



stavem vědomí (6). Freud později popsal „disociaci“ jako důsledek vnitřního konfliktu protichůdně působících duševních sil a zdůraznil význam obranného mechanismu disociace (7).

Podle současných poznatků představují disociativní symptomy kontinuum vyskytující se na jedné straně u zdravé populace, na druhé straně se mohou vyskytovat u závažných duševních poruch, jako jsou například disociativní amnézie, depersonalizace, derealizace, disociativní fuga, disociativní porucha identity a další (8–10). Stávající poznatky také ukazují, že vlivy traumatického stresu jsou hlavními etiologickými faktory disociativních poruch (11, 12).

Disociace jako reakce na traumatickou událost nebo stres umožňuje obranu vědomého já a způsobuje změnu stavu vědomí, jenž chrání vědomí před bolestivým prožitkem a může v důsledku toho vést k celé řadě psychopatologických a somatických symptomů (13, 14). Disociativní symptomy mohou být rozděleny na dva subtypy: a) pozitivní disociativní symptomy, které se objevují jako spontánní nežádoucí intruze do vědomí a chování doprovázené zkreslením kontinuity subjektivního prožitku (např. fragmentace identity nebo depersonalizační/derealizační porucha); b) negativní disociativní symptomy, které představují nemožnost přístupu k informacím nebo ke kontrole duševních funkcí (např. amnézie, afonie, paralýza) (8, 13, 15).

DSM-V definuje disociaci jako „narušení a diskontinuitu v normální integraci vědomí, paměti, identity, emocí, percepce, vnímání těla, motorické kontroly a chování“ (16). Mezi disociativní poruchy patří například disociativní amnézie, disociativní porucha identity, depersonalizační/derealizační porucha. V DSM-5 není disociativní fuga samostatnou diagnózou, ale je řazena jako podtyp disociativní amnézie. Kromě toho se

disociativní zkušenosti mohou vyskytovat jako komorbidní symptomy u celé řady duševních onemocnění, jako je například hraniční porucha osobnosti nebo disociativní podtyp posttraumatické stresové poruchy (16). Disociativní příznaky hrají též významnou roli v patologii dalších psychiatrických onemocnění, jako jsou konverzní a somatoformní poruchy, závislosti, schizofrenie, úzkostné poruchy, poruchy příjmu potravy nebo afektivní poruchy (17). U pacientů s disociativními poruchami je vyšší riziko sebevražedného nebo sebedestructivního jednání a diagnostika těchto pacientů je nezřídka obtížná a nedostatečná (8, 18).

K hodnocení a screeningu disociativních příznaků a disociativních poruch byly publikovány validizované a standardizované dotazníky, které měří disociaci jako znak (trait marker) nebo jako stav (state marker). V českém jazyce je například k dispozici validizovaná a standardizovaná verze dotazníku DES (Dissociative Experiences Scale) (19, 20), stejně jako jeho verze pro dětskou populaci (Dotazník A-DES) (21). Oba slouží jako screeningové sebesuzovací dotazníky určené pro měření frekvence a závažnosti disociace jako znaku u duševních nemocí. Zde předkládáme českou verzi dotazníku SSD (State Scale of Dissociation), která se naopak zaměřuje na hodnocení disociativních prožitků v aktuálním čase – jako „state marker“.

Disociativní procesy a jejich měření

V současné době existuje řada dotazníků sloužících k měření disociativních procesů. DES (Dissociative Experience Scale) byl vytvořen Bernsteinovou a Putnamem (česká validizovaná verze dotazníku viz Appendix) a jako první škála k hodnocení disociace se stala velmi rozšířenou a používanou v mnoha studiích, a byla přeložena do více než 40 jazyků (9). DES byl sestaven ke screeningu disociativních poruch a ukázal se