

# DISOCIATIVNÍ PORUCHY A JEJICH LÉČBA

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>1,3,4</sup>, MUDr. Erik Herman<sup>2,5</sup>, MUDr. Michal Raszka<sup>1,3</sup>,

doc. MUDr. Jiří Hovorka, CSc.<sup>7,8</sup>, MUDr. Pavel Doubek<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrické centrum Praha

<sup>2</sup>1. LF UK Praha

<sup>3</sup>3. LF UK Praha

<sup>4</sup>Centrum neuropsychiatrických studií

<sup>5</sup>Psychiatrická ambulance Praha

<sup>6</sup>Psychiatrická klinika 1. LF UK Praha

<sup>7</sup>Neurologické oddělení a Neuropsychiatrické centrum Nemocnice Na Františku s poliklinikou, Praha

<sup>8</sup>Neurochirurgická klinika 1. LF UK Praha

U disociativních poruch je předpokládán „psychogenní“ původ. Jsou časově spjaty s traumatizujícími událostmi, neřešitelnými a nesnesitelnými problémy nebo narušenými vztahy. Postižení s disociativními poruchami často popírají problémy nebo těžkosti, které jsou pro zevního pozorovatele zjevné. Příznaky jsou často poplatné pacientovým představám o tom, jak by mělo somatické onemocnění vypadat. Klinické ani laboratorní vyšetření obvykle nepotvrdí přítomnost nějaké existující nebo neurologické poruchy. Začátek a ukončení disociativních stavů jsou často náhlé. Všechny typy disociativních stavů mají tendenci k úpravě během několika týdnů nebo měsíců, obzvláště pokud vznikly v souvislosti s traumatickou životní událostí. Chroničtější stavy, obrny a anestézie, se mohou rozvinout (někdy pomaleji), jestliže je začátek spojen s neřešitelnými problémy nebo interpersonálními obtížemi. Řada disociativních stavů odeznívá spontánně, bohužel některé mohou chronifikovat. Na místě je vždy podpůrná psychoterapie. Cílená léčba v této skupině poruch je záležitostí dynamické psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie nebo hypnózy. Základem psychoterapie je umožnit pacientovi, aby mohl integrovat svoje fragmentované zážitky a části své osobnosti, uvědomil si reálné minulé i aktuální problémy a našel cestu, jak současné problémy řešit. Psychofarmaka se spíše podávají symptomaticky, jejich skutečná efektivita je však nejasná, protože nebyl prováděn systematický výzkum.

**Klíčová slova:** disociativní poruchy, diagnostika, léčba, psychoterapie, dynamická psychoterapie, hypnóza, kognitivně behaviorální terapie, psychofarmakoterapie.

Med. Pro Praxi 2007; 4(9): 471–476

## Úvod

Pacienti trpící disociativními poruchami se projevují neobvyklými nebo dramaticky vypadajícími tělesnými příznaky, jako jsou záchvaty křečí, amnézie, trans, ztráta citlivosti, porucha vidění, obrna, afonie, změna vlastní identity, stavy „posedlosti“ (16). Jednotlivým prvkem je ztráta běžné souvislosti mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity, bezprostředními pocity a ovládním pohybu těla. Pojem „disociativní“ byl zaveden Janetem, který předpokládal, že určité obsahy myšlení jsou vytlačeny z vědomí (disociovány od zkušenostního poznání) a pokračují ve svém působení jako sensorické nebo motorické příznaky. U zdravého jedince funguje dobrý stupeň kontroly nad tím, kterým vzpomínkám a pocitům je potřebné věnovat pozornost a které pohyby se mají vykonat. U disociativních poruch je tato schopnost vědomá a selektivní kontroly zhoršená. Může se měnit v průběhu dní nebo dokonce hodin (18).

## Epidemiologie

Přesnější epidemiologické studie nebyly provedeny. Odhaduje se incidence disociativních poruch v populaci jsou kolem 1%. U hospitalizovaných psychiatrických pacientů je odhad kolem 3% (21). Od

5% až do 24% psychiatrických pacientů udává příznaky poruchy motoriky v anamnéze (4). Převažují ženy až v poměru 9:1 k mužům (20).

## Etiopatogeneze

Disociativní poruchy mívají časovou spojitost s obtížnými a neřešitelnými problémy, traumatizujícími událostmi nebo narušenými vztahy. Postižení však zpravidla tyto zjevné patrné příčinné souvislosti popírají. Problémy, které popisují, pokládají až za důsledek disociativních příznaků (17). Vlastní mechanismus disociace a konverze není známý. Základním psychodynamickým předpokladem je *maladaptivní nevědomé využívání obranných psy-*

*chických mechanismů disociace a konverze* s následnou tvorbou psychických a/nebo tělesných příznaků. *Disociace* je obranný psychický mechanismus, který jedinec nevědomě použije, když jeho psychika není schopna se vyrovnat se s určitým psychickým obsahem – proto jej odštěpí – disociuje od vědomé oblasti psychiky. Jedinec se pak nemusí s problémem vyrovnávat, nicméně objeví se tělesné nebo psychické příznaky (10). *Konverzí* je pak nazýván psychický mechanismus, vlivem kterého se pro člověka neúnosný soubor pocitů, přání a myšlenek nahradí tělesným příznakem, většinou alterací sensorických a motorických funkcí. Typickými somatickými symptomy jsou: poruchy motoriky (funkční

**Tabulka 1. Základní aspekty disociativních poruch (16)**

### Tělesné příznaky

- Jsou neobvykle způsobem prezentace;
- Nejsou konzistentní se známou nemocí.

Začátek je často náhlý a souvisí s psychickým stresem nebo obtížnými osobními okolnostmi.

### U akutních případů příznaky mohou:

- Být dramatické a neobvyklé;
- Měnit čas od času svůj charakter;
- Souviset s pozorností ostatních.

U chronických případů nám mohou pacienti připadat nápadně klidní, vezmeme-li v úvahu závažnost udávaných obtíží.

parézy, ataxie atp.), křeče (imitující epileptický záchvat), poruchy citlivosti a poruchy senzorické (např. různé anestézie, psychogenní slepota). Disociace se může objevit i u relativně vyrovnaného člověka, pokud je v situaci neúnosné traumatizace (obětí mučení, znásilnění, přepadení apod.). Traumatickou událost pak postižený emočně neprožívá a může mít na ni amnézii. Mechanismus disociace jako strategie mívají zejména lidé, kteří byli v dětství vystaveni opakovanému traumatizaci (sexuální, tělesné nebo jiného zneužívání apod.). Tento mechanismus pak nevědomě může fungovat i k vyrovnáváním se s nepříjemnými zážitky v dospělosti (9).

## Diagnóza

Pro určení diagnózy je podle Mezinárodní klasifikace nemocí vyžadováno (17):

- specifické klinické rysy pro jednotlivé disociativní poruchy;
- chybí známky somatického onemocnění, které by mohly příznaky vysvětlit;
- průkaz psychologické příčiny ve formě jasného časového vztahu ke stresovým událostem a problémům nebo k narušeným vztahům (i když je pacient popírá).

Pokud není psychologická souvislost průkazná, měla by být diagnóza poruchy pokládána za prozatímní a je potřebné pokračovat v hledání jak somatických, tak psychologických příčin. Pokud jsou přítomny známé poruchy centrálního a periferního nervového systému, měla by se diagnóza disociativní poruchy stanovovat velmi opatrně (17).

Příznaky jsou často poplatné pacientovým předstávám o tom, jak by mělo somatické onemocnění vypadat. Klinické ani laboratorní vyšetření obvykle nepotvrdí přítomnost nějaké existující somatické poruchy. Patří sem:

## Disociativní amnézie

Dominuje ztráta paměti, obvykle důležité nedávné události (17). Jde zejména o traumatické události, jako jsou nehody či náhlá ztráta blízké osoby. Podle Coons a Milstein (5) jde zejména o neschopnost vybavit si vzpomínky na sexuální zneužívání, manželský nesoulad, sexuální aktivity, suicidální pokusy, kriminální činy a smrt blízkých osob. Amnézie bývá částečná a selektivní. Jde o poruchu epizodické paměti, kde chybí schopnost vybavit si vzpomínku na konkrétní události, nikoli na získané dovednosti či znalosti. Většinou se nejedná pouze o zamlžení vzpomínky, spíše o plnou neschopnost vybavit si ji. Ztráta paměti se omezuje na jedno nebo více časových období, která sahají od minut po roky (9). Rozsah amnézie se může měnit ze dne na den, ale je přítomno společné jádro, které si pacient

**Tabulka 2. Obecná kritéria MKN-10 pro F44 Disociativní poruchy (23)**

G1.	Nesmí být přítomny žádné známky somatické poruchy, která by vysvětlovala charakteristické příznaky disociativní poruchy, mohou být ovšem přítomny somatické poruchy s jinými příznaky.
G2.	Existuje přesvědčivá časová souvislost mezi začátkem příznaků poruchy a stresovými událostmi, problémy nebo potřebami.

nedokáže vybavit. Většinou si není vědom, že má ve vzpomínce výpadek. Upozorní ho na to až okolí. Amnézie zpravidla nezasahuje procedurální paměť ani ukládání paměťových stop.

## Stanovení diagnózy vyžaduje

- amnézii (buď částečnou nebo úplnou) na nedávno proběhlé traumatické nebo stresující zážitky (zpravidla získáváme informace od jiných osob);
- není způsobena organickou poruchou mozku, intoxikací nebo nadměrnou únavou.

Doprovázející emoční stavy mohou být různé, těžká deprese je však vzácná. Spíše se objevuje bezradnost, pocity stísněnosti a chování vyvolávající pozornost okolí. Někdy je naopak nápadně klidné přijímání stavu. Postižení bývají většinou mladí dospělí lidé. Nejzávažnější případy u mužů se objevují jako důsledek válečného stresu. Může se objevit i bezúčelné toulání po okolí, ale protože je obvykle doprovázeno zanedbáváním sebe sama, zřídka trvá déle než den nebo dva.

Jde o vzácnou poruchu, ale z disociativních poruch nejčastější. 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 bolestným zážitkem), tak sekundární sociální zisk (ochrana nebo zvýhodnění). Počátek i ukončení bývají náhlé. Končí zpravidla plným uzdravením.

## Diferenciální diagnóza

Simulace amnézie je obvykle spojena se snahou vyhnout se jasným problémům, jako jsou zpronevěry peněz, odvozy do armády v době války, trestné činy, hrozba věznění apod. Po kontuzi či jiném poranění mozku se objevuje retrogradní amnézie, jen u velmi vážných poraněních může být i anterogradní. Amnézie při disociativní poruše je zpravidla převážně retrogradní. Hypnózou nebo abreakcí může být ovlivněna pouze disociativní amnézie (17). U organických psychických poruch jsou zpravidla patry další známky poruchy centrálního nervového systému, známky zastřeného vědomí, dezorientace, kolísání hladiny vědomí. Oproti demenci je porucha paměti ve většině případů vratná (24). Poiktové amnézie při epilepsii jsou spojeny se ztrátou vědomí a nemívají psychosociální příčiny. „Okna“ jako dů-

sledek abúzu alkoholu nebo jiných návykových látek jsou v časové souvislosti s intoxikací a nikdy se nemohou znovu vybavit. Amnestický syndrom v rámci Korsakova syndromu se projevuje normálním okamžitým zapamatováním, ale ztrátou vzpomínky za 2–3 minuty.

## Disociativní fuga

K disociativní amnézii se navíc přidává zdánlivě účelné odcestování z domova nebo z místa pracoviště. Postižený přitom zachovává péči o sebe (17). Někdy může pacient také přijmout jinou identitu. Obvykle to bývá pouze na několik dní, ale někdy i na dlouhé časové období. Může se objevit cestování na místa známá z dřívějšího nebo významná emočně. Pacient má po dobu fugy amnézii. Nezávislému pozorovateli se jeho chování zdá být normální a nenápadné.

## Diagnostická vodítka (17)

- rysy disociativní amnézie;
- účelné cestování mimo obvyklý každodenní rozsah;
- zachovávání základní péče o sebe (jídlo, mytí apod.) a jednoduchá sociální interakce s neznámými lidmi (dotazy na cestu, nakoupení benzínu do auta, objednání jídla apod.).

Jde o vzácnou poruchu, častěji se objevující při katastrofách a za války. Počátek je obvykle náhlý, navazující na traumatickou životní událost nebo bolestnou ztrátu. Predisponovány bývají některé poruchy osobnosti, jako je emočně nestabilní – hraniční subtyp, histriónská, schizoidní a schizotypální. Predispozičním faktorem je také abúzus alkoholu. Fuga se obvykle se objeví po psychosociálním stresu. Trvá většinou krátce (několik hodin, výjimečně dny nebo měsíce). Remise nastupuje rychle. Nemá tendenci k rekurenci. Na traumatické události může být amnézie. Ve většině případů dochází ke spontánnímu odeznění poruchy, udává se, že s pomocí hypnózy je možné učinit dostupným disociovaný traumatizující materiál nebo odštěpenou část osobnosti (25).

## Diferenciální diagnóza

Rozlišení od vědomé simulace fugy je obtížné. U fugy po paroxysmu v rámci temporální epilepsie je cestování méně účelné a objevuje se roztržštěná nebo nepřiléhavá činnost (např. močení na veřej-

nosti). Chybí zde stresující události nebo problémy. V anamnéze bývá diagnostikována epilepsie.

### Disociativní stupor

Pacient je ve stuporu a lékařský náález ani vyšetření nezjistili somatickou příčinu. Chybí volní pohyby a normální aktivita na vnější podněty jako je světlo, hluk nebo dotek. Postižený sedí nebo leží po dlouhou dobu bez pohybů. Úplně nebo téměř chybí řeč, spontánní a účelné pohyby. Může být přítomen lehký 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 (17). Rozvoj stuporu souvisí s psychosociálním stresem (životní události, interpersonálních nebo sociálních problémy). Většinou se obraz rozvíjí náhle pod vlivem zážitku závažné stresující události, trvá hodiny až dny, vzácněji déle. Končí zpravidla náhle.

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

### Diagnostická vodítka

- stupor;
- nepřítomnost tělesné nebo psychické poruchy, která by mohla stupor vysvětlit;
- průkaz nedávných stresujících událostí nebo aktuálních problémů.

### Diferenciální diagnóza

Je nutno odlišit od stuporu organického, katatonního, depresivního nebo manického. Katatonnímu stuporu obvykle předchází příznaky nebo chování svědčící pro schizofrenii. Depresivní a manický stupor se vyvíjejí pomalu a pacient má také příznaky základní poruchy.

### Trans a stavy posedlosti

U transu dochází k dočasné ztrátě pocitu osobní identity a plného uvědomování si okolí (17). Většinou se objevují výrazné tělesné příznaky jako je náhlý kolaps, znehybnění, ztráta rovnováhy, ale i ječení, křik, pláč. Schopnost vybavit si vzpomínky na tyto události jsou zřídka narušeny, pokud je přítomna amnézie, není úplná, ale střípkovitá (9). Patří sem pouze transy, které jsou nechťené a které omezují obvykle každodenní činnosti. V některých kulturách, zejména primitivních, se objevují častěji. Obvykle se rozvíjí rychle, často v průběhu rituálního obřadu. Odeznívá spontánně. U stavu posedlosti postižený jedná jako by se ho zmocnila jiná osoba, duch, božstvo nebo „síla“. Může prezentovat zakázané myšlenky, účastnit se netypických sexuálně nebo agresivně laděných religiozních aktivit. Pozornost a uvědomování se mohou zúžit

pouze na jeden nebo dva aspekty bezprostředního okolí. K obrazu mohou patřit omezené, opakované pohyby, postoje a projevy. U stavu posedlosti je oproti transu zpravidla přítomna plná amnézie na období, kdy byl jedinec „posedlý“.

### Diferenciální diagnóza

Je potřeba vyloučit stavy transu, které se mohou objevit při schizofrenii nebo schizoafektivní poruše a u akutních psychóz s bludy a halucinacemi. Tento stav může být také spjat s temporální epilepsií nebo poraněním hlavy, či intoxikací psychoaktivní látkou.

### Disociativní poruchy motoriky, citlivosti a poruchy senzorické

Hlavním příznakem je ztráta nebo narušení pohybů nebo cití (zpravidla kožního) nebo jiná senzorická porucha. Přesto, že se pacient jeví jako tělesně nemocný, nelze zjistit žádnou tělesnou poruchu, která by vysvětlovala jeho potíže. Příznaky často odpovídají pacientově představě o tělesné poruše, která může být v rozporu s fyziologickými nebo anatomickými pravidly (17). Nejobvyklejším typem je ztráta schopnosti pohybovat buď celou končetinou nebo její částí. Ochnutí může být kompletní nebo částečné, přičemž pohyby jsou slabé a pomalé. Stupně ataxie se mění, zvláště u nohou, projevují se bizarní chůzí nebo neschopností stát bez pomoci. Může být i přehnaný třes nebo chvění jedné nebo více končetin nebo celého těla. Může se vyskytnout blízka podobnost s téměř všemi druhy ataxie, apraxie, akinéze, afonie, dysartrie, dyskinéze a obrn. Poruchy citlivosti nejčastěji probíhají pod obrazem parestézií, dysestézií a anestézií různých tělesných regionů. Pacienti popisují například necitlivost horní končetiny typu „rukavice“, neodpovídající průběhu inervace. Disociativní ztráta zraku je vzácně úplná. Spíše se objevují ztráty ostrosti nebo rozmazané vidění či „tunelové vidění“. Psychogenní hluchota a anosmie jsou daleko méně časté než ztráta senzitivity nebo zraku.

Z psychosociální situace je často patrné, že neschopnost, vyplývající ze ztráty funkce, postiženému pomáhá vyhnout se nepříjemnému konfliktu nebo nepřímo vyjádřit závislost nebo odpor. Problémy nebo konflikty mohou být okolí patrné, pacient sám je však obvykle popírá. Své potíže přičítá příznakům a jejich důsledkům. Míra handicapů se může měnit podle emočního stavu pacienta a počtu a typu přítomných osob. V různé míře bývá přítomno chování vyžadující pozornost okolí. Lehčí přechodné typy těchto poruch je možné vidět v adolescenci, zejména u děvčat.

Prevalence ani incidence není přesně známá. Odhaduje se, že se vyskytuje cca u 0,1% ambulantních pacientů. Psychodynamické teorie mluví

o tom, že jde o výraz nevědomého potlačení psychického konfliktu. Primárním ziskem může být snížení vnitřního napětí, sekundárním pak vyhnutí se osamostatnění, práci, nebo zisk důchodu. Obvykle lze najít premorbidní abnormality osobních vztahů, osobnosti, blízcí příbuzní a přátelé mohou trpět somatickým onemocněním se symptomy, které se podobají pacientovým příznakům (17). Porucha se objevuje častěji u histriónské, hraniční nebo vyhýbavé poruchy osobnosti. Na rozdíl od předešlých disociativních poruch bývá průběh rekurentní. Až ve 30% bývá komorbidní somatické onemocnění, které by lékař neměl přehlédnout.

### Diagnostická vodítka

- a) neměly by být přítomny známky somatické poruchy;
- b) musí být dostatek informací o psychologickém a sociálním pozadí a osobních vztazích pacienta, aby mohly být přesvědčivě formulovány důvody, proč se porucha objevila.

Diagnóza by měla zůstat provizorní, pokud má lékař jakékoliv pochybnosti o spolupůsobení možné tělesné nemoci, nebo když není jasné, proč se porucha rozvinula. U problematických případů je potřebné vždy uvažovat o možnosti, že se objeví vážné tělesné nebo psychické onemocnění.

### Diferenciální diagnóza

Nutno odlišit počáteční stadia progresivních neurologických poruch, zvláště systémového lupus erythematoses a roztroušené sklerózy. Diagnosticky obtížní bývají pacienti, kteří na počátku rozvoje neurologického onemocnění reagují pocitem úzkosti, tísně a chováním přivolávajícím pozornost. Mnohočetné a špatně definované tělesné potíže by měly být klasifikovány pod hlavičkou somatoformních poruch nebo neurastenie. U disociativních poruch si pacienti zpravidla vůbec nestěžují na vegetativní potíže, ale spíše se jejich stížnosti omezují na specifické systémy nebo části těla, například pokožku. To je v protikladu k mnohočetným a měnlivým lokalizacím potíží u somatizační poruchy a nediferencované somatoformní poruchy. I v průběhu závažných psychických poruch, jako je schizofrenie nebo těžká deprese, se mohou objevit izolované disociativní příznaky. Od disociativní poruchy se často obtížně odlišuje simulace ztráty hybnosti či citlivosti. Odlišení se opírá o dlouhé pozorování, pochopení osobnosti pacienta, kontextu vzniku obtíží a důsledků uzdravení oproti trvalé neschopnosti.

### Disociativní křeče

Disociativní křeče (pseudozáchvaty) se podobají epileptickým záchvatům. Jen vzácně však dojde

k pokousání jazyka, pohmožděninám následkem pádu, inkontinenci moči, nebo ztrátě vědomí. Mohou být nahrazeny stuporem nebo transem. Disociační záchvat často začíná provokačním momentem emočního charakteru. Nástup záchvatu bývá spíše pozvolný oproti epileptickému a rozvíjí se nefyziologicky. Generalizované křeče mohou předcházet poruchu vědomí. Motorická aktivita je bizarní, asynchronní, přerušovaná, s kolísavou frekvencí, někdy s částečně zachovanou volní aktivitou. Pozorujeme dystonii končetin, od flexe a inverze dolních končetin k charakteristickému lukovitému postavení v opistotonu. Objevují se laterolaterální házivé pohyby trupu a hlavy, předozadní pohyby pánve. Motorická aktivita lze ovlivnit změnou polohy, podržením končetiny. Pláč v některých případech doplňuje nebo přerušuje pohyby, vyskytuje se při záchvatu, během i po něm. Pro epileptický záchvat je málo typický. I při výrazně „hypermotorických“ záchvatech se nekonstantně objevuje volní ochrana obličejové nebo končetin. Popsané motorické symptomy jsou většinou ovlivnitelné sugescí jak na počátku, tak v průběhu i po ukončení.

S rozvojem video-EEG monitorování v posledních 20 letech bylo zjištěno, že až 20 % osob, které byly léčeny dlouhodobě pro epilepsii, touto nemocí netrpí. Záchvatové stavy, které byly léčeny, byly disociativního původu (1, 11, 12). Jsou popisovány různými termíny, nejčastěji jako: *hysterické záchvaty*, *hysteroepilepsie*, *konverzní záchvaty*, *pseudozáchvaty*. Optimální se však zdá být termín neepileptické psychogenní záchvaty (9, 26). Nepřítomnost specifických epileptiformních změn na EEG však ještě neznamená, že příčina záchvatu je neepileptická. Až 80 % simplexních parciálních záchvatů, zejména senzorických oproti motorickým, má negativní iktální EEG korelát (6).

### Diferenciální diagnóza

Diferenciálně diagnosticky je zásadní vyloučit epileptický původ záchvatů, dále neepileptické záchvaty somatického původu (kardiovaskulární synkopy, tranzientní ischemické ataky, migrény, polékové poruchy a další). Klinické využití EEG je limitováno jeho omezenou senzitivitou, specifičností, ale také falešně pozitivními nálezy u asymptomatických jedinců. U více než 10 % normálních, zdravých osob se nacházejí nespecifické EEG abnormality a u 1–2 % osob abnormality epileptiformní (11, 12).

Z *kardiovaskulárních* příčin se záchvatovitě projevují synkopy (ortostatické, kardiogenní, respirační, vazovagální). Z *cerebrovaskulárních* příhod záchvatovitý průběh mohou mít přechodné (transientní ischemické ataky). *Poruchy spánku* (noční děsy, somnambulismus, enuresis, REM poruchy, syndrom neklidných nohou, narkolepsie) mohou

**Tabulka 3. Diferenciálně diagnostické příznaky mezi epilepsií, disociativní poruchou a panickou poruchou (9)**

	Epilepsie	Disociativní porucha	Panická porucha
Charakter záchvatu	Stereotypní	Měnlivý	Měnlivý, s vegetativními příznaky
Provokující moment	Obvykle chybí psychogenní provokace	Emoční rozlada, vzrušení. Někdy pravidelně se opakující provokace – určité situace, telefonáty, ale i kalendářní datum	Emoční rozlada, klaustrofobické, agorafobické situace
Frekvence	Vzácně více než 1× denně mimo SPC	Různá, často opakovaně během dne	Různá, sporadicky, i několik denně
Přítomnost jiných osob	Někdy, často o samotě, v noci	V naprosté většině případů v přítomnosti druhých osob, často příbuzných, vzácně v noci	Většinou, v agorafobických a klaustrofobických situacích není nezbytně nutná
Prostředí	Kdekoli	V místnosti, nejčastěji doma	Z „čistého nebe“, v klaustrofobických, agorafobických situacích
Varovné příznaky	Pokud jsou přítomna, tak stereotypní, „aura“ – subjektivní simplexní parciální záchvat	Měnlivá, někdy na počátku ataky hyperventilace	Hyperventilace, točení hlavy, brnění rtů a aker, bušení srdce, dušnost, prožitek úzkosti
Počátek	Obvykle náhlý	Většinou pozvolný	Poměrně rychlý
Výkřik	Na počátku některých záchvatů, v průběhu záchvatů s vokalizací	V průběhu záchvatu, často bizarní ráz, symbolický obsah	Není
Křeče	Stereotypní, tonicko-klinické, tonické, hypermotorické, automatizmy	Měnlivé, rigidita s náhodnými obrannými pohyby	Při masivní hyperventilace tetanické křeče
Pokousání	Jazyk	Poranění rtů, rukou, někdy druhé osoby	Není
Pomočení	Dostí často	Velmi vzácně	Není
Poranění	Dostí často	Vzácněji, může být přítomno – není vylučovacím kritériem	Není
Mluvení během ataky	Vzácně	Často	Ano
Vědomí	Dle typu záchvatu od neporušeného po kvalitativní, kvantitativní narušení až po dočasnou ztrátu vědomí, postparoxysmální alterace s amnézií, postupná úprava	Kvalitativní porucha vědomí častá, ztráta vědomí je možná (disociativní amnézie)	Derealizace, depersonalizace, výjimečně krátkodobá ztráta vědomí
Trvání	Nejčastěji do 30 s – 1 minuty	Minuty i déle	Minuty, nejdéle hodina, protrahovaně, dále mírnější projevy úzkosti
EEG	Většinou abnormní interiktálně (cca 10 % bez epileptiformní abnormality), při záchvatu, většinou iktální korelát	Mezi záchvaty většinou normální, ale i abnormní (většinou pomalá abnormalita, někdy i epileptiformní), při záchvatu trvá obdobný nálezní, tedy bez „iktálního“ korelátu. Při nočních záchvatech předchází „probuzení“ v EEG.	Normální při záchvatu i mimo záchvat, někdy nespecificky abnormní při záchvatu i mimo záchvat
Prolaktin v séru	Až u 90–100 % pacientů po generalizovaných záchvatech (GTCS), dvojnásobné zvýšení proti individuální normě, vrchol 15–30 minut po záchvatu. U CPS (temporálních) u 43–100 %, u SPC v 10 %	Není elevace	Není elevace
Provokace sugescí	Ne	Ano	Možná
Léčba	Antikonvulziva	Komplexní léčba, psychoterapie, antidepresiva, neuroleptika, antikonvulziva	Antidepresiva (SSRI), psychoterapie

imitovat epileptické i psychogenní záchvaty (9). Z *metabolických* příčin je nutné odlišit především hypoglykémii. Při *intoxikacích* návykovými látkami různého typu (i v průběhu abstinčních stavů) můžeme pozorovat kvalitativní i kvantitativní poruchy vědomí, poruchy chování i stavy s křečemi. Obtížné může být odlišení od simulace a faktivních poruch. *Simulované záchvaty* jsou motivovány vědomým sekundárním ziskem, například získáním invalidního důchodu nebo snaze vyhnout se trestu. Jde o vědomý úmysl. Naproti tomu nemocný s *Munchausenovým syndromem*, který podává anamnézu dramaticky, nemá ve svém počínání vědomě zistné úmysly, jen touží být ve středu pozornosti a péči zdravotníků.

### Jiné disociativní (konverzní) poruchy Ganserův syndrom

Tato porucha je charakterizována regresivním chováním a „přibližnými odpověďmi“ (např.  $1 + 1 = 3$ ). Je obvykle doprovázen dalšími disociativními příznaky (např. disociativní obrna končetiny). Je to velmi vzácná porucha s psychogenní etiologií. Častěji se objevuje u vězňů ve vyšetřovací vazbě. Po rozsudku odeznívá.

### Mnohočetná porucha osobnosti

Rysem je existence dvou nebo více samostatných osobností u jednoho jedince, přičemž se projevuje vždy jen jedna. Každá osobnost je kompletní, s vlastními vzpomínkami, chováním a preferencemi. Žádná nemá přístup ke vzpomínkám druhé osoby a téměř nikdy si jedna druhou neuvědomuje. Změna z jedné osobnosti do druhé je obvykle náhlá a je úzce spojena s traumatickými událostmi. Následující změny jsou často omezeny na dramatické a stresové události, nebo se vyskytují během sezení s terapeutem, která zahrnují relaxaci, hypnózu nebo odreagování. Jedná se o vzácnou poruchu nejasné etiologie. Hypotetickou příčinou pro vznik oddělených identit je ochrana jedince před neúnosnou traumatizací především v dětství – traumatického zážitku si je následně vědoma pouze jedna z osobností. V anamnéze bývá zneužívání v dětství a asi u čtvrtiny jsou patologické EEG nálezy. Nejčastěji se objevuje v adolescenci. Má tendenci k chronickému průběhu.

### Průběh disociativních poruch

Začátek a ukončení disociativních stavů jsou často náhlé, ale zřídka je lze postřehnout, s výjimkou záměrných interakcí nebo postupů, jako je hypnóza nebo odreagování (18). Změna disociativního stavu nebo jeho vymizení mohou být omezeny na dobu trvání takovýchto postupů. Disociativní stavy mají zpravidla tendenci k úpravě během několika týdnů nebo měsíců, obzvláště pokud vznikly v souvislosti s traumatickou životní událostí. Chroničtější stavy,

obrna a anestézie se mohou rozvinout (někdy pomaleji), jestliže je začátek spojen s neřešitelnými problémy nebo interpersonálními obtížemi. Disociativní stavy, které trvaly více než 1–2 roky předtím, než jim byla věnována pozornost ze strany psychiatrie, jsou často terapeuticky rezistentní (18).

### Léčba

Cílená léčba v této skupině poruch je dominantou dynamické psychoterapie, behaviorální terapie nebo hypnózy. Cílem léčebných postupů je v ideálním případě zpětná integrace dříve odštěpených součástí psychiky k vědomé oblasti dané osoby, což vede k vymizení příznaků a zlepšení celkové stability psychiky (9). Většina akutních konverzních poruch však odeznívá spontánně. Na místě je vždy *podpůrná psychoterapie*.

### Klinické vedení a podpůrná psychoterapie

Dobré klinické vedení a podpůrná psychoterapie mají být součástí jakéhokoli terapeutického vedení. Podpůrná psychoterapie je používána především u více regredovaných pacientů s nízkým adaptačním potenciálem, případně s nízkým intelektem, kde systematická psychoterapie není pro malou spolupráci pacienta možná.

### Dynamická psychoterapie

Dynamická psychoterapie se snaží pomoci postiženému získat náhled a odstranit emoční poklad pro disociaci. Terapeutické postupy jsou zaměřeny na zlepšení tolerance psychiky vůči stresu a frustraci (vzhledem k vnitřním i vnějším impulzům). To pacientovi umožní opustit maladaptivní obranné psychické mechanismy, které vedou k disociaci či konverzi nepřijatelných impulzů či psychických obsahů. Zlepšená adaptace pak umožní uvést nevědomé disociované a konvertované psychické obsahy do vědomí s následným vymizením příznaků.

### Abreakce

Pomocí abreakce je možné prožít disociované silné emoce spojené s traumatem. Abreakce však nemusí vést k plnému terapeutickému efektu, neboť konečným cílem léčby není pouze prožití emocí spojených s traumatem, ale i jejich integrace do psychiky a jejich bezpečné zvládnání (24). Proto abreakce potřebuje doplnit dalšími technikami jako jsou podpora, klarifikace, interpretace, přerámování, konfrontace apod.

### Hypnóza

Hypnóza může vést ke zvýšení dostupnosti disociovaných zážitků či emocí, traumatizujícího materiálu nebo odštěpené části osobnosti a jejich reintegraci (9). Je možné u nich využít obvyklé tech-

niky hypnózy jako je například věková regrese (25). U nás zevrubně popsal možnosti hypnózy u disociativních poruch prof. Stanislav Kratochvíl (14).

### Technika promítacího plátna

Tento přístup umožňuje pacientovi vybavit si oddělené vzpomínky a naučit se zpracovat emoce, které jsou k nim vázané (25). V hypnóze si pacient vybavuje traumatickou událost jako by se na ni díval na promítacím plátně. Projekce na plátno bývá jednodušší pro některé pacienty, kteří si u běžné hypnózy nejsou schopni vybavit traumatické vzpomínky a emoce. Technika promítacího plátna může být využita ke kognitivní restrukturalizaci traumatických vzpomínek, například na levé polovině imaginárního promítacího plátna si může pacient představovat část traumatické události a na pravé polovině plátna něco nebo někoho, kdo ho může před traumatem chránit. Tímto způsobem je možné vybavit si více podrobností traumatického zážitku v únosnějším kontextu.

### Kognitivně behaviorální terapie

Základním cílem kognitivně behaviorální terapie disociativních poruch je pomoci pacientovi integrovat fragmentované konflikty, zážitky, emocionální stavy a integrovat části své osobnosti (19). Základem terapie je důvěryhodný terapeutický vztah, umožňující pacientovi postupně pojmenovat bolestné zážitky, kterým se během rozvoje disociativní poruchy kognitivně a emocionálně vyhýbal. V průběhu KBT dochází často ke zpracování traumatických události nebo konfliktních vztahových problémů. To může probíhat v průběhu rozhovoru, v imaginaci, psaním dopisů nebo hraním rolí. Použití imaginace k zobrazení problémů a jeho oddělení od tělesných reakcí a postupnému propracování patří mezi specifické terapeutické techniky vhodné u těchto poruch. Vizualizace umožňuje propojit vzpomínky s disociovanými emocionálními reakcemi a zpravidla vede k silné abreakci. Často je potřebné pacienta naučit dovednostem, které umožní řešit současné problémy a konflikty, související s rozvojem disociační poruchy nebo s jejím udržováním. Jde zejména o nácvik komunikace. Relaxační techniky jako progresivní svalová relaxace, systematická desenzibilizace a biofeedback patří mezi další frekvencované strategie.

### Farmakoterapie

U disociativních poruch chybí studie o účinnosti jednotlivých farmak. Psychofarmaka se vzhledem k vysoké komorbiditě disociativních poruch s dalšími psychickými poruchami podávají symptomaticky. Doporučuje se léčit depresivní, úzkostné a psychotické příznaky pomocí antidepresiv či antipsychotik (2, 3, 7, 8, 15). Ke snížení napětí nebo úzkosti mohou

být krátkodobě účinná *anxiolytika*, nicméně vzhledem k možnostem návyku je nutno je podávat jen přechodně na počátku léčby. U chroničtějších případů s depresivními příznaky může pomoci antidepresivní léčba (např. fluoxetin 20 mg ráno). Účinnost antidepresiv je však patrná více na náladě, než na disociativních fenoménech. Podávání stabilizátorů nálady může vést ke snížení emoční lability, zmírnění impulzivitu a agresivitu u pacientů, kteří zároveň trpí emočně nestabilní poruchou osobnosti.

*Podpořeno projektem IGA NR 9323-3/2007*

*Podpořeno výzkumným záměrem:  
Patofyziologie neuropsychiatrických onemocnění  
a její klinická aplikace VZ 0021620816.*

## Literatura

1. Benbadis SR, Hauser WA. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure* 2000; 9: 280–281.
2. Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients in non-epileptic attack disorder. *Seizure* 1992; 1: 27.
3. Bowman ES. Psychopathology and outcome in pseudoseizures. In: Ettinger AB, Kanner AM (eds): *Psychiatric issues in epilepsy*. Lippincott Williams a Wilkins, Philadelphia, 2001.
4. Cloninger CR. Somatoform and dissociative disorders. In: *Medical basis of psychiatry*, 2nd edition, Winokur G and Clayton PJ (eds) WB Saunders, Philadelphia 1993.
5. Coons PM, Milstein V. Psychosexual disturbances in multiple personality. Characteristics, etiology, treatment. *J Clin Psychiatr* 1986; 47: 106–110.
6. Devinsky O, Kelley K, Porter RJ, Theodore WH. Clinical and electroencephalographic features of simple partial seizures. *Neurology* 1988; 38: 1347–1352.
7. Donofrio N, Perrine K et al. Depression and anxiety in patients with non-epileptic seizures. In: Gates JR, Rowan JA: *Non-epileptic seizures*. Butterworth-Heinemann, Woburn, Maryland 2000.
8. Gates JR, Luciano D, Devinsky O. The classification and treatment of nonepileptic events. In: Devinsky O, Theodore WH (eds): *Epilepsy and Behavior*. New York: Wiley-Liss, 1991: 251–263.
9. Herman E, Hovorka J, Praško J. Dissociativní poruchy. In: Herman E, Praško J, Seifertová D (eds). *Konsiliární psychiatrie*. Medical Tribune, Praha 2007; in press.
10. Herman E, Hovorka J, Nežádal T, Praško J. Dissociativní poruchy. In: Seifertová D, Praško J, Hoschl C (eds). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Amepra, 2004.
11. Hovorka J, Nežádal T, Herman E, Praško J. *Klinická elektroencefalografie – Základy klasifikace a interpretace*. Praha: Maxdorf, 2003.
12. Hovorka J, Nežádal T, Herman E. Epileptické a neepileptické psychogenní záchvaty v neuropsychiatrickém centru, Nemocnice Na Františku: diagnostické zkušenosti. *Psychiatrie, Suppl* 2, 2003; 7: 37–38.
13. Hovorka J, Herman E, Bajaček M, Doubek P, Praško J. Psychiatrické aspekty epilepsie. *Neurol. pro Praxi* 2005; 2: 89–94.
14. Kratochvíl S. *Klinická hypnóza*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001.
15. Kanner AM, Palac SP et al.: Treatment of psychogenic pseudoseizures. What do after we have reached the diagnosis? In: Ettinger AB, Kanner AM (eds): *Psychiatric issues in epilepsy*. Lippincott Williams a Wilkins, Philadelphia, 2001.
16. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy v primární péči. World Health Organization Geneva, Psychiatrické centrum Praha 2001; 104 s.
17. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1992, Zprávy č. 102, 282s.
18. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum. (přeloženo z anglického originálu) Praha, Psychiatrické centrum 1996; Zprávy č. 134, 179 s.
19. Praško J. Kognitivně behaviorální terapie disociativních poruch. *Psychiatrie* 2005; 9 (Suppl): 32–33.
20. Putnam FW, Guroff JJ et al. The clinical phenomenology of multiple personality disorder. Review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatr* 1986; 47: 285–293.
21. Ross CA. Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatr Clin North Am* 1991; 14: 503–518.
22. Sigurdadottir KR, Olafsson E. Incidence of psychogenic seizures in adults: a population-based study in Iceland. *Epilepsia* 1998; 39: 749–752.
23. Smolík P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf Jessenius, 1996.
24. Spiegel D, Maldonado JR. Dissociative disorders. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA: *Psychiary*. John Wiley and sons, Chichester, England 2003.
25. Spiegel H, Spiegel D. *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. Basic Books, New York 1978.
26. Vojtěch Z. Pseudozáchvaty (neepileptické psychogenní záchvaty) – současný pohled a diagnostické možnosti. *Čes a slov Neurol Neurochir* 2000; 63: 69–76.
27. Walczak TS, Papcostas S, Williams DT et al. Outcome after diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 1994; 41: 1104–1106.

**doc. MUDr. Ján Praško, CSc.**

Psychiatrické centrum Praha,  
Centrum neurofarmakologických studií, 3. LF UK  
Ústavní 91, 181 03 Praha 8  
e-mail: prasko@pcp.lf3.cuni.cz