *Psychiatr. praxi* 2010; 11(3): 9–12.
2. 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.
3. 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.
4. Benbadis SR, Hauser WA. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000; 9: 280–281.

5. Pastucha P, Prasko J, Diveky T, et al. Borderline personality disorder and dissociation – comparison with healthy controls. *Activitas Nervosa Superior Rediviva* 2009; 51(3–4).
6. Pastucha P, Prasko J, Grambal A, et al. Dissociative disorder and dissociation – comparison with healthy controls. *Neuro Endocrinol Lett.* 2009; 30(6): 769–773.
7. Bowman ES. Psychopathology and outcome in pseudo-seizures. In: Ettinger AB, Kanner AM (eds): *Psychiatric issues in epilepsy*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001.
8. Seifertová D, Praško J, Horáček J, et al. Postupy v léčbě psychických poruch, algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti. 2. vyd. Praha, Medical Tribune 2008: 616.
9. Kratochvíl S. Klinická hypnóza, 3. vyd. Praha, Grada publishing 2009: 320.
10. 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.
11. Spiegel H, Spiegel D. *Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.
12. Maldonado JR, Spiegel D. Hypnosis, in *Psychiatry*, 2nd Edition. Edited by Tasman A, Kay J, Lieberman J. New York, Wiley, 2007.
13. Nowak DA, Fink GR. Psychogenic movement disorders: aetiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and therapeutic approaches. *Neuroimage* 2009; 47(3): 1015–1025.
14. Moeue FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, et al. A randomized controlled trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor subtype. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2003; 51: 29–50.
15. Wade D. Rehabilitation for conversion symptoms. *Contemporary Approaches to the Study of Hysteria: Clinical and Theoretical Perspectives*, Oxford University Press, Oxford 2001: 330–346.
16. Benbadis SR, Hauser WA. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000; 9: 280–281.
17. 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.
18. 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.
19. Bowman ES. Psychopathology and outcome in pseudoseizures. In: Ettinger AB, Kanner AM (eds): *Psychiatric issues in epilepsy*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2001.
20. Praško J, Pastucha P, Raszka M. Disociativní křeče. *Cesk Slov Ne urol N* 2009; 72/105 (2).
21. 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.

Článek doručen redakci: 6. 4. 2011

Článek přijat k publikaci: 5. 5. 2011

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

