

Ve druhém kroku oba společně hledají možnosti, jak zmírnit reakci. V zásadě jsou možné 4 strategie: řešit situaci, vyhnout se stresoru, změnit perspektivu pohledu nebo utlumit příznaky přímo. Pokud jsou stresorem konflikty nebo změna životní situace, nejlepším řešením je pacienta vést k systematickým krokům, jak je řešit. Vyhnout se stresoru doporučujeme jen v situacích, kde jiné řešení není možné nebo další přetrvávání v situaci by situaci ještě zhoršovalo. Úkolem lékaře je však spíše vést pacienta ke hledání adaptivních řešení životních problémů. To, co je adaptivní přístup, však může být někdy velmi těžké určit i pro zkušeného psychoterapeuta. Je to vše, co podporuje rozumné sebevědomí pacienta a přitom neškodí druhým, co je praktické a „na zemi“. V zásadě je důležité podpořit pacienta v systematickém způsobu přemýšlení a hledání, takže na rozhodnutí, co v dané situaci udělat, by měl přijít pacient sám. Velmi důležité je nenechat se svést k radám. Lékař může radit jen v tom, v čem je kompetentní, tj. ve způsobu léčby (např. zda užívat léky), životosprávě, cvičení, nebo učít dovednosti, které se pacient potřebuje naučit – např. jak zvládnout záchvat paniky nebo jak relaxovat. V životních otázkách nejsme kompetentní radit nikomu. Jsme však schopni s pacientem prodiskutovat to, jak sám o řešení uvažuje a diskutovat s ním možné důsledky různých řešení. Lékař slouží jako emoční zázemí, nezaújatý partner, který velmi lidsky fandí a přitom skýtá rozumnou korekci, se kterým je možné diskutovat vlastní rozhodnutí a uvažovat všechna pro a proti. Je potřebné podrobně společně popsat vnější okolnosti i reakce pacienta a probrat způsoby, které už pro řešení použil. Je důležité, aby hodnocení situace provedl pacient sám, terapeut mu pomáhá pomocí otázek a důrazů. Řada lidí za námi přichází pro rady, které by jim jednoduše pomohly situaci řešit, nebo vědomě či nevědomě očekává rázný zásah lé-

15.4 Dissociativní (konverzní) poruchy

Společným rysem poruch v této skupině je částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla. Normálně existuje značný stupeň vědomé kontroly nad tím, kterým vzpomínkám a pocitům se může věnovat okamžitá pozornost a které pohyby se mají vykonat. U dissociativních poruch se předpokládá, že tato schopnost vědomé a selektivní kontroly je zhoršená do té míry, která se může měnit ze dne na den nebo dokonce z hodiny na hodinu. Tyto poruchy byly dříve klasifikovány jako různé formy „konverzní hysterie“. Dissociativní poruchy zde popsané mají předpokládaný „psychogenní“ původ. Jsou časově spjaty s traumatizujícími událostmi, neřešitelnými a nesnesitelnými problémy nebo narušenými vztahy.

Začátek a ukončení dissociativních stavů je často náhlý. Všechny typy dissociativních stavů mají tendenci k úpravě během několika týdnů nebo měsíců, obzvláště vznikly-li v souvislosti s traumatickou životní událostí. Chroničtější stavy, obrny a anestezie, se mohou rozvíjet (někdy pomaleji), jestliže je začátek spojen s neřeši-

kaře, který situaci jako mávnutím proutku změnil. Tato pasivita, závislost a převádění zodpovědnosti za vše na druhého člověka však nejsou hodnotným řešením. To, co má pacient v dané situaci udělat, si nakonec musí rozhodnout sám. Proto ho pomocí otázek vedeme k aktivnímu přemýšlení a hledání řešení („A co s tím můžete dělat? Jsou ještě jiná možná řešení? A je nutné to dělat sám? Co byste poradil, kdyby se něco podobného stalo vašemu příteli?“ apod.). Hlavním úkolem lékaře je být pacientovi průvodcem a citovou oporou. Pomocí pozitivní zpětné vazby posilujeme všechny aktivní a stenizující kroky. Snažíme se mu pomocí otevřít reálné možnosti změny situace a nalézt postupná řešení „krok za krokem“. Chráníme ho před maximalistickými nároky a zkratovým řešením. Pacient by si také měl ujasnit, co může změnit a s čím se musí smířit. Postupnou realizaci jednotlivých naplánovaných strategií dochází ke změně situace. Ve složitých situacích se snažíme o zapojení a spolupráci důležitých osob z pacientova okolí, ale i zapojení institucí a služeb, které jsou potřebné (home care, náhradní bydlení, péče o děti).

Psychofarmakoterapie. Léčba v této skupině poruch je dominantou psychoterapie. O účinnosti psychofarmak neexistuje žádná kontrolovaná studie, můžeme se opřít jen o praktické zkušenosti. Z psychofarmak mohou být krátkodobě účinná anxiolytika, nicméně vzhledem k možnostem návyku je nutno je podávat jen přechodně na počátku léčby. Lepší je situace s antidepressivy, zejména nižší dávky klomipraminu (Anafranil), anebo antidepressiva 3. generace (paroxetin, citalopram, sertralin, fluoxetin, fluvoxamin) se ukázala jako účinná. Lze je podávat dlouhodobě. Nízké dávky neuroleptik (chlorpromoxin, pimozid, haloperidol) jsou na místě při převažujících poruchách chování.

telními problémy nebo interpersonálními obtížemi. Dissociativní stavy, které trvaly více než 1–2 roky před tím, než jim byla věnována pozornost ze strany psychiatrie, jsou často terapeuticky rezistentní.

Všeobecná diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

- G1. Nesmí být prokázána žádná somatická porucha, která by mohla vysvětlit charakteristické příznaky této poruchy (i když mohou být přítomny somatické poruchy, které vyvolávají jiné příznaky).
- G2. Je přesvědčivý časový vztah mezi začátkem příznaků poruchy a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami.

■ Dissociativní amnézie (F44.0)

Hlavním rysem je ztráta paměti, týkající se obvykle důležitých nedávných událostí. Amnézie se obvykle soustřeďuje na traumatické události, jako jsou nehody nebo neočekávaná ztráta blízké osoby, a je obvykle částečná a selektivní. Rozsah a úplnost amnézie se často mění ze

dne na den a mezi vyšetřeními, ale existuje jedno společné jádro, které si pacient v bdělém stavu nemůže vybavit. Afektivní stavy, které doprovázejí amnézii, jsou různé, ale těžká deprese je vzácná. Může být bezradnost, pocity stísněnosti a chování vyvolávající pozornost okolí, ale někdy je nápadně klidné přijímání stavu. Většinou jsou postiženi mladí dospělí jedinci. Nejextrémnější případy se vyskytují u mužů jako důsledek bitevního stresu. U starších lidí se psychogenní dissociativní stavy vyskytují zřídka. Může se vyskytnout i bezúčelné toulání po okolí, ale protože je obvykle doprovázeno zanedbáváním sebe sama, zřídka trvá déle než den nebo dva. Nejobtížnější odlišení je od vědomé simulace amnézie a je obvykle spojena se zřejmými problémy, týkajícími se peněz, nebezpečí smrti v době války, možného rozsudku smrti nebo vězení.

Obecně vzato, jde o vzácnou poruchu, ale z dissociativních poruch nejčastější. Ve větší míře se objevuje po katastrofách nebo za války. Častější je u žen a v adolescenci a časně dospělosti. Etiopatogeneticky se nejpravděpodobněji jedná o psychogenní obranný mechanismus u disponovaného jedince. Roli může hrát jak krátkodobý pozitivní důsledek – ochrana před bolestnými zážitky – tak sekundární sociální zisk – ochrana nebo zvýhodnění. Počátek i ukončení bývají náhlé. Končí zpravidla plným uzdravením.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu.
- B. Musí být částečná nebo úplná amnézie na nedávné události nebo problémy, které byly nebo stále ještě jsou traumatizující nebo stresující.
- C. Amnézie je příliš rozsáhlá a úporná, než aby se mohla vysvětlit obyčejnou zapomnělostí (i když její hloubka a rozsah se může mezi jednotlivými hodnoceními měnit) nebo úmyslnou simulací.

■ Dissociativní fuga (F44.1)

Má všechny rysy dissociativní amnézie, navíc se přidává zdánlivě účelné odcestování z domova nebo z místa pracoviště, během kterého jedinec zachovává péči o sebe. V některých případech může pacient přijmout novou identitu, obvykle pouze na několik dní, ale někdy i na dlouhé časové období s překvapujícím stupněm úplnosti. Může se vyskytnout organizované cestování, a to na místa známá z dřívějška a emočně významná. I když má pacient na dobu fugy amnézii, může se jeho chování zdát nezávislému pozorovateli jako naprosto normální.

Jde o vzácnou poruchu, která se častěji objevuje při katastrofách a za války. Predisponovány jsou k ní pravděpodobně některé poruchy osobnosti, jako je emočně nestabilní – hraniční subtyp, histriónská, schizoidní a schizotypální. Predispozičním faktorem je abúzus alkoholu. Obvykle se objeví po psychosociálním stresu a trvá kráče, zpravidla několik hodin, výjimečně dny nebo měsíce. Remise nastupuje rychle. Nemá tendenci k rekurenci. Na traumatické události může být amnézie.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu.
- B. Jedinec podnikne neočekávanou, nicméně organizovanou cestu z domova nebo z obvyklého místa pracoviště a sociálních aktivit, přičemž z velké části zanedbává péči o sebe.

■ Dissociativní stupor (F44.2)

Pacientovo chování splňuje kritéria pro stupor, ale lékařská vyšetření ani nálezy neukáží žádnou tělesnou příčinu. Podobně jako u výše uvedených poruch existuje pozitivní průkaz psychogenního působení ve formě buď nedávných stresujících událostí, nebo význačných interpersonálních nebo sociálních problémů. Stupor se diagnostikuje na základě pronikavého nebo úplného chybění volných pohybů a normální reaktivity na vnější podněty, jako jsou světlo, hluk nebo dotek. Pacient sedí nebo leží po dlouhou dobu bez pohybů. Úplně nebo téměř úplně chybí řeč, spontánní a účelné pohyby. I když může být přítomen určitý stupeň poruchy vědomí, svalový tonus, držení těla, dýchání, otevřené oči a koordinované pohyby očí někdy jasně svědčí o tom, že pacient nespí a je při vědomí.

Je nutno odlišit ho od stuporu katatonního a depresivního nebo manického. Katatonnímu obvykle předcházejí příznaky nebo chování svědčící pro schizofrenii, depresivní a manický se vyvíjejí pomalu a jsou příznaky základní poruchy.

Jde o vzácnou poruchu, častěji se vyskytující u žen jako reakce na psychosociální traumatickou událost. Obvykle náhle začne a náhle spontánně skončí.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu.
- B. Volní pohyby a řeč jsou značně omezeny nebo vůbec chybí, rovněž tak normální reakce na světlo, hluk a dotek.
- C. Je zachován normální svalový tonus, držení těla a dýchání (a často omezené koordinované pohyby očí).

■ Trans a stavy posedlosti (F44.3)

Jsou poruchy, u nichž je dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného uvědomování si okolí. V některých případech osoba jedná jako by se jí zmocnila jiná osobnost, duch, božstvo nebo „síla“. Pozornost a uvědomování se může omezovat nebo soustřeďovat pouze na jeden nebo dva aspekty bezprostředního okolí, často se vyskytuje omezená, ale opakovaná řada pohybů, postojů a projevů.

V některých kulturách, zejména primitivních, se objevuje častěji. Obvykle se rozvíjí rychle, často v průběhu rituálního obřadu. Odeznívá spontánně.

Diagnostická kritéria MKN-10 (pro výzkum) ⇨

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro dissociativní poruchu.
- B. Musí být přítomen některý z následujících znaků:
- (1) **Trans.** Dochází k dočasné změně vědomí, která se projevuje dvěma ze tří následujících znaků:
 - (a) ztráta obvyklého pocitu osobní identity,
 - (b) zúžené uvědomování si bezprostředního okolí nebo neobvykle úzké a selektivní soustřeďování na okolní předměty,
 - (c) pohyby, postoje a řeč se omezují na opakování malého repertoáru.
 - (2) **Stav posedlosti.** Jedinec je přesvědčen, že se ho zmocnil duch, mocnost, božstvo nebo jiná osoba.
- C. Oba stavy uvedené v kritériu B pod bodem (1) a (2) musí být nechtěné a rušivé a vyskytují se mimo náboženské nebo jiné situace, uznávané v dané kultuře (nebo jsou jejich prodloužením).
- D. Nejčastěji užívaná vylučovací doložka. Porucha se nevyskytuje současně se schizofrenií nebo příbuznými

