

Disociace a klinicko-psychologická diferenciální diagnostika: kazuistika

Mgr. Roman Koky

Psychiatrická nemocnice v Opavě, Pracoviště klinické psychologie

Psychologický ústav, FF MU Brno

Kazuistika popisuje případ muže ve středním věku, který byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici pro nespecifické disociativní symptomy. Pro objasnění potíží pacienta bylo lékařem indikováno klinicko-psychologické vyšetření, v rámci kterého bylo vyloučeno neuropsychologické i procesuální pozadí potíží. Naopak jako příčina disociativních stavů se jevila dekompanzace v terénu hraničně strukturované osobnosti.

Klíčová slova: disociace, hraniční struktura osobnosti, psychologické vyšetření.

Dissociation and clinical-psychological differential diagnosis: a case report

The case describes the case of a middle-aged man who was hospitalized in a psychiatric hospital for non-specific dissociative symptoms. To clarify the patient's problems, the doctor indicated a clinical-psychological examination, in which the neuropsychological and procedural background of the problems were ruled out. On the contrary, the cause of dissociative states appeared to be decompensation in the terrain of a borderline structured personality.

Key words: dissociation, borderline personality, psychological examination.

Úvod

Samotný proces disociace je často dáván do souvislosti s traumatickými či jinými nesnesitelnými obsahy vědomí, který chrání lidskou psychiku před fragmentací (rozpadem) a lze na ni pohlížet jako na určitý obranný mechanismus (1). Přičemž se předpokládá, že disociativním poruchám je společné to, že dochází ke ztrátě integrace mezi vzpomínkami, vědomím vlastní identity, bezprostředními emocionálními prožitky a volní kontrolou tělesných pohybů. Konverzí je pak myšlen soubor různých somatických příznaků nejčastěji v podobě motorických a senzorických symptomů bez prokazatelného medicínského odůvodnění (2). Dalším společným rysem je předpokládaný psychogenní původ (3). Disociativní stavy se mohou vyskytovat u široké škály duševních poruch – od afektivních poruch, psychotických poruch, stresových poruch v rámci akutní stresové poruchy, či posttraumatické

stresové poruchy. Krom toho může být disociace spojována s hraniční poruchou osobnosti (4). Skutečnost, že se jedná o symptom, který může být přítomen u vícero psychických poruch, zvyšuje nutnost pečlivé diagnostiky, k jejímuž upřesnění může přispět taktéž psychologické vyšetření. Tato kazuistika popisuje případ muže ve středním věku s diagnostikovanou nespecifickou disociativní poruchou a uvádí výsledky jeho psychologického vyšetření. Pacient poskytl informovaný souhlas s anonymizovaným zveřejněním kazuistiky.

Vlastní případ

Muž ve středním věku, jehož první kontakt s psychiatrií skrze hospitalizaci byl v rámci komplexní protialkoholní léčby, kterou úspěšně dokončil. Po pár měsících byl přijat do somatické nemocnice pro údajný psychomotorický neklid, který byl popisován matkou, se kterou v té do-

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Cit. zkr: Psychiatr. praxi. 2024;25(2):103-105

<https://doi.org/10.36290/psy.2024.017>

Článek přijat redakcí: 21. 2. 2024

Článek přijat k tisku: 26. 3. 2024

Mgr. Roman Koky

koky.r@email.cz

bě žil, a který měl podobu vstávání z postele a odcházení, přičemž pacient si na nic takového nevzpomíná. V somatické nemocnici bylo provedeno CT mozku bez objektivního nálezu, proto byl pacient přeložen do psychiatrické nemocnice. Vzhledem k dřívějšímu užívání mirtazapinu se předpokládala hypotéza o nežádoucích účincích léků. V rámci observace však matkou popisovaný stav nebyl zaznamenán, proto byl po několika dnech pacient propuštěn. Po pár dnech byl však opět přijat pro opakování popisovaných stavů.

Anamnéza

Muž pochází z učitelské rodiny. Dětství popisuje jako spokojené. Vztah s otcem popisuje pozitivně, matku popisuje jako přísnou, kontrolující, vztah s ní vnímá jako komplikovaný. Má jednoho staršího sourozence. Psychickou hereditu neguje.

Vyučen tesařem s ekonomickou nástavbou. Na základní i střední škole měl průměrný prospěch, byla mu diagnostikována dyskalkulie v pedagogicko-psychologické poradně. V průběhu života se živil jako recepční či pracoval v dělnických pozicích. V období covidu přišel o zaměstnání v Praze, musel se vrátit zpět k matce, kde žije doteď. Toto vnímá jako životní selhání. Soužití s matkou vnímá jako náročné, neustále ho hlídá a kontroluje, kvůli matkou popisovaným stavům musí spát vedle ní, protože o něho měla strach. Po návratu k matce začal nadužívat alkohol. V konečných stadiích byl schopen vypít 1 l vodky denně. Po dvou letech nadužívání alkoholu byl pacient motivován matkou a sestrou k absolvování komplexní protialkoholní léčby. V čase vyšetření 5 měsíců abstinoval. Je heterosexuálně orientovaný, v průběhu života neměl žádný vážný vztah. Vztahy navazuje pouze povrchní za účelem sexuálního uspokojení. Absenci vážného vztahu zdůvodňuje tím, že se zamilovával do nepřístupných jedinců. Zhruba před rokem mu ambulantní psychiatr diagnostikoval depresi, která se dle pacienta projevovala smutkem a pláčem. Střídavě medikoval Neurol, který kombinoval s alkoholem, stejně tak Mirtazapin a Trittico. Od psychiatra měl Rivotril a následně Elyceu. V čase vyšetření medikoval Asentru 100 mg (1-0-0) a Rivotril 0,5 mg (1-2-2). V minulosti užíval marihuanu denně zhruba 3–4 roky, před 20 lety zkoušel extázi a LSD. V rámci dotazování se na traumatické zážitky popisuje fyzické napadení v 17 letech třemi

mi vrstevníky a přepadení v metru zhruba před 2 lety, od té doby má strach. Popisuje sexuální zneužití na dětském táboře, když byl v 1. třídě, kdy ho starší chlapec osahával – k tomu dodává, že na to vzpomíná rád, moc tomu v té době nerozuměl, nevnímá to jako něco negativního.

Z psychologického vyšetření

Psychologické vyšetření bylo indikováno k objasnění potíží pacienta a vyloučení neuropsychologického a procesuálního pozadí potíží. Klinicky pacient působil bez nápadností, v čase vyšetření byl apsychoický, normoformický, spolupracující po celou dobu psychologického vyšetření. Stejně se projevoval i na oddělení. V nynější hospitalizaci již byly zaznamenány disociativní stavy v noci, vždy po telefonátu s matkou – kopal do topení, vstával, vysvlékal se a znovu oblékal, stěhoval nábytek v pokoji, poté znovu uleh a ráno si na nic z uvedeného nevzpomněl.

V rámci testových metod bylo provedeno vyšetření intelektu a kognitivních funkcí k vyloučení neuropsychologického pozadí popisovaných obtíží, dále projektivní metody – Rorschachův test (ROR) a Tematický apercepční test (TAT) k diagnostice osobnosti a vyloučení psychotického procesu.

Diagnostika kognitivních funkcí

Kognitivní a intelektový profil byl diagnostikován Wechslerovou intelligenční škálou (5). Celkový intelligenční kvocient vyšel v pásmu průměru (CIQ = 92), stejně tak verbální i performační složka (VIQ = 92; PIQ = 93). Průměrných výsledků pacient dosahoval také v rámci indexových skóre verbálního porozumění (IVP = 99) a percepčního uspořádání (IPU = 90). Nižšího průměru pak pacient dosahoval v indexu pracovní paměti (IPP = 88). Lze předpokládat, že výkon v rámci indexu pracovní paměti byl ovlivněn dyskalkulií, kterou měl pacient diagnostikovanu v dětství, neboť výkon v tomto indexu je mj. sycen i matematickými dovednostmi (např. subtest počty, kde pacient skóroval nejníže). Nejlepších výsledků v rámci individuálního kognitivního profilu pacient dosahoval v indexu rychlosti zpracování, kde se nacházel v pásmu vyššího průměru (IRZ = 118). Dále byly použity: test verbální učení (AVLT), měřící schopnost učení, krátkodobou verbální paměť a schopnost oddáleného vybavení, přičemž výsledky v rámci komparace s normami byly zcela v normě, stejně tak v testu cesty (TMT) měřící pracovní

tempo, koncentraci a distribuci pozornosti a Rey-Osteriethovy komplexní figury měřící exekutivní funkce, krátkodobou i oddálenou vizuální paměť. Celkově lze konstatovat, že kognitivní profil pacienta byl vzhledem k očekávané premorbidní úrovni i s přihlédnutím k dlouhodobému abúzu návykových látek v normě. Neuropsychologické pozadí disociativních stavů bylo v rámci testovaných kognitivních funkcí vyloučeno.

Projektivní metody

Pro diagnostiku osobnosti byly využity Rorschachův a Tematický apercepční test. Oba testy patří v rámci projektivních metod klinické psychologie k nejpoužívanějším. Oba testy umožňují diagnostiku osobnosti v celé její šíři a v klinické praxi mají své podstatné místo, neboť krom diagnostiky osobnosti umožňují diagnostiku myšlení i vnímání, které bývají často narušeny v důsledku závažné psychopatologie (např. v rámci procesuálního onemocnění). Podstatou Rorschachova testu je verbalizace paretolů (tj. imaginativní dotváření vnímaných nestrukturovaných podnětů do komplexních celků), které vyvolává nestrukturovaný podnětový materiál (6). Tematický apercepční test pak spočívá ve vyprávění příběhů k jednotlivým tabulím, přičemž se předpokládá projekce vlastních fantazijních obsahů, která má diagnostický význam (7). K interpretaci Rorschachova testu byl využit současný Exnerův systém skórování (8). K interpretaci TAT pak psychoanalytický přístup Brelet-Foulard a Chabert (9).

Výsledky Rorschachova testu daného pacienta ukázaly na přítomnost potíží v sociální kognici ve smyslu nepřesného a ukvapeného vnímání a interpretace sociálních situací. Značné byly tendence k maladaptivním vzorcům chování. Objekty percipuje jako nestálé, objektní vztahy nekvalitní. Značná je také hypersenzitivita vůči emočním podnětům a neschopnost její adaptivní regulace, což může vést k afektivnímu zaplavení. Patrná je nedostatečná schopnost integrace emočních prožitků. V protokolu dominovala impulzivita, emoční labilita a snaha zvládnutí uvedeného skrze pseudointelektualizační proces. Emoční labilita má často negativní dopad na myšlení, ve smyslu katatymního myšlení, nepřesnosti a zkreslení. Objevovalo se štěpení, výrazná dysforie, negativní sebeobraz, hněv a opozičnictví, anatomické obsahy, dále nedostatečná diferenciace mezi subjektem a objektem a ztráta přiměřeného odstupu od tabulí.

Kontakt s realitou byl však zachován. V protokolu byl přítomen mírně elevovaný trauma index, což je v souladu s anamnestickými daty. Protokol odrážel dekompenzovanou hraniční strukturu osobnosti. V TAT při konfrontaci s oidipskou konstelací docházelo u pacienta často ke snaze o výrazný odstup skrze popření v důsledku nižší úrovně psychického zpracování latentních obsahů daných tabulí, které neumožňuje jejich adaptivní zpracování. Z dalších obranných mechanismů se objevovalo štěpení s masivní projekcí – tj. důsledek hraniční struktury osobnosti, neschopné nalézt adaptivní kompromis. Přítomna byla devalvace ženských objektů, používání primitivních obran, erotizace a zaujetí změněným stavem vědomí. Myšlení však bylo jak po kvantitativní, tak kvalitativní stránce v normě. Stejně tak bylo intaktní i vnímání.

Psychologická diagnostická rozvaha

Vzhledem k vyloučení neuropsychologického pozadí popisovaných obtíží pacienta byl

zvažován spíše vliv akcentovaných osobnostních rysů – převážně hraničně-impulzivních. Testové metody potvrdily emoční labilitu a impulzivitu se značným dopadem na myšlení ve smyslu katalymního myšlení. Ve snaze adaptivního zvládnutí bylo přítomno používání primitivních obran – štěpení s masivní projekcí a popření, které jsou typické pro nízkofunkční osobnostní struktury (především hraniční) a které jsou neefektivní a mohou přispívat ke konverzním mechanismům, v případě zátěže, což může potvrzovat také skutečnost, že disociativním stavům na oddělení došlo dvakrát bezprostředně po telefonátu s matkou, které měly podobu stěhování nábytku v pokoji, vysvlékání a oblékání. Myšlení se jeví jako nepřesné a zkreslující zejména v sociálních situacích. Kontakt s realitou byl však zachován a v rámci výsledků psychologických metod byla vyloučena přítomnost závažné psychopatologie ve smyslu procesuálního onemocnění či poruchy nálady. Značné bylo dysforické prožívání a prožití hněvu. Potíže byly zřejmé i ve vztahové rovině v podobě neschopnosti vytvářet a udržovat smy-

slupné vztahy s lidmi. Lze předpokládat, že vše popsané mohlo mít podíl na daných potížích pacienta. Vyšetření bylo uzavřeno jako dekompenzace hraničně strukturované osobnosti, přičemž byla doporučena individuální psychoterapie.

Závěr

V této kazuistice byl popsán případ muže, který byl hospitalizován pro nespecifické disociativní příznaky v psychiatrické nemocnici. Vzhledem k nejednoznačnosti obtíží bylo indikováno psychologické vyšetření k objasnění potíží a vyloučení jejich neuropsychologického a procesuálního pozadí. V rámci psychologického vyšetření byly testovány kognitivní funkce a osobnost pacienta. Výsledky psychologického vyšetření nepotvrdily ani jednu z hypotéz a poukázaly na osobnostní problematiku ve smyslu hraniční struktury osobnosti. Kazuistika tak ukazuje na důležitost klinicko-psychologické diferenciativní diagnostiky, která může lékaři pomoci ke správnému stanovení diagnózy a následné léčby.

LITERATURA

1. Alayarian A. Trauma, Torture and Dissociation. UK: Routledge; 2016.
2. Subramanyam AA, Somaiya M, Shankar S, et al. Psychological interventions for dissociative disorders. Indian journal of psychiatry. 2020 Jan;62(2):280-289.
3. Praško J, Herman E, Raszka M, et al. Disociativní poruchy a jejich léčba. Med. pro praxi. 2007;4(11):471-476.
4. Spitzner C, Barnow S, Freyberger HJ, et al. Recent developments in the theory of dissociation. World psychiatry, 2016 Jun; 5(2):82-86.
5. Černochová D, Goldmann P, Král P, et al. WAIS-III – Wechslerova inteligenční škála pro dospělé. Praha: Hogrefe – Testcentrum; 2010.
6. Svoboda M. Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál; 2012.
7. Čermák I, Fikarová T a kol. Tematicko-apercepční test: interpretativní perspektivy. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s.r.o.; 2012.
8. Polák A, Obuch I. Komprehensivní systém J. E. Exnera, Jr., standardizovaný přístup k vyhodnocení Rorschachovy metody. Praha: Hogrefe – Testcentrum; 2010.
9. Ženatý J, Telerovská M, Michalec J. Manuál TAT, psychoanalytický přístup. Praha: Hogrefe – Testcentrum; 2019.