

VĚŘIT NEBO NEVĚŘIT?

MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance, Olomouc

Kazuistika připomíná svízele psychiatrické diagnostiky a nebezpečí rutinní interpretace dat. Nedostatečná objektivizace některých skutečností nás může vést nesprávným směrem v diagnostice i léčbě. Respektování všech diagnostických kritérií dancých manuálem by nemělo být v praxi podceňováno.

Úvod

Od počátku své profesní kariéry jsme vedeni k tomu, abychom se naučili rozlišovat mezi normálními (tedy zdravými) a patologickými projevy. Všichni ze zkušenosti víme, jak je takové, zdánlivě jednoduché, rozlišení někdy nesmírně obtížné. Věda zatím nenašla způsob, jak objektivizovat míru pacientova sdělení a my se v diagnostice řídíme procesy analýzy, dedukce, komparace či pouhé empirie.

Následující kazuistika by v sobě mohla zahrnovat kazuistiky nejméně tři. Tři členové jedné rodiny byli přechodnou dobu v psychiatrické léčbě a všechno se zřejmě vyvíjelo zcela jinak, než bychom si my, profesionálové a odborníci na lidskou duši, zřejmě představovali.

Vlastní případ

Žena mladšího středního věku se dostavila do ambulance s požadavkem na zajištění pedopsychiatrické péče pro svou dospívající dceru, která byla v té době hospitalizována na dětském oddělení po intoxikaci medikamenty. Vzhledem k tomu, že problém dcery úzce souvisel s jejím životem, uváděla svůj příběh.

Rodinná anamnéza: Bez zátěže.

Osobní anamnéza: Žena nebyla vážněji nemocná. Má středoškolské vzdělání, je zaměstnaná v administrativě. Je vdaná, má dvě děti. Manžel pracuje ve výrobě, není vyučen. Míval kázeňské problémy, je impulzivní. Byl protialkoholně léčený, teď zásadní problémy s alkoholem nemá. Postavili domek, hypotéku mají splácet ještě řadu let.

Nynější onemocnění: Před několika měsíci byla žena vyšetřena v psychiatrické ambulanci. Byla tehdy hodně rozrušená a praktická lékařka jí vyšetření doporučila. Psychiatrovi se svěřila s tím, že jí manžel musí dávat do jídla nějaké prášky, cítí se dost unavená, často se jí točí hlava, není to normální. Psychiatr jí vysvětlil, že trpí psychickou poruchou, která se projevuje právě tím, že podezírá manžela z toho, že jí takovým způsobem ubližuje. Vysvětlil jí, že trpí pravděpodobně schizofrenií a ordinoval jí léky. Začala je dle doporučení užívat, ale netolerovala je. Po několika dnech byla dokonce odvezena na psychiatrické oddělení s křečovými projevy (dusila se, vyplazovala jazyk, vzpomíná si, jak to bylo těžké dostat jazyk

zpět do úst, atd.). Byla vyšetřena neurologicky, žádná jiná příčina křečí nebyla zjištěna, bylo uvažováno o polékové reakci (akutní dystonii). Léky ihned vysadila a do psychiatrické ambulance už nešla.

Uvádí, že se všechno vyjasnilo teprve v posledních dnech. Seběhlo se to docela rychle. Dcera si společně s ní chtěla vypít kávu. Nasypala si do šálku kávy sušenou smetanu, kterou mívali v dózičce. Vzápětí se jí začala točit hlava, udělalo se jí nevoľno. Byla přivezena na dětské oddělení, kde prokázali intoxikaci hypnotiky. V té době si žena všechno uvědomila. Smetanu do kávy si doma dávala jenom ona a zřejmě jí skutečně manžel podával touto formou léky na spaní! Vyšetření sušené smetany z dózičky potvrdilo přítomnost stejné látky, kterou našli v těle dcery. V průběhu šetření manžel pod tíhou důkazů vše přiznal. Matka si začala uvědomovat všechny souvislosti. Věděla řadu let, že má manžel určité deviantní sexuální praktiky. Věděla, že upřednostňoval zavádění různých předmětů (hadičky, násady od náradí, atd.) do její vagíny a vzrušoval se při tom. Obvykle to odmítala, ale tušila, že se manžel takto ukájí v noci, kdy ona spí. Vzhledem k podezření, které měla, odmítala s ním v posledních měsících sexuálně žít. Manžel pravdu přiznal. Sdělil, že jí dával léky do jídla proto, aby „si s ní v noci hrál, jak potřeboval... byla na něho milejší, když byla pod práškama...“

V době, kdy žena uváděla tyto skutečnosti, začala být záležitost řešena. Sociální pracovnice zakázaly dětem jakýkoli kontakt s otcem a ona začala uvažovat o rozvodu. Vše bylo zveřejněno a ona měla podat trestní oznámení na manžela. Nedokázala to. Nechtěla mu ublížit, přestože věděla, že jí nejméně několik let vědomě ubližoval. Dostali příkaz k oddělenému bydlení. S tím se manžel nechtěl smířit. Uvažoval o různých variantách, například o tom, jak si vytvoří samostatné bydlení v garáži domku, a podobně. Nedokázala mu ani bránit v kontaktu s dětmi, vždyť byl jako otec vždy hodný! Zatímco mladší dcera vůbec nechápala, co se děje, starší po té, co se ohledně své intoxikace dověděla pravdu, zaujala k otci tvrdý, nekompromisní a odmítavý postoj. Celá záležitost se v té době navíc zkomplikovala

tím, že se manžel pokusil o sebevraždu. Byl také vyšetřen sexuologem a začal se léčit. Je jí ho nakonec moc líto. Ví, že on kromě rodiny nemá nikoho. Všichni příbuzní žijí jinde, nemá přátele, na rodinu je silně citově fixovaný. Je zoufalá, neví, jak dál. Všichni jí sice radí, jaké kroky by měla udělat, ale ona je vlastně udělat nechce (např. podat trestní oznámení), chce to ale řešit. Nejlépe by podle ní bylo, kdyby se manžel odstěhoval, ale kam by šel, domek je společný, hypotéka, atd...

Diskuze

V tomto okamžiku by mohla kazuistika končit, neboť se jednoznačně prokázalo, že u pacientky nejde o otravný či paranoidní blud, na který bylo původně pomýšleno. Se vši jistotou byla vyloučena schizofrenie či porucha s bludy.

Trvalo celý další rok, než skutečně přišla do ambulance s dcerou. U dcery se vystupňovaly poruchy chování, které bylo možné předpokládat, neboť vyrovnat se s takovým psychotraumatem, zejména po té, co otec vytěsňoval předchozí události a začal přesunovat vinu na matku, nebylo snadné. Celý rok přebývali s přestávkami všichni v jednom domě, ale matka s dětmi obývala jednu místnost, v níž se v noci zamykala. K takovému opatření se rozhodla po té, když pozorovala, že se manžel snažil o usmíření – chodil v noci k její posteli, dlouze ji pozoroval. O žádný kontakt se ale nepokusil. Spoléhal na to, že snad chodí na nějakou sexuologickou terapii.

Vzhledem k tomu, že se negativní vztah dcery k otci stupňoval, vyvíjela maximální úsilí o prodej domu a rozchod.

Zřejmě bychom vývoj následných událostí spatřovali z různých profesních úhlů takto:

1. matka podá trestní oznámení na manžela
2. otec bude mít ochrannou ambulantní sexuologickou léčbu v souvislosti s prokazatelnou sexuální deviací
3. matka podá žádost o rozvod a s dětmi se odstěhuje
4. děti se nebudou s otcem stýkat (návrh pracovníků OPD byl vysloven, nebyl respektován)

5. dcera bude mít odpovídající psychoterapeutickou léčbu
6. matka bude mít psychoterapeutickou léčbu.

Vše se ovšem ve skutečnosti vyvíjelo jinak:

1. matka trestní oznámení nepodala
2. otec se rozhodl pro ambulantní spolupráci se sexuologem; v současné době, kdy už žije rodina několik měsíců odděleně, začal svou sexuální deviaci léčit a pokouší se o běžný sexuální život; v průběhu léčby vyplynulo, že se sexuální deviace zřejmě rozvinula a zafixovala jako náhražková aktivita (pozn. primární byla porucha erektivní potence a ejaculatio praecox); muž má v současnosti novou partnerku, spolupracuje dobrovolně se sexuologickou ambulancí
3. matka podala žádost o rozvod a žije v samostatném bytě s dětmi; má nového partnera, je spokojená
4. děti se s otcem stýkají dle vlastní potřeby – návštěvy nejsou nijak omezovány
5. starší dcera našla k otci svou míru vztahu, stýkají se, vztah nyní bez problémů; ambulantní psychoterapie trvala asi 2 měsíce, prakticky až v době, kdy už rodina našla z celé složité situace východisko
6. matka situaci zvládla bez psychoterapeutické pomoci; s otcem dětí je schopna běžně komunikovat, vzájemný vztah lze označit jako přátelský.

Závěr

Každý z nás má s diagnostikou svoje zkušenosti – dobré i špatné. Nelze se divit, že

bylo mnohem pravděpodobnější uvěřit tomu, že žena trpí paranoidním a otravným bludem, než přijmout možnost, že má pravdu. Zdálo se to přece tak absurdní! Určitě by ani pečlivě provedená objektivní anamnéza nepomohla na počátku prokázat, co se v rodině děje. Manžel by zřejmě všechno popřel a žádné důkazy neexistovaly. V tomto případě záležitost jednoduše musela dospět až k onomu kritickému bodu, k němuž dospěla. Naštěstí, jak se zdá, vše dobře dopadlo. Možná mnohem lépe, než kdybychom věci složitě řešili.

Cílem tohoto kazuistického sdělení bylo připomenout, že i neobvyklé události, s nimiž se nám pacient svěřuje, nemusejí být vždy výplodem chorého mozku, nýbrž (i když určitě jen zcela výjimečně) reálnou skutečností.

V této souvislosti se sluší připomenout si základní kritéria schizofrenie. Pro stanovení diagnózy schizofrenie je nutná přítomnost přinejmenším jednoho velmi jasného příznaku (bludy bizarního obsahu, halucinace, formální poruchy myšlení, katatonní příznaky a jiné) a obvykle dvou nebo více méně jasných symptomů, jejichž přehled manuál uvádí. Nezbytná je přítomnost těchto příznaků po většinu období jednoho měsíce nebo déle (2).

Pokud bychom se řídili klasifikací DSM-IV, což je americká klasifikace duševních poruch, široce mezinárodně akceptovaná, zjistili bychom, že jsou příznaky vymezeny mnohem přesněji právě proto, aby k podobným omylům nedocházelo.

Literatura

1. Světová zdravotnická organizace: Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum Praha. P. 282.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. P. 873.

Předpokládám, že psychiatr, který sdělil ženě diagnózu schizofrenie, hovořil o této nemoci jen v rámci širších diferenciálně diagnostických úvah. Mnohem pravděpodobnější totiž bylo stanovení diagnózy „poruchy s bludy“. Prakticky celý klinický obraz této diagnózy odpovídal. Obsah bludu byl, jak velmi dobře popisuje DSM IV, cit. „Ne tolik bizarní, zahrnuje situace, které se mohou v běžném životě objevovat, například skutečné pronásledování, skutečná snaha někoho otrávit nebo infikovat, atd.“ (1). Nebyly také přítomny žádné poruchy vnímání ve smyslu halucinací a žena uváděla léta trvající podezření na existenci jevu (podávání léků, jedů). Její globální fungování bylo kvalitní a chování nebylo nijak zvláštní či nápadné. Jediný rozdíl byl v tom, že vše, co uváděla, byla pravda, které nikdo v jejím okolí včetně rodiny (sestry, matky, otce), praktického lékaře a psychiatra – nechtěl uvěřit.

Snahou autorky bylo připomenout úskalí psychiatrické diagnostiky a upozornit na to, že základní medicínské krédo, k jehož plnění jsme se všichni kdysi zavázali, tedy „primum non nocere“, může být i při nejlepší snaze pacientovi pomoci, v zásadě pošlapáno. Jak se zdá, někdy se vyplatí pacientovi věřit a informace víc objektivizovat. Přinejmenším se vyplatí o svých diagnostických závěrech aspoň pochybovat – prostě mít stále na mysli, že přes to, že jde psychiatrický výzkum milovými kroky kupředu, v praxi psychiatrie stále zůstává „částečně vědou a částečně uměním...“