

Patologická disociace – je, či není?

MUDr. PhDr. Petr Pastucha, Ph.D.^{1,2}, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.^{1,3,4,5}, MUDr. Andrea Cinculová^{1,3}

¹Univerzita Palackého v Olomouci

²Psychiatrická ambulance Valašské Meziříčí

³Klinika psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc

⁴Psychiatrické centrum Praha

⁵Centrum neuropsychiatrických studií, Praha

V současné době je diskutován koncept disociace jako jev s komponentou „patologickou“ a „nepatologickou“. Patologická forma disociace je zřejmě u některých psychických poruch jedním z více příznaků celkového psychopatologického obrazu, u různých typů onemocnění se v míře zastoupení různí. Naopak nepatologická forma disociace je jevem běžným u normální zdravé populace. Ke skriningu patologické formy disociace slouží osmipoložkový dotazník DES-T. Naše vlastní zjištění koncept patologické formy disociace podporuje. Ověřili jsme vysoký výskyt patologické disociace u skupiny poruch disociativních a u pacientů s emočně nestabilní poruchou osobnosti. Na druhém pólu byla panická porucha, kde je výskyt patologické disociace srovnatelný s normální populací.

Klíčová slova: depresivní porucha, disociace, disociativní porucha, hraniční porucha osobnosti, panická porucha, patologická disociace.

Pathological dissociation – is it or not?

The concept of dissociation is currently discussed as a phenomenon containing both pathological and the non-pathological component. The pathological form of dissociation may in some mental disorders represent one symptom amongst many symptoms of the whole psychopathological picture. The quantity of it is different in a different type of the disorder. On the contrary the non-pathological form of dissociation is quite a common phenomenon in the normal healthy population. DES-T questionnaire containing 8 items is used for screening (to detect) the pathological form of dissociation. Our own findings support the concept of the pathological dissociation. We proved high prevalence of pathological dissociation in patients with the Borderline Personality Disorder and in the group of the Dissociative disorders. The Panic Disorder appears to be the opposite – the finding of the pathological dissociation is comparable to that of the common population.

Key words: depressive disorder, dissociation, dissociative disorder, borderline personality disorder, panic disorder, pathological dissociation.

Psychiatr. praxi 2011; 12(4): 162–165

Úvod

Fenomén disociace bývá popisován jako vzájemné oddělení různých mentálních procesů a zahrnuje široké spektrum projevů od běžných, každodenních zážitků (např. denní snění), až po projevy závažné psychopatologie, jako je příklad mnohočetné poruchy osobnosti. Disociace jako taková však není jevem specifickým pouze pro člověka – řadu disociativních projevů můžeme pozorovat i u zvířat.

Zatímco psycholog Pierre Janet (1859–1947) považoval disociaci za jev „abnormální“, objevující se u lidí psychicky odlišných od ostatních, jiní jeho současníci, jako např. William James (1842–1910), nahlíželi na disociaci jako na příznak, který je součástí běžných lidských prožitků a nachází se na pomyslném kontinuu. Koncepce disociace jako kontinua přetrvává až do devadesátých let 20. století, kdy se rozvíjí poznatky potvrzující disociaci spíše jako dimenzionální jev a objevují se pokusy rozlišovat disociaci jako jev „nepatologický“ a „patologický“ (1, 2).

Nepatologická disociace se týká například prožitků pohlcení a imaginativního zaujetí, kdežto patologická disociace se projevuje zejména amnézií, pocity derealizace, depersonalizace a změnami v prožívání identity. Tato koncepce znamená renesanci Janetova pojetí disociace jako patologického fenoménu. Rozdíl mezi disociativními jevy patologickými a nepatologickými tedy není rozdílem pouze v kvantitě, ale i kvalitě. I další studie podporují tento typologický konstrukt disociace (3, 4), zatímco jiné podporují spíše dimenzionální model (5, 6).

Disociativní poruchy jako samostatná diagnostická kategorie nahradily kategorii hysterie až v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, platné od r. 1992. V diagnostickém systému DSM byla kategorie disociativních poruch poprvé uvedena ve III. revizi z r. 1980. Hranice mezi poruchami disociativními a jinými (např. akutní reakcí na stres, posttraumatickou stresovou poruchou) je však poměrně neostrá, stejně tak může být neostré i vymezení disociativních poruch a příznaků spada-

jících do pomyslné normality. To vše ukazuje naši nejistotu v postojích vůči disociativním poruchám.

Disociace – kontinuum, nebo kategorie?

Dimenzionální model (používán je i termín model disociativního kontinua) disociace předpokládá, že prožitky charakteru disociace jsou běžnou součástí normální lidské zkušenosti a nacházejí se na pomyslném kontinuu charakterizovaném u jednotlivých jedinců různou mírou disociativních zkušeností. Jedním z prvních moderních zastánců této teorie byl E. Hilgard, který hledal spojitost mezi disociací a hypnotickými fenomény. V průběhu hypnózy dochází i u zdravé populace k manifestaci jevů, které můžeme označovat jako disociativní. Na základě pojetí disociace jako kontinua byla vyvinuta Škála disociativních zkušeností – the Dissociative Experiences Scale (DES) (7). Škála DES je nejrozšířenější screeningový nástroj k měření disociativních příznaků, není však dotazní-

kem diagnostickým. Česká verze dotazníku DES byla validizována (8). Je to krátký 28položkový sebehodnotící dotazník. Hodnocený subjekt odpovědi zaznamenává na 100 mm dlouhou úsečku. Tyto odpovědi vyjadřují, v jakém procentu se mu daná zkušenost stává. Při vyhodnocování jsou zaznamenaným bodům přiřazeny číselné hodnoty od 0 do 100. Celkový součet bodových hodnot dělený počtem položek (28) udává výsledné skóre. Vyšší dosažené hodnoty indikují vyšší úroveň disociace.

V devadesátých letech rozvinul Putnam teorii, že disociativní symptomy jsou rozděleny dichotomně a že tedy může existovat více disociativních subtypů (9). Tyto nálezy potvrdil Waller (10). Zároveň rozlišil položky v DES, jež jsou charakteristické pro disociaci, kterou nazval disociací patologickou. U tohoto typu disociace je malá pravděpodobnost, že by se vyskytly u běžné populace (např. položka „Někteří lidé mají zkušenost v tom, že shledají sebe sama na nějakém místě a nevědí, jak se tam dostali“). Naopak jiné příznaky (např. položka „Některým lidem se stává, že když se dívají na televizi nebo film, jsou tak pohlceni příběhem, že si nejsou vědomi ostatních událostí kolem nich“) jsou běžně přítomny u normální populace a jsou vyjádřením nepatologických disociativních osobnostních rysů, které se kvalitativně liší od patologického typu disociace. Na základě těchto zjištění vytvořil Waller se spolupracovníky 8položkovou subškálu dotazníku DES k identifikaci jedinců s patologickou disociací (10, 14). Tento 8položkový dotazník autoři nazvali DES-T (the Dissociative Experience Scale – Taxon). Jde o subškálu dotazníku DES a je vybrán z 28 původních položek dotazníku DES. Výsledný skóre dotazníku DES-T je aritmetickým průměrem těchto 8 položek a pohybuje se v rozmezí 0–100 bodů. Škála disociativních zkušeností – taxon, DES-T tedy byla vyvinuta z dotazníku DES k identifikaci typově odlišné, patologické disociace. Slovo taxon je blízké pojmu „typ“, „třída“, „kategorie“, taxometrické metody jsou pak takové, jež umožňují odlišení typových charakteristik od charakteristik dimenzionálních. Škála DES-T zahrnuje položky 3, 5, 7, 8, 12, 13, 22 a 27 dotazníku DES. Na rozdíl od dotazníku DES, dotazník DES-T v české verzi validizován nebyl. Položky dotazníku DES-T uvádíme v příloze. Za patologické charakteristiky disociace jsou pokládány změny v prožívání osobní identity, pocity depersonalizace a derealizace, pocity rozpojení vědomí (narušená integrace uvědomování si), disociativní amnezie a sluchové halucinace.

Fenomén sluchových halucinací jako součást disociativních projevů může vést k nesprávnému diagnostikování disociativních poruch jako schizofrenie, u níž jsou sluchové halucinace jedním z obecných kritérií. Někteří autoři se pokusili rozlišit typologické rozdíly mezi hlasy u schizofrenie a jiných poruch na základě jejich charakteru (např. komentující, nepřátelské, podpůrné) nebo na základě jejich povahy jako halucinací interních/externích (13). Důkazy pro kvalitativní odlišnost halucinací u disociativních poruch a poruch psychotických však neexistují (13). Stejně tak i další pozitivní příznaky schizofrenie (bludy, poruchy myšlení obecně, dezorganizované a katatonní chování) by mohly být nahlíženy z perspektivy disociace. V tom případě je nutné diferenciatně diagnosticky klást důraz na celý kontext onemocnění (13). Vztahu disociativních příznaků a schizofrenie se ve své diplomové práci zabýval Chalupníček (14). V jeho souboru 27 pacientů s paranoidní schizofrenií bylo dosaženo průměrného celkového skóre DES 14,1 bodů, což je výrazně vyšší skóre než například v našem kontrolním souboru zdravých subjektů (7,7 bodů). Hodnoty patologické disociace u psychotických pacientů jsme v dostupných zdrojích nenalezli.

Jednou z možností, jak kvantifikovat vysokou míru patologické disociace (ale i celkové disociace v DES), je stanovení cut-off skóre, které po součtu položek škály DES-T porovnáme s dosaženými hodnotami. Jsou-li dosažené hodnoty vyšší než cut-off skóre, dosahuje subjekt vysoké míry patologické disociace. Za optimální cut-off skóre v dotazníku DES-T je pokládána hodnota 20 bodů, a to zejména při skríníngu patologické disociace ve všeobecné populaci (10, 11).

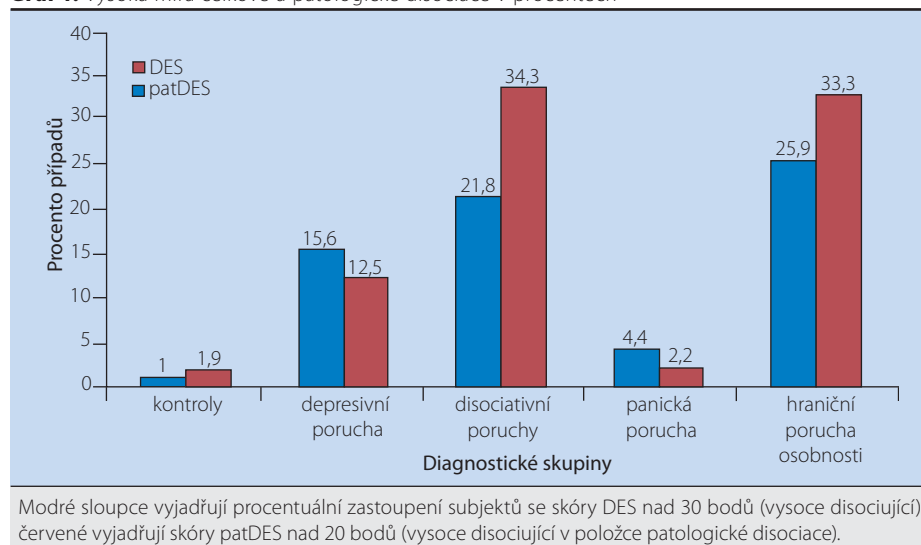
Vlastní výzkum

Koncept patologické disociace jsme se rozhodli ověřit vlastním výzkumem (15, 16, 17, 18). Dotazník DES byl administrován vzorku 209 zdravých dobrovolníků a dále pacientům s vybranými diagnózami. Vybrané diagnózy byly tyto: depresivní fáze středně těžká (F 32,1 nebo F 33,1) zastoupená 32 pacienty, disociativní porucha jakéhokoli subtypu (F 44) s 32 pacienty, panická porucha (F 41,0) s 45 pacienty a emočně nestabilní porucha osobnosti obou subtypů (F 60,3) s 24 pacienty. Vyhodnoceno bylo jednak celkové skóre DES, jednak skóre DES-T svědčící pro patologickou disociaci. U celkového skóre DES jsme stanovili cut-off skóre 30 bodů pro vysokou disociaci a ve škále DES-T skóre 20 bodů indikující vysokou míru disociace patologické.

Míra celkové disociace v kontrolním souboru zdravých subjektů v naší studii byla 7,7 bodů. Tato hodnota je srovnatelná jak se studií Boba (19) u české populace (8,9 bodů), tak i s výsledky např. na populaci turecké (20) (6,7 bodů), finské (21) (8 bodů) resp. 8,4 bodů (22). Nejvyšší míra disociace byla v souboru pacientů s hraniční poruchou osobnosti (22,7 bodů), následovaly disociativní poruchy (19,2 bodů), porucha depresivní (15,3 bodů), a panická porucha (7,5 bodů), což je hodnota srovnatelná s kontrolním souborem. Zcela identické bylo rozložení pořadí i v průměrných skórech disociace patologické – hraniční porucha osobnosti 16,5 bodů, disociativní poruchy 14,4 bodů, depresivní porucha 10,9 bodů, panická porucha 3,8 bodů a u kontrol 3,3 bodů.

Koncepci patologické disociace potvrzuje data kontrolního souboru, který měl nízké průměrné skóre patologické disociace i nízký

Graf 1. Vysoká míra celkové a patologické disociace v procentech



procentuální výskyt vysoké míry patologické disociace (2%). Naopak vysoká míra patologické disociace byla v souborech pacientů s poruchami disociativními a hraniční poruchou osobnosti, následované depresivní poruchou.

Procento pacientů se skóry celkové disociace nad 30 bodů v dotazníku DES a patologické disociace patDES nad 20 bodů u jednotlivých diagnostických skupin ilustruje graf.

Vysoká míra disociace u pacientů s hraniční poruchou osobnosti dosažená v naší studii je potvrzena i dalšími autory (23, 24, 25, 26).

Naopak míra disociace u panické poruchy byla srovnatelná se zdravými dobrovolníky, což je na základě naší klinické zkušenosti zjištění spíše překvapivé.

Klinický význam

Intenzita disociativních potíží může mít podle některých studií dopad na účinnost terapie. V případě pacientů s panickou poruchou s vyšší mírou disociace byl efekt terapie paroxetinem

na pokles anxiety méně výrazný ve srovnání s pacienty, kteří měli míru disociativních potíží nižší (27). Podobné závěry v případě účinnosti kognitivně behaviorální terapie u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou přináší Praško, et al. (28). Rovněž Spitzer, et al. (29) zjistil nižší efekt kognitivně behaviorální terapie u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou a pacientů s úzkostnými poruchami. Stejně tak i u pacientů s hraniční poruchou osobnosti s vyšší mírou disociace byla prokázána horší odpověď na léčbu (30). Z uvedeného vyplývá, že v případě některých diagnóz s významným podílem disociativních příznaků lze počítat s horšími terapeutickými výsledky než u pacientů s menší mírou disociace.

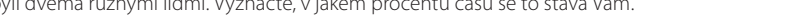
Odlíšné závěry oproti výše uvedeným však přináší recentní studie Raszky, et al. (31). Tato studie u 44 pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou neprokázala, že by závažnost disociace predikovala horší odpověď na skupinovou kognitivně behaviorální terapii.

Příloha: Dotazník DES-T

jméno: věk: datum:
 pohlaví: ☐ M ☐ Ž vzdělání: ☐ základní ☐ střední ☐ vyšší

Pokyny

Tento dotazník obsahuje 8 otázek, jež se týkají zkušeností, které se mohou vyskytovat ve vašem každodenním životě. Zajímá nás, jak často se Vám tyto události stávají. Je však důležité, aby Vaše odpovědi ukázaly, jak často tyto zkušenosti prožíváte, aniž jste pod vlivem alkoholu nebo drog. K tomu, abyste mohli odpovědět na otázku, je nutné, abyste vyjádřili odpovídající míru zkušenosti vyjádřené v otázce ve vztahu k sobě a vyznačili jej vertikální čarou na příslušném místě.

1. Někteří lidé mají zkušenost v tom, že shledají sebe sama na nějakém místě a nevědí, jak se tam dostali. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává Vám.
0%  100%
2. Někteří lidé mají zkušenost, že naleznou nové věci mezi těmi, jež vlastní, a nemohou si vzpomenout, že je kupovali. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává Vám.
0%  100%
3. Někteří lidé mají občas zkušenost, že cítí, jako by stáli vedle někoho, nebo hledíce na sebe sama něco dělají a vidí sebe sama, jako by hleděli na jinou osobu. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává Vám.
0%  100%
4. Někteří lidé říkají, že občas nepoznávají přátele nebo členy rodiny. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává Vám.
0%  100%
5. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, že jiní lidé, věci nebo svět kolem nich nejsou reálné. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává Vám.
0%  100%
6. Někteří lidé mají občas zkušenost s tím, že cítí, jako by jim jejich tělo nenáleželo. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává Vám.
0%  100%
7. Někteří lidé shledávají, že v některé situaci jednájí tak odlišně ve srovnání s jinou, že se cítí téměř tak, jako by byli dvěma různými lidmi. Vyznačte, v jakém procentu času se to stává Vám.
0%  100%
8. Někteřím lidem se občas stává, že slyší hlasy uvnitř své hlavy, které jim říkají, co mají dělat nebo komentují, co dělají. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.
0%  100%

Závěr

Na základě našich výsledků se zdá, že pro rychlé vyhodnocení disociativních příznaků by mohlo být v běžné praxi dostatečné zaměření se na 8 otázek hodnotících patologickou disociaci. Vyšší míra disociace může predikovat nižší terapeutickou účinnost, a to i u symptomů, které nespadají do oblasti disociativních příznaků.

Literatura

1. Putnam FW (1997). Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective. The Guilford Press, New York; 66.
2. Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods* 1996; 1(3): 300–321.
3. Allen JG, Fultz J, Huntoon J, Brethour JR. Pathological dissociative taxon membership, absorption, and reported childhood trauma in women with trauma-related disorders. *Journal of Trauma & Dissociation* 2002; 3: 89–110.
4. Irwin HJ. Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology* 1999; 133: 157–164.
5. Simeon D, Knutelska M, Nelson D, et al. Examination of the pathological dissociation taxon in depersonalization disorder. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 738–744.
6. Watson D. Investigating the construct validity of the dissociative taxon: stability analyses of normal and pathological dissociation. *Journal of Abnormal Psychology* 2003; 112: 298–305.
7. Bernstein EM, Putnam FW. Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 727–735.
8. Ptáček R, Bob P, Paclt I, a kol. Psychobiology of dissociation and its clinical assessment. *Neuro Endocrinol Lett* 2007; 28: 191–198.
9. Putnam FW, Carlson EB, Ross CA, et al. Patterns of dissociation in clinical and nonclinical samples. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 673–679.
10. Waller NG, Putnam FW, Carlson EB. Types of dissociation and dissociative types: A taxonomic analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods* 1996; 1(3): 300–321.
11. Waller NG, Ross CA. The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106: 499–510.
12. Copolov D, Traurer T, Mackinnon A. On the non-significance of internal versus external auditory hallucinations. *Schizophr Res* 2004; 69(1): 1–6.
13. Moskowitz A. (2005) Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? Dostupné na: http://www.healingattention.org/documents/doc_moskowitz.pdf. 24. 6. 2011.
14. Chalupníček A. Disociativní poruchy a paranoidní schizofrenie. Závěrečná práce. FSS MU Brno 2008. http://is.muni.cz/th/65618/fss_m/Diplomova_prace.doc. 24. 6. 2011.
15. Pastucha P. Disociativní symptomy u vybraných typů psychických onemocnění. Disertační práce. Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc 2010.
16. Pastucha P, Prasko J, Diveky T, a kol. Borderline personality disorder and dissociation-comparison with healthy controls. *Act Nerv Super Rediviva* 2009a; 51(3–4): 146–149.
17. Pastucha P, Prasko J, Grambal A, a kol. Panic disorder and dissociation-comparison with healthy controls. *Neuro Endocrinol Lett* 2009b; 30(6): 774–778.
18. Pastucha P, Prasko J, Grambal A, a kol. Dissociative disorder and dissociation-comparison with healthy controls. *Neuro Endocrinol Lett* 2009c; 30(6): 769–773.

19. Bob P, Susta M, Pavlat J, a kol. Depression, traumatic dissociation and epileptic-like phenomena. *Neuro Endocrinol Lett* 2005; 26(4): 321–325.
20. Akyüz G, Dogan O, Sar V, et al. Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 151–159.
21. Maaranen P, Tanskanen A, Hintikka J, et al. The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. *Compr Psychiatry* 2008; 49(3): 269–274.
22. Lipsanen T, Saarijärvi S, Lauerma H. The Finnish version of the Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) and psychiatric distress; *Nordic Journal of Psychiatry* 2003; 57: 17–22.
23. Korzekwa MJ, Dell PF, Pain C. Dissociation and Borderline Personality Disorder: An Update for Clinicians. *Current Psychiatry Reports* 2009a; 11: 82–88.
24. Korzekwa MJ, Dell PF, Links PS, et al. Dissociation in Borderline Personality Disorder: A detailed look. *Journal of Trauma and Dissociation* 2009b; 10: 346–367.
25. Zanarini MC, Ruser T, Frankenburg FR, Hennen J. The dissociative experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 223–227.
26. Ross CS. Borderline personality disorder and dissociation. *J Trauma Dissociation* 2007; 8: 71–80.
27. Gulsun M, Doruk A, Uzun O, et al. Effect of dissociative experiences on drug treatment of panic disorder. *Clin Drug Investig* 2007; 27: 583–590.
28. Praško J, Raszka M, Adamcová K, a kol. Predikce terapeutické odpovědi v kognitivně behaviorální terapii u pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou rezistentní na léčbu psychofarmaky. *Psychiatrie* 2008; 12(Supl 3): 55–62.
29. Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ. Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 2007; 41: 682–687.
30. Zanarini MC, Frankenburg FR, Jager-Hyman S, et al. The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow up. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118(4): 291–296.
31. Razska M, Kopřivová J, Novák T, Praško J. Disociace nespojila s horší odpovědí na kognitivně-behaviorální terapii u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. *Psychiatrie* 2011; 15(1): 4–8.

Článek doručen redakci: 11. 4. 2011

Článek přijat k publikaci: 27. 6. 2011

MUDr. PhDr. Petr Pastucha, Ph.D.

Psychiatrická ambulance

U Nemocnice 980, 757 01 Valašské Meziříčí

petrpastucha@seznam.cz
