

přítomen náraz do hlavy nebo jiný mechanismus rychlého pohybu nebo přemístění mozku uvnitř lebky. Další znaky TPM zahrnují ztrátu vědomí, dezorientaci a zmatenost nebo v závažnějších případech neurologické příznaky (např. abnormální nálezy na zobrazovacích metodách, nově zachycené záchvaty nebo významné zhoršení předem známé záchvatovité poruchy, omezení zorného pole, anosmie). Aby bylo možno připsat neurokognitivní poruchu TPM, musí se vyskytnout buď bezprostředně po poškození mozku, nebo bezprostředně poté, co jedinec po zranění znovu nabude vědomí, a přetrvává i po odeznění akutního období po zranění. Kognitivní příznaky neurokognitivní poruchy následkem TPM jsou variabilní a zahrnují jak obtíže pozornosti, exekutivních funkcí, učení a paměti, tak zpomalené tempo zpracování informací a poruchy v sociální kognici. Tyto přidružené znaky pomáhají k odlišení od disociativní amnézie.

Záchvatovité poruchy. Jedinci se záchvatovými poruchami mohou během záchvatů nebo po nich vykazovat komplexní chování s následnou amnézií. Někteří jedinci se záchvatovými poruchami se v době omezené záchvatovitou aktivitou mohou bezúčelně potulovat. Oproti tomu je chování během disociativní fugy obvykle smysluplné, komplexnější, směřuje k cíli a může trvat i několik dní, týdnů nebo déle. Občas mohou jedinci se záchvatovitou poruchou udávat, že dřívější autobiografické údaje byly jejím rozvojem „vymazány“. Taková ztráta paměti není spojená s traumatickými událostmi a zdá se, že se objevuje náhodně. Série elektroencefalogramů obvykle odhalí abnormality. Telemetrické elektroencefalografické sledování obvykle ukazuje souvislost epizod amnézie se záchvatovitou aktivitou. Disociativní a epileptické amnézie se mohou vyskytovat současně.

Katatonní stupor. Mutismus u katatonního stuporu může vybízet k myšlenkám na disociativní amnézii, nejsou zde však patrné obtíže s vybavováním. Ostatní katatonní příznaky (např. rigidita, negativismus, pózování) bývají obvykle přítomny.

Faktitivní porucha a simulace. Neexistuje žádný test, baterie testů nebo daný postup, které by spolehlivě rozlišily disociativní amnézii od předstírané amnézie. Bylo zjištěno, že jedinci s předstíranou poruchou nebo simulující jedinci pokračují v klamání dokonce i při rozhovorech pod hypnotiky nebo barbituráty. Předstíraná amnézie je častější u jedinců s (1) akutní, floridní disociativní amnézií, (2) finančními, sexuálními či právními problémy nebo (3) přáním uniknout stresujícím okolnostem. Opravdová amnézie může být ovšem spojena s týmiž okolnostmi. Mnoho předstírajících jedinců se přízná spontánně nebo při konfrontaci.

Normální a s věkem související změny paměti. Zhoršování paměti u závažných i u mírných neurokognitivních poruch se liší od zhoršení u disociativní amnézie, které je obvykle spojeno se stresujícími událostmi a je více specifické, rozsáhlejší a/nebo komplexní.

Komorbidity

Jakmile začne disociativní amnézie ustupovat, na povrch se dostává široké spektrum afektivních fenoménů: dysforie, smutek, vztek, stud, provinění, psychický konflikt a zmatek i suicidální nebo agresivní ideace, impulzy a jednání. Příznaky u těchto jedinců mohou splňovat diagnostická kritéria perzistentní depresivní poruchy (dystymie); velké depresivní poruchy, jiných specifikovaných nebo nespecifikovaných depresivních poruch, poruchy přizpůsobení s depresivní náladou nebo poruchy přizpůsobení se smíšenou poruchou emotivity a chování. U mnohých jedinců s disociativní amnézií se v některé životní fázi rozvine také PTSD, nejčastěji když se traumatické události, které předcházely amnézii, dostanou do

vědomí. Příznaky u mnoha jedinců s disociativní amnézií splňují diagnostická kritéria pro komorbidní poruchu se somatickými příznaky nebo souvisejících poruch (a naopak), jako je porucha se somatickými příznaky a konverzní porucha (porucha s funkčními neurologickými příznaky). Mnoho jedinců s disociativní amnézií má také příznaky splňující kritéria poruchy osobnosti, zejména závislé, vyhýbavé a hraniční poruchy osobnosti.

Depersonalizační/derealizační porucha 300.6 (F48.1)

Diagnostická kritéria

- A. Přítomnost perzistentních nebo opakujících se zážitků depersonalizace, derealizace nebo obojího.
 1. **Depersonalizace:** Zážitky neskutečnosti, odloučení nebo pocit pouhého pozorování zvenčí týkající se jedincových myšlenek, pocitů, smyslů, těla nebo jednání (např. změny vnímání, narušené vnímání času, neskutečnost nebo nepřítomnost sebe sama, emoční a/nebo fyzická otupělost).
 2. **Derealizace:** Zážitky neskutečnosti nebo odloučení (detachment) týkající se okolí (např. osoby nebo věci jsou vnímány jako neskutečné, snové, zamlžené, bez života nebo vizuálně zkreslené).
- B. Kontakt s realitou zůstává během depersonalizací nebo derealizací nedotčen.
- C. Příznaky způsobují klinicky závažnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti.
- D. Příznaky nelze přičíst fyziologickému účinku látek (např. abúzu látek/léků) nebo jiným somatickým onemocněním (např. epilepsie).
- E. Příznaky nelze lépe vysvětlit jiným duševním onemocněním, jako je schizofrenie, panická porucha, velká depresivní porucha, akutní stresová porucha, postraumatická stresová porucha, jiná disociativní porucha.

Diagnostické znaky

Zásadním znakem depersonalizační/derealizační poruchy je přítomnost setrvalých nebo opakovaných epizod depersonalizace, derealizace nebo obojího. Epizody depersonalizace charakterizuje pocit neskutečnosti, neznámost nebo odloučení (detachment) jedince od sebe sama nebo od některých aspektů (kritérium A1). Jedinec se může cítit odloučen od svého vlastního bytí (např. „nejsem nikdo“, „nemám žádné já“). Může se také cítit subjektivně odloučen od aspektů své osobnosti včetně pocitů (např. snížená emocionalita: „vím, že mám pocity, ale necítím je“), myšlenek (např. „moje myšlenky se mi nezdají jako moje“, „hlava plná bavlny“), celého těla nebo jeho částí, smyslů (např. dotek, propriocepce, hlad, žízeň, libido). Může být též narušeno uvědomování si sebe sama (např. cítit se jako robot, jako automat; chybění kontroly nad vlastní řečí nebo pohyby). Zážitek depersonalizace může mít někdy ve své nejextrémnější formě podobu rozštěpené osobnosti, kdy jedna část pozoruje a druhá jedná, známý jako „mimotělesné zážitky“. Souhrnný symptom depersonalizace lze ještě rozčlenit na několik faktorů: anomální tělesné zážitky (tj. neskutečnost sebe sama a změny vnímání); emoční nebo fyzickou otupělost; přechodné zkreslení vjemů s anomálními subjektivními vzpomínkami. Epizody derealizace charakterizuje pocit neskutečnosti, neznámost nebo odloučení jedince od světa, ať již jde od osoby, neživé předměty nebo o celé okolní prostředí (kritérium A2). Jedinec může mít pocit, jako by byl v mlze, snu, bublině nebo jako by mezi ním

a okolním světem bylo sklo nebo nějaký závoj. Okolní prostředí může vnímat jako umělé, bezbarvé nebo bez života. Subjektivní zkreslení zrakových vjemů jako rozmazanost, zvýšená ostrost, rozšířené nebo zúžené zorné pole, dvourozměrnost nebo plochost, přehnaná trojrozměrnost nebo pozměněné vzdálenosti a velikosti předmětů (tj. makropsie nebo mikropsie) mohou derealizaci doprovázet. Mohou se objevit i zkreslené sluchové vjemy, kdy se zvuky nebo hlasy zdají ztlumené nebo zvýrazněné. Kritérium C navíc požaduje přítomnost klinicky významné nepohody nebo funkčního narušení ve společenské, pracovní nebo jiné důležité oblasti a kritéria D a E popisují vylučující se diagnózy.

Přidružené znaky podporující diagnózu

Jedincům s depersonalizační/derealizační poruchou může popis příznaků připadat obtížný, mohou si připadat jako „blázní“ nebo mít dojem, že „se zblázní“. Dalším obvyklým pocitem je strach z nevrátného poškození mozku. Běžným přidruženým znakem je subjektivně změněné vnímání času (tj. je moc rychlý nebo moc pomalý), stejně tak i subjektivní nemožnost živě si vybavit vzpomínky a brát je jako něco osobního a emocionálního. Neobvyklé nejsou ani neurčitě tělesné příznaky jako pocit plné hlavy, brnění, závratě. Může být přítomna vystupňovaná rumínace nebo obsedantní zaměření (např. neustálá posedlost myšlenkou, zda jedinec skutečně existuje; kontrolování vjemů za účelem určit, zda jsou skutečné). Dalšími běžnými přidruženými znaky jsou úzkosti a deprese různé intenzity. U jedinců s touto poruchou byla také zjištěna fyziologická hyporeaktivita na různé podněty. Mezi potenciálně odpovědné oblasti patří hypotalamo-hypofyzární-adrenokortikální osa, dolní parietální lalok a nefrontální kortiko-limbické okruhy.

Prevalence

Přechodné příznaky depersonalizace/derealizace trvající od hodin po dny jsou v obecné populaci běžné. Dvanáctiměsíční prevalence depersonalizační/derealizační poruchy jako takové se zdá být výrazně nižší než u přechodných příznaků, nejsou zde ale k dispozici přesnější odhady. Obecně asi polovina dospělých zažila v životě alespoň jednu epizodu depersonalizace/derealizace. Příznaků, které naplňují kritéria pro depersonalizační/derealizační poruchu, je výrazně méně, než těch přechodných. Celoživotní prevalence v USA a mimo USA je přibližně 2 % (od 0,8 % do 2,8 %). Poměr mužů a žen je 1:1.

Vývoj a průběh

Průměrný věk nástupu depersonalizační/derealizační poruchy je 16 let, porucha může ale začít již v raném nebo středním dětství; menšina pacientů si nemůže ani vybavit, že by někdy neměla příznaky. U méně než 20 % jedinců začíná choroba po dvacátém roce života a pouze u 5 % po dvacátém pátém. Začátek ve čtvrté dekádě života a později je velice nezvyklý. Nástup může být jak zcela náhlý, tak pozvolný. Trvání epizod depersonalizace/derealizace se může velmi lišit, od krátkých (hodiny nebo dny) po prodloužené (týdny, měsíce i roky). S ohledem na raritní výskyt po 40. roce života by tito jedinci měli být vyšetřeni podrobněji se zaměřením na celkový zdravotní stav (např. poškození mozku, záchvatovitá onemocnění, spánková apnoe). Onemocnění je často perzistentní. Asi ve třetině případů jde o jednotlivé epizody; v další třetině o kontinuální příznaky již od počátku nemoci; v poslední třetině nejprve o epizodický průběh s postupným přechodem ke kontinuálnímu. Zatímco u některých jedinců může intenzita příznaků v čase výrazně zesilovat a opět ustupovat, jiní udávají jejich neměnnou úroveň, která v extrémních případech může znamenat poruchu přítomnou setrvale i po desetiletí. Vnitřní i vnější faktory, které intenzitu ovlivňují, se mezi jedinci liší, jsou ale hlášeny některé typické vzorce: exacerbace může být spuštěna stresem, zhoršením

afektivních nebo úzkostných příznaků, novým nebo příliš stimulujícím prostředím a fyzickými faktory jako osvětlení nebo nedostatek spánku.

Rizikové a prognostické faktory

Temperamentové. Pro jedince s depersonalizační/derealizační poruchou je charakteristické vyhýbání se ohrožení (harm-avoidance), nezralé obranné mechanismy a schémata tzv. rozpojení (disconnection) a nadměrného zapojení (overconnection). Nezralé obranné mechanismy jako idealizace nebo naopak devalvace, projekce a přehrávání (acting-out) vedou v důsledku k popírání reality a snížené adaptaci. *Schématu kognitivního rozpojení* odrážejí nedostatečnost a potlačování emocí a obsahují témata jako zneužívání, zanedbávání a deprivaci. *Schématu nadměrného zapojení* se týkají narušené autonomie a obsahují témata závislosti, zranitelnosti, nekompetentnosti.

Environmentální. U podstatné části jedinců je zřejmá souvislost mezi poruchou a mezilidskými traumaty v dětství, i když tato souvislost není tak rozšířená nebo výrazná jako u ostatních disociativních poruch, jako např. u disociativní poruchy identity. S poruchou jsou nejsilněji a nejtrvaleji spojeny zejména citové zneužívání a citové zanedbávání. Mezi další stresory může patřit fyzické zneužívání; pasivní sledování domácího násilí; výchova vážně postiženým duševně nemocným rodičem; neočekávané úmrtí nebo sebevražda člena rodiny nebo blízkého přítele. Sexuální zneužívání je mnohem méně běžný spouštěč, ale někdy se s ním setkáváme. Nejrozšířenější bezprostřední vyvolávající příčiny jsou závažný stres (mezilidský, finanční, pracovní), deprese, úzkosti (zejména panické ataky) a užívání nelegálních drog. Obzvláště látky jako tetrahydrokanabinol, halucinogeny, ketamin, MDMA (3,4-methylendioxy-N-methylamfetamin – „extáze“) a šalvěj divotvorná mohou příznaky specificky vyvolávat. Užívání kanabisu může uspišit rozvoj panické ataky i depersonalizační/derealizační poruchy zároveň.

Kulturní faktory ovlivňující diagnózu

Cíleně vyvolané zážitky depersonalizace/derealizace mohou být součástí meditačních praktik, které jsou rozšířené v mnoha náboženstvích a kulturách a neměly by být diagnostikovány jako porucha. Existují nicméně případy, kdy si jedinci nejprve navozují tyto stavy záměrně, ale postupem času nad nimi ztratí kontrolu a vyvine se u nich strach a odpor k podobným praktikám.

Funkční důsledky depersonalizační/derealizační poruchy

Příznaky depersonalizace/derealizace způsobují výraznou nepohodu a jsou spojené s významnou morbiditou. Emočně oploštělý a robotický projev se může jevit nesourodý s extrémní emoční bolestí, kterou pacienti s touto poruchou udávají. K narušení často dochází jak na mezilidské úrovni, tak i v pracovní oblasti, zejména následkem snížené emotivity vzhledem k ostatním, subjektivní obtížnosti získávat a udržovat informace a obecnému pocitu odtržení od života.

Diferenciální diagnóza

Nozofobie. Ačkoliv jedinci s depersonalizační/derealizační poruchou mohou přicházet s neurčitými stížnostmi na tělesný stav i s obavami z trvalého poškození mozku, je diagnóza depersonalizační/derealizační poruchy charakterizována jak přítomností typických příznaků depersonalizace/derealizace, tak absencí jiných příznaků nozofobie.

Velká depresivní porucha. Pocity otupělosti, strnulosti, apatie a bytí jakoby ve snu nejsou u depresivní poruchy neobvyklé. U depersonalizační/derealizační

poruchy jsou ale tyto příznaky spojeny s dalšími symptomy. Pokud depersonalizace/derealizace zjevně předchází nástupu velké depresivní poruchy nebo pokračuje ještě po ústupu depresivních příznaků, je diagnóza depersonalizační/derealizační poruchy na místě.

Obsedantně-kompulzivní porucha. Někteří jedinci s depersonalizační/derealizační poruchou se mohou obsedantně zabírat svými subjektivními zážitky nebo se u nich vyvinou rituály kontroly stavu jejich příznaků. Jiné příznaky nesouvisející s depersonalizací/derealizací nejsou přítomny.

Jiné disociativní poruchy. Aby bylo možno diagnostikovat depersonalizační/derealizační poruchu, neměly by se její příznaky objevit v kontextu jiné disociativní poruchy, jako je např. disociativní porucha identity. Odlišení od disociativní amnézie a konverzní poruchy (porucha s funkčními neurologickými příznaky) je snazší, jelikož se příznaky těchto poruch s příznaky depersonalizace/derealizace nepřekrývají.

Úzkostné poruchy. Depersonalizace/derealizace jsou jedním z příznaků panické ataky a čím jsou panické ataky závažnější, tím jsou tyto příznaky častější. Depersonalizační/derealizační porucha by se proto neměla diagnostikovat, pokud se její příznaky objevují pouze během panických atak, jež jsou součástí panické poruchy, sociální fobie nebo specifické fobie. Navíc u depersonalizační/derealizační poruchy není běžné, aby se její příznaky poprvé objevovaly v kontextu nově zjištěných panických atak nebo v souvislosti s jejich zhoršujícím se průběhem. Diagnóza depersonalizační/derealizační poruchy může být stanovena tehdy, pokud (1) jsou příznaky depersonalizace/derealizace výrazně v popředí již od začátku, přičemž zjevně dobou trvání a intenzitou přesahují výskyt současné panické ataky, nebo (2) depersonalizace/derealizace pokračuje i poté, co došlo k remisi panické poruchy nebo byla úspěšně léčena.

Psychotické poruchy. Přítomnost zachovalého kontaktu s realitou s ohledem na příznaky depersonalizace/derealizace je zásadní v odlišení depersonalizační/derealizační poruchy od psychotické poruchy. Vzácně se může nabízet jako alternativa diagnóza schizofrenie s pozitivními příznaky, a to pokud jsou přítomny nihilistické bludy. Například si jedinec může stěžovat na to, že je mrtvý, nebo že svět není reálný; což může být bráno buď jako subjektivní prožitek, o němž dotyčný ví, že není skutečný, nebo jako bludné přesvědčení.

Poruchy vyvolané užíváním látek/léků. Depersonalizace/derealizace spojená s fyziologickým účinkem látek, ať již během akutní intoxikace, nebo při odvykacím stavu, nemá být diagnostikována jako depersonalizační/derealizační porucha. Nejčastější látky vyvolávající poruchu jsou nelegální drogy jako marihuana, halucinogeny, ketamin, extáze, šalvěj divotvorná. Asi 15 % všech příznaků depersonalizace/derealizace je vyvoláváno užíváním těchto látek. Pokud příznaky přetrvávají po nějaký čas i bez užívání látek nebo léků, je správnou diagnózou depersonalizační/derealizační porucha. Tuto diagnózu bývá poté snadné stanovit, jelikož převážná většina jedinců, u kterých se tyto příznaky rozvinou, se začne vyvolávající látky obávat a mít k ní odpor a přestane ji užívat.

Duševní poruchy způsobené jinými somatickými onemocněními. Znaky jako nástup onemocnění po 40. roce věku nebo přítomnost atypických příznaků a průběhu mohou u kteréhokoliv jedince znamenat možnou přítomnost jiného somatického onemocnění způsobujícího poruchu. V takových případech je nutné provést

důkladná lékařská vyšetření včetně neurologického, jež by mělo zahrnovat standardní laboratorní testy, titry na stanovení virů, elektroencefalografii, vyšetření vestibulárního aparátu, zraku, vyšetření spánku a/nebo zobrazovací vyšetření mozku. Pokud se podezření na záchvatovité onemocnění zdá těžké potvrdit, může být indikována ambulantní (Holter) elektroencefalografie; i když se nejčastěji jedná o epilepsii temporálního laloku, může být přidružena i epilepsie parietálního a frontálního laloku.

Komorbidity

Ve vzorku dospělých, který byl nabírán pro několik studií týkajících se výzkumu depersonalizace, byly zjištěny vysoké celoživotní komorbidity s unipolární depresivní poruchou a s některou z úzkostných poruch, přičemž významné procento vzorku trpělo oběma poruchami současně. Komorbidity s posttraumatickou stresovou poruchou byla nízká. Tři nejčastější současně se vyskytující poruchy osobnosti byly vyhýbavá, hraniční a obsedantně-kompulzivní.

Jiné specifikované disociativní poruchy 300.15 (F44.89)

Do této kategorie patří případy, kdy jsou sice přítomny příznaky charakteristické pro disociativní poruchu, které způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní nebo jiné oblasti života, ale nenaplnějí zcela kritéria pro některou z poruch v diagnostické kategorii disociativních poruch. Kategorie jiných specifikovaných disociativních poruch je tedy užívána v situacích, kdy se lékař rozhodne popsat konkrétní důvod, proč nejsou splněna všechna kritéria žádné ze specifikovaných disociativních poruch. V takovém případě se uvede „jiná specifikovaná disociativní porucha“ a následuje konkrétní popis konkrétního příznaku (např. „disociativní trans“).

Příklady klinických obrazů, které mohou být určeny s použitím označení „jiná specifikovaná porucha“, jsou následující:

- 1. Chronické a rekurentní syndromy smíšených disociativních příznaků:** Tato kategorie zahrnuje poruchy identity spojené s méně významnou diskontinuitou ve vnímání a uvědomování si sebe sama, změny identity nebo epizody posedlosti u jedinců, u kterých není přítomna disociativní amnézie.
- 2. Porucha identity způsobená dlouhodobým a intenzivním používáním nátlakových a donucovacích metod:** U jedinců, kteří byli vystaveni intenzivním nátlakovým a donucovacím praktikám (např. brainwashing, ideologické přesvědčování, indoktrinace v zajetí, mučení, dlouhodobé uvěznění z politických důvodů, nábor členů sektami/kulty nebo teroristickými organizacemi), se může rozvinout dlouhodobá změna identity nebo její vědomé zpochybňování.
- 3. Akutní disociativní reakce na stresující události:** Tato kategorie je určena pro akutní a přechodné stavy, které typicky trvají méně než 1 měsíc, někdy dokonce pouze několik hodin nebo dní. Tyto stavy jsou charakterizovány zúžením vědomí; depersonalizací; derealizací; změnami vnímání (např. zpomalení času, makropsie); mikroamnéziemi, přechodným stuporem a/nebo změnami senzomotorických funkcí (např. analgezie, paréza).
- 4. Disociativní trans:** Pro tento stav je určující akutní zúžení nebo úplná ztráta vědomí bezprostředního okolí, jež se projevuje významně sníženou vnímavostí nebo reaktivitou na podněty z okolního prostředí. Tato snížená reaktivita může být doprovázena jak drobnými stereotypiemi (např. pohyby prstů), kterých si