

**DISOCIATÍVNE PROCESY V SYMPTOMATOLÓGII  
DEPRESIÍ**

**DIPLOMOVÁ PRÁCA**

**Miloslav Torda**

**UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA PSYCHOLÓGIE**

**Psychológia  
7701800**

**Vedúci diplomovej práce:  
prof. PhDr. Anton Heretik, PhD.**

**BRATISLAVA 2006**

## ZADÁVACÍ PROTOKOL

Meno študenta/tky: Miloslav Torda

Názov diplomovej práce: „Disociatívne procesy v symptomatológii depresíí“

Cieľ práce:

1. Potvrdiť súvis disociatívnej symptomatológie a traumatických skúseností u určitej skupiny depresívnych pacientov.
2. Otestovať slovenskú verziu DES na populácii depresívnych pacientov a zistiť incidenciu disociatívnych skúseností v depresívnej symptomatológii.

Základné metodologické a diagnostické postupy :

- Škála disociatívnych skúseností
- Posttraumatický zoznam
- Beckova sebaopisová škála
- Dotazník životných udalostí
- Asociačný experiment

Zameranie: Klinická psychológia

Školiteľ/ka diplomovej práce: prof. PhDr. Anton Heretik, PhD.

Termín obhajoby diplomovej práce: leto 2006

Dátum: november 2005

.....  
podpis študenta/tky

.....  
podpis školiteľa/ky DP

### ***Čestné vyhlásenie***

Čestne vyhlasujem, že som predloženú diplomovú prácu vypracoval samostatne s použitím uvedenej literatúry a pod odborným vedením prof. PhDr. Antona Heretika, PhD.

Miloslav Torda

## ABSTRAKT

TORDA, Miloslav: *Disociatívne procesy v symptomatológii depresii* [Diplomová práca]/ Miloslav Torda – Univerzita Komenského v Bratislave. Filozofická fakulta; Katedra psychológie. – Školiteľ: prof. PhDr. Anton Heretik, CSc. – Stupeň odbornej kvalifikácie: Magister psychológie. – Bratislava: FFUK. 2006. – 98 s.

Cieľom tejto práce bolo zmapovať súvis disociácie, traumatických skúseností a depresívnej poruchy. Vyšetřili sme 36 pacientov všeobecných psychiatrických kliník s diagnózou F32/F33 a 36 subjektov bez akejkoľvek psychiatrickej diagnózy pomocou škály DES, PCL-C, BDI-II, dotazníkom životných udalostí a asociačným experimentom. Analýza dát ukázala, že depresívny pacienti mali oproti kontrolnej skupine signifikantne vyšší výskyt disociatívnych skúseností a mali výrazne ťažšiu traumatickú symptomatológiu. Zistili sme vysoké korelácie medzi závažnosťou depresie a disociatívnymi symptómami a posttraumatickou stresovou poruchou. 15% subjektov z celého súboru spĺňalo kritéria pre disociatívne ochorenie a táto skupina bola signifikantne viac traumatizovaná a mala ťažšiu depresívnu symptomatológiu. Na základe výsledkov usudzujeme, že v určitej skupine prípadov je možné, aby boli depresívne symptómy spúšťané a udržiavané neadekvátnym užívaním disociácií. Klúčové slová: Disociácia. Depresia. Posttraumatická stresová porucha. Viacnásobná osobnosť. Hypnóza. Nevedomé procesy. Škála disociatívnych skúseností.

TORDA, Miloslav: *Dissociative processes in symptomatology of depression*. [Thesis]/ Miloslav Torda. – Comenius University in Bratislava, Faculty of Philosophy; Department of Psychology – Tutor: prof. PhDr. Anton Heretik, PhD. – Level of academic qualification: Master of psychology. – Bratislava: FFUK. 2006. – 98 p.

The purpose of this study was to examine the relationship between dissociation, traumatic experiences and depressive disorder. We assessed 36 general psychiatric inpatients with the diagnosis F32/F33 and 36 subjects without any psychiatric diagnosis by means of DES, PCL/C, BDI-II, life experience questionnaire and word association experiment. Data analysis revealed that the depressive inpatients group had a significantly higher occurrence of dissociative experiences and had markedly severe traumatic symptomatology compared to controls. We found out high correlations between the severity of depression and dissociation and posttraumatic stress disorder. 15% of subjects from the entire pool met the criteria for dissociative disorder and this group had a significantly higher prevalence of traumatic symptomatology and had a more severe depression. On the strength of our results we assume that it is possible for depressive symptoms in certain group of cases to be triggered and maintained by inadequate use of dissociation.

Key words: Dissociation. Depression. Posttraumatic stress disorder. Multiple personality. Hypnosis. Unconscious processes. Dissociative experiences scale.

## ***Predhovor***

Zmenené stavy vedomia boli súčasťou ľudskej skúsenosti od počiatku vekov. Tieto skúsenosti boli zdrojom nevysvetliteľných chorôb, viery v démonické sily a duchov, ale aj sídlom múz a liečebným prostriedkom v prípadoch, keď konvenčné medicínske postupy zlyhali. V odhalení mechanizmov, ktoré bežia v pozadí týchto tajuplných procesov sa skrýva obrovský, ako vedecký tak aj terapeutický, potenciál. Práve procesy *disociácie* sľubujú vysvetlenie určitého druhu patologických stavov ako navrhovaniu protiopatrení proti nim.

K disociačnej teórii som sa dostal cez prácu Petra Boba, predného českého vedca pracujúceho na poli disociácií; za čo mu patrí moja vďaka. V disociáciách som začal vidieť trochu odlišný prístup k ukrytým častiam vedomia. Odlišný od čoho? Odlišný od pohľadu na nevedomie ako čiernej skrinky, od ktorej sme stratili kľúč. Radšej ako o nevedomom som začal uvažovať o ne-vedomovanom.

Je zaujímavé, koľko pozornosti v súčasnosti venujú nevedomiu aj vedci, ktorých teoretické pozadie pochádza z inej ako psychoanalytickej koncepcie, práve cez pojem „disociácie“. Spomeniem len kognitívnu psychológiu, neuropsychológiu, modely neurónových sietí alebo neurológiu, ktoré sa ako jedny z mnohých vedných odborov zaoberajú disociovanými stavmi vedomia. Je teda možné aby sme konečne nevedomie demystifikovali a odkryli rúško nevedomosti o nevedomí? Asi len čas ukáže, ale ja som optimistický.

K napísaniu a realizácii tejto práce mi pomohlo mnoho ľudí, ktorých ani nie som schopný všetkých vymenovať. Hlavne by som však chcel poďakovať konzultantovi diplomovej práce, prof. PhDr. Antonovi Heretikovi, PhD., za trpezlivosť a realistické vedenie práce a za jeho cenné pripomienky. Moja vďaka taktiež patrí všetkým lekárom, zdravotným sestram a psychológom pracujúcich na oddeleniach, v ktorých sme realizovali výskum, za pomoc a za možnosť previesť výskum. Ďalej ďakujem všetkým svojim blízkym za pomoc so zbieraním kontrolnej skupiny a za praktickú pomoc. Moja vďaka patrí taktiež RNDr. Vladimírovi Chudému za pomoc pri štatistickom vyhodnocovaní dát. A určite nie sú na poslednom mieste ľudia, ktorí boli ochotní sa zúčastniť výskumu.

# OBSAH

<b>0 ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>1 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ POJMU „DISOCIÁCIA“</b>	<b>11</b>
1.1 Od šamanov po animálny magnetizmus	11
1.2 Frederic W. H. Myers a sublimál self	13
1.3 Pierre Janet a psychologické automatizmy	13
1.4 Sigmund Freud, Josef Breuer a „Štúdie o hystérii“	15
1.5 Carl Gustav Jung a autonómne komplexy	16
1.6 John Hughlings Jackson a proces disolúcie	18
<b>2 HYPNÓZA A NEODISOCIAČNÁ PARADIGMA</b>	<b>21</b>
2.1 Spojenie hypnózy a disociácie	21
2.2 Experimentálne výskumy hypnózy a disociácie	23
2.2.1 Automatické písanie	23
2.2.2 Hypnotická analgézia	24
2.2.3 Skrytý pozorovateľ a neodisociačná teória	26
<b>3 DISOCIÁCIE A VIACNÁSOBNÁ OSOBNOSŤ</b>	<b>29</b>
3.1 Stavy posadnutosti	29
3.2 Viacnásobná osobnosť	30
3.2.1 Definícia viacnásobnej osobnosti	30
3.2.2 Epidemiológia	32
3.2.3 Etiológia a patogenéza	33
<b>4 TRAUMATICKÁ KONCEPCIA DISOCIATÍVNYCH SYMPTÓMOV</b>	<b>35</b>
4.1 Disociácia, vyhýbanie sa a emočná otupenosť	36
4.2 Štúdie vzťahu disociácií a traumatických skúseností	37
4.2.1 Vojnová trauma	38
4.2.2 Zneužívanie v detstve	38
4.2.3 Nehody a prírodné katastrofy	39
<b>5 DISOCIATÍVNE SKÚSENOSTI A DEPRESIA</b>	<b>41</b>
5.1 Definícia depresie	41
5.1.1 Depresívna epizóda F32	41
5.1.2 Recidivujúca depresívna porucha F33	42
5.2 Disociačné poruchy a depresia	43
5.3 Posttraumatická stresová porucha a depresia	44
<b>6 DISOCIÁCIE A ICH MERANIE</b>	<b>47</b>
6.1 Implicitná percepcia	47
6.1.1 Podprahové vnímanie	48
6.1.2 Slovo-asociačný experiment	49
6.2 Dissociative Experiences Scale (DES)	50

<b>7 DISOCIÁCIE, POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA A DEPRESIA – KLINICKÁ ŠTÚDIA</b>	<b>53</b>
7.1 Cieľ štúdie	53
7.2 Hypotézy	53
7.3 Metódy štúdie	54
7.3.1 Testová batéria	54
7.3.2 Výskumná vzorka	56
7.3.3 Analýza dát	59
7.4 Výsledky	60
7.5 Diskusia	72
7.5.1 Disociácia, depresia a posttraumatická stresová porucha	72
7.5.2 Disociácia a komplexy	73
7.5.3 Disociácie a životné udalosti	75
7.5.4 Obmedzenia výskumu	77
<b>7 ZÁVER</b>	<b>79</b>
<b>8 ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV</b>	<b>81</b>
<b>PRÍLOHA</b>	

## 0 Úvod

**Disociácia** kniž. a odb. rozklad, štiepenie; psych. rozpájanie alebo rozplývanie združených predstáv (asociácií) pôsobením nových, výraznejších dojmov

*Slovník cudzích slov (1997)*

Štúdium histórie vedy poskytuje príklady, kedy určitá myšlienka alebo záujem o určitý fenomén sa cyklicky stáva populárnym a znova upadá do zabudnutia. Napríklad záujem o vedomie bol v polovici 20. storočia vytesnený z vedeckej komunity. John Searle (podľa Crick, 1997, s. 5) hovorí, že „do nedávna, ešte pred pár rokmi bolo akékoľvek vystúpenie na tému vedomia v priebehu diskusií vedených kognitívnymi vedami považované za prejav zlého vkusu. Absolventi, ktorí sú stále vnímaví voči správnym mravom vo svojich oboroch, by prevrátili očami a nahodili výraz ľahkého znechutenia“. To sa však zmenilo s objavením nových monitorovacích techník, akým je napríklad pozitronová emisná tomografia a rozpútala sa nová vlna experimentálnych štúdií a diskusií zaoberajúcimi sa vedomím.

Podobný trend popularity niektorých tém môžeme nájsť aj v oblasti psychopatológie a psychiatrie. Jedným z pojmov, ktorému sa opäť dostalo zvýšenej pozornosti v klinickej literatúre posledných desaťročiach je „disociácia“.

Tento pojem bol v druhej polovici 19. storočia stredom záujmu popredných bádateľov v oblasti psychopatológie, z ktorých môžeme spomenúť napríklad Jacquese-Josepha Moreaua, Mortona Princea, Pierrea Janeta, Williama Jamesa alebo Jozefa Breuera. Disociácia bola hlavne spájaná so vznikom mnohých patologických symptómov, ktoré niesli spoločné pomenovanie „hystéria“ (dnes sú tieto symptómy roztrúsené v rôznych diagnostických kategóriách; prevažne Disociačné ochorenia), ale uvažovalo sa aj o zastúpení disociatívnych procesov v širšom kontexte každodenného života (Carl Gustav Jung, Frederick W. H. Myers). Začiatkom 20. storočia však vzrastajúcim záujmom o psychoanalýzu v Európe a behaviorizmus v Severnej Amerike upadla disociačná teória do zabudnutia.

O znovu objavenie disociačnej teórie sa veľkou mierou pričínil Henry Ellenberger, ktorému sa pripisuje zásluha predstavenia práce Pierra Janeta anglosaskej vedeckej komunite. Vo svojej monografii *The discovery of the unconscious: history and*



*evolution of dynamic psychiatry* poskytuje ucelený a komplexný pohľad na začiatky a rozvoj jedného smeru bádania v oblasti psychopatológie. Vo svojej knihe venuje rozsiahlu kapitolu životnému dielu Pierra Janeta, jedného z priekopníkov v oblasti teórie disociácií.

Z klinického hľadiska malo na rozvoj záujmu o disociácie veľký vplyv vytvorenie novej kategórie *Disociačné poruchy* v DSM-III. Následné zistenie, že prevalencia disociačných porúch je omnoho väčšia ako sa predpokladalo, ešte posilnilo už tak rastúci záujem o fenomén disociácií. Tento stav vecí reflektuje aj založenie *Medzinárodnej spoločnosti pre štúdium disociácií (International society for the study of dissociation)* a vydávanie žurnálu *Journal of trauma and dissociation*.

Bez adekvátnych nástrojov na skúmanie akýchkoľvek fenoménov by asi veda neexistovala. Aj v oblasti merania a zachytávania disociácií boli urobené značné pokroky. Staré psychometrické techniky sa začali využívať na zisťovanie disociatívnej patológie (ROR, asociačný experiment) a nové boli vytvorené (Dissociative disorders interview schedule, Perceptual alteration scale a iné). Jednou z najpoužívanejších metód pri štatistických výskumoch je škála disociatívnych skúseností alebo DES (Dissociative Experiences Scale) Carlsona a Putnama (2000).

Cieľom našej práce je priblížiť čo raz viac rastúci záujem o problematiku disociácií ako z teoretického tak aj z empirického hľadiska, a znovu poukázať na traumatickú koncepciu niektorých patologických syndrémov, v ktorých ako sa zdá, hrá disociácia dôležitú úlohu.

Naša štúdia sa skladá zo siedmich kapitol. Kapitoly 1 a 2 sa venujú teoretickému pozadiu pojmu disociácia a v kapitolách 4 a 5 poskytujeme prehľad súčasnej literatúry, ktorá spája disociácie, posttraumatickú stresovú poruchu a mentálnu depresiu. Kapitola 3 stojí na pomedzí teórie a prehľadu štúdií, s ktorými signifikantne súvisí. V 6. kapitole sa venujeme dvom konkrétnym spôsobom merania disociácií a to DES a asociačnému experimentu. Kapitola 7 je venovaná empirickému prieskumu súvislosti medzi disociáciami, posttraumatickou stresovou poruchou a depresiou na vzorke pacientov s depresívnym ochorením a ľuďoch bez psychiatrickej diagnózy.

Dúfame, že naša práca bude prínosom pre ďalšie štúdium disociatívnych procesov a podporí diskusiu nielen v oblasti klinickej psychológie, ale aj v iných odvetviach psychológie a aj v humanitných vedách ako takých.

## **1 Teoretické východiská pojmu „disociácia“**

Ako každý teoretický konštrukt má aj pojem psychologickéj disociácie svoju evolúciu. Zmyslom tejto kapitoly je predstaviť rozvoj a autority disociačnej teórie. Tu sa nám ale vynára dilema, čo si zvolíme za začiatky tejto teórie, pretože história a zvlášť história teórií, nie je lineárna. My sa prikláňame k väčšine autorov (Hilgard, Crabtree, Brown, Putnam, Bob etc.), a považujeme dielo Pierra Janeta a jeho súčasníkov za počiatok disociačnej teórie. Na druhej strane by sme radi poukázali aj na to, že disociácia nie je historicky ojedinelým fenoménom. Začneme teda v prehistórii.

### **1.1 Od šamanov po animálny magnetizmus**

Ross (1996, s. 4) píše, že „disociácia sa zdá byť podstatnou a univerzálnou zložkou ľudskej psychológie“. Tento výrok je podporený obrovským množstvom etnografických štúdií „primitívnych“ kultúr, konkrétnejšie ich medicíny, ktorá je nesmierne podobná praktikám súčasnej psychoterapie a hypnózy. Nie je to fenomén špecifický iba pre jednu, alebo dve kultúry, ale v histórii každej kultúry môžeme sledovať správy o skúsenostiach zmenených stavov vedomia, ktoré môžeme považovať za disociované. Cieľom tejto práce nie je podať psychologickú analýzu týchto skúseností, čo by bolo veľmi obtiažne až nemožné (vzhľadom na skutočnosť, že historické pramene sú interpretovateľné rôznymi spôsobmi), ale pre vykreslenie toho čo bolo inšpiráciou pre vznik disociačnej teórie, je dobré podať aspoň pár poznámok ohľadom tranzu, mágie a exorcizmu.

Eliade (1997) poskytuje zaujímavý prehľad praktík šamanov sibírskych kmeňov, hlavne Buriatov. Napríklad uvádza spôsob iniciácie mladého adepta. Počas nej mladý šaman upadá do zmeneného stavu vedomia, na dobu trvajúcu dni až týždne, v ktorom je jeho telo roztrhané a znovu poskladané s novými vlastnosťami (napr. železné rebrá). Objektívne adept zažíva horúčky, kŕče, spieva, alebo rozpráva jazykom nezrozumiteľným pre svoj kmeň.

Z kultúry v období antiky sú známe chrámy zasvätené bohovi Asklépiovi, ktoré navštevovali ľudia z celého Grécka s očakávaním zázračného vyliečenia choroby. Vrcholom celého pobytu v Asképiu bola noc strávená v „abatone“. Počas noci strávenej

v „abatone“ mohol pacient vidieť zjavenia, dostať orákulum, alebo mať vízie, ktoré prinášali liečivý efekt.

Pre západnú kultúru bola špecifická prax vyhánania diabla, inak „exorcizmus“, ktorú robili špecializovaní katolícki kňazi. Historicky sa považuje exorcizmus za prekursor dnešnej dynamickej psychiatrie. Ellenberger (1970) píše, že vznik dynamickej psychiatrie, a teda začiatky disociačne teórie, sa môžu vystopovať do roku 1775, kedy došlo k stretu fyziológa Mesmera a exorcistu Gassnera.

Gassner bol úspešný katolícky kňaz, ktorý majstrovsky ovládal starú techniku exorcizmu. Exorcizmus bol v 18. storočí podporovaný oficiálnou cirkvou, ktorá mala moc a vplyv nad nižšou a strednou socioekonomickou vrstvou. Ale 18. storočie bolo aj obdobím osvietenstva, bojom rozumu s poverčivosťou a sekularizmom. Práve, kvôli „osvieteneckej“ atmosfére vtedajšej Európy sa musel Gassner stiahnuť a dať priestor novým „osvietenejším“ myšlienkam, presnejšie Mesmerovi a jeho teórii „animálneho magnetizmu“.

V rokoch 1773 a 1774 Mesmer liečil slečnu Oesterlinovú na radu symptómov, ktoré sa vyskytovali v pravidelných intervaloch. V tom čase začali niektorí fyziológovia používať magnety na liečenie určitých chorôb. Mesmer, inšpirovaný touto myšlienkou, dal vypiť svojej pacientke nápoj s vysokým obsahom železa a pripol jej na telo tri magnety. Pacientka začala pociťovať neobvyklé prúdenie tajomnej substancie cez jej telo a všetky jej problémy boli na krátky čas odstránené. Mesmer chápal, že tento efekt nemôže byť spôsobený iba magnetmi a prišiel k záveru, že magnetické prúdenie v pacientke bolo vyprodukované fluidom nahromadeným v Mesmerovej osobe. Toto fluidum nazval „animálnym magnetizmom“.

Ellenberger (1970) prirovnáva Mesmera ku Kolombusovi. Obaja objavili nový svet a obaja zostali v omyle o povahe svojich objavov, počas celého svojho života. „Animálny magnetizmus“ priniesol Mesmerovi slávu, ale aj obrovskú kritiku. Dlhý čas bol odmietaný francúzskou akademickou komunitou a bol považovaný za šarlatána. Ale našlo sa aj veľké množstvo lekárov, ktorí sa stali Mesmerovými študentmi a následníkmi a ktorí ďalej rozvíjali metódu magnetického spánku. V roku 1843 nahradil Braid magnetický spánok pojmom „hypnotizmus“.

## 1.2 Frederic W. H. Myers a sublimálne self

Aj keď meno Frederica W. H. Myersa sa skôr spája s tým, čo by sme dnes nazvali parapsychológiou. Jeho hlavný prínos nielen pre fenomén disociácií, ale aj pre psychológiu ako takú, je koncept „sublimálne self“, ktorý neskôr podporil svojimi poznatkami aj William James. (Hilgard podľa Bob, 2003)

Myers (podľa Crabtree, 2003) kritizoval vtedajší názor, že v každom človeku existuje iba jedno vedomie. Presnejšie to boli vtedajšie myšlienky automatizmov, ktorých hlavnými predstaviteľmi boli Laylock a Carpenter. Všetko však dostáva iný rozmer, ak existujú viaceré centrá vedomia.

Navrhoval skúmať fyziologické koreláty týchto skrytých osobných centier, čo aj sám názorne ukázal. Prevádzal experimenty na ozrejenie svojich predpokladov v dvoch oblastiach: hypnotizmus a automatické písanie. Dáta zo svojich experimentov ho viedli k zavedeniu termínu „sekundárne self“, ktoré je podľa Myersa (podľa Crabtree, 2003, s. 61) „latentnou kapacitou, ktorá vytvára druhé ohnisko kôrovej energie, ktoré aspoň na čas dostáva individuálnu, vlastnú účelovú aktivitu.“

Myers (podľa Crabtree, 2003) ďalej hovorí, že každý vlastní všetky potenciály akéhokoľvek možného zoskupenia prvkov našej osobnosti, a že každé zoskupenie je rozoznateľné od ostatných zoskupení. Odlíšenie je možné na základe rozdielov v reťazci spomienok, s ktorými sa každé zoskupenie spája. To zoskupenie, s ktorým sa bežne identifikujeme nazývame našim „normálnym self“, alebo ako ho Myers (podľa Crabtree, 2003) nazýva „primárne self“. Toto „normálne self“ sa skladá z prvkov vybraných v snahe o zachovanie bežných fyzických potrieb, čiže v procese adaptácie organizmu na prostredie .

Primárne vedomie existuje súbežne so „sekundárnym self“, alebo potlačenými osobnosťami. Tieto latentné kombinácie našich osobnostných prvkov môžu byť vyvolané náhodou, alebo zámerne napr. sny, automatické písanie, určité druhy intoxikácií, epilepsie, hystérie atď.; čo je v podstate sublimálne self.

## 1.3 Pierre Janet a psychologické automatizmy

Prvé inšpirácie Janetovej teórie pochádzajú z experimentov s hypnózou v La Havre v rokoch 1882 a 1883 s dvoma subjektami. Prvou bola Léonie, ktorú bolo možné

hypnotizovať na diaľku a Lucie, s ktorou robil experimenty s automatickým písaním. (Ellenberger, 1970). Jeho pacientky boli ľahko hypnotizovateľné a tak Janet používal túto metódu pre terapeutické účely. V priebehu hypnotických sedení si všimol, že pacientky si po prebudení nepamätali nič z toho, čo sa stalo počas hypnózy. Hovorí, že mal pocit akoby sa rozprával s dvoma osobami (podľa Crabtree, 2003). Osobou počas bdenia a osobou počas hypnózy. V každom stave bola určitá spojitosť pamäte, ktorá sa udržiavala nezávisle od počtu sedení. To ho presvedčilo o existencii entity odlišnej od každodenného self.

Sekundárne vedomie, alebo ako ho Janet radšej nazýva „nevedomá“ osobnosť, bola pre neho psychologickou realitou, oddelenou od normálneho vedomia so špeciálnymi charakteristikami (Crabtree, 2003):

1. často býva elementárnejšia ako primárne self
2. je veľmi sugestibilná
3. vykazujúca nálady, chůtky a iné kvality rozdielne od primárne self
4. má viac spomienok na život jednotlivca, než sú prístupné primárnemu self
5. je si vedomá bežného self a odmieta sa s ním identifikovať
6. nie je vytvorená hypnózou
7. uvažuje o sebe oddelene a niekedy až protichodne od primárneho self

Ďalej hovorí, že môže existovať akékoľvek množstvo týchto nevedomých osobností v jednej osobe.

Nevedomá osobnosť môže zapríčiniť, aby človek robil veci bez toho tak, že bežná osobnosť nevie o ich existencii. Tento fenomén nazval Janet (Crabtree, 2003) „nevedomým aktom“. Postuloval štyri druhy nevedomých aktov:

1. vznikajúce posthypnotickou sugesciou
2. vznikajúce anestéziou
3. vznikajúce rozptýlením (zameraním pozornosti niekam inam)
4. vznikajúce spontánne

Prvé tri sú zapríčinené experimentátorom a posledná sa vyskytuje v každodennom živote.

K objasneniu procesu disociácia v Janetovom poňatí je dôležitý termín „systematizovaná anestézia“. Janet (podľa Cousin et al., eds., 1999) ju opisuje ako

zúženie vedomia v normálnej osobnosti. Jedná sa práve o vnemy, ktoré si normálna osobnosť neuvedomuje, ale nevedomá osobnosť ich zažíva. Toto zúženie, alebo ako Janet (Crabtree, 2003) hovorí, disociácia niektorých javov vedomia z bežného života, znamená, že ich „Ja“ nemôže syntetizovať. O dôvodoch prečo primárna osobnosť nemôže integrovať vnemy a spomienky sa môžeme len domnievať. Pravdepodobne ide o konflikty alebo traumy, ako ukazujú súčasné výskumy disociačných porúch.

Tieto zistenia sú jadrom Janetovej dizertačnej práce *L'Automatisme Psychologique* vydané v roku 1889. V nej sa zaoberá práve automatizmami, ktoré boli centrom jeho vedeckej práce. Pojem „automatický“ dával do spojitosti s pohybom, ktorý má dve charakteristiky (Janet podľa Crabtree, 2003):

1. je spontánný v zmysle, že sa hýbe sám a nepotrebuje impulz z vonku
2. pohyb je pravidelný, vykonávaný predvídateľným a determinovaným spôsobom

Veril, že jeho práca s hysterikmi ukázala, že boli ovládaní stavmi vedomia, ktoré sú od seba odlišné, teda majú rozdielny pohľad na svet, hodnoty a schopnosti. Opísal ich ako zhľuky psychologických fenoménov, alebo „fixných ideí“ (Janet podľa Cousin et al., 1999), ktoré seba vnímajú ako „Ja“. Tieto osobnosti si bežné vedomie neuvedomuje. Žijú vlastným vnútorným životom. Predsa však môžu ovplyvniť normálny život produkovaním správania, vyvolávaním emócií a vytváraním vnemov, ktoré nie sú pod kontrolou každodennej osobnosti. Tieto javy každodenná osobnosť zažíva ako „psychologické automatizmy“.

Janet na rozdiel od Myersa zastával názor, že psychologické automatizmy sú manifestáciou patológie. Hovorí (Janet podľa Crabtree, 2003), že ak by sme sa stretli s kompletne zdravou osobou, nenašli by sme ani známku týchto automatizmov pravdepodobne ani v hypnóze. Na druhú stranu uznáva, že v skutočnom živote relatívne normálni ľudia si môžu z času na čas vytvoriť nevedomé fenomény a zažívať ich ako psychologické automatizmy. (Janet podľa Crabtree, 2003)

#### **1.4 Sigmund Freud, Josef Breuer a „Štúdie o hystérii“**

Významnou prácou na poli psychopatológie bola práca Freuda a Breuera, ktorú vydali v roku 1895 pod názvom „Štúdie o hystérii“. (Freud, 1993) V tejto práci sú prezentované prípadové štúdie, ktoré spĺňajú kritéria DSM-IV pre Disociatívnu poruchu

osobnosti a Disociatívnu poruchu inak nešpecifikovanú (Ross podľa Michelson & Ray, 1996) a sú doplnené o teórie hysterických symptómov a terapeutické intervencie. Stručne prejdeme tieto teórie a pokúsime sa ukázať na prínos Freuda a Breuera k teórií disociácií.

Hlavnou myšlienkou Štúdií o hystérii je predpoklad, že hystéria je determinovaná traumatickými skúsenosťami, ktorých spomienka sa nevedome znovu objaví symbolickou cestou vo forme symptómov choroby. Tento predpoklad, vychádza z pozorovania, že pacienti často halucinujú v záchvatoch tú istú udalosť, ktorá vyvolala atak.

Dôvodom prečo sa traumatické udalosti znovu objavujú v hysterických záchvatoch je neschopnosť odreagovať nahromadené emócie adekvátnou reakciou na situáciu, z rôznych príčin (napr. spoločenské pomery). Postihnutý traumatickú udalosť úmyselne vytesní so svojho vedomia, aby ju tlmil a tým znemožní, aby bola asociatívne spracovaná.

Toto vytesnenie zážitkov vedie k disociácii a vzniku „dvojitého vedomia“, teda primárneho vedomia a sekundárneho vedomia. Primárne vedomie je časť, s ktorou sa postihnutý najviac identifikuje a prejavuje sa bežnou osobnosťou. Sekundárne vedomie je „skupinou predstáv, ktoré boli vylúčené s asociatívneho styku s ostatnými predstavami, ale môžu byť asociované navzájom“ (Freud, 1993, s.22) a manifestuje sa práve počas hysterických záchvatov.

Je dôležité spomenúť, že v čase keď bola Štúdia o hystérii hotová, Freud začal vyvíjať svoju psychoanalytickú metódu a už v tom čase bol zrejmý jeho rozchod v interpretácii hystérie s Breuerovým chápaním. Breuer považoval disociáciu vedomia u hysterikov za formu autohypnózy, „hypnoidálnych stavov“ ako ich sám nazval (podľa Freud, 1993). Pre Freuda (podľa Ellenberger) to bola forma obrany, aktívneho potlačenia neprijateľných impulzov (prevažne sexuálneho rázu), čo v prvom rade spôsobilo hysterické symptómy.

## **1.5 Carl Gustav Jung a autonómne komplexy**

Jung študoval v zimnom semestri 1902-1903 u Pierra Janeta v Paríži a samozrejme ním bol vo veľkej miere ovplyvnený. Aj keď Jung nezasvätil svoju prácu problematike



disociácií, tento proces je jadrom jeho teórie komplexov. Ako sa za chvíľu ukáže, Jungov koncept autonómnych komplexov je analogický Janetovým sekundárnym osobnostiam.

Prvé náznaky Jungovej teórie komplexov sa objavili v jeho dizertačnej práci venovanej analýze funkcií viacerých osobností a zmenám charakteru u svojej sesternice počas stavov zmeneného vedomia. Následne empiricky podporil svoju teóriu svojim slávnym asociačným experimentom, ktorému sa budeme venovať neskôr.

Jung (Noll, 1989) zastáva názor, že základná štruktúra mysle pozostáva z citmi nabitých komplexov. Komplexy sú zhľuky afektu, ktorých dynamiku môžeme pozorovať v osobnosti. Každý komplex sa organizuje okolo tematického jadra, ktorý obsahuje spomienky špecifické pre danú tému. Týchto autonómnych komplexov existuje v jedincovi mnoho a najdôležitejší z nich je „ego-komplex“. Každý komplex má určitý druh vedomia sám o sebe a je v interakcii a často aj v konflikte s ostatnými komplexmi.

Pri vzniku komplexov sú dôležité hlavne dva faktory (Jung podľa Noll, 1989):

1. faktor skúsenostný, ktorý je príčinne spojený s prostredím
2. faktor vrodený; teda genetická predispozícia

Ďalej Jung dopĺňa etiológiu komplexov o traumou. Trauma patrí do prvého z vyššie uvedených faktorov vzniku komplexov. Ako sám hovorí o komplexoch, „ich pôvod je často takzvaná trauma, emočný šok, alebo niečo podobné, čím sa odštiepil kus psyché. Jednou s najčastejších príčin je morálny konflikt, ktorý má svoju poslednú príčinu v zdanlivej nemožnosti prijať ľudskú povahu v jej celku.“ (Jung, 1934, s. 248) Čím intenzívnejšia je trauma a čím skôr sa vo vývoji vyskytne, tým závažnejšie budú disociatívne rozštiepenia. Na extrémne prípady sa použijú extrémne opatrenia.

Ako sme už spomenuli, najdôležitejším komplexom je „ego-komplex“ (Jung, podľa Noll, 1989). Ego sa utvára v priebehu života jedinca. Znamky jeho vzniku môžeme sledovať až k najrannejším rokom života. Počiatková identita je postavená na zvládnutí tela a skúseností, ktoré sú s telom spojené. Tieto skúsenosti sú uložené v somatickej pamäti, s ktorými sa ego spája. Taktiež sa spája s rodným menom a je primárnym centrom vedomia normálnych ľudí. Okolo ega sa organizujú ostatné komplexy, tie sa s ním asociujú a tým sa môžu stať vedomými.

Jung (1934) nazerá na osobnosť ako na „početnosť v jednote“. To znamená, že osobnosť nie je nerozdeliteľná, ale celok pozostávajúci z viacerých viac menej oddelených častí. Aj keď sú tieto časti navzájom poprepájané, je možné, aby určité časti neboli nikdy asociované s ego komplexom. Tieto časti nazval Jung (1934) „autonómnymi komplexmi“, ktoré prirovnal k dielčím osobnostiam alebo „odštiepenými časťami psyché“. Tieto osobnosti majú spomienky, ktoré nie sú prístupné iným komplexom a za určitých okolností môžu vplývať na správanie jedinca. Takto, podobne ako Janetové sekundárne osobnosti, môžu produkovať správanie bez toho, aby si to jednotliviec ako celok uvedomoval. Táto téza tvorí základ Jungovho pojetia nevedomia ako „viacnásobného vedomia.“. (Jung, 1934)

Jung (podľa Noll, 1989) hovorí, že schopnosť disociovať a tým vytvárať komplexy má primárnu rolu v duševnom fungovaní normálnych ako aj duševne chorých ľudí. Schopnosť disociovať nám umožňuje rozvoj osobnosti pomocou diferenciacie funkcií. Pomocou disociovania sa môžu vydeliť určité časti psychickej štruktúry a tak zamerať svoju pozornosť a úsilie na ich tréning a rozvoj, aby sme s nich vyťažili maximum. Takto určité vlastnosti, hlavne tie, ktoré sú spoločensky žiadané, môžeme rozvíjať na úkor ostatných. Túto funkciu teda Jung vnímal ako základ adaptívneho prispôsobenia.

## **1.6 John Hughlings Jackson a proces disolúcie**

Jackson zasvätil veľkú časť svojej práce neurológii. Je známy hlavne pre svoje výskumy v oblasti epileptológie a afázií. Časť jeho diela sa venovala konceptu mysle a teórie duševných porúch, v ktorých disociatívne procesy hrajú dôležitú úlohu .

Hlavnými teoretickými vplyvmi na Jacksonov koncept mysle mali fyziológ Thomas Laycock so svojim učením cerebrálnych reflexov a filozof Herbert Spencer so svojou evolučnou organizáciou mozgu. Tieto vplyvy teraz trochu priblížime:

1. Laycock (podľa Carbtree, 2003) tvrdí, že reflexy sa nevyskytujú len v nižších centrách nervového systému, ale že reflexy sa môžu vyskytovať aj v mozgu. To znamená, že mozog môže previesť podnety z vonku, alebo z vnútra do zmysluplných činností bez toho, aby si osoba uvedomila, že sa takéto niečo stalo. Takéto činnosti nazval „cerebrálnymi reflexmi“.

2. Spencer (podľa Modell, 2000) predstavil Jacksonovi myšlienku, že každý krok v duševnej evolúcii vedie k vytvoreniu schopnosti, pomocou ktorej jednoduchšie a evolučne staršie procesy majú svoju činnosť tak skombinovanú, že každá výpomoc reguluje a kontroluje ostatné a ich činnosť je harmonizovaná.

Práve na týchto dvoch konceptoch a vlastných skúsenostiach s nervovými poruchami založil Jackson svoj „hierarchický model mysle“.

Podľa Jacksonovho (Meares, 1999) chápania je centrálny nervový systém zložený z najjednoduchších funkčných jednotiek. Tieto jednotky majú reflexnú povahu. Vlastne sú to najmenšie jednotky senzomotorických funkcií. Každá z týchto jednotiek sa považuje za samostatný reprezentačný systém. Mozog sa podľa tohto modelu vyvíja zvyšovaním komplexnosti koordinácie týchto jednotiek. U organizmov na nižšej vývojovej úrovni sú jednoduché reprezentačné systémy v podstate nekoordinované. Na vyššej úrovni nevznikajú nové reprezentácie, ale skôr re-reprezentácie a väčšia koordinácia. Takže na ešte vyššej úrovni vznikajú re-re-reprezentácie a ešte komplexnejšia koordinácia.

Ďalej hierarchická teória hovorí mysle???, že nervové centrá v centrálnom nervovom systéme sú organizované na vývojovom kontinuu od najnižších reflexných centier až po najvyššie centrá vôľovej činnosti. Súčasne s touto organizáciou CNS ide fylogenetická organizácia od najstarších štruktúr, zdedených po našich biologických predkoch, až po tie, ktoré vznikli relatívne nedávno. (Jackson podľa Meares, 2003) Ak zostupujeme po tejto hierarchii ideme od najorganizovanejších štruktúr po najmenej organizované. Modell (2000) interpretuje tento model, ako pohyb po mimovoľnej/vôľovej osi. Kým reflexy sú mimovoľné, vyššie funkcie sú vôľové.

Najmladšou štruktúrou a aj štruktúrou s najväčšou koordináciou je práve „self“. Jackson (podľa Meares, 1999) spája vznik self s rozvojom prefrontálnej kôry. Neznamená to, že je tam umiestnené, ale skôr sú spojenia neurónových ústrojov s prefrontálnou kôrou dôležité pre väčšiu koordináciu, od ktorej self závisí. V podstate ich funkcia je nevyhnutná pre schopnosť reflektovať pohyb vnútorného života, ako Jackson (podľa Meares, 1999) hovorí „introspekciu vedomia“, alebo si uvedomovať prúd vedomia v Janetovom ponímaní.

Podľa Jacksona (podľa Meares, 2003) má self, ktoré stotožňuje s mysl'ou, dve charakteristiky:

1. Zdvojenie – self má dva póly. Subjektívny pól, ktorý nazýva „subjektívne vedomie“, alebo „Ja“ a objektívny pól - „objektívne vedomie“, „Mňa“. Hovorí, že to rozdelenie je iba abstrakciou a že jedno bez druhého je ničím.
2. Paralelná koexistencia – ako sme vyššie spomenuli self závisí od rozvoja prefrontálneho kortexu. Jackson, ale varuje pred zamieňaním duševného za neurónové, alebo neurónové za duševné. Mysel' a mozog sú v „paralelnej koexistencii.“ To znamená, že duševné stavy ovplyvňujú mozog a naopak.

Jacksonov model mysle je veľmi zaujímavý, ale ako súvisí s fenoménom disociácií? Vysvetľuje ho ďalší Jacksonov pojem „dissolution“ (zrušenie), alebo „snový stav“ (podľa Meares, 2003). Vychádza zo svojej hierarchickej teórie CNS a predpokladá, že funkcie, ktoré vznikli ako posledné v evolúcii, sú najkrehkejšie a teda sa ako prvé stratia. Vlastne ide o obrátený proces evolúcie. Meares (2003) pokračuje v Jacksonovej úvahe a hovorí o disociácii/disolúcii ako o rozpojení self.

Dôležité pre vznik disolúcie je nejaký útok na systém mozog-mysel'. Podľa predpokladu tézy „paralelnej koexistencie“, porušenia duševných funkcií majú svoj protipól v kôrovej oblasti (Jackson podľa Meares, 1999). Čiže akýkoľvek atak na systém myseľ-mozog, či už elektrický, toxický alebo psychologický, vedie k disolúcii. Jackson (Meares, 1999) hovorí, že disolúcia je dôsledok neurónového vyčerpania, ktorý nasleduje po traume. Toto neurónové vyčerpanie vedie k amnézii a iným symptómom, ako depersonalizácii, derealizácii, halucináciám, desintegrácii vnímania, ktoré sú často spájané s disociačnými poruchami.

## **2 Hypnóza a neodisociačná paradigma**

Z predchádzajúcej kapitoly, venovanej histórii, je zrejmé, že väčšina teoretikov, ktorí prispeli k formulácii disociačnej teórie, čerpala svoju inšpiráciu zo štúdia a aplikácie hypnózy v experimentálnej alebo klinickej praxi. V tejto kapitole by sme radi ozrejmili, čo sa zdá byť prepojením medzi hypnózou a disociáciami a priblížili dva špecifické fenomény hypnózy, a to automatické písanie a hypnotickú analgeziu, ktoré sú dobrými experimentálnymi základňami pre štúdium disociácií. Taktiež predstavíme neodisociačnú teóriu Ernesta Hilgarda, ktorá postuluje spoločné základné mechanizmy disociácií a hypnózy.

### **2.1 Spojenie hypnózy a disociácie**

Whalen a Nash (1996) zozbierali pozorovania týkajúce sa hypnózy a disociácie a zoradili ich do štyroch kategórií, ktoré dobre ukazujú ich prelínanie a ich možnú spoločnú podstatu.

- a. Fenotypické podobnosti.* Počas hypnotického tranzu môžeme pozorovať behaviorálne a skúsenostné charakteristiky disociácií u ľudí bez disociatívnej symptomatológie. Hypnotické zmeny vnímania (halucinácie, poruchy vnímania času, anestézie, hluchota, slepota), kognícií (amnézie, depersonalizácie, derealizácie), emócií (labilita, depresia, strach), a správania (kompulzie, automatické písanie, impulzivita) sú bežnými javmi experimentálnych laboratórií pracujúcich s hypnózou (Kratochvíl 1999, Hilgard 1977). Jednou s podobností hypnotických javov ako aj disociatívnej symptomatológie je fakt, že spomínané funkčné odchylky nie sú spôsobené organickým poškodením. Na druhej strane si treba uvedomiť, že javy spôsobené hypnózou sú umelo vyvolané, kým disociácie sa vyskytujú viac alebo menej spontánne.
- b. Hypnóza ako efektívna liečba.* Iným argumentom pre hypotézu spoločných procesov spájajúcich hypnózu s disociáciami je využitie hypnózy na liečbu mnohých duševných porúch, vrátane porúch spadajúcich do kategórie Disociačných porúch v MKCH-10. (Monroe

podľa Hilgard 1977, Breuer podľa Freud 1993, Janet podľa Brown, 2003, Degun-Mather, 2001). Whalen a Nash (1996) argumentujú, že ak môže intervencia zmeniť, alebo vyliečiť určité symptómy, tak potom ovplyvňuje procesy, ktoré sú za týmito symptómami. Tento argument má tiež svoje obmedzenia. Napríklad vo všeobecnej medicíne existuje mnoho liekov, ktoré zlepšujú stav pacienta, ale majú len veľmi obmedzenú relevanciu so základnými vlastnosťami choroby. Aj napriek týmto obmedzeniam je hypnóza obľúbenou metódou profesionálov, ktorí tvrdia, že je podstatnou vlastnosťou disociatívnych porúch (Whalen a Nash 1996).

- c. *Subjektívne podobnosti.* Existuje pozoruhodná podobnosť medzi subjektívnou hypnotickou skúsenosťou a subjektívnou disociatívnou skúsenosťou. Breuer (podľa Freud, 1993) a Janet (podľa Brown, 2003) poukazovali na tieto podobnosti a predpokladali, že spontánne epizódy auto-hypnózy sú základom rôznych patologických stavov, akými sú napríklad anxieta alebo konverzie.
- d. *Spoločná traumatická etiológia hypnability a disociácie.* Od 19. storočia vedúce teórie psychopatológie uznávajú (Freud, Breuder, Janet, Prince a iný), že opakované vystavenie sa traume vedie k zmene prežívania seba a prostredia, teda k skúsenostiam veľmi podobným hypnotickej skúsenosti. Súvisu disociácií a traumatických skúseností sa budeme dôkladnejšie venovať v samostatnej kapitole. Čo sa týka hypnózy, môžeme na základe predchádzajúcich tvrdení predpokladať, že traumatické zážitky v detstve budú pozitívne korelovať s hypnabilitou. Paradoxne Whalen a Nash (1996) nenašli v šiestich štúdiách žiadnu koreláciu medzi hypnabilitou a sexuálnym zneužívaním. S mierne odlišnými výsledkami prišli Moene a kol. (2001), ktorí skúmali vzťah hypnability, disociativity a traumatických skúseností v populácii pacientov s konverznou poruchou. Aj keď skupina pacientov sa nelíšila v miere hypnability od kontrolnej skupiny, v skupine pacientov podskupina s vysokou traumatickou symptomatológiou vysvetľovala

9.6% variancie skóre hypnability. Taktiež Spiegel (podľa Whalen a Nash, 1996) zistil, že skupina veteránov postihnutá posttraumatickou stresovou poruchou bola viac hypnabilná v porovnaní so skupinou veteránov bez posttraumatickej symptomatológie. Celkovo nie je žiaden dôkaz o vzťahu medzi traumou a hypnabilitou, ale Whalen a Nash (1996) naznačujú, že v určitej úzko špecifickej klinickej populácii môžeme medzi nimi pozorovať kovarianciu.

## **2.2 Experimentálne výskumy hypnózy a disociácie**

Aj keď vzťah medzi hypnózou a disociáciou nie je jasný, poskytujú hypnotické javy dobrú základňu pre experimentálne skúmanie disociatívnych skúseností. Z mnohých môžeme spomenúť posthypnotickú sugesciu, amnéziu halucinácie, slepotu, ovplyvňovanie motoriky a iné. My sa budeme zaoberať dvoma špecifickými fenoménmi, a to automatickým písaním a hypnotickou analgeziou. Tieto javy sme si vybrali kvôli ich priamemu prepojeniu s Hilgardovou neodisociačnou teóriou.

### **2.2.1 Automatické písanie**

Automatické písanie je známym hypnotickým javom a poskytuje veľké možnosti skúmania hypnotickej disociácie. Toto tvrdenie podporuje Hilgardová poznámka, že dnes automatické písanie odporúčajú primárne tí, ktorí používajú hypnózu v klinickej praxi (Hilgard, 1977).

Počiatky automatického písania siahajú do 19. storočia; k technikám prevádzaným spiritualistickým metódam. Jednalo sa o „planchette“ (trojnohá pohyblivá podložka na ruku s pripojenou ceruzou) a „oui-ja“ dosku (oui-ja = áno-áno vo Francúzštine a Nemčine; podobná „planchette“ s tým rozdielom, že pohyblivá časť nepíše, ale volí písmená abecedy). Ako jedny z prvých, ktorí začali brať vážne planchette boli Frederic Myers a Edmund Gurney. Následne na nich naviazali William James, Alfred Binet, Morton Prince, Pierre Janet a iní. Ako príklad uvedieme Jamesov klasický experiment: subjekt bol pichnutý ihlou do ľavej ruky a pravá ruka písala: „Prečo si to urobil?“ (James podľa Koutstaal, 1992). Tento experiment bol viackrát zopakovaný s modifikovanými premennými. (Kaplan 1960 podľa Kratochvil 1999).

Súčasný pokusy s automatickým písaním demonštrujú, že je možné simultánne vykonávať dve rôzne úlohy, jednu uvedomovane a druhú neuvedomovane, pod rúskom posthypnotickej sugescie. Tu sa nám naskytá otázka, ako veľmi sú tieto dve aktivity disociované, alebo inak, do akej miery je možné paralelne spracovávať dve úlohy bez toho, aby dochádzalo k interferencii medzi nimi. Hilgardové experimenty s modifikovaným automatickým písaním, inšpirované prácou Ramony Messerschmidt (podľa Hilgard, 1977), ukazujú, že sugescie môžu modifikovať subjektívne aspekty simultánných úloh, a že niektoré časti spracovávaní úloh a ich vykonávanie bežia bez uvedomenia, ale tieto disociované aktivity sú menej výkonné ako simultánne prevádzané vedomé činnosti. Teda simultánne riešenie dvoch úloh, jednej vedome a druhej pod rúskom amnestickéj bariéry, nie je úplne oddelené, ale dochádza k určitej interferencii medzi oboma úlohami.

### **2.2.2 Hypnotická analgéria**

Hypnotická analgéria je založená na odstránení bolesti pomocou sugescii v hypnotickom stave. Zmierňovanie bolesti pomocou hypnózy sa praktizuje od jej počiatkov, kedy ešte neboli známe anestetiká. Jules Cloquet bol prvým lekárom, ktorý previedol chirurgický zákrok v hypnotickej necitlivosti (podľa Chertok, 1979). Dvanásť rokov na to bol objavený éter, ktorý sa ukázal byť použiteľnejší v lekárskej praxi a hypnotická anestézia sa presunula do experimentálnej oblasti až na pár výnimiek, keď nemohla byť pri lekárskom zákroku použitá farmakodynamická anestézia. Len nedávno sa ustanovila efektívnosť používania hypnózy pri ošetrovaní bolesti, keď NIH Technology Assessment Panel (podľa De Benedittis, 2003) ustanovila hypnózu za schopnú a efektívnu intervenciu pri zmierňovaní bolesti pri rakovine a iných stavoch chronickej bolesti.

Aj keď v literatúre môžeme nájsť veľké množstvo prípadov, kedy bola úspešne zmiernená bolesť pomocou hypnózy, výskumy ukazujú, že tento jav nie je tak jednoduchý ako sa na prvý pohľad zdá. Chertok (1979) po chirurgickom zákroku pod vplyvom hypnotickej analgezie následne sprítomňoval operačný zážitok v hypnóze. Zistil, že síce hypnóza dokáže potlačiť bolesť, ale vnímanie bolestivých podnetov a ich rozpoznanie v hypnóze pretrváva a podlieha kvalitatívnej zmene.



Keďže bolesť je komplexný zážitok, aby sme pochopili mechanizmus hypnotickej disociácie bolesti, bude dobré ilustrovať, čo bolesť je. Kratochvíl definuje bolesť ako „neprijemný subjektívny zážitok, ktorý býva hlavne pri vyššej intenzite doprevádzaný aj charakteristickými vegetatívnymi zmenami a prípadne obrannými pohybmi alebo motorickým nepokojom“ (Kratochvíl, 1999, s.155). Konštrukt bolesti je okrem iného multidimenzionálny a zahŕňa sensoricko-selektívnu, motivačne-afektívnu a kognitívnu zložku. Afektívna dimenzia bolesti môže byť spoľahlivo disociovaná od sensorickej. (De Benedittis, 2003).

Aké sú teda mechanizmy hypnotickej analgézie? Tu si treba uvedomiť, že aj keď sa uvádza, že hypnotická analgézia je najspoľahlivejší hypnotický fenomén (De Benedittis, 2003); vo voľne vybranej populácii študentov sa v laboratórnych podmienkach podarí dosiahnuť dokonalejšiu analgéziu asi u 5%. (Hilgard a Morganová, 1975 v Kratochvíl, 1999). Tento fakt môže osvetliť Rainvilleho experiment, v ktorom pomocou špecifických sugescií selektívne ovplyvňovali sensorickú alebo afektívnu zložku bolesti (Rainville a kol. 1999 v De Benedittis, 2003). Štúdia ukázala, že:

- hypnotická sugescia môže selektívne a efektívne meniť afektívnu zložku bolesti
- keď sa tlmí sensorická zložka bolesti, tlmí sa paralelne aj afektívna zložka
- hypnabilita je spojená so špecifickou zložkou bolesti, voči ktorej je hypnotická sugescia nasmerovaná, tj. hypnabilita bola potrebná pri redukcii bolesti, keď sugescia bola priamo nasmerovaná na afektívnu zložku bolesti, nie keď bolestivý afekt bol znížený následkom redukcie sensorickej dimenzie bolesti.

De Benedittis (2003) argumentuje, že dôvodom, prečo je hypnotická analgézia efektívnejšia u subjektov s vysokou hypnabilitou je experimentálne dokázaný fakt; že ľudia s vyššou hypnabilitou demonštrujú väčšiu kognitívnu flexibilitu. To znamená, že majú lepšiu schopnosť meniť kognitívne stratégie a uvedomovanie si seba. Celkovo vysoko hypnabilní ľudia majú lepšiu schopnosť filtrovať pozornosť a táto schopnosť môže viesť k efektívnejšiemu zameriavaniu, alebo odkláňaniu pozornosti od bolestivého podnetu, ako aj k lepšej schopnosti ignorovať nepodstatné podnety z okolia.

Do hypnotickej analgézie sa zapájajú rôzne mozgové štruktúry a je povrchné ju vysvetľovať iba na základe mechanizmov rozptýlenia pozornosti od bolestivých

podnetov, ale pre naše účely to bohato stačí. Úvahu o hypnotickej analgézií uzavrieme pozorovaním Hilgarda (1977), že pokusné osoby pri pokusoch s hypnotickou analgéziou vyvíjali vlastnú iniciatívu, aby dosiahli úspech pri analgézií a využívali pri tom aktívnu imagináciu s vytváraním predstáv, ktoré odporovali bolestivým podnetom. Teda hypnotický stav môže slúžiť ako facilitátor na vystupňovanie imaginatívnej reality za fantázie nehypnotických skúseností. Ako dôsledok týchto udalostí sa fantázia stane takou pohlcujúcou, že začne súperiť s bolestivou situáciou a vytesní ju z vedomia (Hilgard, 1977).

### **2.2.3 Skrytý pozorovateľ a neodisociačná teória**

Ellenberger (1970) prirovnáva Janeta k Pompejám. Janetová rozsiahla práca bola na dlhú dobu zatienená popularitou Freudovej psychoanalýzy v Európe a behaviorizmom v Spojených štátoch Amerických. Na Janetovú tradíciu nadviazal Ernest R. Hilgard so svojou neodisociačnou teóriou, ktorá je rozpracovaná v jeho knihe „Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action“ (Hilgard, 1970). V nasledujúcich riadkoch sa pokúsime túto teóriu priblížiť.

Ako je známe z experimentov hypnotickej analgézie a automatického písania, v hypnóze môžu prebiehať dva simultánne bežiacie procesy . Niektoré časti informácií sú prístupné hypnotickému vedomiu, iné časti sú prístupné iba ak sa použijú špeciálne techniky, ktoré zistia skryté informácie. Informácie, ktoré sa sprístupnia pomocou týchto techník sú nezmenené, akoby boli vnímané v bežnom stave vedomia aj keď časť, ktorá ich vnímala nebola pokusnou osobou uvedomovaná. Hilgard (1970) začal používať metaforu „skrytého pozorovateľa“, ktorá charakterizuje tento kognitívny systém.

Pre ilustráciu techniky využívajúcej paradigmu skrytého pozorovateľa popíšeme jeden z Hilgardových experimentov: subjekt bol zhypnotizovaný a bola mu daná sugescia, že necíti bolesť. Bolestivý podnet bol navodený ponorením ruky do chladnej vody a intenzita bolesti sa merala na škále od 0 do 10, kde 0 znamená žiadnu bolesť a 10 bolesť tak silnú, že by ju subjekt najradšej vytiahol zo studenej vody. Subjekt každých 5 sekúnd hovoril intenzitu bolesti, v tomto prípade „0“. Pokusná osoba bola ďalej pod hypnózou inštruovaná , aby svojou druhou rukou použila rovnakú škálu na

meranie bolesti a aby si neuvedomovala, čo jej ruka píše. Následne subjekt otvorene hovoril „0“, kým jej ruka písala zvyšujúce sa hodnoty bolesti – 2, 5, 7, 8, 9. Teda „skrytý pozorovateľ“ hovoril v zásade normálne zvyšovanie bolesti chladom, zatiaľ čo hypnotizovaná časť subjektu necítila žiadnu bolesť (Hilgard, 1970).

Hilgard (1970) urobil sériu experimentov s modifikovanou metódou skrytého pozorovateľa, z ktorých uvedieme iba závery:

- Skrytá skúsenosť nebola nikdy vedome prítomná; tj. bola zamaskovaná procesom podobným amnézii.
- Skrytá bolesť nebola významne odlišná od bdelej analgézie (bdelá analgézia – nehypnotická redukcia bolesti založená prevažne na relaxácii a rozptýlení pozornosti).
- Na skrytej úrovni senzorická zložka bolesti bola zachovaná, kým afektívna zložka bola stlmená.

Hilgard (1970) argumentuje, že skryté skúsenosti hypnotickej analgezie sú dôkazom toho, že sa v hypnóze jedná o frakcionalizáciu monitorovacej funkcie; kognitívnej štruktúry zodpovednej za bdelosť, rozpoznávanie známych vecí a pripravenosť konať. Počas rôznych fáz experimentu sa vyskytujú hlavne tieto tri časti:

1. Monitorovacia funkcia v bdelom stave s jej skúmaním a kritickým testovaním reality ako je bežne vnímaná.
2. Časť monitorovacej funkcie zapojená do hypnózy. Je nekritická a dáva zjavné správy, akoby bola skreslená skúsenosť časťou reálneho sveta.
3. Časť monitorovacej funkcie skrytá za amnestickou bariérou. Zdá sa, že je časťou normálnej monitorovacej funkcie a je ukotvená v bežnej realite.

Hilgardová interpretácia disociácie medzi dvoma systémami spracovania informácií je založená na paralelnom spracovávaní dvoch skúseností, ktoré prebiehajú simultánne. To znamená, že vedomá a skrytá skúsenosť sú kontinuálne, a preto simultánne a paralelne. Sú oddelené amnestickou bariérou, takže spytovanie sa subjektu v hypnóze ukáže iba bezbolestnú skúsenosť. Dopytovanie sa „skrytého pozorovateľa“ dočasne preruší amnestickú bariéru a pripustí, že subjekt cítil v rovnakom momente bolesť. Môžeme teda usudzovať, že vnímanie bolesti bolo kontinuálne. Simultánne skúsenosti

nie sú kompletne nezávislé, ako ukázali experimenty s automatickým písaním, ale dochádza k určitej interferencii medzi nimi (Hilgard, 1970).

Aj keď sú známe kritiky metódy skrytého pozorovateľa (Spanos a Hewitt, 1980 podľa Kratochvíl, 1999), celkovo však existuje rastúca zbierka dôkazov, ktorá predpokladá, že dynamicky distribuované spracovávanie informácií v rozsiahlych neurónových sieťach, ktoré operujú pravdepodobne paralelne, môže integrovať a meniť na rôznych neurónových úrovniach a miestach komplexné zážitky, akým bolesť nepochybne je (De Benedittis, 2003). Taktiež experiment Nogradyho a kol. (Nogrady a kol, 1983 podľa Kratochvíl, 1999) poukazuje na to, že nemôžeme interpretovať skrytého pozorovateľa ako experimentálny artefakt.

### **3 Disociácie a viacnásobná osobnosť**

Eugen Bleuler vo svojej učebnici uvádza veľmi vzácny druh poruchy osobnosti - *alternujúca osobnosť*. Píše: „Ich teoretický význam je však predsa veľký, pretože demonštrujú, čo všetko môže vzniknúť systematickým napojením alebo rozpojením spomienok a myšlienok, úvah“ (Bleuler, 1998, s. 101). Tento výrok presne vystihuje náš zámer ukázať na extrémnej forme psychopatológie validitu psychologickéj disociácie a poukázať na možné implikácie pre disociačnú teóriu a smerovanie výskumu disociatívnych skúseností. Aj keď sú známe podozrenia, či sa u viacnásobnej osobnosti nejedná o falošnú diagnózu, artefakt pri nevhodnom použití hypnózy, indoktrináciu, alebo iatrogéniu (Piper a Merskey, 2004), nie je našou ambíciou podať kritiku tejto kontroverznej diagnózy. Inak povedané, „viacnásobná osobnosť je prirodzený experiment, ktorý nám poskytuje náhľad na hranice ľudských možností a okno do psychobiologických spojitostí medzi stavom mysle a telom“ (Putnam, 1989, s. VIII).

Pojednanie o viacnásobnej osobnosti začneme malou zastávkou v minulosti, kedy ešte nebola známa psychiatria, a to pri stavoch posadnutosti. Ellenberger píše, že „fenomén posadnutosti, tak častý počas mnohých storočí, by sme mohli považovať za jeden druh viacnásobnej osobnosti (Ellenberger, 1970, s. 127).

#### **3.1 Stav posadnutosti**

Podľa tejto teórie je choroba spôsobená zlými duchmi, ktorí vnikli do tela človeka a zmocnili sa ho, teda ho posadli (Ellenberger, 1970). Koncept posadnutosti však zahŕňa viac ako len chorobu, pretože existujú prípady umelej alebo ceremoniálnej posadnutosti.

Aj keď základné vlastnosti posadnutosti sú konštantné (strata a nadobudnutie novej identity, zmena fyziognómie a reči, nadobudnutie nových schopností atď), existuje množstvo aspektov, ktoré sa líšia od krajiny ku krajine a tiež medzi jednotlivými epochami. V Japonsku dostáva formu *posadnutosti zvieratom*, na Madagaskare *posadnutosti predkami*, posadnutosti *Džinom* v Etiópii a Egypte, alebo posadnutosťou zlými duchmi, často sa vyskytujúcou počas mnohých storočí na Strednom Východe a v Európe (Ellenberger, 1970).

Klasickú psychiatrickú kritiku stavov posadnutosti urobil Oesterreich (podľa Ellenberger, 1970). Klasifikuje dve hlavné formy posadnutosti:

- e. Somnabulistická/hysterická forma – jedinec zrazu stratí vedomie seba a hovorí s „Ja“ údajného votrelca; po navrátení sa do pôvodného stavu si nepamätá na nič čo povedal „ten druhý“.
- f. Lucidná/obsedantná forma – jedinec ostáva kompletne vedomý svojho „Ja“, ale cíti, že je napadnutý a bojuje s votrelcom, no nemôže mu zabrániť, aby z času na čas prehovoril (votrelec).

V oboch prípadoch prežíva posadnutý akýsi druh intrapsychického parazitizmu.

V súčasnosti skoro úplne nahradili stavy posadnutosti psychiatrické diagnózy prevažne viacnásobnej osobnosti. Kluft (1996) uvádza, že diagnóza viacnásobnej osobnosti je prítomná v spoločnostiach, v ktorých stavy posadnutosti stratili, alebo strácajú svoju kultúrnu legitimitu. Aj napriek tomu môžeme dnes naraziť na tento fenomén a to hlavne v spoločnostiach, v ktorých sú stavy posadnutosti hlboko zakorenené v systéme viery (Varma a kol., 1981).

## **3.2 Viacnásobná osobnosť**

Ellenberger (1970) píše, že bolo to len po vymiznutí fenoménu posadnutosti, keď sa začali vyskytovať v spisoch *mesmeristov* a neskôr aj v medicínskej literatúre prvé prípadové štúdie viacnásobnej osobnosti. Mnohé authority psychológie a psychiatrie popísali rozsiahle štúdie tejto zriedkavej poruchy. Najznámejšie sú Azamov prípad Felidy X s predhovorom napísaným Charkotom, Janetové prípady Léonie a Lucie, Princov prípad Christine Beauchamp (pozri Ellenberger, 1970). Asi od polovice dvadsiateho storočia začal z rôznych dôvodov úpadok záujmu o túto problematiku (jedným z dôvodov môže byť definovanie vtedy novej koncepcie schizofrénie Bleulerom). Vzrastajúci záujem o viacnásobnú osobnosť v posledných dvoch dekádach reflektuje napríklad zaradenie viacnásobnej osobnosti do kategorizácie chorôb v DSM-III (podľa Kluft, 1996).

### **3.2.1 Definícia viacnásobnej osobnosti**

Na základe klinických pozorovaní boli formulované viaceré definície viacnásobnej osobnosti. Jedna z nich definuje viacnásobnú osobnosť ako: „hysterickú disociatívnu reakciu, prejavujúcu sa klinicky prítomnosťou jednej či viac ďalších osobností; z nich

má jedna o proti druhej zreteľne odlišný súbor hodnôt a správania, líšiacou sa súčasne od osobnosti primárnej (pôvodnej), jedna prejavuje voči druhej rôzny stupeň amnézie a nezáujmu. Uvedené druhé osobnosti môžu vystupovať na súvedomom (co-conscious) základe (tj. simultánne koexistujúce s primárnou osobnosťou a vedomé ich myšlienok a pocitov), či na základe oddeleného vedomia (tj. alternujúcu prítomnosť osobnosti primárnej a ďalšie, ktoré si uvedomujú málo, alebo si vôbec vzájomne neuvedomujú svoje pocity a myšlienky, alebo o ne nemajú záujem), alebo na oboch základoch“ (Ludwig podľa Boleloucký, 1986).

MKCH-10 formulovala diagnostické kritéria pre F44.81 Viacnásobná porucha osobnosti takto (podľa Smolík, 1996)

1. U jedného jedinca existujú dve alebo viac rôznych osobností, pričom sa prejavuje vždy len jedna.
2. Každá osobnosť má svoju vlastnú pamäť, svoje preferencie a svoj spôsob chovania.
3. Neschopnosť rozpomenúť sa na dôležité osobné informácie je príliš rozsiahla, než aby sa dala vysvetliť obyčajným zabúdaním.
4. Príznaky nie sú spôsobené organickými duševnými poruchami alebo poruchami spojenými s psychoaktívnymi látkami.

Pre porovnanie uvádzame aj diagnostické kritéria pre Disociačnú poruchu identity ako sú formulované v DSM-IV: (podľa Smolík, 1996)

1. Prítomnosť dvoch alebo viac rôznych stavov totožnosti alebo typov osobnosti, každý s vlastným, relatívne stálym spôsobom vnímania okolia a seba samého, vzťahu k okoliu a k sebe a myslení o okolí a o sebe.
2. Najmenej dve z týchto totožností alebo typov osobnosti sa striedavo ujímajú kontroly nad chovaním osoby.
3. Neschopnosť rozpamätať sa na dôležitú osobnú informáciu je príliš rozsiahla, než aby sa dala vysvetliť obyčajným zabúdaním.
4. Porucha nie je spôsobená priamym fyziologickým účinkom substancie alebo somatickým ochorením.

### 3.2.2 Epidemiológia

Z kedysi vzácnnej diagnózy (v roku 1980 iba 200 známych prípadov) sa dnes stala celkom bežná porucha, vyskytujúca sa v psychiatrických inštitúciách po celom svete (tisíce známych prípadov do roku 1995). „...je jasné, že pacienti s viacnásobnou osobnosťou existujú vo veľkých počtoch vo všetkých krajinách sveta, kde sa uskutočnili systematické vyšetrenia, do ktorých bolo začlenené uvedomenie si poruchy.“ (Middleton a Butler, 1998). Kluft a Foote (1999) uvádzajú, že viacnásobná osobnosť sa vyskytuje v 3-6% prípadov psychiatrických pacientov.

Comer (1999) uvádza dva faktory, ktoré by mohli byť zodpovedné za tento vzostup:

1. Zväčšenie počtu klinických pracovníkov, ktorí veria, že porucha existuje a sú ju ochotní diagnostikovať. Dunn a kol. (1994) vo svojej štúdii zistili, že viac ako 80% z 1120 dotazovaných psychiatrov a psychológov veria vo viacnásobnú poruchu osobnosti.
2. Zdá sa, že viacnásobná osobnosť bola dlho zle diagnostikovaná a zamieňaná za iné formy duševných porúch napr. schizofréniu. Nedávne pokroky v diagnostických postupoch umožnili diagnostikovať schizofréniu s väčšou presnosťou a tým zabrániť nesprávnemu diagnostikovaniu. Taktiež boli vyvinuté nástroje na zachytávanie viacnásobnej poruchy osobnosti. (napr. The Dissociative Disorders Interview Schedule, The Dissociation Experiences Survey v Putnam, 1989)

Zaujímavá je tiež incidencia viacnásobnej osobnosti medzi pohlaviami. Putnam (1989) uvádza, že drvivá väčšina ľudí s touto diagnózou sú ženy, pričom pomerom žien k mužom je okolo 5:1. Kluft (1996) uvádza pomer 9:1. Jednou s možných interpretácií vyššieho výskytu u žien je, že ženy sú vo väčšom riziku dlhodobého fyzického a sexuálneho zneužívania ako muži. Tiež je možné, že mužská populácia uniká diagnostikovaniu s viacerých dôvodov. Okrem iného klasický obraz viacnásobnej osobnosti je založený prevažne so skúseností so ženskými pacientmi (Putnam, 1989).

Aj keď sa zdá, že základy viacnásobnej osobnosti sa získavajú už v detstve, priemerný vek pri diagnostikovaní je 28,5 rokov (Putnam, 1989). Kluft (1996) poukazuje na to, že klinická prezentácia viacnásobnej osobnosti variuje s vekom, a že najkvetnatejšie klinické prezentácie sa typicky vyskytujú v tretej až štvrtej dekáde života.



Napriek známej výhrade, že viacnásobná osobnosť je diagnóza špecifická pre kultúru Severnej Ameriky, dáta ukazujú, že viacnásobná osobnosť sa vyskytuje vo väčšine kultúr a rás. Putnam (1989) uvádza, že 13% pacientov s viacnásobnou osobnosťou, ktorých vyšetroval boli afro-američania a 2% tvorili ľudia orientálneho pôvodu. Taktiež štúdie Rossa a kol. (2002), Yoichiro a kol. (1998) a Varma a kol. (1981) dokazujú výskyt viacnásobnej osobnosti všade, kde sa používa západný diagnostický systém.

### **3.2.3 Etiológia a patogenéza**

Putnam (1989) poukazuje na to, že viacnásobná osobnosť je psychobiologická reakcia na relatívne špecifickú súhrnu udalostí, ktorá sa vyskytne vo vymedzenom vývinovom období. Hoci existuje mnoho modelov vzniku tejto poruchy (pozri Kluft, 1996), najpravdepodobnejšie sa zdajú byť tie, ktoré hovoria, že opakovaná detská traumatizácia zväčšuje normatívne disociačné kapacity, ktoré dávajú základ pre tvorbu a vývoj alternatívnych osobností.

Kluft (1996) zostavil na základe dnes dostupnej literatúry 4-faktorový model vzniku viacnásobnej osobnosti, ktorý poukazuje na jednotlivé pozadia vzniku tohto stavu:

1. Potenciál k disociácii : Ide o biologický faktor hypnability. Vzťah hypnability a disociácie sme už preberali v predchádzajúcej stati. Chceme len podotknúť, že štúdie hypnability detí indikujú signifikantne vyššiu schopnosť hypnability než u dospelých (pozri Kratochvíl, 1999). Ak je hypnabilita spojená so sklonom k disociovaniu ako sa predpokladá, tak deti môžu ľahšie a pravdepodobnejšie využívať disociované stavy ako obranu pred zdrvujúcou traumou (Putnam, 1989).
2. Zdrvujúca skúsenosť : Putnam (1989) uvádza, že 97% pacientov s viacnásobnou osobnosťou vypovedá históriu zneužívania v detstve, z toho 75% sexuálneho a 50% fyzického charakteru. I keď zneužívanie v detstve je typické aj pre iné duševné poruchy, obeť viacnásobnej osobnosti hovoria o extrémnej kvalite sadizmu, s ktorou boli týraní (Putnam, 1989). Spomenieme pár príkladov na ilustráciu, ktoré Putnam (1989) uvádza: matky ponúkajúce svoje deti sexuálnym partnerom pre spestrenie sexuálneho života; rezanie detí zo

žiletkami, alebo sklom s vysvetlením, že sa jedná o rituál očisty; opakované zakopávanie detí do zeme ako formu trestu a iné.

3. Formujúce vplyvy: Je mnoho vnútorných konfigurácií intrapsychických štruktúr, psychickej dynamiky a enviromentálnych vplyvov, ktoré keď sa spoja dostávajú tu konkrétnu formu viacnásobnej osobnosti. Jedná sa o vrodené mechanizmy a potenciál k diociácii (napríklad autohypnóza, viaceré systémy kognícií a pamäti, vývinové línie, procesy introjekcie, internalizácie a identifikácie a iné) (Kluft, 1996). Taktiež vonkajšie vplyvy hrajú svoju rolu, a to hlavne vplyvy kultúrne. Dnešné formy alternatívnych osobností by boli v inej dobe nepredstaviteľné (napríklad osobnosti založené na televíznych postavách). Taktiež reprezentácie viacnásobnej osobnosti v médiách a terapeutické techniky môžu ovplyvniť fenomenológiu konkrétneho prípadu (Kluft, 1996).
4. Absencia upokojujúcich a posilňujúcich skúseností : Vychádza z pozorovaní, že deti s viacnásobnou osobnosťou alebo inými disociatívnymi poruchami jednoducho prestanú manifestovať disociatívne symptómy, keď sú chránené pred ďalšou traumatizáciou (Kluft, 1996). Teda ak deti nie sú vystavené podmienkam, ktoré podporujú vznik viacnásobnej osobnosti, dochádza k spontánnej reminiscencii alebo rýchlej odozve na terapiu.

Čo môžeme teda všeobecne povedať o viacnásobnej osobnosti? Putnam to výborne vystihuje keď píše: „Každý človek začína v detstve so správaním organizovaným do sérií nespojitých stavov, ale časom a pomocou zdravých opatrovateľov sa učíme prispôbovať naše behaviorálne stavy a rozširovať vedomie seba skrz rozdielne kontexty a požiadavky, ktoré nám kladie život, aby sme mohli vytvoriť to, čo pociťujeme ako jednotné self. Obete viacnásobnej osobnosti, ale idú po rozdielnej vývinovej ceste. Neintegrujú self skrz množstvo behaviorálnych stavov, ale vytvárajú viacnásobné self tým, že prepracujú série disociatívnych stavov do alternatívnych osobností. V kontexte traumy je tento spôsob záchranou pre bezbranné dieťa. V dospelom svete založenom na kontinuite spomienok, správania a vedomia seba, sa ale stáva maladaptívnym“ (Putnam, 1989, s.54).

#### **4 Traumatická koncepcia disociatívnych symptómov**

V predchádzajúcej kapitole sme načrtli možné traumatické pozadie veľmi vzácnej duševnej poruchy. Traumatická etiológia však nie je doménou iba jednej choroby. Feministické hnutie v Spojených štátoch amerických vytiahlo na povrch dlho prehliadaný problém zneužívania, fyzického alebo sexuálneho a opäť zameralo pozornosť odbornej spoločnosti na kruté osudy ľudí s vážnymi poruchami správania, emócií a vnímania. Taktiež vojny, prírodné katastrofy a nehody, ktoré sú stále súčasťou ľudskej existencie, poskytujú prirodzený experiment pre skúmanie vplyvu ťažkých skúseností na rozvoj duševných chorôb. V tejto kapitole sa bližšie pozrieme na traumatickú koncepciu psychogénnych chorôb, ktorá v posledných dekádach opäť získava na popularite a akú rolu hrajú disociatívne procesy v reakciách na traumy a extrémny stres.

Správy o patologických reakciách na traumy alebo extrémny stres sa vyskytujú v literatúre asi okolo 19. storočia. Počas I. Svetovej Vojny dostal v anglosaskej literatúre tento syndróm označenie „shell shock“ alebo „traumatická neuróza“. Dnes sú tieto reakcie známe pod označením posttraumatická stresová porucha (Shalev, 2000).

Posttraumatická stresová porucha je úzkostná porucha, ktorá je diagnostikovaná pri prítomnosti troch hlavných skupín symptómov: 1. emocionálne, kognitívne a vizuálne znovu prežívanie traumy; 2. unikanie podnetom určitým spôsobom spojených s traumou a všeobecne otupená citlivosť; 3. symptómy zvýšenej dráždivosti (Gersons, 2000). Tieto symptómy musia pretrvávať viac ako mesiac po traumatickej udalosti.

Treba podotknúť dôležitý faktor aetiológie, a to traumatickú udalosť. Pod traumatickou udalosťou môžeme rozumieť široké spektrum udalostí od strašných skúseností s koncentračným táborom po relatívne bežné udalosti ako je autonehoda. Fakty, že posttraumatická stresová porucha sa vyskytuje v takej šírke traumatických udalostí a že nie u každého človeka, ktorý prežil traumatickú udalosť sa porucha rozvinie naznačuje, že traumatické udalosti sú spúšťačom reakcie, v ktorej sa v rovnakej miere zapájajú faktory predchádzajúce a nasledujúce po stresovej udalosti.

Z pohľadu disociačnej teórie je zaujímavá fenomenologická podobnosť symptómu kognitívneho a emocionálneho úniku alebo vyhýbania sa a emocionálneho otupenia, ktorý nasleduje po traume s disociatívnymi skúsenosťami. Spoločná črta pre oba

konštrukty je znížené uvedomenia si vlastných emócií a myšlienok. Touto podobnosťou sa budeme teraz bližšie zaoberať.

#### **4.1 Disociácia, vyhýbanie sa a emočná otupenosť**

Definícia MKCH-10 disociačných porúch je „čiasočná alebo úplná strata integrácie medzi spomienkami na minulosť, vedomím vlastnej identity, aktuálnymi pocitmi a kontrolou telesných pohybov“ (Smolík, 1996 s. 277). Foa (1996) zvyrazňuje hlavne dve charakteristiky disociácií a to 1. zmena vnímania vlastnej identity ako napríklad v prípade viacnásobnej osobnosti a 2. poruchy pamäti na špecifickú udalosť počas disociatívnej epizódy.

Treťou charakteristikou disociácií je jej navrhované prepojenie s traumatickými skúsenosťami (Putnam, 1989). Podľa Spiegel a kol. (1996) posttraumatická fenomenológia často zahŕňa alternácie vo vzťahu k self (depersonalizácie a viacnásobné osobnosti), k svetu (derealizácie a halucinatórne fenomény) a k pamäťovým procesom. Predpoklad, že traumatická skúsenosť je dôležitým etiologickým faktorom disociácií potvrdzujú klinické pozorovania a výskumy, ktorým sa budeme venovať neskôr (pozri Draijer a Langeland, 1999; Chu a Dill, 1990).

Zdá sa, že konštrukt disociácií je definovaný prevažne skupinou symptómov pozorovaných na ľuďoch, ktorí zažili traumatickú skúsenosť. Ide napríklad o amnéziu, pocity depersonalizácie, mimotelové zážitky, flešbky, snové vybavovanie si spomienok a iné (Foa a Hearst-Ikeda, 1996). Spiegel a Cardena. (podľa Foa a Hearst-Ikeda, 1996) klasifikujú posttraumatické disociatívne symptómy do troch typov reakcií: 1. odpútanie sa od druhých a od fyzického prostredia; 2. zmeny vnímania; 3. poruchy pamäte.

Ďalšou špecifickou reakciou na traumatickú udalosť je vyhýbanie sa činnostiam a situáciám pripomínajúcich traumy (Gerson, 2000). Nejde len o činnosti, ale vyhýbanie sa týka aj myšlienok, pocitov, alebo konverzácií spojených s traumou. Horowitz (podľa Foa a Hearst-Ikeda, 1996) navrhol pojem *popretie*. Z výpovedí obetí traumatických udalostí je známe, že sa obeť snažia znegovať udalosť, presvedčiť seba samého, že sa vlastne nič nestalo. V zásade sa jedná o kognitívny a emocionálny pokus o vyhnutie sa udalosti, ale bez alternácií vnímania alebo pamäte (Foa a Hearst-Ikeda, 1996).

Tretím pojmom, ktorý sa uvádza v kritériách posttraumatickej stresovej poruchy je emočná otupenosť; tj. neschopnosť cítiť akékoľvek emócie, hlavne tie, ktoré sú spojené s pocitmi intimity, lásky a náklonnosti. (Gerson, 2000). Emočná otupenosť zahŕňa tri symptómy: stratu záujmu o aktivity, emočnú vzdialenosť od druhých a obmedzenú škálu emočných prejavov (Feeny a kol. 2000). Litz a Gray (2002) ale argumentujú, že jedinci postihnutí posttraumatickou stresovou poruchou nie sú emočne otupení a že sú schopný rovnakých emocionálnych prejavov ako pred traumatickou udalosťou. Len sú viac citlivý na negatívne emočné podnety a potrebujú väčšiu pozitívnu stimuláciu, aby plne prežili príjemné pocity. Zaradenie emočného otupenia a vyhýbavého správania v jednej skupine symptómov posttraumatickej stresovej poruchy však naznačuje spoločný základ oboch konštruktov a tým je pravdepodobne mechanizmus zvládania traumatických skúseností. Teda z pohľadu vzťahu disociácií a traumy sa nám zdá pojem emočnej otupenosti relevantný.

Aj keď DSM-IV uvádza symptómy vyhýbania a emocionálnej otupenosti v jednej kategórii, štúdie ukazujú, že sa jedná o dve rozdielne skupiny symptómov posttraumatickej stresovej poruchy. Gordon a kol. (2004) urobili prehľad 11 štúdií, ktoré sa zaoberali faktorovou štruktúrou posttraumatickej stresovej poruchy a zistili, že vo väčšine štúdií reprezentujú vyhýbanie a emocionálne otupenie dva analyticky rozdielne faktory. Taktiež, Foa a Hearst-Ikeda (1996) píše, že vyhýbanie môže byť aktívny strategický psychologický proces, kým otupenie môže byť sprostredkovaný cez biologické mechanizmy, podobné úľakovým reakciám u zvierat. Ďalej predpokladajú že po vystavení človeka traumatickým podnetom obeť sa najprv pokúsi o stratégiu vyhnúť sa zvýšenej úrovni nabudenia, ktorá je asociovaná s traumatickými spomienkami. Ak sa táto stratégia nepodarí, alebo ak z určitého dôvodu zlyhá, nasleduje zastavenie afektívneho systému. V správaní sa táto reakcia prejaví otupením emočnej aktivity. Oba mechanizmy sú adaptívne a slúžia v záujme zachovania organizmu

#### **4.2 Štúdie vzťahu disociácií a traumatických skúseností**

V nasledujúcich riadkoch sa pokúsime zosumarizovať pre nás dostupné štúdie, ktoré sa zaoberali vzťahom traumatických skúseností a disociačných procesov. Tieto výskumy sú kategorizované podľa druhu traumy, ktorým sa zaoberali.

#### **4.2.1 Vojnová trauma**

Hart a kol. (1999) píšú, že počas prvej svetovej vojny, kedy boli vojaci vystavení najextrémnejším bojovým podmienkam, sa začal vo vojenskej psychiatrii vyskytovať kontroverzný pojem „shell shock“ (nábojnicový šok). Tento pojem označoval akútnu bojovú reakciu, ktorá nasledovala tesne po vystavení vojaka explodujúcim nábojniciam. Podobným, ale širším pojmom bola bojová neuróza. K symptómom „shell shock“ patrili alternácie vo vedomí siahajúcich od ľahkej závrate až po hlboký stupor, ktorý trval od pár minút po hodiny a viac. Bežnými boli aj symptómy somatickej disociácie ako sú mutizmus, slepota, hluchota, tyky a anestézia, ako aj fenomény mentálnej disociácie, ako sú napríklad disociatívna fúga, alebo disociatívna amnézia (pozri Smolík, 1996).

Súčasnú štúdiu na Vietnamských veteránoch ukazujú, že schopnosť disociovať je vlastnosťou spojenou s posttraumatickou stresovou poruchou. O'Toole a kol. (1999) skúmali tento vzťah na populácii 641 vietnamských veteránov Austrálskej armády. Autori zistili, že disociatívna škála, ktorú použili, signifikante korelovala so všetkými aspektmi diagnózy posttraumatickej stresovej poruchy, až na symptóm zvýšenej dráždivosti.

Taktiež Waelde a kol. (2005) skúmali mieru disociatívnych skúseností meranej pomocou Dissociative experiences scale v populácii 316 vietnamských veteránov vystavených traume. Na analýzu dát použili taxonometrickú analýzu, podľa ktorej bol určený disociatívny taxón a nedisociatívny taxón. Zistili, že síce 80% prípadov z disociatívneho taxónu dostalo diagnózu posttraumatickej stresovej poruchy a 18.2% prípadov nedisociatívneho taxónu získala túto diagnózu, ale iba 9.5% z celkového počtu prípadov a 32% z prípadov posttraumatickej stresovej poruchy patrilo do disociatívneho taxónu. Ďalej bol disociatívny taxon spojený s ťažšími traumatickými a disociatívnymi symptómami ako nedisociatívny taxon.

#### **4.2.2 Zneužívanie v detstve**

V kapitole venovanej viacnásobnej osobnosti sme na základe pozorovaní a predpokladov Klufta (1996) a Putnama (1989) o vysokej prevalencii raných traumatických skúseností a možnom prepojení medzi disociáciou a zneužívaním

v detstve. Tento predpoklad potvrdzujú štúdie aj na iných populáciách psychiatrických pacientov.

Draijer a Langeland (1999) vyšetřovali pomocou Dissociative Experiences Scale (DES) a Structured Trauma Interview (STI) počas 18 mesiacov nové príjmy vo všeobecnej psychiatrickej nemocnici. Výsledky ukázali, že vážnosť disociatívnych symptómov bola signifikantne spojená s fyzickým a sexuálnym zneužívaním, ale nie so skorou separáciou od matky. Vážnosť sexuálneho násillia páchaného na pacientovi bola silne korelovaná s mierou disociácie. Najvyššie skóre disociácie pochádzalo od pacientov, ktorí boli sexuálne zneužívaní ako v rodine aj mimo rodiny, alebo boli sexuálne aj fyzicky týraní. Vážnosť disociatívnych symptómov bola taktiež spojená s problémovým rodinným prostredím kvôli chorobe, nervozite, depresii a zneužívaniu alkoholu rodičov. Celkovo trauma a zanedbávanie určovali 23% variancie z celkového skóre DES.

S podobnými výsledkami prišli aj Chu a Dill (1990), ktorí skúmali prevalenciu disociatívnych skúseností na všeobecnej populácii psychiatrických pacientov, u ktorých sa ale nepotvrdilo spojenie medzi vážnosťou disociácie meraného DES a posttraumatickou stresovou poruchou a disociatívnymi poruchami. Taktiež van der Kolk a kol. (1991) zistili silnú koreláciu medzi fyzickým a sexuálnym zneužívaním v detstve, disociáciami a sebapoškodzovaním aj keď miera disociácie bola spojená iba s rezaním samého seba. Podobne v populácii pacientov s Briquetovým syndrómom (somatická porucha) bol DES asociovaný s históriou zneužívania nezávisle od Briquetovho syndrómu (Pribor a kol. 1993).

Vyššie uvedené štúdie naznačujú, že existuje spojitosť medzi zneužívaním či sexuálnym alebo fyzickým v detstve a disociáciami. Foa a Hearst-Ikeda (1996) píšú ale, že táto spojitosť skôr odzrkadľuje využívanie disociatívnych stratégií v širšom spektre psychopatológie ako len v špecifickom kontexte posttraumatickej stresovej poruchy.

#### **4.2.3 Nehody a prírodné katastrofy**

Len relatívne nedávno sa v DSM-IV objavila diagnóza, akútna reakcia na stres. Jedným kritériom pre diagnostikovanie akútnej reakcie na stres je prítomnosť

disociatívnych príznakov po skúsenosti stresovej udalosti. Tieto príznaky sú: neschopnosť emočnej odpovede, zníženie vedomia si o svojom okolí, derealizácia, depersonalizácia, alebo disociačná amnézia (Smolík, 1996). Viacero štúdií sa zaoberalo vzťahom symptómov disociácie, akútnou reakciou na stres a následným rozvojom posttraumatickej stresovej poruchy.

Spiegel a kol. (1996) skúmali tento vzťah na populácii ľudí, ktorí sa dostali do kontaktu s požiarom v Berkeley 1991. Pozorovali systematický vzťah medzi percentom ľudí, ktorí mali symptómy disociácie a úrovňou kontaktu s požiarom. Ďalej zistili, že diagnostikovania akútnej reakcie na stres predikovalo s 89% senzitivitou a 69% špecifickosťou následný rozvoj posttraumatickej stresovej poruchy. Podobne Grieger a kol (2000) na populácii pracovníkov pomáhajúcich pri katastrofách zistili, že diagnóza akútnej stresovej reakcie jeden týždeň po vystavení ťažkým situáciám prírodnej katastrofy predikovala o šesť mesiacov neskôr posttraumatickú stresovú poruchu so 100% senzitivitou a špecifickosťou.

Harvey a Bryant (1999) zistili na populácii obetí autonehôd, že iba 13% ľudí splňalo kritéria akútnej reakcie, ale 79% ľudí splňalo všetky kritéria akútnej reakcie na stres až na disociačné kritérium, ktoré je nevyhnutné pre diagnostikovanie akútnej reakcie na stres. Taktiež Maas a kol. (2003) uvádzajú, že 26% ľudí, ktorí utrpeli popálenie, malo po dvoch týždňoch ťažké stresové reakcie, ale o dvanásť mesiacov neskôr trpelo na ťažké posttraumatické stresové symptómy len 15% ľudí z celkového počtu respondentov.

Tieto výskumy naznačujú, že stresové reakcie na traumy nie sú patologické. Patologickými sa stávajú až keď pretrvávajú dlhší čas a zdá sa, že využívanie disociatívnych stratégií ako spôsobu zvládania ťažkých skúseností hrá dôležitú úlohu v udržiavaní posttraumatických symptómov.



## **5 Disociatívne skúsenosti a depresia**

V tejto kapitole sa pokúsime ozrejmiť to, čo spája depresívne symptómy s disociatívnymi procesmi. Aj keď výskumy na jednej strane ukazujú, že depresia a disociácia sú prepojené a čiastočne sa prekrývajú (stredné až veľké korelačné vzťahy), na strane druhej, ale tvoria dva nezávislé psychopatologické faktory, ktoré majú blízku a zároveň jasne osobitú vývinovú cestu (Lipsanen a kol., 2004).

Nám sú doposiaľ známe dve cesty (nie vývinové, ale logické), v ktorých sa skúmal vzťah disociácií a depresie. Prvá je vysoká komorbidita symptómov ťažkej depresie v disociačných poruchách (MKCH-10 F44) a druhá je depresia ako reakcia na závažný stres (MKCH-10 F43). Na nasledujúcich stranách sa pokúsime priblížiť obidva výskumné smery vzťahu disociácií a depresie cez prehľad nám známej literatúry. Na začiatok je ale potrebné uviesť pár slov týkajúcich sa definície depresívnej poruchy.

### **5.1 Definícia depresie**

Pre triedenie depresívnych porúch sa používajú dve klasifikácie a to DSM-IV a MKCH-10. Aj keď sa uvádza, že MKCH-10 nerozlišuje formu depresie (podľa Heretik a kol., 2003), pre účel našej práce sme sa rozhodli používať MKCH-10. Z nej sme vyčlenili dve diagnózy z kategórie afektívnych porúch (F30) a to depresívnu epizódu (F32) a recidivujúcu depresívnu poruchu (F33), ktoré bližšie popíšeme.

#### **5.1.1 Depresívna epizóda F32**

MKCH-10 (2006) opisuje depresívnu epizódu zhoršením nálady, znížením energie a aktivity, narušenou schopnosťou radosť sa, oslabeným záujmom a schopnosťou koncentrácie na zhoršenie nálady, zníženie energie a aktivity. Častá je nápadná ukonanosť aj po minimálnej námahe. Zvyčajne je narušený spánok a znížená chuť do jedenia. Sebaocenenie a sebadôvera sú takmer vždy znížené. Aj pri miernej forme je časté sebaobviňovanie a pocity bezcennosti. Skľúčená nálada len málo kolíše zo dňa na deň, nereaguje na okolnosti a môžu ju sprevádzať tzv. somatické príznaky, ako je strata záujmov a príjemných pocitov, raňajšie zobúdzanie viac hodín pred zvyčajným časom;

najhoršia je depresia ráno, výrazná psychomotorická retardácia, agitácia, strata chuti do jedla, pokles hmotnosti a zníženie libida.

Depresívne epizódy sa podľa závažnosti ďalej delia do skupín:

- F32.0 Epizóda ľahkej depresie
- F32.1 Epizóda stredne ťažkej depresie
- F32.2 Epizóda ťažkej (hlbokej) depresie bez psychotických príznakov
- F32.3 Epizóda ťažkej (hlbokej) depresie s psychotickými príznakmi
- F32.8 Iné depresívne psychózy
- F32.9 Nešpecifikovaná depresívna epizóda

Kategória depresívnej epizódy zahŕňa taktiež depresívne reakcie, epizodickú depresívnu poruchu a reaktívnu depresiu

### **5.1.2 Recidivujúca depresívna porucha F33**

MKCH-10 (2006) charakterizuje recidivujúcu depresívnu poruchu opakovanými epizódami depresie (ako je opísaná v depresívnej epizóde) bez anamnézy nezávislých epizód pozdvihnutej nálady, alebo zvýšenej energie. Môžu sa však vyskytovať krátke epizódy mierne povznesenej nálady a hyperaktivity (hypománia) bezprostredne po depresívnej epizóde niekedy vyvolané antidepresívnou liečbou.

Klasifikácia recidivujúcich depresívnych porúch je nasledujúca:

- F33.0 Recidivujúca depresívna porucha, terajšia ľahká epizóda
- F33.1 Recidivujúca depresívna porucha, terajšia stredne ťažká epizóda
- F33.2 Recidivujúca depresívna porucha, terajšia epizóda ťažkého stupňa bez psychotických príznakov
- F33.3 Recidivujúca depresívna porucha, terajšia epizóda ťažkého stupňa s psychotickými príznakmi
- F33.4 Recidivujúca depresívna porucha, teraz v remisii
- F33.8 Iné recidivujúce depresívne poruchy
- F33.9 Nešpecifikované recidivujúce depresívne poruchy

Kategória recidivujúcej depresívnej poruchy taktiež zahŕňa recidivujúce epizódy depresívnej reakcie, psychogénnej depresie, reaktívnej depresie a sezónnu depresívnu poruchu.

## 5.2 Disociačné poruchy a depresia

Disociačné poruchy sú mladou diagnostickou kategóriou s históriou v klasifikáciách duševných porúch DSM-IV a MKCH-10 siahajúcej iba do posledných dvoch dekád. Cardena a Spiegel (1996) píšú, že mladosť diagnózy disociačných porúch a ešte mladšie reliabilné a validné diagnostické nástroje sú príčinou, prečo sa tak málo štúdií zaoberalo komorbiditou disociačných porúch. Zvlášť štúdiami komorbidity depresie a disociácií u iných disociatívnych porúch ako viacnásobnej poruchy osobnosti. Preto sa budú uvedené údaje týkať hlavne komorbidity viacnásobnej poruchy osobnosti a depresie, aj keď sú čiastkové správy o prítomnosti depresívnych symptómov v širšom spektre disociačných stavov (pozri Michelson a Ray eds., 1996).

Už v prípadových štúdiách známych prípadov viacnásobnej osobnosti sa uvádzajú zmienky o depresii v disociačných poruchách. V prípade Mary Reynoldsovej vydanéj v roku 1815 sa píše (Ellenberger, 1970), že rozdiel medzi jej dvoma osobnosťami bol veľmi výrazný. V prvom stave bola tichá, pokojná a hlbavá osoba s tendenciou k depresii, pomalým myslením bez predstavivosti. V jej druhom stave bola veselá, prívetivá, extravagantná, spoločenská, otvorená zábave a praktickým vtipom a so sklonom k veršovaniu a rýmovaniu.

Podobné poruchy afektu v osobnostiach sú bežné aj u detí a adolescentov s disociačnými poruchami. Hornstein (1996) píše, že väčšina detí má symptómy zvýšenej dráždivosti, afektívnej lability, depresie, pocitov beznádeje a nízkej sebaúcty. Mnoho z nich má samovražedné myšlienky a niektorí sa o samovraždu pokúsili. Niektoré deti s viacnásobnou poruchou osobnosti mali chronickú disfóriu, ktorá nereagovala na antidepresívne lieky a väčšina mala reaktívnu náladu. U niektorých detí sa taktiež vyskytovali alternatívne osobnosti, ktoré boli smutné, zúfalé a plné pocitov viny za zneužívanie, ktoré prežili. Enviromentálne spúšťače, ktoré istým spôsobom pripomínali deťom ich zneužívanie spustili prepnutie do týchto depresívnych osobností. Je zaujímavé ako sa Hornsteinovej (1996) popis porúch afektu u detí s viacnásobnou osobnosťou podobá popisu osobností Mary Reynoldsovej (Ellenberger, 1970).

Putnam (1989) píše, že depresia je najbežnejším prezentujúcim sa symptómom viacnásobnej poruchy osobnosti. V populácii 100 pacientov bola prítomnosť symptómov poukazujúcich na depresiú asi v 88% prípadoch (Putnam a kol. 1986 podľa

Putnam, 1989). Štúdia Putnama a kol. (Putnam, 1989) poukazuje na to, že typická osobnosť prichádzajúca na liečenie má bežne nízku sebaúctu, je anhedonická a všeobecne má negatívny postoj k životu. Pacienti s viacnásobnou osobnosťou majú ďalej problémy s koncentráciou, únavou, sexuálne problémy a trpia insomniou.

Práve predložené symptómy sú charakteristické pre ťažkú depresívnu epizódu, respektíve ťažkú depresívnu epizódu s psychotickými symptómami. Putnam (1989) ale píše, že existujú atypické vlastnosti týchto symptómov, ktoré pomáhajú diferencovať depresívne symptómy u viacnásobnej poruchy osobnosti od tých v depresívnej epizóde:

1. Depresívne symptómy len zriedka trvajú dlhší čas – pacienti majú históriu období kedy sa cítili dobre alebo šťastne roztrúsených medzi periódami depresie. Toto kolísanie nálady je veľmi časté aj pre tie najrýchlejšie sa meniace prípady bipolárnej poruchy. Typický pacient môže mať niekoľko prepnutí nálady počas dňa.
2. Neprítomnosť vegetatívnych symptómov – vegetatívne znaky majú tendenciu ku krátkemu trvaniu, alebo vôbec nie sú prítomné, na rozdiel od pacientov s depresívnou poruchou.
3. Farmakorezistencia – pacienti s viacnásobnou poruchou osobnosti sú rezistentní na antidepresívnu liečbu na rozdiel od pacientov s depresívnou poruchou.

### **5.3 Posttraumatická stresová porucha a depresia**

O súvisi posttraumatickej stresovej poruche a disociácií sme sa zmienili už v predchádzajúcej kapitole. Taktiež sme poukázali na fenomenologickú podobnosť medzi symptómami druhej skupiny symptómov posttraumatickej stresovej poruchy (tj. emočná otupenosť a vyhýbanie) a disociácií. Táto podobnosť nie je len medzi symptómami disociácie, ale aj v symptomatológii depresií. Napríklad už spomínaný symptóm emočnej otupenosti svojou definíciou pripomína jeden z hlavných symptómov depresie, a to stratu záujmov a stratu prežívania radosti. Tento predpoklad potvrdzuje aj zistenie Feenyho a kol. (2000), že emočná otupenosť dva týždne po prežití traumy signifikantne súvisela s úrovňou depresie.

MKCH-10 definuje posttraumatickú stresovú poruchu ako „opozdenú a protrahovanú odpoveď na stresovú udalosť alebo situáciu, krátkeho alebo dlhého

trvania, ktorá má výnimočne nebezpečný alebo katastrofický charakter, a ktorá by pravdepodobne spôsobila hlboké rozrušenia takmer u kohokoľvek“ (Smolík, 1996). Typickými prejavmi sú epizódy opakovaného znovuprežívania traumy v podobe živých spomienok, snov alebo nočných mor, pri ktorých sa znovu vynárajú doposiaľ živé pocity ochromenia a emočného otupenia, odtiahnutia sa od ostatných ľudí, nedotklivosť okolia, anhedónia a vyhýbanie sa činnostiam a situáciám pripomínajúcim traumy.

Fairbank a kol. (2000) uvádzajú, že klinické aj komunitné štúdie ukázali, že väčšina ľudí s diagnózou posttraumatickej stresovej poruchy spĺňala diagnostické kritéria pre aspoň jednu inú psychiatrickú diagnózu. NCS štúdia (National Comorbidity Study) (podľa Fairbank a kol., 2000) zistila, že 79% žien a 88% mužov s celoživotnou posttraumatickou stresovou poruchou spĺňali kritéria pre inú celoživotnú psychiatrickú poruchu. V porovnaní so skupinou s poruchou inou ako posttraumatickou stresovou poruchou malo 46% žien a 55% mužov pridruženú ešte inú psychiatrickú diagnózu. Z toho poruchy s najväčšou prevalenciou pre posttraumatickú skupinu boli pre mužov zneužívanie alkoholu a závislosť (51,9%), ťažká depresívna epizóda (47,9%), poruchy správania (43,3%), zneužívanie drog a závislosť (34,5%). Poruchy s najvyššou komorbiditou s celoživotnou posttraumatickou stresovou poruchou pre ženy boli ťažká depresívna epizóda (48,5%), jednoduchá fóbia (29,0%), sociálna fóbia (28,4%) a zneužívanie alkoholu a závislosť (27,9%).

Vzťahom posttraumatickej stresovej poruchy a depresie sa zaoberal Shalev a kol. (1998) a poskytuje dobrý prehľad dostupnej literatúry ohľadom tejto súvislosti. Shalev a kol. (1998) vyšetrovali ľudí prijatých na nemocničné oddelenie pohotovosti 1 týždeň, 1 mesiac a 4 mesiace a 1 rok po prežití traumatickej udalosti. Ich výsledky ukázali, že diagnózu komorbidnej posttraumatickej stresovej poruchy a depresie malo v 1. mesiaci 44,4% prípadov a v 4. mesiaci 43,7%, z celkového počtu pacientov diagnostikovaných posttraumatickou stresovou poruchou. Subjekty s komorbidnou posttraumatickou stresovou poruchou a ťažkou depresiou mali sklon k širšej symptomatológii a horšiemu zvládaniu bežných činností.

Zaujímavým zistením štúdie Shaleva a kol. (1998) bolo, že skupina so samotnou posttraumatickou stresovou poruchou, s komorbidnou ťažkou depresiou a posttraumatickou stresovou poruchou sa významne odlišovala od skupiny so

samotnou ťažkou depresiou v symptómoch posttraumatickej stresovej poruchy, ktoré reflektujú depresiou (tj. zníženie záujmu o veci a ľudí, odcudzenosť, obmedzená škála emócií, pocit pretrhnutia budúcnosti). Tento fakt je pre nás dôležitý, pretože ukazuje na špecifickosť depresie u posttraumatickej stresovej poruchy. Nutt a kol. (2000) v tejto súvislosti diskutujú, že môžu existovať dva typy depresívnych ľudí s rozdielnou etiológiou depresívnych symptómov:

1. Ľudia s „čistou“ depresiou, kde sa predpokladá vysoká úroveň kortizolu
2. Ľudia so sekundárnou post-posttraumatickou stresovou depresiou s nízkou hladinou kortizolu.

Predpoklad o existencii viacerých vývinových dráh depresívnych symptómov ukazujú aj zistenia, že sexuálne zneužívanie v kontexte emocionálneho a fyzického zanedbávania súvisí so symptómami ťažkej depresie, poruchami myslenia a delúziami, kým emočné a fyzické zneužívanie spolu s fyzickým zanedbávaním sú spojené iba s vyššími halucinatórnymi symptómami (Allen a kol., 1998). Teda je možné, aby opakovaná trauma predisponovala človeka k depresívnej štruktúre osobnosti, ktorá vo fáze dekompenzácie vykazuje symptómy podobné ťažkej depresii, ale s iným základným mechanizmom ležiacim v pozadí poruchy.

## **6 Disociácie a ich meranie**

V minulosti bolo skúmanie rozpojenia vedomia doménou experimentálnej psychológie a klinickej praxe. Ako sme už spomínali Jackson postavil svoj koncept disolúcie na pozorovaniach ľudí s epilepsiou, Prince na práci s ľuďmi s viacnásobnou osobnosťou, Myers na experimentoch s automatickým písaním a Janet na práci s hypnózou. Iným možným prístupom ku skúmaniu nevedomých procesov je cez podprahovú stimuláciu.

Štúdie podprahového vnímania: 1. podporujú platnosť existencie kognitívnych štruktúr, ktoré pracujú za prahom vedomia a že tieto neuvedomované procesy majú vplyv na naše vnímanie, správanie a emócie; 2. slúžia ako dobrý experimentálny základ pre aplikáciu techník podprahovej stimulácie v klinickej praxi. Toho dôkazom je metóda voľných asociácií, ktorej sa budeme ďalej bližšie venovať.

So vzrastom záujmu o disociatívnu symptomatológiu v posledných dvoch dekádach vznikli aj nové kvantitatívne nástroje na meranie disociatívnych stavov. Jedným z nich je *Škála disociatívnych skúseností* (DES) Bernstaina a Putnama (1986). Budeme sa zaoberať popisom a psychometrickými charakteristikami tejto seba-posudzovacej škály, ktorá zachytáva mieru a typ prítomných disociatívnych skúseností, čo umožňuje využitie dotazníka pre štatistický výskum miery disociácie v rôznych populáciách.

### **6.1 Implicitná percepcia**

Explicitné vnímanie zobrazuje vnemy, ktorých si je človek vedomý, teda sú prístupné vedomému rozpoznavaniu. Implicitné vnímanie na druhej strane, zachytáva podnety, ktorých si nie sme vedomí. Kým o vnemoch, ktoré sú explicitne prítomné vo vedomí môžeme verbálne podať správu, informácie, ktoré sú mimo vedomia touto cestou nemôžeme skúmať. Ako teda dokázať niečo, o čom nemáme priamu skúsenosť? Už v kapitole venovanej neodisociačnej teórii sme predstavili možnosť existencie viacerých simultánne bežiacich kognitívnych systémov spracovávania informácií, experimentálne potvrdené cez experimenty s automatickým písaním a hypnotickou analgéziou. Ďalšia možná cesta k skrytým štruktúram ľudskej psyché je cez podprahovú stimuláciu.

### 6.1.1 Podprahové vnímanie

Aby človek bol schopný rozpoznať vnem, musí podnet dosiahnuť určitú minimálnu úroveň. Tento koncept sa nazýva absolútny prah. Avšak je možné prezentovať podnet pod hranicou absolútneho prahu, takže sa nedostane do vedomia, ale je dostatočne silný na to aby, mal vplyv na naše správanie. V roku 1957 James Vicary previedol veľmi jednoduchý experiment. Prekryl bežný film dvoma krátkymi verbálnymi správami a následne upravený film púšťal vo verejnom kine. Správy boli prezentované tak krátko, že ich nebolo možné vedome rozpoznať. Jedna správa hovorila nič netušiacim divákom „Jedz popkorn,“ a druhá hovorila „Pi Coca-Colu“. Podľa správy Vicaryho predaj popkornu po film vzrástol o 58% a predaj Coca-coly vzrástol o 18% (podľa Wortman a kol., 1988). Okrem toho, že tento experiment viedol k zákazu používania podprahovej reklamy, inšpiroval vlnu záujmu o fenomén podprahovej stimulácie.

Libet (podľa Crick, 1997) skúmal ľudí, ktorým boli do tej časti thalamu, ktorá spracováva vnemy ako bolesť a dotyk, z terapeutických dôvodov implantované elektródy. Počas pokusov bol thalamus pokusných osôb elektricky podráždený s rôznou intenzitou a dĺžkou trvania. Vyšetrotvaní mali rozhodnúť, či k stimulácii došlo pri zapnutí jedného svetla alebo pri zapnutí druhého svetla na sekundu stisnutím tlačidla. Následne mali vyšetrotvaní stlačiť iné tlačidlá, aby dali najavo, či cítil nejakú stimuláciu; neboli si istí, či niečo cítili, alebo necítili vôbec nič. Výsledky ukázali, že i v prípade salvy impulzov natoľko krátkych, že neprebudili pozornosť, bol výkon vyšetrotvaných významne vyšší oproti náhode. Uvedomiť si podnet vyžadovalo salvu podstatne dlhšiu. Z tohto experimentu je zrejmé, že „v somatosenzorickom systéme ovplyvňuje krátky alebo slabý podnet správanie bez toho, aby si to vyšetrotvaní uvedomovali, zatiaľ čo rovnaký podnet silnejší alebo dlhší si uvedomia“ (Crick, 1997, s. 231).

Tieto a ďalšie štúdie viedli ku skúmaniu súvisu dynamického nevedomia a emocionálnych obsahov cez podprahovú stimuláciu (Bob, 2003). Klasickým príkladom experimentu s podprahovým vnímaním je Silvermanova paradigma *podprahovej psychodynamickej aktivácie* (subliminal psychodynamic activation) (podľa Bornstein, 1990). Experiment metódou podprahovej psychodynamickej aktivácie zahŕňa prezentovanie experimentálneho podnetu (napr. Mama a ja sme jedno) a neutrálneho podnetu (napr. Vonku je pekne) podprahovo (tj. v nemaskovaných 4 mili-



sekundových intervaloch) dvom alebo viacerým cieľovým skupinám, ktoré prejavujú rozdielne symptómy alebo vzorce správania (napr. depresívny vs. normálny). Centrálnou hypotézou podprahovej psychodynamickej aktivácie je, že akýkoľvek podnet spojený s afektom alebo pudom prezentovaný podprahovo vyvolá väčšiu zmenu v správaní ako rovnaký podnet prezentovaný nad absolútnym prahom, pretože podprahové podnety obchádzajú určité obrany ega a sú nepoškvrnené atribučnými chybami, ktoré znižujú pravdepodobnosť, že podnet bude vnímaný čisto (Bornstein, 1990). Iným možným vysvetlením tohto efektu je aktivácia nevedomých asociačných sietí (Sohlberg a kol., 2003). Akákoľvek je interpretácia podprahovej psychodynamickej aktivácie, výskumy ukazujú, že sa jedná o experimentálne dokázaný fenomén (Bornstein, 1990, Sohlberg, 2003).

### **6.1.2 Slovo-asociačný experiment**

Zistenia z výskumov s podprahovým vnímaním súhlasia s Jungovými experimentmi so slovnými asociáciami. Presnejšie používal Jung slovné asociácie „pri práci s pacientmi ako metódu, ktorá dáva rýchle kľúče k dôležitým komplexom“ (Hall & Lindzey, 1999, s. 110). Jung (1993) hovorí, že test nebol pôvodne zamýšľaný na identifikovanie komplexov. Jeho metóda využíva situácie, keď sa experiment nedarí, alebo keď ľudia robia chyby. Jung tieto chyby vysvetľuje nasledovne: „Slovo narazí na to, čo ja nazývam komplex, zhluk psychických obsahov charakterizovaný zvláštnym, alebo snáď trápny citovým zafarbením, čo je obvykle skryté pred zrakom.“ (Jung, 1993, s. 59). Komplexy sú asociované s fyziologickými reakciami, s procesmi v srdci, s napätím v cievach, dýchaním a inerváciou kože. To ho viedlo ku doplneniu asociačného experimentu o merania fyziologických procesov (Jung, 1993).

Na Slovensku rozpracoval techniku slovných asociácií Kondáš (1979). Podľa Kondáša (1987) je asociačný experiment „metódou, ktorá zachytáva „vzorky“ verbálno-myšlienkových prejavov, vzorku rečovej činnosti (rečového správania), pričom zároveň dovoľuje všímať si zážitkovú stránku týchto prejavov“ (s. 10). V testovej situácii subjekt odpovedá na podnetové slovo, prvým slovom, ktoré ho napadne. Pri vyhodnocovaní sa sleduje reakčný čas, reprodukcie, poruchové odpovede, charakter asociačného vzťahu medzi podnetom a slovom a iné. Pre nás dôležitým ukazovateľom

je indentifikácia konfliktogénnych podnetov, ktoré sa potvrdzujú na základe predĺženého reakčného času, prítomnosti poruchovej asociácie a chybnou reprodukciou asociácie. Tieto položky dobre diferencujú normu od patológie a taktiež neurózy od psychóz (pozri Kondáš, 1979).

## 6.2 Dissociative Experiences Scale (DES)

Bernstein a Putnam (1986 podľa Wright a Loftus, 1999) ako prví vypracovali nástroj na meranie disociatívnych procesov. Podľa Rossa (podľa Wright & Loftus, 1999) je DES najrozsiahlejšie používanou škálou pri zachytávaní disociácií a prešla najväčšou metodologickou kontrolou. Umožňuje testovanie podielu disociatívnych symptómov na rôznych psychiatrických ochoreniach a sledovanie pacientov s výrazným podielom disociatívnej psychopatológie. Taktiež sa používa pri rozsiahlych štatistických výskumoch. Často je využívaný u neklinickej populácie na zisťovanie, ako úroveň disociácií súvisí s osobnostnými alebo kognitívnymi charakteristikami.

Dotazník bol zostavený na základe rozhovorov s pacientmi, ktorí spĺňali kritéria pre disociatívne ochorenia v rámci klasifikácie DSM-III a konzultácií s mnohými expertmi na terapiu disociatívnych ochorení. To znamená, že väčšina položiek dotazníka sa vzťahuje práve na ľudí s disociatívnou poruchou a dopĺňajú ju položky súvisiace s každodennými disociatívnymi skúsenosťami, ktoré sa pravdepodobne vyskytnú aj v bežnej populácii. Podľa Carlsona a Putnama (2000) ponúka DES meranie disociácií u bežnej a klinickej populácie, ale uznáva že jeho použitie v normálnej populácii nebolo pôvodným zámerom.

DES je 28 položkový dotazník, ktorý je zameraný na meranie hlavných vlastností disociácií. Dunn a Ryan (1994) previedli komponentovú analýzu škály na populácii zneužívajúcej návykové látky a zistili viaceré faktory vyplývajúce z obsahu dotazníka:

1. *Depersonalizácia a derealizácia* - pozostáva z položiek, ktoré opisujú skúsenosti nevyskytujúce sa v bežnej populácii často. Teda vysoké skóre v tomto faktore naznačuje určitý druh psychopatológie.
2. *Miernamnestická disociácia* – položky v tomto faktore sú bežné medzi jedincami s diagnózou disociatívna porucha.

3. *Absorbcia-imaginatívne zahrnutie* – tieto položky sú bežnými disociatívnymi skúsenosťami a mali by byť považované za nepatologické. Ide o skúsenosti ako denné sny alebo nedostatok pozornosti.
4. *Ťažká amnestická disociácia* – položky z tohto faktoru zastupujú skúsenosti často nachádzaných v prípadoch viacnásobnej poruchy osobnosti. Takže tento faktor je klinicky signifikantný indikátor ťažkej disociačnej poruchy.

Vyhodnotenie testu je založené na stanovení skóre u jednotlivých položiek a vo výpočte aritmetického priemeru – DES skóre. Bernstein a Putnam uvádzajú priemerné DES skóre v mm pre jednotlivé skupiny (podľa Bob, 2000):

Normálne dospelé osoby .....	4,38
Alkoholici .....	4,72
Fóbie.....	6,04
Agorafóbie.....	7,41
Schizofrenici.....	20,63
Adolescenti.....	14,11
Posttraumatický stres.....	31,25
Viacnásobná porucha osobnosti.....	57,06

Bežné skóre dospelých je všeobecne pod 10 a cut-off skóre nad 20 sú považované za indikátor disociatívnej poruchy. Skóre 20 teda hovorí, že vyšetrovaný strávi v priemere 20% z celkového času každou z 28 skúseností (Carlson a Putnam, 2000).

Validita a reliabilita sú dôležitými psychometrickými faktormi pre dotazník. Vnútoraná konzistencia pre DES je celkom vysoká. Carlson a Putnam (2000) uvádzajú, že priemerné Cronbachovo  $\alpha$  v 16 štúdiách bolo 0.93. Priemerná korelácia medzi DES a inými disociatívnymi škálami bola  $r = 0.67$  (Carlson a Putnam, 2000).

Jedným s problémom DES je nesymetrická zakrivenosť distribúcie pri použití dotazníka u neklinickej populácie. Celkové hodnoty sú výrazne ostré a zhustené v dolnom konci krivky normálneho rozloženia populácie. Podľa Wrighta a Loftusa (1999) je to dôsledok Carlsonovho a Putnamovho želania, diferencovať klinickú populáciu od normálnej a fakt, že otázky boli postavené na základe klinickej literatúry a skúsenostiach s prácou s ľuďmi diagnostikovanými disociatívnou poruchou.

Carlson a Putnam (2000) uvádzajú, že jedna štúdia ukázala signifikantnú negatívnu koreláciu s IQ. Paolo a kol. (1993) sa týmto problémom zaoberali. Konkrétne skúmali minimálnu úroveň schopnosti čítania pre vyšetrenie DES. Na skúmanie týchto charakteristík škály použili Fleschovu úroveň čítania a Fleschovu ľahkosť čítania. Tieto metódy sú postavené na empirickom základe, v ktorom sa využíva dĺžka viet a počet slabík. Z výsledkov vychádza, že 43% položiek DES je obtiažne porozumieť pre osoby s menším ako stredoškolským vzdelaním.

## **7 Disociácie, posttraumatická stresová porucha a depresia – klinická štúdia**

V predchádzajúcich kapitolách sme sa pokúsili urobiť prehľad literatúry, ktorá spája fenomén disociácie s posttraumatickou stresovou poruchou a mentálnou depresiou. Snažili sme poukázať aj na možné teoretické rámce, pomocou ktorých je možné vysvetliť a chápať fungovanie disociatívnych procesov

Ako ukazujú výsledky štúdií, prevalencia disociatívnych porúch u psychiatrických pacientov je približne 15% (Saxe a kol.,1993). Chu a Dill (1990) uvádzajú, že 30% psychiatrických pacientov spĺňalo diagnostické kritéria pre disociatívne ochorenia. Tieto poznatky poukazujú na to, že disociatívne skúsenosti sú medzi psychiatrickými pacientmi bežné.

Problematikou vzťahu disociácie a depresie sa v Čechách zaoberal Bob a kol. (2002, 2003). V obidvoch následných štúdiách sa skúmal vzťah medzi depresiou a disociáciami u pacientov s diagnózou mentálnej depresie. Bob a kol. (2003) zistili, že v skupine depresívnych pacientov, ktorí spĺňali kritéria pre disociatívne ochorenia bol signifikantný vyšší výskyt traumatickej symptomatológie (tj. spĺňali kritéria pre posttraumatickú stresovú poruchu a boli v detstve významne traumatizovaní) a vykazovali významné znaky depresie.

### **7.1 Cieľ štúdie**

Potvrdiť súvis depresívnej symptomatológie a traumatických skúseností u určitej skupiny depresívnych pacientov.

Otestovať slovenskú verziu DES na populácii depresívnych pacientov a zistiť prevalenciu disociatívnych symptómov v depresívnej bežnej populácii.

### **7.2 Hypotézy**

**H1** U skupiny depresívnych pacientov predpokladáme vyšší výskyt disociatívnych skúseností ako aj traumatickej symptomatológie v porovnaní s kontrolnou skupinou.

**H2** U skupiny s vysokou mierou disociatívnych skúseností predpokladáme signifikantne vyšší výskyt depresívnej a posttraumatickej symptomatológie v porovnaní so skupinou s nižšou mierou disociatívnych skúseností.

**H3** Predpokladáme, že s prehĺbujúcou sa závažnosťou depresie sa bude zvyšovať miera disociatívnych skúseností.

**H4** Predpokladáme, že u ľudí, ktorí majú vyšší výskyt disociatívnych skúseností bude ťažšia traumatická symptomatológia.

**H5** Predpokladáme, že ukazovatele psychopatológie v asociačnom experimente budú signifikantne diferencovať kontrolnú skupinu od skupiny depresívnej.

**H6** Predpokladáme, že ukazovatele psychopatológie v asociačnom experimente budú závislé od miery disociatívnych skúseností.

**H7** Predpokladáme, že s frekvenciou negatívnych životných udalostí sa bude zvyšovať miera disociatívnych skúseností a posttraumatickej symptomatológie.

### **7.3 Metódy štúdie**

Výskum sme realizovali v priebehu januára a februára 2006 na nasledujúcich pracoviskách:

- Psychiatrická klinika NsP sv. Cyrila a Metoda, Petržalka, Bratislava
- Psychiatrická klinika SZU FNŠP, Ružinov, Bratislava
- Psychiatrická klinika FN a LF UK, Mickiewiczova, Bratislava
  - predné oddelenie
- Psychiatrická nemocnica P. Pinela, Pezinok
  - otvorené oddelenie
  - zatvorené ženské oddelenie
  - zatvorené mužské oddelenie
- Psychiatrická nemocnica Hronovce
  - akútne mužské oddelenie

Ku každému pacientovi s diagnózou depresie sme sa snažili nájsť podľa veku a pohlavia človeka bez akejkoľvek psychiatrickej diagnózy. Títo participanti výskumu tvoria kontrolnú skupinu.

#### **7.3.1 Testová batéria**

Testová batéria pozostávala z nasledujúcich psychodiagnostických metód:

- **Škála disociatívnych skúseností DES** (Dissociative Experiences Scale) (Carlson a Putnam, 2000) – psychometrickým charakteristikám sme sa podrobnejšie venovali v kapitole pojednávajúcej o spôsoboch merania disociácií. Spomenieme len, že Cronbachovo alfa slovenskej verzie DES je 0,94 pre N=72.
- **Posttraumatický zoznam PCL-C** (PTSD checklist – civilian version) (Weathers a kol., 1993 podľa Forshay, 2006) – PCL-C je 17 položková sebaopisová škála, ktorej položky sú sýtené B, C a D faktormi DSM-IV diagnózy posttraumatickej stresovej poruchy.
  - Faktor B – znovuprežívanie (položky 1-5)
  - Faktor C – vyhýbanie (položky 6-12)
  - Faktor D - hyperarousal (položky 13-17)

Cut-off skóre 44 sa považuje za pozitívny indikátor posttraumatickej stresovej poruchy.

Vnútoraná konzistencia škály je vysoká. Cronbachovo alfa sa bežne pohybuje okolo 0,97 (pre bližšie psychometrické charakteristiky pozri Ruggiero a kol., 2003) Cronbachovo alfa slovenskej verzie PCL-C je 0,95 pre N=72.
- **Beckova sebaopisová škála depresivity BDI-II** (Beck Depression Inventory) (Beck a kol., 1999) – pozostáva z 21 okruhov symptómov indikovaných u pacientov s depresívnou poruchou. Cronbachovo alfa slovenskej verzie BDI-II je 0,96 pre N=72. Normy pre BDI sú nasledujúce (Beck a kol., 1999):
  - 0–13 – minimálna depresia
  - 14-19 – mierna depresia
  - 20-28 – stredná depresia
  - 29 – 63 – ťažká depresia
- **Asociačný experiment** (Kondáš, 1979) – tejto metóde sme sa taktiež venovali v kapitole o meraní disociácií. Kondáš (1979) uvádza 4 základné a 6 prídavných diagnostických hľadísk.

Základné diagnostické hľadiská:

1. priemerný asociačný reakčný čas

2. zastúpenie poruchových asociácií
3. výskyt chybných reprodukcí
4. výskyt menej kvalitných reakcií (tento znak sme z praktických dôvodov vynechali)

Prídavné hľadiská:

1. rozloženie latencií (tento znak sme z praktických dôvodov vynechali)
2. výskyt jednotlivých druhov poruchových asociácií
3. zastúpenie všeobecných populárnych a individuálnych reakcií (tento znak sme z praktických dôvodov vynechali)
4. zastúpenie jednotlivých druhov asociačných vzťahov
5. ktoré podnety sa potvrdili ako konfliktogénne

Čo sa týka identifikácie konfliktogénnych podnetov uvádza Kondáš (1979), že pre označenie konfliktogénneho podnetu je potrebné, aby boli prítomné 4 znaky tj. predĺžená latencia, chybná reprodukcia, prítomnosť poruchovej asociácie a menej kvalitná reakcia. V našej štúdii sme hodnotili podnet za konfliktogénny, ak boli prítomné 3 z hore spomínaných znakov.

- **Dotazník životných udalostí** (Schraggeová, 1996) – dotazník pozostáva z 63 pozitívnych a negatívnych udalostí, ktoré sa vyskytujú bežne v živote človeka. Dotazník pri každej životnej udalosti sleduje dve hľadiska, a to významnosť prežitej udalosti na škále od 1 po 5 a emocionálne prežívanie udalosti (tj pozitívne, indiferentné a negatívne) v priebehu posledných dvoch rokov života.

### 7.3.2 Výskumná vzorka

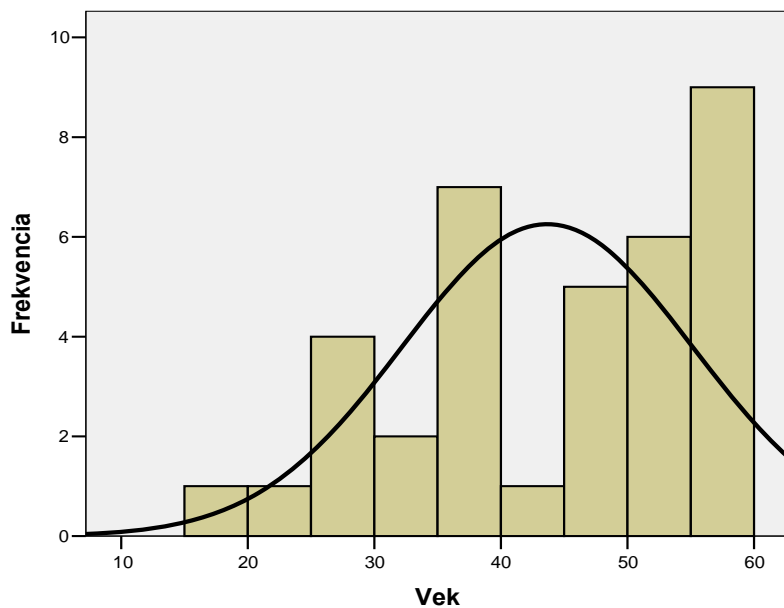
Výskumná vzorka pozostával z 36 participantov so súčasnou diagnózou depresívna epizóda alebo rekurentná depresívna porucha a 36 participantov bez akejkoľvek psychiatrickej diagnózy.

Z 36 participantov z depresívnej skupiny bolo 8 mužov a 28 žien. Rovnako kontrolná skupina pozostávala z 8 mužov a 28 žien.

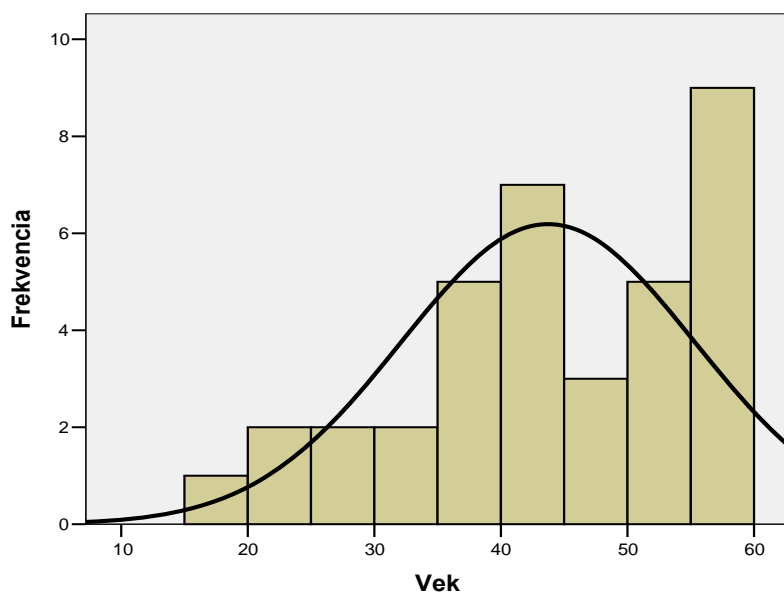


Priemerný vek depresívnej skupiny bol 43,67 rokov a kontrolnej skupiny bol 43,72 rokov. Vekové rozloženie oboch skupín demonštruje graf č. 1 a č. 2.

**Graf č. 1 Vekové rozloženie depresívnej skupiny**

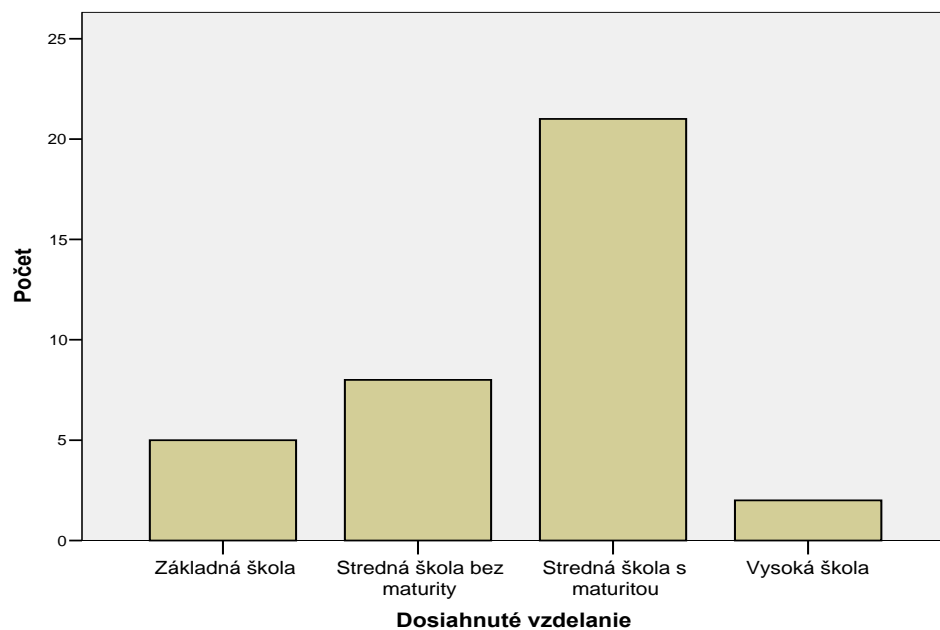


**Graf č. 2 Vekové rozloženie kontrolnej skupiny**

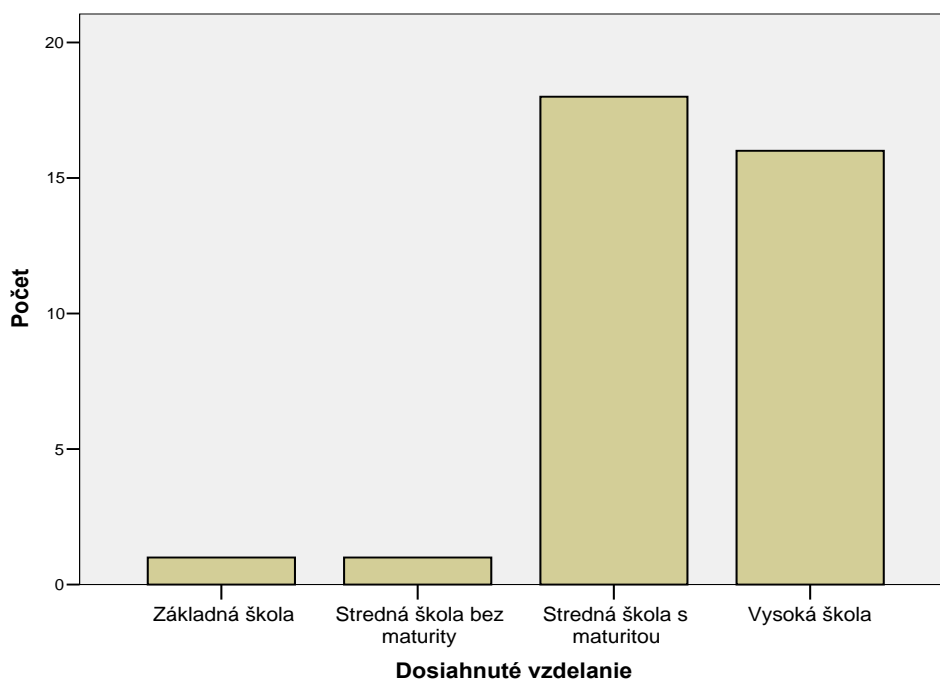


Rozloženie dosiahnutého vzdelania participantov v depresívnej a kontrolnej skupine ukazujú grafy č. 3 a č. 4.

**Graf č. 3** Frekvencie dosiahnutého vzdelania pre depresívnu skupinu



**Graf č. 4** Frekvencie dosiahnutého vzdelania pre kontrolnú skupinu



Zastúpenie diagnóz podľa klasifikácie MKCH-10 v depresívnej skupine je nasledujúce: 5 participantov F32.0, 14 participantov F32.1, 3 participanta F32.2, 4 participanta F33.0, 6 participantov F33.1 a 4 participanta F33.2. (bližšie sa klasifikácii depresívnych porúch podľa MKCH-10 venujeme v 5. kapitole)

### **7.3.3 Analýza dát**

Všetky štatistické operácie boli robené pomocou SPSS v13.0. Použili sme nasledujúce štatistické ukazovatele a metódy:

- Stredná hodnota (aritmetický priemer)
- Štandardná odchyľka
- Pearsonov korelačný koeficient
- Jednoduchá analýza rozptylu (ANOVA)
- Grafická analýza reziduálnych hodnôt v lineárnom regresnom modeli
- Klasterová analýza (K-Means cluster analysis)

## 7.4 Výsledky

**H1 U skupiny depresívnych pacientov predpokladáme vyšší výskyt disociatívnych skúseností ako aj traumatickej symptomatológie v porovnaní s kontrolnou skupinou**

**Tabuľka č. 1 Priemerné skóre a jednoduchá analýza rozptylu DES, BDI-II a PCL-C pre depresívnu a kontrolnú skupinu**

		Počet	Priemer	Štandardná odchylka	ANOVA	
					F	Sig.
<b>DES</b>	Depresívna skupina	36	17.4901	13.45614	18.219	.000 ***
	Kontrolná skupina	36	7.3214	4.82152		
	Total	72	12.4058	11.26645		
<b>BDI-II</b>	Depresívna skupina	36	31.9167	11.08506	136.739	.000 ***
	Kontrolná skupina	36	7.7222	5.58882		
	Total	72	19.8194	14.97917		
<b>PCL-C</b>	Depresívna skupina	36	52.6389	11.35191	111.277	.000 ***
	Kontrolná skupina	36	27.8333	8.37854		
	Total	72	40.2361	15.94135		

\*\*\*. Rozdiely sú signifikantné na hladine ,001 (dvojsmerná)

**Legenda k tabuľke č. 1** – DES – Dissociation Experiences Scale; BDI-II – Beck Depression Inventory; PCL – Posttraumatic Checklist.

Ako sme predpokladali depresívna skupina mala signifikantne vyšší výskyt disociatívnej symptomatológie v porovnaní s kontrolnou skupinou. Priemerná hodnota percenta času tráviaceho každou z položiek DES je pre depresívnu skupinu 13,72% a pre kontrolnú skupinu 2,81%.

Medzi skupinami existuje taktiež rozdiel v hĺbke depresie a posttraumatickej symptomatológie. Priemerná hodnota hĺbky depresie (BDI-II) je u depresívnej skupiny 31,91 (interval ťažkej depresie podľa Becka) a u kontrolnej skupiny 7,72 (interval bežného skórovania kontrolnej skupiny podľa Becka). Priemerná hodnota závažnosti symptómov posttraumatickej (PCL-C) stresovej poruchy je 52,64 pre depresívnu skupinu a 27,83 pre skupinu kontrolnú.

Rozdiely medzi depresívnu a kontrolnou skupinu sú podľa modelu jednoduchej analýzy rozptylu (ANOVA) štatisticky signifikantné na menej ako promilovej úrovni (tabuľka č.2). Analýza rozptylu pre postraumatickú symptomatológiu (PCL-C)  $F(1;70) = 18,219$ ;  $p=0,0001$ , pre disociatívne symptómy (DES)  $F(1; 70) = 136,739$ ;  $p=0,0001$  a pre závažnosť depresie (PCL-C)  $F(1; 70) = 111,277$ ;  $p=0,0001$

Na základe výsledkov usudzujeme, že Hypotéza H1 sa potvrdila.

**H2 U skupiny s vysokou mierou disociatívnych skúseností predpokladáme signifikantne vyšší výskyt depresívnej a posttraumatickej symptomatológie v porovnaní so skupinou s nižšou mierou disociatívnych skúseností**

Pomocou klasterovej analýzy sme určili dve skupiny ľudí podľa miery disociatívnych skúseností. Za cut-off skóre sme určili hranicu 25 bodov.

Zo všetkých vyšetrovaných prípadov (N=72) tvorili ľudia, ktorí skórovali viac ako 25, 15% (11 subjektov). Všetky subjekty v tejto skupine patrili aj do skupiny depresívnych pacientov.

**Tabuľka č.2 Priemer a jednoduchá analýza rozptylu DES, BDI-II a PCL-C pre skupiny DES<25 a DES>25**

		Počet	Priemer	Štandardná odchylka	ANOVA	
					F	Sig.
<b>DES</b>	DES<25	61	8.2963	5.06186	207.993	.000 ***
	DES>25	11	35.1948	8.55559		
	Spolu	72	12.4058	11.26645		
<b>BDI-II</b>	DES<25	61	16.623	13.32437	24.097	.000 ***
	DES>25	11	37.5455	10.94864		
	Spolu	72	19.8194	14.97917		
<b>PCL-C</b>	DES<25	61	36.8525	14.44857	23.753	.000 ***
	DES>25	11	59	9.72625		
	Spolu	72	40.2361	15.94135		

\*\*\*. Rozdiely sú signifikantné na hladine ,001 (dvojsmerná)

**Legenda k tabuľke č. 2** – DES – Dissociation Experiences Scale; BDI-II – Beck Depression Inventory; PCL – Posttraumatic Checklist.

Podľa predpokladu, skupina s vyššou mierou disociatívnych skúseností má štatisticky signifikantne vyššiu mieru depresívnych a posttraumatických symptómov.

Priemerné skóre pre disociatívnu skupinu v DES je 35,2% (splňa kritéria pre disociatívne ochorenia) a pre nie disociatívnu skupinu je priemerné skóre v DES 8,3%.

Taktiež je rozdiel medzi disociatívnu a nie disociatívnu skupinu v závažnosti depresie, kde v disociatívnej skupine je priemerná hĺbka depresie (BDI-II) 37,54 (interval ťažkej depresie podľa Becka) a 16,62 v skupine nie disociatívnej.

Ďalej môžeme pozorovať rozdiel aj v miere posttraumatickej symptomatológie (PCL-C). Priemerné skóre pre disociatívnu skupinu v závažnosti posttraumatickej psychopatológie je 59 (splňa kritéria pre posttraumatickú stresovú poruchu) a 36,85 pre nie disociatívnu skupinu.

Všetky pozorované rozdiely sú štatisticky vysoko signifikantné. Jednoduchá analýza rozptylu (ANOVA) ukázala signifikantný rozdiel medzi disociatívnou a nie disociatívnou skupinou na promilovej úrovni v ukazovateľoch disociatívnych skúseností (DES)  $F(1; 70) = 207,993$ ;  $p=0,0001$ , hĺbky depresie (BDI-II)  $F(1; 70) = 24,097$ ;  $p=0,0001$  a posttraumatickej symptomatológii (PCL-C)  $F(1; 70) = 23,753$ ;  $p=0,0001$ .

Na základe výsledkov usudzujeme, že hypotéza H2 sa nám potvrdila.

**H3 Predpokladáme, že s prehľbujúcou sa závažnosťou depresie sa bude zvyšovať miera disociatívnych skúseností**

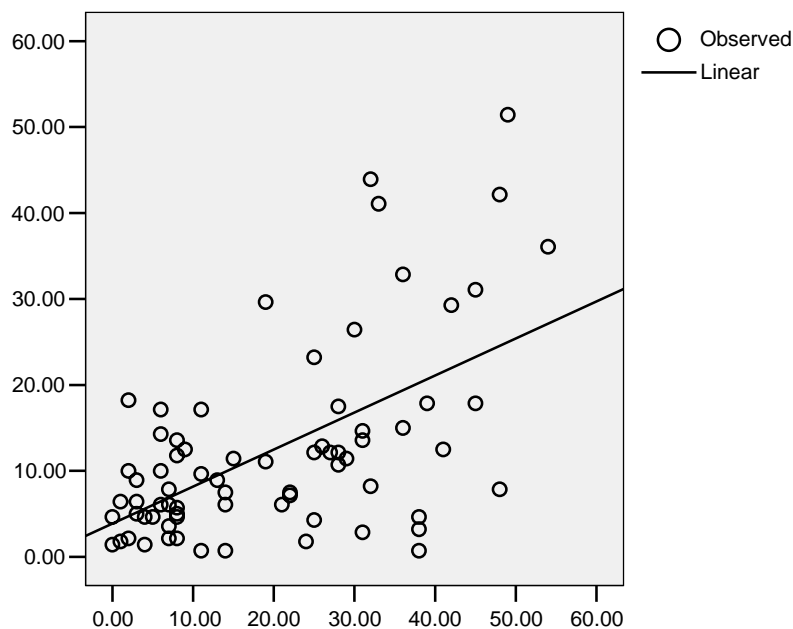
*Tabuľka č. 3 Pearsonová korelácia pre BDI-II a DES*

		DES	BDI-II
<b>DES</b>	Pearson Correlation	1	.573**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	72	72
<b>BDI-II</b>	Pearson Correlation	.573**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	72	72

\*\* . Korelácie sú signifikantné na ,01 hladine (dvojsmerná)

**Legenda k tabuľke č. 3** – DES – Dissociation Experiences Scale; BDI-II – Beck Depression Inventory

**Graf č. 5 Závislosť DES na BDI-II**



Ako ukazuje tabuľka č.3, korelácia medzi mierou disociatívnej symptomatológie (DES) a závažnosťou depresie (BDI-II) pre kontrolnú aj depresívnu skupinu je 0,573 s hladinou signifikancie  $p=0,0001$ . Táto korelácia poukazuje na strednú úroveň vzťahu disociatívnej symptomatológie a depresie.

Taktiež graf závislosti disociatívnych skúseností meraných DES na závažnosti depresie meranou BDI-II naznačuje lineárnu závislosť. Na základe výsledkov usudzujeme, že hypotéza H3 sa potvrdila.

**H4 Predpokladáme, že u ľudí, ktorí majú vyšší výskyt disociatívnych skúseností bude ťažšia traumatická symptomatológia**

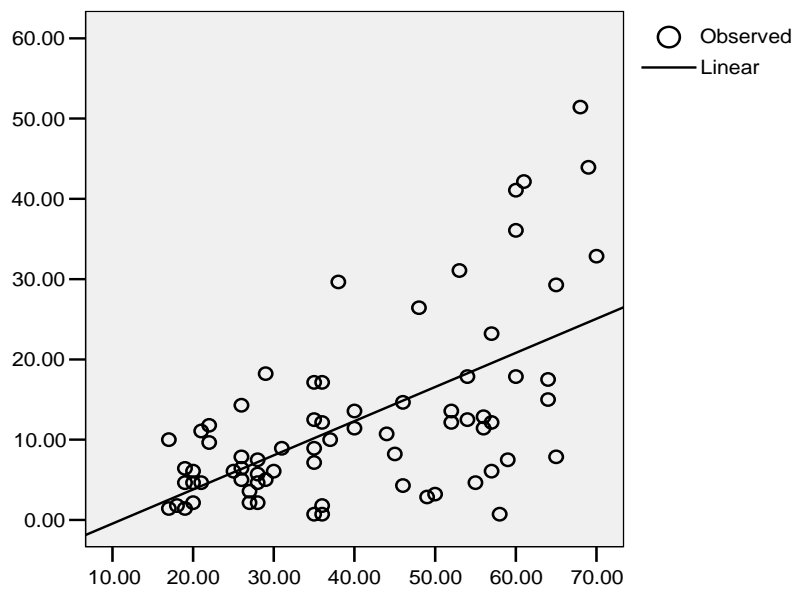
*Tabuľka č.4 Pearsonová korelácia pre PCL a DES*

		DES	PCL-C
<b>DES</b>	Pearson Correlation	1	.602**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	72	72
<b>PCL-C</b>	Pearson Correlation	.602**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	72	72

\*\* . Korelácie sú signifikantné na ,01 hladine (dvojsmerná)

**Legenda k tabuľke č. 1 – DES – Dissociation Experiences Scale; PCL – Posttraumatic Checklist.**

**Graf č. 6 Závislosť PCL-C a DES**



Potvrdil sa nám predpokladaný súvis medzi disociatívnymi skúsenosťami a vážnosťou posttraumatických symptómov. Pearsonová korelácia medzi disociatívnymi skúsenosťami (DES) a posttraumatickou symptomatológiou (PCL-C) je 0,602 s hladinou signifikancie  $p=0,0001$ . Túto koreláciu považujeme za strednú úroveň korelačných vzťahov.

Taktiež graf závislosti disociatívnych skúseností meraných DES na posttraumatickej symptomatológii meranou PCL poukazuje na lineárnu závislosť.

Na základe výsledkov usudzujeme, že hypotéza H3 sa potvrdila.



**H5 Predpokladáme, že ukazovatele psychopatológie v asociačnom experimente budú signifikantne diferencovať kontrolnú skupinu od skupiny depresívnej**

**Tabuľka č. 5 Priemerné skóre ukazovateľov psychopatológie v asociačnom experimente pre depresívnu a kontrolnú skupinu**

		Počet	Priemer	Standartná odchyľka	ANOVA	
					F	Sig.
<b>Priemerný reakčný čas</b>	Depresívna skupina	36	4.527	2.3997	17.312	0 ***
	Kontrolná skupina	36	2.7049	1.07015		
	Total	72	3.616	2.06033		
<b>Celkový počet chybných reprodukcií</b>	Depresívna skupina	36	11.1944	6.89438	7.988	0.006 **
	Kontrolná skupina	36	7.3611	4.32371		
	Total	72	9.2778	6.03096		
<b>Celkový počet konfliktogénnych podnetov</b>	Depresívna skupina	36	1.8611	2.42785	11.537	0.001 **
	Kontrolná skupina	36	0.4444	0.60684		
	Total	72	1.1528	1.89633		
<b>Celkový počet poruchových asociácií</b>	Depresívna skupina	36	8.0833	6.32173	5.264	0.025 *
	Kontrolná skupina	36	5.25	3.86468		
	Total	72	6.6667	5.39431		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 1a</b>	Depresívna skupina	36	1.8333	2.32379	2.23	0.14
	Kontrolná skupina	36	1.1944	1.09073		
	Total	72	1.5139	1.83082		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 1b</b>	Depresívna skupina	36	3.5556	1.91899	1.222	0.273
	Kontrolná skupina	36	4.0278	1.69851		
	Total	72	3.7917	1.81494		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 1c</b>	Depresívna skupina	36	2.3333	2.8884	4.725	0.033 *
	Kontrolná skupina	36	1.1667	1.42428		
	Total	72	1.75	2.33618		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 1D</b>	Depresívna skupina	36	1.5	2.1314	8.285	0.005 **
	Kontrolná skupina	36	3.25	2.96045		
	Total	72	2.375	2.70855		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 2</b>	Depresívna skupina	36	2.9444	2.40172	2.55	0.115
	Kontrolná skupina	36	2.1667	1.66476		
	Total	72	2.5556	2.0888		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 2v</b>	Depresívna skupina	36	5.2222	5.76745	2.649	0.108
	Kontrolná skupina	36	7.8889	7.95982		
	Total	72	6.5556	7.0309		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 2č</b>	Depresívna skupina	36	4.4444	3.33333	0.272	0.604
	Kontrolná skupina	36	4.9722	5.07366		
	Total	72	4.7083	4.27056		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 3</b>	Depresívna skupina	36	16.2778	6.98411	0.269	0.605
	Kontrolná skupina	36	15.3889	7.54142		
	Total	72	15.8333	7.23061		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 3k</b>	Depresívna skupina	36	1.7778	1.72562	0.015	0.902
	Kontrolná skupina	36	1.8333	2.07709		
	Total	72	1.8056	1.89617		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 3D</b>	Depresívna skupina	36	6.6111	4.46112	3.091	0.083
	Kontrolná skupina	36	4.9444	3.52902		
	Total	72	5.7778	4.08095		
<b>Celkový počet asociačných vzťahov 4</b>	Depresívna skupina	36	0.3611	0.89929	0.48	0.491
	Kontrolná skupina	36	0.5556	1.42316		
	Total	72	0.4583	1.18604		

\*\*\*. Rozdiely sú signifikantné na hladine ,001 (dvojsmerná)

\*\*. Rozdiely sú signifikantné na hladine ,01 (dvojsmerná)

\*. Rozdiely sú signifikantné na hladine ,05 (dvojsmerná)

**Legenda ku značkám asociačným vzťahom v tabuľke 5:** *Asociačný vzťah 1a* – podstatná podobnosť pojmov; *Asociačný vzťah 1b* – funkčná identifikácia; *Asociačný vzťah 1c* – všeobecná identifikácia; *Asociačný vzťah 1D* – abstraktná až vzdialená identifikácia; *Asociačný vzťah 2* – konkrétna špecifikácia; *Asociačný vzťah 2v* – špecifikácia vlastnosťou, atribútom; *Asociačný vzťah 2č* – špecifikácia činnosťou; *Asociačný vzťah 3* – dotkový vzťah; *Asociačný vzťah 3k* – vzťah koordinovaných pojmov; *Asociačný vzťah 3D* – vzialený alebo abstraktný dotkový vzťah; *Asociačný vzťah 4* – vzťah kontrastu (Kondáš, 1979)

Rozdiely medzi kontrolnou a depresívnou skupinou v ukazovateľoch psychopatológie asociačného experimentu môžeme pozorovať vo všetkých 15 položkách asociačného experimentu, ale iba v 6 položkách bol rozdiel štatisticky významný.

Signifikantný rozdiel medzi depresívnou a kontrolnou skupinou sme pozorovali v priemernom reakčnom čase, ktorý bol pre depresívnu skupinu 4,53s a pre kontrolnú skupinu 2,71s. Model analýzy rozptylu (ANOVA) ukázal štatisticky významný rozdiel na menšej ako promilovej hladine  $F(1;70) = 17,312, p=0,0001$ .

Ďalším významným rozdielom medzi depresívnou a kontrolnou skupinou bol v položke celkového počtu chybných reprodukcí. Priemerný počet chybných reprodukcí bol pre depresívnu skupinu 11,2 a pre kontrolnú skupinu 7,36. Model analýzy rozptylu (ANOVA) ukázal štatisticky významný rozdiel v tejto položke na hladine  $p=0,006 F(1; 70) = 7,988, p=0,006$ .

Rozdiel medzi kontrolnou a depresívnou skupinou sme pozorovali taktiež v celkovom počte konfliktogénnych podnetov. Priemerný počet konfliktogénnych podnetov pre depresívnu skupinu bol 1,86 a pre skupinu kontrolnú 0,44. Rozdiel je štatisticky významný na promilovej hladine  $F(1; 70) = 11,537, p=0,001$ .

Signifikantný rozdiel bol taktiež v položke celkového počtu poruchových asociácií. Priemer poruchových asociácií bol pre depresívnu skupinu 8,08 a pre skupinu kontrolnú 5,25. Model analýzy rozptylu ukázal štatisticky významnú významnosť rozdielov na hladine  $p=0,025 F(1; 70) = 5,264, p=0,025$ .

Z položiek analýzy asociačných vzťahov sme pozorovali významný rozdiel medzi depresívnou a kontrolnou skupinou v priemere asociačných vzťahov všeobecnej identifikácie a priemernom počte asociačných vzťahov abstraktnej alebo vzdialenej identifikácie. Priemerný počet asociačných vzťahov všeobecnej identifikácie je 2,33 pre depresívnu skupinu a 1,17 pre kontrolnú skupinu. Priemerný počet asociačných vzťahov abstraktnej alebo vzdialenej identifikácie je pre depresívnu skupinu 1,5 a pre kontrolnú skupinu 3,25. Oba rozdiely sú štatisticky významné. Asociačný vzťah všeobecnej identifikácie je významný na hladine  $p=0,033 F(1; 70) = 4,725, p=0,033$ .

Asociačný vzťah abstraktnej alebo vzdialenej identifikácie je signifikantný na hladine  $p=0,005$   $F(1; 70) = 8,285$ ;  $p=0,005$ .

Keďže analýza asociačných vzťahov slúži iba ako doplňujúce kritérium pri diferenciacii patológie od normy a v hlavných ukazovateľoch patológie (reakčný čas, chybné reprodukcie, konfliktogénne podnety a poruchové asociácie) sme zistili štatisticky signifikantné rozdiely medzi depresívnou a kontrolnou skupinou, považujeme hypotézu H4 za potvrdenú.

## H6 Prepokladáme, že ukazovatele psychopatológie v asociačnom experimente budú závislé od miery disociatívnych skúseností

Tabuľka č. 6 Pearsonové korelácie medzi ukazovateľmi psychopatológie v asociačnom experimente a DES

		DES
Priemerný reakčný čas	Pearson Correlation	.103
	Sig. (2-tailed)	.388
	N	72
Celkový počet chybných reprodukcii	Pearson Correlation	.257 *
	Sig. (2-tailed)	.029
	N	72
Celkový počet konfliktogénnych podnetov	Pearson Correlation	.215
	Sig. (2-tailed)	.069
	N	72
Celkový počet poruchových asociácií	Pearson Correlation	.056
	Sig. (2-tailed)	.642
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 1a	Pearson Correlation	-.027
	Sig. (2-tailed)	.819
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 1b	Pearson Correlation	-.135
	Sig. (2-tailed)	.260
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 1c	Pearson Correlation	-.006
	Sig. (2-tailed)	.958
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 1D	Pearson Correlation	-.355 **
	Sig. (2-tailed)	.002
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 2	Pearson Correlation	.245 *
	Sig. (2-tailed)	.038
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 2v	Pearson Correlation	.061
	Sig. (2-tailed)	.609
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 2č	Pearson Correlation	-.020
	Sig. (2-tailed)	.869
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 3	Pearson Correlation	-.062
	Sig. (2-tailed)	.604
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 3k	Pearson Correlation	.126
	Sig. (2-tailed)	.291
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 3D	Pearson Correlation	.080
	Sig. (2-tailed)	.502
	N	72
Celkový počet asociačných vzťahov 4	Pearson Correlation	.041
	Sig. (2-tailed)	.735
	N	72

\*\* . Korelácie sú signifikantné na ,01 hladine (dvojsmerná)

\* . Korelácie sú signifikantné na ,05 hladine (dvojsmerná)

**Legenda ku značkám asociačným vzťahom v tabuľke 5:** *Asociačný vzťah 1a* – podstatná podobnosť pojmov; *Asociačný vzťah 1b* – funkčná identifikácia; *Asociačný vzťah 1c* – všeobecná identifikácia; *Asociačný vzťah 1D* – abstraktná až vzdialená identifikácia; *Asociačný vzťah 2* – konkrétna špecifikácia; *Asociačný vzťah 2v* – špecifikácia vlastnosťou, atribútom; *Asociačný vzťah 2č* – špecifikácia činnosťou; *Asociačný vzťah 3* – dotykový vzťah; *Asociačný vzťah 3k* – vzťah koordinovaných pojmov; *Asociačný vzťah 3D* – vzialený alebo abstraktný dotykový vzťah; *Asociačný vzťah 4* – vzťah kontrastu (Kondáš, 1979); *DES* – Dissociation Experiences Scale;

Pearsonové korelácie medzi ukazovateľmi psychopatológie asociačného experimentu a disociatívnou symptomatológiou (DES) naznačujú iba malú úroveň vzťahov a to len v troch položkách.

Signifikantné pearsonové korelácie sme našli pri celkovom počte chybných reprodukcií (0,257;  $p=0,029$ ), pri celkovom počte asociačných vzťahov konkrétnej špecifikácie (0,245;  $p=0,038$ ) a pri celkovom počte asociačných vzťahov abstraktnej alebo vzdialenej identifikácie (-0,355;  $p=0,002$ ).

Keďže asociačné vzťahy sú iba doplnujúcim faktorom pri diferenciacii patológie od normy a z hlavných ukazovateľov sú štatisticky významné len korelácie medzi chybnými reprodukciami a disociatívnymi skúsenosťami a aj to je korelácia nízka, usudzujeme, že hypotéza H5 sa nepotvrdila.

H7 Predpokladáme, že s frekvenciou negatívnych životných udalostí sa bude zvyšovať miera disociatívnych skúseností a posttraumatickej symptomatológie

Tabuľka č. 7 Priemerné skóre a jednoduchá analýza rozptylu životných udalostí pre depresívnu a kontrolnú skupinu

		Počet	Priemer	Štandardná odchylka	ANOVA	
					F	Sig.
<b>Frekvencia negatívnych životných</b>	Depresívna skupina	36	5.5278	4.21213	4.47	0.038 *
	Kontrolná skupina	36	3.6111	3.44158		
	Total	72	4.5694	3.93907		
<b>Vážené skóre negatívnych životných</b>	Depresívna skupina	36	202.3889	277.78021	2.86	0.095
	Kontrolná skupina	36	106.7778	194.56708		
	Total	72	154.5833	242.93347		
<b>Celková frekvencia životných</b>	Depresívna skupina	36	11.6111	7.92204	0.91	0.345
	Kontrolná skupina	36	9.9167	7.16888		
	Total	72	10.7639	7.54982		
<b>Celkové vážené skóre životných udalostí</b>	Depresívna skupina	36	361.5	427.62116	0.65	0.421
	Kontrolná skupina	36	285.5	367.49589		
	Total	72	323.5	397.72108		

\*. Rozdiely sú signifikantné na hladine ,05 (dvojsmerná)

Tabuľka č. 8 Pearsonové korelácie medzi životnými udalosťami, DES a PCL-C

		DES	PCL-C
<b>Frekvencia negatívnych životných udalostí</b>	Pearson Correlation	.303 **	0.379 **
	Sig. (2-tailed)	0.01	0.001
	N	72	72
<b>Vážené skóre negatívnych životných udalostí</b>	Pearson Correlation	.260 *	0.318 **
	Sig. (2-tailed)	0.028	0.007
	N	72	72
<b>Celková frekvencia životných udalostí</b>	Pearson Correlation	0.255 *	0.203
	Sig. (2-tailed)	0.03	0.088
	N	72	72
<b>Celkové vážené skóre životných udalostí</b>	Pearson Correlation	0.202	0.2
	Sig. (2-tailed)	0.089	0.092
	N	72	72

\*\* Korelácie sú signifikantné na ,01 hladine (dvojsmerná)

\* Korelácie sú signifikantné na ,05 hladine (dvojsmerná)

Legenda k tabuľke č. 1 – DES – Dissociation Experiences Scale; PCL – Posttraumatic Checklist.

Štatisticky signifikantný rozdiel medzi depresívnou a kontrolnou skupinou sme zistili len vo frekvencii negatívnych životných udalostí. Priemerná frekvencia negatívnych životných udalostí pre depresívnu skupinu je 5,53 a pre kontrolnú skupinu 3,61. Jednoduchá analýza rozptylu ukázala štatisticky signifikantný rozdiel, ktorý sa vzťahuje na 95% variancie  $F(1; 70) = 4,47; p=0,038$ .

Pearsonová korelácia medzi disociatívnou symptomatológiou a negatívnymi životnými udalosťami naznačuje kauzálnu súvislosť medzi mierou disociácií a negatívnymi životnými udalosťami. Korelácia medzi DES a frekvenciou životných udalostí je 0,303 signifikantnou na hladine  $p=0,001$ . Tento vzťah sa nachádza v intervale stredných korelačných vzťahov. O niečo nižší je vzťah váženého skóre negatívnych životných udalostí a disociatívnych skúseností, u ktorého je korelácia 0,260 signifikantná na hladine  $p=0,05$ .

Taktiež sme zistili štatisticky signifikantný vzťah medzi negatívnymi životnými udalosťami a posttraumatickou stresovou poruchou (PCL-C). Pearsonová korelácia medzi frekvenciou negatívnych životných udalostí a závažnosťou posttraumatických symptómov je 0,318  $p=0,001$ . Korelácia medzi váženým skóre negatívnych životných udalostí a závažnosťou posttraumatických symptómov je 0,318  $p=0,007$ .

Na základe výsledkov usudzujeme, že hypotéza H6 sa potvrdila.

## 7.5 Diskusia

### 7.5.1 Disociácia, depresia a posttraumatická stresová porucha

Ako sme očakávali na základe prieskumu literatúry, existuje štatisticky signifikantný rozdiel medzi depresívnymi pacientmi a kontrolnou skupinou v nami sledovanými ukazovateľmi psychopatológie. Je samozrejmé, že u depresívnej skupiny je ťažšia depresia v porovnaní so skupinou kontrolnou. Čo už nebolo samozrejmé je zistenie, že depresívna skupina v porovnaní s kontrolnou skupinou intenzívnejšie a častejšie disociovala (17,5 vs. 7,3). Toto zistenie potvrdzuje predpoklad, že disociácia hrá nielen v depresii, ale aj vo všeobecnej psychopatológii dôležitú úlohu.

Taktiež priemerné skóre PCL 52,6 (splňajúce kritérium pre posttraumatickú stresovú poruchu podľa Ruggiero a kol., 2003) poukazuje na to, že ľudia s diagnózou depresie sú signifikantne traumatizovaní (skóre PCL 27,8).

Čo sa týka disociatívnych skúseností v bežnej populácii, skóre 7,3 pre kontrolnú skupinu potvrdzuje predchádzajúce štúdie, že ľudia z bežnej populácie do istej miery tiež disociujú. Toto zistenie podporuje predpoklad, že fenomén disociácie nie je čisto patologickým javom, ale tvorí určité kontinuum, kde na jednom konci sú bežné každodenné disociatívne skúsenosti a na konci opačnom sú ťažké disociatívne poruchy končiacie viacnásobnou osobnosťou (Putnam, 1989).

V súlade s Bobom a kol. (2002, 2003) sme na základe klasterovej analýzy zistili v celej výskumnej vzorke dve skupiny ľudí podľa miery disociatívnych skúseností. Prvú skupinu tvoria ľudia, ktorí skórovali na škále disociatívnych skúseností (DES) pod hranicou 25% a druhú skupinu tvoria depresívni pacienti, ktorí skórovali na škále disociatívnych skúseností nad hranicou 25% (splňajú kritérium disociatívneho ochorenia). Skupina ľudí splňajúcich kritérium pre disociatívne ochorenie tvorí 15% z celej výskumnej vzorky (tj. 11 prípadov), čo korešponduje so zisteniami Carlsona a Putnama (podľa Ray, 1996), ktorí udávajú 12,8% percentnú prevalenciu disociatívnych ochorení. Všetkých 11 ľudí, ktorí splňali kritérium pre disociatívne ochorenie, malo zároveň diagnózu depresívnej epizódy alebo rekurentnej depresívnej poruchy. Disociatívna skupina tvorila 30,6% z celkového počtu depresívnych pacientov. Naše zistenia sú v súlade s pozorovaním Chua a Dilla (1990), ktorí zistili, že 30% zo



všeobecnej psychiatrickej populácie malo vysoké skóre na škále disociatívnych skúseností.

U skupiny s výraznou disociatívnou patológiou ( $DES > 25$ ) sme okrem iného zistili oveľa ťažšiu depresívnu symptomatológiu v porovnaní so skupinou s nižšou mierou disociatívnych skúseností ( $DES < 25$ ) (37,5 vs. 16,6). Disociatívna skupina je taktiež viac traumatizovaná v porovnaní s nie disociatívnou skupinou (59 vs. 36,9). Naše zistenia podporujú rastúci zoznam výskumov, ktoré zistili u ľudí s vysokou disociatívnou symptomatológiou depresívne črty a ťažkú traumatizáciu (Waelde a kol., 2005, Bob a kol., 2003, Saxe a kol. 1993 a iný).

Korelácie medzi depresiou a disociáciami naznačujú strednú úroveň vzťahov medzi týmito dvoma premennými (Pearsonov korelačný koeficient  $DES$  a  $BDI-II$  je 0,57,  $p=0,0001$ ). K podobným výsledkom dospeli aj Elhai a kol. (2001), Bob a kol. (2002) a Lipsasen (2004). Model lineárnej regresie taktiež odhalil lineárnu závislosť disociatívnych skúseností od hĺbky depresie. Čiže môžeme povedať, že s prehlbujúcou sa depresiou vzrastá aj miera disociácie.

Podobný vzťah sme objavili aj medzi disociáciou a posttraumatickou symptomatológiou (Pearsonov korelačný koeficient medzi  $DES$  a  $PCL$  je 0,6  $p=0,0001$ ). Tento vzťah nie je prekvapujúci, pretože bol viackrát potvrdený prevažne na rôzne traumatizovaných populáciách (Harvey a Bryant, 1999, Grieger a kol., 2000, Feeny a kol. 2000 a iný). Podobne ako u depresie sme na základe lineárneho regresného modelu zistili lineárnu závislosť. So zvyšujúcou sa posttraumatickou symptomatológiou sa zvyšuje aj miera disociatívnych skúseností.

### **7.5.2 Disociácia a komplexy**

Jungov koncept komplexov je založený na procesoch disociácie. Jung (1993) definuje komplex ako zhluk psychických obsahov s vysokým emocionálnym nábojom. Použili sme teda metódu, ktorú Jung používal na zachytávanie a rozpoznávanie komplexov (tj asociačný experiment) na vzorke depresívnych pacientov a kontrolnej skupine a pokúsili sa zistiť súvis Jungovej teórie komplexov s disociatívnymi skúsenosťami.

Na základe Kondášovho (1979) zistenia, že asociačný experiment významne diferencuje neurózu od normy sme predpokladali, že to isté bude platiť aj pre depresívnych pacientov. Štatisticky významné rozdiely v hlavných ukazovateľoch patológie (tj. priemerný reakčný čas, počet chybných reprodukcí a počet poruchových asociácií) nám náš predpoklad potvrdili. Taktiež bol významný rozdiel medzi skupinami v ukazovateli počtu konfliktogénnych podnetov, ktoré sú fenomenologicky najbližšie tomu, čo Jung opisuje „ako keby projektil preletel silnými vrstvami *persóny* do temnej vrstvy“ (Jung, 1993, s.59).

Aj keď analýza asociačných vzťahov slúži iba ako pomocné diagnostické kritérium, ukázala len dva významné rozdiely, a to v asociačnom vzťahu všeobecnej identifikácie a abstraktnej až vzdialenej identifikácie. Kondáš (1979) píše, že diagnosticky významný je práve zvýšený výskyt kategórie abstraktných až vzdialených vzťahov identifikácie a vzdialených a abstraktných dotykových vzťahov. My sme paradoxne zistili vyššie používanie abstraktných až vzdialených vzťahov identifikácie u kontrolnej skupiny (2,96) v porovnaní s depresívnou skupinou (2,13).

Kondáš (1979) definuje asociačný vzťah abstraktnej až vzdialenej identifikácie ako „vyslovene abstraktnú generalizáciu, zovšeobecnenie vyššieho stupňa, prípadne generalizácia je vzdialená až naznačene vágna (Kondáš, 1979, s.19).“ Jednou z možných interpretácií prečo kontrolná skupina viac používala tento druh reakcií je, že pacienti s depresiou sú viac zameraní na seba a používajú viac konkrétnejšie odpovede.

Toto vysvetlenie podporujú korelácie, ktoré sme zistili medzi disociatívnymi skúsenosťami a asociačnými vzťahmi abstraktnej až vzdialenej identifikácie a disociatívnymi skúsenosťami a konkrétnou špecifikáciou. Medzi asociačným vzťahom abstraktnej až vzdialenej identifikácie a škálou disociatívnych skúseností sme pozorovali negatívnu koreláciu (Pearsonov korelačný koeficient  $-0,355$   $p=0,01$ ) a medzi asociačným vzťahom konkrétnej špecifikácie a škálou disociatívnych skúseností bola významne pozitívna (Pearsonov korelačný koeficient  $0,245$   $p=0,038$ ). Teda v kontexte traumy je možné, aby bol človek viac pohltený ťažkou životnou skúsenosťou a nedával dôraz na okolité dianie, čo sa následne odrazí aj v jeho myslení.

Čo sa týka vzťahu disociatívnych skúseností a asociačného experimentu, pozorovali sme signifikantné korelácie iba v ukazovateľoch chybných reprodukcí a asociačných vzťahoch abstraktnej až vzdialenej identifikácie a konkrétnej špecifikácie, ktoré sme už spomínali. Pozitívna signifikantná korelácia medzi škálou disociatívnych udalostí a počtom chybných reprodukcí (Pearsonov korelačný koeficient 0,257  $p=0,029$ ) odzrkadľuje hlavnú charakteristiku disociácií, a to poruchu integrácie spomienok na minulosť, vedomím vlastnej identity, aktuálnymi pocitmi a kontrolou telesných pohybov (Smolík, 1996).

Nízke korelačné vzťahy medzi hlavnými diagnostickými ukazovateľmi asociačného experimentu a disociatívnymi skúsenosťami naznačujú, že Jungová teória komplexov a disociácie sú dva nezávislé konštrukty. Aj napriek tomu, že základným princípom teórie komplexov je disociácia, teda oddeľovanie myšlienok a schopností, pomocou ktorej sa môže osobnosť diferencovať v záujme zachovania organizmu, jedná sa podľa nášho názoru v prípade komplexov už o hlbinne psychologický konštrukt. Disociácia ako ju chápe neodisociačná teória, ktorú zas reflektujú položky v škále disociatívnych skúseností, je možná cez amnestickú bariéru. Kým Jungovo nevedomie tvoria obsahy, ktoré sú prevažne spojené s afektom a impulzmi a môžu vstúpiť do vedomia iba nepriamo (napríklad cez sny), sa disociácia pomocou amnestického bariéry týka bežne prístupných spomienok, ktoré nemusia mať žiadny afektívny alebo impulzívny náboj (Hilgard, 1977). Môžeme sa pozerat' na disociatívne nevedomie ako povrchnéjšie v porovnaní s tajuplným a temným hlbinne psychologickým nevedomím.

### **7.5.3 Disociácie a životné udalosti**

V 4. kapitole sme sa venovali štúdiám, ktoré skúmali vzťah disociácií a traumatických skúseností. Existuje rada výskumov, ktoré potvrdzujú prítomnosť disociatívnych symptómov v posttraumatickej stresovej poruche (pozri Foa, 1996). Taktiež je známe, že disociácia nie je nevyhnutnou súčasťou posttraumatickej reakcie (Waelde, 2005). Tieto štúdie sa zaoberali ťažko traumatizovanými skupinami. Nás zaujímalo, či podobné výsledky dostaneme aj pri skúsenostiach v kontexte bežných životných udalostí.

Medzi depresívnou a kontrolnou skupinou sme zistili štatisticky významný rozdiel iba v položke frekvencie negatívnych životných udalostí (5,52 vs. 3,61). Taktiež pozitívne korelácie medzi frekvenciou negatívnych životných udalostí a škálou disociatívnych skúseností naznačujú určitý druh vzťahu (Pearsonov korelačný koeficient pre DES a frekvenciu negatívnych životných udalostí je 0,303  $p=0,01$ ). Korelácia medzi váženým skóre negatívnych životných udalostí, ktoré v sebe zahŕňa aj veľkosť dopadu životnej udalosti na človeka a škálou disociatívnych skúseností je už o niečo menšia (Pearsonov korelačný koeficient je 0,26,  $p=0,28$ ). Tento vzťah môže poukazovať na to, že disociácia sleduje skôr reálne udalosti ako ich subjektívne hodnotený dopad, čo by vysvetľovalo podobnú koreláciu medzi škálou disociatívnych skúseností a frekvenciou životných udalostí ako takých.

Podobný vzťah sme zistili aj medzi negatívnymi životnými udalosťami a posttraumatikou stresovou poruchou. Štatisticky významný vzťah sme pozorovali ako medzi negatívnymi životnými udalosťami a posttraumatickou symptomatológiou (Pearsonov korelačný koeficient je 0,379  $p=0,001$ ), tak aj medzi váženým skóre negatívnych životných udalostí a posttraumatickou symptomatológiou (Pearsonov korelačný koeficient je 0,318  $p=0,007$ ). Táto úroveň vzťahu reflektuje prieskum literatúry, ktorý sme prezentovali v 5. kapitole.

Celkovo výsledky ukázali, že traumatickými nie sú len intenzívne skúsenosti ako napríklad vojnová trauma, znásilnenie, alebo zneužívanie v detstve, aj keď tieto skúsenosti môžu urobiť človeka vulnérnejším k posttraumatickým a depresívnym symptómom pri opakovanej traumatizácii. Položky v dotazníku životných udalostí sa vzťahujú na prácu, rodinu a sociálne vzťahy a aj tieto môžu spustiť traumatickú reakciu, akú môžeme pozorovať pri posttraumatickej stresovej poruche. Nechceme hodnotiť smrť dieťaťa (položka s dotazníka životných udalostí) za menej závažnú skúsenosť ako sexuálne zneužívanie. Len chceme poukázať na to, že „bežné“ udalosti v živote človeka sú dostatočne silné na to, aby vyvolali patologické reakcie. Taktiež je známe, že pri rovnakej udalosti sa nie u všetkých ľudí rozvinie posttraumatická reakcia (Resnick a kol. uvádza prevalenciu súčasnej posttraumatickej stresovej poruchy asi 4,6% podľa Fairbank, 2000) a zdá sa, že procesy disociácie hrajú dôležitú úlohu v udržiavaní posttraumatických symptómov, pri ktorých je depresia často pridruženým syndrómom.

#### 7.5.4 Obmedzenia výskumu

V našej štúdií sme prezentovali výsledky, ktoré sú v súlade so súčasnou klinickou literatúrou, zaoberajúcou sa disociatívnymi procesmi, postraumatickou stresovou poruchou a depresiou. Aj napriek tomu má naša štúdia veľké metodologické limity a chceli by sme sa vyhnúť širšej generalizácii záverov vyvodенých zo získaných výstupov.

Prvou námietkou je veľkosť a zloženie výskumnej vzorky. Výskumnú vzorku tvorí 36 ľudí s diagnózou depresívnej epizódy alebo rekurentnej depresívnej poruchy a 36 ľudí bez akejkoľvek psychiatrickej diagnózy. Tento počet respondentov je veľmi malý na to, aby sme mohli robiť širšie závery.

Nie len rozsah vzorky, ale aj zloženie skupín mohlo výrazne ovplyvniť výsledky štúdie. Vekové rozloženie oboch skupín prezentované v grafoch č. 1 a č. 2 ukazuje posunutie krivky normálneho rozloženia vpravo. Vekový priemer 44 rokov pre obe skupiny poukazuje na to, že výsledky sa vzťahujú skôr na dospelosť ako na adolescenciu alebo sénium.

Celkovo vyššie dosiahnuté vzdelanie kontrolnej skupiny oproti depresívnej mohlo skresliť získané výsledky. Z použitých psychometických techník je na vzdelanie najcitlivejší asi asociačný experiment. Aj keď Kondáš (1979) neuvádza žiadne informácie ohľadom vplyvu vzdelania na asociačný experiment, je veľmi pravdepodobné, že úroveň vzdelania sa odrazila na obsahu reakcií na podnetové slová. Taktiež Paolo a kol. (1993) uvádza, že 43% položiek DES je obtiažne porozumieť pre osoby s menším ako stredoškolským vzdelaním.

Ďalším faktorom je zastúpenie pohlaví v každej zo skupín. Žien bolo 3 krát viac ako mužov (28 žien : 8 mužov). Carlson a Putnam (2000) píše, že pohlavie ani iné demografické ukazovatele nemajú na škálu disociatívnych skúseností žiaden vplyv, čo sa potvrdilo aj na našej vzorke. Tento nepomer však mohol mať vplyv na iné sledované premenné ako závažnosť posttraumatickej stresovej poruchy alebo mieru depresivity.

Taktiež nie všetci ľudia, ktorí boli dotazovaní súhlasili s účasťou na výskume. Táto premenná mala vplyv na výber výskumnej vzorky a následne mohla skresliť prezentované výsledky. Percento ľudí, ktorí odmietli vyšetrenie odhadujeme asi na 5%, ale keďže sme mieru odmietnutia nezachytávali ostávame iba pri odhade.

Limitom sú taktiež výpočty Pearsonových korelačných koeficientov, ktoré sme robili pre celú výskumnú vzorku (N=72). Nemôžeme teda zovšeobecniť vzťahy na populáciu depresívnych pacientov alebo nie psychiatrickú populáciu. Zdá sa však, že disociácia je vo väčšej alebo menšej miere bežnou súčasťou každodenného života. Výsledky taktiež ukazujú, že depresívna skupina v porovnaní s kontrolnou skupinou trávi signifikantne viac času disociáciou (asi 3 krát viac) a je taktiež signifikantne traumatizovaná. Teda môžeme povedať, že disociácie hrajú v symptómoch depresie dôležitú úlohu pri istej úzko špecifickej skupine pacientov.

Posledná námietka sa týka skúmania životných udalostí a disociácií. Existuje rada štúdií (pozri Foa, 1996), ktoré podporujú vysokú mieru disociácie v súvislosti s opakovanou traumatizáciou v detstve, či už fyzickou alebo sexuálnou. Tieto štúdie poukazujú na zvýšenú mieru používania disociatívnych techník ako obrany pred prostredím, ktoré je zároveň zraňujúce a má poskytovať ochranu pre zdravý vývin človeka. Je teda možné, že traumatizácia v detstve predisponovala ľudí k používaniu disociácie a následné negatívne skúsenosti spúšťali už dávno naučený reťazec reakcií. My sme sa v našej štúdii zamerali skôr na bežné skúsenosti a nevieme, či depresívni pacienti neboli v detstve opakovane traumatizovaní. V nasledujúcich štúdiách by bolo zaujímavé ísť práve touto výskumnou líniou.

Aj napriek týmto obmedzeniam sme zistili zaujímavé rozdiely a vzťahy medzi depresiou a disociatívnymi skúsenosťami, ktoré sú v súlade so súčasným stavom výskumu disociácií. Tieto výsledky sa prinajmenšom dajú aplikovať na úzku skupinu depresívnych pacientov s ťažkou disociatívnou symptomatológiou. Podľa nášho názoru táto štúdia predstavuje dobrý odrazový mostík pre ďalší výskum disociatívnych procesov nielen u depresívnych pacientov, ale aj vo vzťahu k širšej klinickej populácii.

## 8 Záver

Disociácia, depresia a posttraumatická stresová porucha sú relatívne nezávislými psychologickými a psychopatologickými fenoménmi. Zistené výskumné dáta nasvedčujú pre komorbiditu resp. prelínanie sa týchto troch konštruktov. Zdá sa, že prítomnosť disociatívnych symptómov v miere, ktorá spĺňa kritérium pre disociatívne ochorenia prehľbuje a sťažuje priebeh depresívneho ochorenia. Je však otázne, či disociácia je len ojedinele sa prezentujúcim symptómom depresívneho ochorenia, alebo či časté a neadekvátne používanie disociatívnych techník vedie k symptómom podobným depresii. Na základe nášho výskumu sa prikláňame práve k druhému predpokladu, teda že disociácia spoluvytvára patologické reakcie na stresujúce podnety, ktorých symptómy môžeme pozorovať aj pri depresii.

Štúdie disociácie v zdravých populáciách ukazujú, že disociácia je celkom bežným fenoménom (Ray, 1996). Jej fungovanie je založené na konštitúcii kognitívnych systémov, ktoré operujú bez toho, aby si ich človek uvedomoval, ako dokazujú štúdie implicitnej percepcie (Wortman a kol., 1988), „slepého videnia“ (Weiskrantz, 1997) alebo automatického písania (Kaplan podľa Kratochví, 1999). Tieto systémy sú najlepšie definované ako dynamicky distribuované spracovávanie informácií v rozsiahlych neurónových sieťach, ktoré operujú pravdepodobne paralelne (De Benedittis, 2003).

Zdá sa, že na podobnom základe je postavené aj fungovanie hypnotických javov. Breuer (podľa Freud, 1993) chápal disociáciu u hysterikov za formu autohypnózy; konkrétnejšie „hypnoidálnych stavov“. Ako je známe z literatúry zaoberajúcou sa hypnózou (Kratochvíl, 1999), schopnosť hypnability je v populácii normálne distribuovaná. Táto schopnosť sa pohybuje od ľudí, u ktorých táto schopnosť chýba až po ľudí, ktorých Hilgard nazýva „hypnotickými virtuózmi“. Jedným z hlavných rozdielov medzi disociáciou a hypnózou je, že disociácia sa vyskytuje viac menej spontánne, kým hypnóza sa považuje za kontrolovanú disociáciu (Frankel, 1996).

Neodisociačná teória sa pokúsila experimentálne dokázať fungovanie viacerých systémov spracovávania informácií a vytvorit' pracovnú hypotézu pre ďalší výskum disociácií nielen v psychopatológii, ale aj v širšom kontexte všeobecnej psychológie. Hilgard (1979) striktno oddelil disociáciu v chápaní psychoanalytickej teórie a

neodisociačnej teórie. Píše: „mnoho klinických prípadov sa prezentuje s výraznými aspektmi, ktoré nie sú hlboko potlačené a nevyvinuli sa do komplikovaných symptómov založených na nevedomých procesoch, alebo, aj keď ich pôvod je vo vzdialenejšej minulosti, kvôli zmenám v životnej situácii už neslúžia účelu, ktorý ich v prvom rade spustil.“ (Hilgard, 1979, s.252-253).

Aké sú implikácie našich poznatkov pre klinickú prax ? Na základe našich výsledkov usudzujeme, že je možné, aby v úzkej skupine prípadov boli depresívne symptómy spustené a udržiavané neadekvátnym užívaním disociácii. Z hľadiska psychoterapie sa zdá, že pre túto skupinu depresí sú indikované terapeutické zásahy, v ktorých nie je potrebné pre pacienta získať hlboký náhľad do rodinných, alebo vzťahových vzorcov, ktoré sa vynoria po dlhých hodinách strávených v individuálnej terapii. V týchto prípadoch postačuje symptomatická liečba, ktorá ale nevylučuje následnú dlhodobú terapiu. Ako píše Crasilneck a Hall: „V psychoterapii a hypnoterapii pacienti opakovane ukázali zlepšenie v symptómoch; až potom začali vidieť pôvod svojich symptómov v nevyriešených psychologických konfliktoch“ (Crasilneck a Hall, podľa Hilgard, 1975, s. 254). Možné sú aj súvislosti s farmakoterapiou napr. Bob (2002) uvažuje o vzťahu disociácie a komplikáciách v terapii u farmakorezistentných pacientov. Z psychodiagnostického hľadiska môže Škála disociatívnych skúseností (DES) slúžiť ako dobrý skriningový nástroj pre zachytávanie týchto pacientov. Následné potvrdenie závažnej disociatívnej symptomatológie a použitie adekvátnejších terapeutických techník môže značne urýchliť liečebný proces u tohto druhu pacientov.



## Zoznam bibliografických odkazov

- ALLEN, J. G. a kol. 1998 Complex posttraumatic stress disorder in women from psychometric perspective. In *Journal of personality assessment* [online]. 1998, vol. 70, issue 2, p277, 22p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=6382423>>. ISSN 0022-3891.
- ASMUNDSON, G. J. G. a kol. 2004. Are avoidance and numbing distinct PTSD symptom clusters? In *Journal of traumatic stress* [online]. Dec2004, Vol. 17 Issue 6, p467-475, 9p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=18144455>> ISSN:0894-9867.
- BECK, A. T. a kol. 1999 *Becková sebaopisová škála depresivity BDI-II. Príručka*, Bratislava: Psychodiagnostika, 1999, 17 s.
- BLEULER, E. 1998. *Učebnica psychiatrie*. 15. vyd., Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998. 356 s. ISBN:80-967 277-6-1.
- BOB, P. 2000. Disociatívny procesy a jejich měření. In *Česká a slovenská psychiatrie*. 2000, roč. 96, s. 301-309. ISSN:1212 – 0383.
- BOB, P. 2003. Subliminal processes dissociation and the 'I'. In *Journal of Analytical Psychology* [online]. Jun2003, Vol. 48 Issue 3, p307-316, 10p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=9916504>> ISSN:0021-8774.
- BOB, P a kol. 2003. Disociace a symptómy komplexní parciální epilepse u depresivních pacientů. In *Česká a slovenská psychiatrie*. 2003, roč. 99, s. 82-88. ISSN:1212 - 0383.
- BOB, P a kol. 2002. Disociatívny komponenty v etiopatogenezi depresie, možnosti jejich sledování a terapeutického ovlivnění. In *Česká a slovenská psychiatrie*. 2002, roč.98 s. 81-82. ISSN:1212-0383.
- BOLELOUCKÝ Z. 1986. Mnohočetná, disociovaná osobnost – nový zájem o starý problém. In *Československá psychiatrie*. 1986, roč. 82, s. 318-327. ISSN:12120383.
- BONRSTAIN, R. F. 1990. Critical importance of stimulus unawareness for the production of subliminal psychodynamic activation effects: a meta-analytic review. In *Journal of clinical psychology* [online]. Mar90, Vol. 46 Issue 2, p201-210, 10p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier

<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=11975075>>.  
ISSN:0021-9762.

BROWN, E. M. 2003. Pierre Janet and Félicité Artificielle: Multiple personality in a nineteenth-century guise. In *Journal of History of the Behavioral Sciences* [online]. Summer2003, Vol. 39 Issue 3, p279-288, 10p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=11772554>>.  
ISSN:0022-5061.

CARDENA, E., SPIEGEL, D. 1996. Diagnostic issues, criteria, and comorbidity of dissociative disorders. In Michelson, L. K & Ray, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996. 645 s. ISBN 0-306-45150-6.

CARLSON, E. B., PUTNAM, F. W. 2000 Dissociative experiences scale. In Rush, A. J. Jr. a kol. (Eds.) *Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures* 1st ed. [CD-ROM]. Washington : American Psychiatric Association, 2000. ISBN:0-89042-415-2.

ChERTOK, L. 1986 *Nepoznaná psychika: Hypnóza mezi psychoanalýzou a biologií*. Praha: Avicenum, 1986. 283 s.

CHU, J. A.; DILL, D. L. 1990. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. In *American journal of psychiatry* [online]. Jul 1990, Vol. 147, Iss. 7; pg. 887, 6 pgs. [2006-04-20] Dostupné: ProQuest  
<<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1776736&sid=3&Fmt=2&clientId=57571&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN: 0002953X.

CRABTREE, A. 2003. „Automatism“ and the emergence of dynamic psychiatry. In *Journal of History of the Behavioral Sciences* [online]. 2003 Winter; Vol. 39 (1), pp. 51-70. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&an=12541291>>.  
ISSN:0022-5061.

CRICK, F. 1997. *Věda hledá duši*. Praha: Mladá Fronta, 1997. 309 s. ISBN:80-204-0633-6.

DEGUN-MATHER, M. 2001. The value of hypnosis in the treatment of chronic PTSD with dissociative fugues in a war veteran. In *Contemporary Hypnosis* [online]. Mar2001, Vol. 18 Issue 1, p4, 10p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=6148789>>.  
ISSN:0960-5290.

- DE BENEDITTIS, G. 2003. Understanding the multidimensional mechanisms of hypnotic analgesia. In *Contemporary Hypnosis* [online]. Jun2003, Vol. 20 Issue 2, p59, 22p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier <<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=10133605>>. ISSN:0960-5290.
- DRAIJER, N.; LANGELAND, W. 1999. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. In *American journal of psychiatry* [online]. Mar 1999 Vol. 156, Iss. 3; pg. 379, 7 pgs. [2006-04-20] Dostupné: ProQuest <<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=39625363&sid=5&Fmt=2&clientId=57571&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN: 0002953X.
- DUNN, G. D., RYAN, J. J. 1994. A principal components analysis of the dissociative experiences scale in a substance abuse population. In *Journal of Clinical Psychology* [online]. Nov94, Vol. 50 Issue 6, p936-940, 5p, 1 chart. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier <<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=9501181178>>. ISSN:0021-9762.
- DUNN, G. E. a kol. 1994. Belief in the existence of multiple personality disorder among psychologists and psychiatrists. In *Journal of Clinical Psychology* [online]. May94, Vol. 50 Issue 3, p454-457, 4p, 1 chart. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier <<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=9407182905>>. ISSN:0021-9762.
- ELIADE, M. 1997. *Šamanizmus a nejstarší techniky extáze*. Praha : Argo. 1997. 434 s. ISBN:80-7203-153-8.
- ELLENBERGER, H. F. 1970. *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books, 1970. 932 s. ISBN 0-465-01673-1.
- ELHAI, J. D. a kol. 2001. Scale 8 elevations on the MMPI-2 among women survivors of childhood sexual abuse: evaluating posttraumatic stress, depression, and dissociation as predictors. In *Journal of family violence* [online]. Mar2001, Vol. 16 Issue 1, p47-57, 11p, 4 charts. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier <<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=18331431>>. ISSN:0885-7482.
- FAIRBANK, J. A. a kol. 2000. Epidemiology of traumatic events and post-traumatic stress disorder. In Nutt, D. a kol. (Eds.) *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz Ltd. 2000. 260 s. ISBN:1-85317-926-4.
- FEENY, N. C. a kol. 2000. Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. In *Journal of traumatic stress* [online]. Jul2000, Vol.

- 13 Issue 3, p489, 10p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=11308633>>.  
ISSN:0894-9867.
- FRANKEL, F. H. 1996. Dissociation: The clinical realities. In *The American journal of psychiatry* [online]. Jul 1996, Vol. 153, Iss. 7; pg. 64, 7 pgs. [2004-04-20]  
Dostupné: ProQuest  
<<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=9840987&sid=19&Fmt=2&clientId=57571&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN: 0002953X.
- FREUD, S. 1993. Studie o hysterii. In Freud, S. *Vybrané spisy II-III*. Praha: Avicenum, 1993. 479 s. ISBN:80-201-0224-8.
- FOA, E. B.; Hearst-Ikeda, D. 1996. Emotional dissociation in response to trauma: an information-processing approach. In Michelson, L. K & Ray, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996. 645 s. ISBN:0-306-45150-6.
- FORSHAY, E. 2006. *PCL-C (príručka)* [e-mail]. National center for PTSD, White River Junction, Vermont, 2006. [2006-04-18] Dostupné na požiadanie:  
<<http://www.ncptsd.va.gov/>>.
- GERSON, B. PR. 2000. Diagnostic dilemmas in assessing post-traumatic stress disorder. In Nutt, D. a kol.. (Eds.) *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz Ltd. 2000. 260 s. ISBN:1-85317-926-4.
- GRIEGER, T. A. a kol. 2000. Acute stress disorder and subsequent post-traumatic stress disorder in a group of exposed disaster workers. In *Depression and Anxiety* [online]. 2000, Vol. 11 Issue 4, p183-184, 2p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=11772906>>.  
ISSN:1091-4269.
- HALL, C. S., LINDZEY G. 1999. *Psychológia osobnosti*. Druhé vydanie. Bratislava: Slovenské Pedagogické Nakladateľstvo. 1999, s. 510. ISBN:80-08-03001-1.
- HART VAN DER, O. a kol. 1999. Trauma-induced dissociative amnesia in World War I combat soldiers. In *Australian and New Zealand journal of psychiatry*[online]. Jun99, Vol. 33 Issue 3, p392, 7p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=5585614>>.  
ISSN:0004-8674.
- HARBEY, A. G.; BRYANT, R. A. 1999. Dissociative symptoms in acute stress disorder. In *Journal of traumatic stress* [online]. Oct1999, Vol. 12 Issue 4, p673,

8p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=11308590>>.  
ISSN:0894-9867.

HERETIK, A. sr. a kol. 2003. *EPID – Epidemiológia depresie na Slovensku*. Nové Zámky: Psychoprof, 2003. 200 s. ISBN:80-968798-3-9.

HILGARD, E. R. 1977 *Divided consciousness: multiple controls in human thought and action*. New York: John Wiley & Sons. 1977. 300 s. ISBN:0-471-39602-8.

HORNSTEIN, N. L. 1996. Dissociative disorders in children and adolescents. In Michelson, L. K & Ray, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996. 645 s. ISBN:0-306-45150-6.

JANET, P. 1999 Doubling of the personality and mental accidents of hysterics. In Cousin, F. R. a kol. (Eds.) *Anthology of french language psychiatric texts*. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, France, 1999. 599 s. ISBN:2-84324-119-7.

JUNG, C. G. 1993. *Analytická psychologie: její teórie a praxe*. Praha: Academia, 1993, 205 s. ISBN:80-200-0480-7.

JUNG, C. G. 2000. *Výbor z díla sv. I*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 2000. 436 s. ISBN:80-85880-14-8.

KLUFT, R. P. 1996. Dissociative identity disorder. In Michelson, L. K & Ray, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996. 645s. ISBN 0-306-45150-6.

KLUFT, R. P., FOOTE, B. 1999. Dissociative identity disorder: Recent developments. In *American Journal of Psychotherapy* [online]. Summer99, Vol. 53 Issue 3, p283, 6p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=2543051>>.  
ISSN:0002-9564.

KOLK VAN DER, B. A. a kol. 1991. Childhood origins of self-destructive behavior. In *American journal of psychiatry* [online]. Dec 1991, Vol. 148, Iss. 12; pg. 1665, 7 pgs. [2006-04-20] Dostupné: ProQuest  
<<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1777329&sid=6&Fmt=2&clientId=57571&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN: 0002953X.

KONDÁŠ, O. 1979 *Asociačný experiment*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1979. 64 s.

KPUTSTAAL, W. 1992. Skirting the abyss: a history of experimental explorations of automatic writing in psychology. In *Journal of the History of the Behavioral*

*Sciences* [online]. Jan92, Vol. 28 Issue 1, p5-27, 23p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=12066068>>.  
ISSN:0022-5061.

KRATOCHVÍL, S. 1999. *Experimentální hypnóza*. Praha: Academia, 1999, 344 s. ISBN:80-200-0679-6.

LIPSASEN, T. a kol. 2004. Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia – overlapping or independent constructs? In *Psychopatology* [online]. 2004 Jul-Aug; Vol. 37 (4), pp. 200-6. Date of Electronic Publication: 2004 Aug 06. [2006-04-18] Dostupné:EBSCOhost, MEDLINE  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&an=15305087>>.  
ISSN: 0254-4962.

LITZ, B. T.; Gray, M. J. 2002. Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: current and future research directions. In *Australian and New Zealand journal of psychiatry* [online]. Apr2002, Vol. 36 Issue 2, p198-204, 0p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=6772688>>.  
ISSN:0004-8674.

LOEY van, N. E. E. a kol. 2003. Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: results of a longitudinal study. In *Journal of traumatic stress* [online]. Aug2003, Vol. 16 Issue 4, p361, 9p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=10574191>>.  
ISSN:0894-9867.

MEARES, R. 1999. The „A dualistic“ representation of trauma: On malignant internalization. In *American Journal of Psychotherapy* [online]. Summer99, Vol. 53 Issue 3, p392, 11p, 1 chart. [2006-04-18] Dostupné v: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=2543057>>.  
ISSN:0002-9564.

MEARES, R. 1999. The Contribution of Hurlers Jackson to an understanding of dissociation. In *American Journal of Psychiatry* [online]. Dec 1999, Vol. 156, Iss. 12; pg. 1850, 6 pgs. [2006-04-20] Dostupné ProQuest  
<<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=46806236&sid=12&Fmt=2&clientId=57571&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN: 0002953X.

MEARES, R. 2003. Towards a psyche for psychiatry. In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. Dec2003, Vol. 37 Issue 6, p689-695, 7p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=11514616>>.  
ISSN:0004-8674.

- MICHELSON, L. K & RAY, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996. 645 s. ISBN:0-306-45150-6.
- MIDELTON, W., BUTLER, J. 1998. Dissociative identity disorder: an Australian series. In *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. Dec98, Vol. 32 Issue 6, p794, 11p, 4 charts. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=5910711>>. ISSN:0004-8674.
- MKCH-10, Medzinárodná klasifikácia chorôb 10. revízia. 2006. *Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky* [online]. Drieňová 34., Bratislava. [2006-04-18]. Dostupné: <<http://www.uzis.sk/infozz/mkch/mkch-10/mkch-10.htm>>.
- MODELL, A. H. 2000. Are mental functions hierarchycal? In *Annual of Psychoanalysis* [online]. 2000, Vol. 28, p127, 9p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=6265126>>. ISSN:0092-5055.
- MOENE, F. C. 2001. Hypnotizability, dissociation and trauma in patients with a conversion disorder. In *Clinical Psychology and Psychotherapy* [online]. Nov/Dec2001, Vol. 8 Issue 6, p400-410, 11p, 6 charts. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=11820390>>. ISSN:1063-3995.
- NOLL, R. 1989. Multiple personality, dissociation, and C. G. Jung's complex theory. In *Journal of Analytical Psychology* [online]. Oct89, Vol. 34 Issue 4, p353-370, 18p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=12234089>>. ISSN:0021-8774.
- NUTT, D. a kol. 2000. Post-traumatic stress disorder – future prospects and needs. In Nutt, D. a kol. (Eds.) *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz Ltd. 2000. 260 s. ISBN:1-85317-926-4.
- O'TOOLE, B. a kol. 1999. Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in australian vietnam veterans. In *Journal of traumatic stress* [online]. Oct1999, Vol. 12 Issue 4, p625, 16p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=11308594>>. ISSN:0894-9867.
- PAOLO, A. M. a kol. 1993. Reading level of the dissociation experiences scale. In *Journal of Clinical Psychology* [online]. Mar93, Vol. 49 Issue 2, p209-215, 7p, 1 chart. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier

<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=9306095744>>.  
ISSN:0021-9762.

PIPER, A., MERSKEY, H. 2004. The persistence and folly: A critical examination of dissociative identity disorder. Part I. The Excesses of improbable concept. In *Canadian journal of psychiatry* [online]. Sep2004, Vol. 49 Issue 9, p592-600, 9p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=14576684>>.  
ISSN:0706-7437.

PIPER, A., MERSKEY, H. 2004. The persistence and folly: A critical examination of dissociative identity disorder. Part II. The defence and decline of multiple personality and dissociative personality disorder. In *Canadian journal of psychiatry* [online]. Oct2004, Vol. 49 Issue 10, p678-683, 6p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=14874792>>.  
ISSN:0706-7437.

PRIBOR, E. F. a kol. 1993. Briquet's syndrome, dissociation and abuse. In *American journal of psychiatry* [online]. Oct 1993, Vol. 150, Iss. 10; pg. 1507, 5 pgs. [2006-04-20] Dostupné: ProQuest  
<<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=5030327&sid=13&Fmt=2&clientId=57571&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN: 0002953X.

PUTNAM, F. W. 1989. *Diagnosis and treatment of multiple personality*. New York: Guilford Press, 1989. 351 s. ISBN:0-89862-177-1.

RAY, W. J. 1996. Dissociation in normal populations. In Michelson, L. K & Ray, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996, 645 s. ISBN:0-306-45150-6.

ROSS, C. A. 1996. History, Phenomenology, and Epidemiology of Dissociation. In Michelson, L. K & Ray, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996. 645 s. ISBN:0-306-45150-6.

ROSS, C. A., a kol. 2002 Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. In *Journal of trauma and dissociation* [online]. 2002. roč. 3. s. 7-17. [2006-04-18] Dostupné:  
<<http://www.issd.org/Articles/Ross.pdf>>.

RUGGIERO, K. J. a kol. 2003 Psychometric properties of the PTSD checklist-civilian version. In *Journal of traumatic stress* [online]. Oct2003, Vol. 16 Issue 5, p495, 8p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier  
<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=10849072>>.  
ISSN:0894-9867.

SAXE, G. N. a kol. 1993. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. In *American journal of psychiatry* [online]. Jul 1993,



Vol. 150, Iss. 7; pg. 1037, 6 pgs. [2004-04-20] Dostupné: ProQuest  
<<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=5030117&sid=14&Fmt=2&clientId=57571&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN: 0002953X.

SCHRAGGEOVÁ, M. 1996. Metodologické otázky výskumu životných udalostí pomocou dotazníkov. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 1996, roč.31, s. 243-255. ISSN:0555-5574.

SHALEV, A. Y. 2000. Post-traumatic stress disorder: diagnosis, history and life course. In Nutt, D. a kol. (Eds.) *Post-traumatic stress disorder: Diagnosis, management and treatment*. London: Martin Dunitz Ltd. 2000. 260 s. ISBN:1-85317-926-4.

SHALEV, A. Y. a kol. 1998 Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. In *The American journal of psychiatry* [online]. May 1998, Vol. 155, Iss. 5; pg. 630, 8 pgs. [2006-04-20] Dostupné: ProQuest <<http://proquest.umi.com/pqdweb?did=29235123&sid=18&Fmt=2&clientId=57571&RQT=309&VName=PQD>>. ISSN: 0002953X.

*Slovník cudzích slov*. Prvé vydanie.1997. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1997. 991 s. ISBN:80-08-02054-7.

SMOLÍK, P. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN:80-85800-33-0.

SOHLBERG, S. a kol. 2003. Memories of mother, complementarity and shame: Predicting response to subliminal stimulation with “Mommy and I are one”. In *Scandinavian journal of psychology* [online]. Sep2003, Vol. 44 Issue 4, p339-346, 8p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier <<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=10388469>>. ISSN:0036-5564.

SPIEGEL, D. a kol. 1996. Dissociative symptoms in the diagnosis of acute stress disorder. In Michelson, L. K & Ray, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996. 645 s. ISBN:0-306-45150-6.

VARMA, V. K. 1981. Multiple personality in India: Comparison with hysterical possession state. In *American Journal of Psychotherapy* [online]. Jan1981, Vol. 35 Issue 1, p113, 8p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier <<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=5350118>>. ISSN:0002-9564.

WAELDE, L. C. a kol. 2005. A taxonomic investigation of dissociation in vietnam veterans. In *Journal of traumatic stress* [online]. Aug2005, Vol. 18 Issue 4, p359-369, 11p. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier

<<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=18071370>>.  
ISSN:0894-9867.

WHALEN, J. E. a Nash, M.R. 1996. Hypnosis and Dissociation: theoretical, empirical, and clinical perspectives. In Michelson, L. K & Ray, W. J. (Eds.) *Handbook of dissociation – theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York: Plenum press, 1996. 645 s. ISBN:0-306-45150-6.

WEISKRANTZ, L. 1999. *Consciousness lost and found*. Oxford: University press, 1999. 294 s. ISBN:0 19 852458 7.

WORTMAN, C. B. a kol. 1988. Sensation and perception. In Wortman, C. B. a kol. (Eds.) *Psychology*. 3rd. ed. New York: Alfred A. Knopf, 1988. 622 s. ISBN:0-394-36537-2.

YOICHIRO, F., a kol. 1998. Multiple personality disorder in Japan. In *Psychiatry and clinical neurosciences* [online]. Jun98, Vol. 52 Issue 3, p299-302, 4p, 2 charts. [2006-04-18] Dostupné: EBSCOhost, Academic Search Premier <<http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=5279117>>.  
ISSN:1323-1316.

***Príloha – diagnostické nástroje***



1. Niektorí ľudia majú skúsenosť, že si pri cestovaní autom alebo autobusom alebo električkou náhle uvedomia, že si nemôžu spomenúť, čo sa udialo v priebehu celej cesty alebo jeho časti. Skúste vyjadriť v percentách ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

2. Niektorí ľudia občas zistia, že si pri počúvaní niekoho reči náhle uvedomia, že nepočuli časť alebo vôbec nič z toho, čo bolo povedané. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

3. Niektorí ľudia majú skúsenosť v tom, že sa ocitnú na nejakom mieste a nevedia, ako sa tam dostali. Skúste vyjadriť v percentách ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

4. Niektorí ľudia majú skúsenosť s tým, že sa ocitnú oblečení v odevy a nespomínajú si, že sa obliekali. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

5. Niektorí ľudia majú skúsenosť, že nájdu nové veci medzi tými, ktoré im patria a nemôžu si spomenúť, že ich kupovali. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

6. Niektorí ľudia občas zistia, že sa stretávajú s ľuďmi, ktorých nepoznajú a ktorí ich nazývajú iným menom a trvajú na tom, že už sa spolu stretli. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

7. Niektorí ľudia majú občas skúsenosť, že sa cítia, akoby stáli vedľa seba samých, alebo pozerali na seba samých ako niečo robia a vidia seba samých, akoby hľadeli na inú osobu. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

8. Niektorí ľudia hovoria, že občas nespoznávajú priateľov alebo členov rodiny. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

9. Niektorí ľudia niekedy zistia, že si nespomínajú na dôležité udalosti vo svojom živote (napríklad svadba, maturita, promócie a podobne). Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

10. Niektorí ľudia majú skúsenosť s tým, že sú obviňovaní z klamstva, aj keď si nemyslia že by klamali. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

11. Niektorí ľudia majú skúsenosť, že hľadajú do zrkadla a nespoznávajú sami seba. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

12. Niektorí ľudia majú skúsenosť s tým, že cítia, že iní ľudia, veci alebo svet okolo nich nie sú reálne. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

13. Niektorí ľudia majú občas skúsenosť s tým, že sa cítia, ako by im ich telo nepatriilo. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

14. Niektorí ľudia majú skúsenosť, že si občas spomenú na nejakú minulú udalosť tak živo, že sa cítia, akoby túto udalosť znovu prežívali. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

15. Niektorí ľudia majú skúsenosť s tým, že si nie sú istí či udalosti, na ktoré si spomínajú, sa naozaj stali, alebo si ich len vysnili. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

16. Niektorí ľudia majú skúsenosť s tým, že sa ocitnú na známom mieste, ktoré im ale pripadá zvláštne a neznáme. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

17. Niektorým ľuďom sa stáva, že keď pozerajú na televíziu alebo film, sú tak pohltení príbehom, že si neuvedomujú ostatné udalosti okolo nich. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

18. Niektorým ľuďom sa občas stáva, že sú tak pohltení fantáziou alebo denným snením, že pociťujú, akoby sa im to naozaj dialo. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

19. Niektorým ľuďom sa stáva, že sú občas schopní ignorovať bolesť. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

20. Niektorým ľuďom sa stáva, že občas sedia a uprene hľadajú pred sebou, o ničom nepremýšľajú a nie sú si vedomí uplynulého času. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

21. Niektorým ľuďom sa občas stáva, že keď sú sami, hovoria nahlas sami so sebou. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

22. Niektorí ľudia zisťujú, že v niektorej situácii jednú tak odlišne v porovnaní s inou situáciou, že sa cítia skoro tak, akoby boli dvoma rôznymi osobami. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

23. Niektorým ľuďom sa občas stáva, že v určitých situáciách sú schopní vykonávať veci, ktoré sú pre nich obvykle obtiažne s úžasnou ľahkosťou a spontaneitou. (napríklad šport, práca, sociálna situácia). Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

24. Niektorí ľudia si občas nemôžu spomenúť, či niečo urobili, alebo majú len myšlienku o tom, že tú vec urobili (napríklad nevedia, či poslali list, alebo si len myslia, že ho poslali). Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

25. Niektorí ľudia nachádzajú dôkazy o tom, že niečo urobili, ale nemôžu si spomenúť, že to urobili. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

26. Niektorí ľudia občas nájdu zápisky, kresby alebo poznámky medzi vecami, ktoré im patria, ktoré museli sami urobiť, ale nemôžu si spomenúť kedy ich urobili. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

27. Niektorým ľuďom sa občas stáva, že počujú hlasy vo vnútri svojej hlavy, ktoré im hovoria, čo majú robiť alebo komentujú to, čo robia. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

28. Niektorí ľudia sa občas cítia, ako by hľadeli na svet cez hmlu, takže ľudia a objekty sa im zdajú byť vzdialenými a nejasnými. Skúste vyjadriť v percentách, ako často sa Vám to stáva.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%



# PCL-C

Inštrukcia: Dole je zoznam problémov a obtiaží, ktoré ľudia niekedy majú následkom stresujúcich udalostí. Prosíme Vás, prečítajte si dôkladne každú položku a zaškrtnite, ako veľmi ste sa trápili tým problémom v poslednom mesiaci.

1. Opakované, rušivé spomienky, myšlienky alebo obrazy stresujúcej udalosti?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

2. Opakované, znepokojujúce sny o stresujúcej udalosti?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

3. Náhle konáte alebo sa cítite akoby sa stresujúca udalosť znovu opakovala (ako by ste ju prežívali opäť)?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

4. Cítite sa rozrušene, keď Vám niečo stresujúcu udalosť pripomenie?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

5. Máte zmenené fyziologické reakcie (napríklad zrýchlené búšenie srdca, problémy s dýchaním, potenie sa), ak Vám niečo pripomenie stresujúcu udalosť?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

6. Vyhýbate sa rozmyšľaniu alebo rozprávaniam o stresujúcej udalosti, alebo sa vyhýbate pocitom spájajúcim sa s touto udalosťou?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

7. Vyhýbate sa aktivitám alebo situáciám, pretože Vám pripomínajú stresujúcu udalosť?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

8. Máte problémy spomenúť si na dôležité časti (momenty) zo stresujúcej udalosti?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

9. Stratili ste záujem o aktivity, ktoré Vás predtým bavili?

1. Vôbec nie 2. Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

10. Cítite sa vzdialení alebo odtrhnutí od iných ľudí?

1. Vôbec nie 2.Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

11. Cítite sa emocionálne otupení, alebo nie ste schopní vreých pocitov voči Vaším blízkym?

1. Vôbec nie 2.Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

12. Máte pocit, akoby sa Vaša budúcnosť mala nejako pretrhnúť/skrátiť?

1. Vôbec nie 2.Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

13. Máte problémy so zaspávaním alebo s nepretržitým spánkom?

1. Vôbec nie 2.Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

14. Cítite sa podráždene alebo máte výbuchy hnevu?

1. Vôbec nie 2.Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

15. Máte problémy sústrediť sa?

1. Vôbec nie 2.Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

16. Ste neustále v strehu alebo ostražitý, akoby na strážii?

1. Vôbec nie 2.Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

17. Cítite sa nervózne, alebo Vás niečo ľahko vystraší?

1. Vôbec nie 2.Trochu 3. Stredne 4. Dost' veľa 5. Extrémne

KONIEC DOTAZNÍKA.