

Osobní údaje pacienta

Muž, 55 let

Stav: ženatý, 2 děti (synové 30 a 28 let)

Vzdělání: vyučen (stolař)

Povolání: OSVČ (stolař), momentálně v dlouhodobé PN

Účel vyšetření

Pacient byl odeslaný ambulantním psychiatrem s diagnózou F32.1 - středně těžká depresivní porucha. Zakázkou psychiatra bylo vyšetření s ohledem na afektivitu, osobnost a pracovní adaptabilitu u pacienta, který přešel z jiné psychiatrické ambulance. Psychologické vyšetření mělo také následně sloužit pro posudkové účely – pacient si chtěl žádat o invalidní důchod.

Aktuální medikace

Wellbutrin 150 mg 1-1-0, Nykob 10 mg 1 tbl na noc; z interních léků Emanera, Gensi, Stadapress, Vasocardin

Okolnosti vyšetření a volba diagnostických metod

Pacient byl již psychologicky vyšetřován pro potřeby jiného ambulantního psychiatra v jiném městě před necelým rokem. Dle jeho sdělení mu nebyla během aktuálního vyšetření administrována žádná metoda, kterou by znal již z dřívějšíka. Má také krátkodobou zkušenost s psychoterapií. Nynější vyšetření probíhalo ambulantně ve třech sezeních. Když pacient přišel se žádankou do ambulance, krátce jsem s ním promluvil, abych se zorientoval v účelu vyšetření a získal od něj základní informace a dozvěděl se o aktuálních obtížích. Na základě těchto informací jsem se potom rozhodoval o volbě diagnostických metod. Pacientovi jsem při našem prvním setkání administroval MMPI-2, Test nedokončených vět a Dotazník N-70. Při dalším setkání (2 týdny po prvním) jsem s ním udělal rozhovor a Rorschachův test. Při posledním setkání (v dalším týdnu) jsem pak administroval WAIS-III a Bourdonův test.

Uvedené metody jsem zvolil s ohledem na zakázku odesílajícího psychiatra s přihlédnutím k charakteru pacientových obtíží. V případě, že psychologické vyšetření má sloužit k posudkovým účelům (v případě žádosti o přiznání invalidního důchodu), administruji téměř vždy WAIS-III, MMPI-2 i Rorschachův test. MMPI2 i Rorschachova metoda pomohou k zodpovězení na otázku afektivity/emotivity a pomohou nahlédnout pacientovy osobnostní rysy a případně i dynamiku jeho obtíží. WAIS-III byl zvolen pro zmapování aktuálních intelektových/výkonových schopností, na základě kterých, spolu s Bourdonovým testem, se lze hypoteticky vyjádřit ke schopnosti pacienta adaptovat se na pracovní zátěž a podat určitý výkon. U dotazníku N-70 nemáme k dispozici populační normy. K analýze proto přistupuji vždy kvalitativně. V kontextu dalších údajů jedná o dobrý nástroj ke zjištění toho, jaké obtíže pacient u sebe aktuálně pozoruje a jak často či silně ho v poslední době trápí. Test nedokončených vět (J. M. Sacks) může pomoci k vyostření některých témat pacientova života, velmi často ho používám pro doplnění rozhovoru, kdy se doptávám na některé výroky. Tak tomu bylo i při tomto vyšetření.

Pozorování pacienta při vyšetření

Pacient navazuje opatrný kontakt, působí nenápadně. Jeho zevnějšek je upravený. Během rozhovoru je hypomimický, celkový projev je velmi nevýrazný, utlumený, řeč je tišší a pomalá. Pacient navazuje pouze sporadický oční kontakt, velkou část rozhovoru se pouze dívá před sebe do země. Odpovídá s latencemi, odpovědi na otázky nejsou dostatečně rozvité, je potřeba se často doptávat a rozhovor více strukturovat, pacient místy odpovídá neochotně. Psychomotorické tempo je výrazně zpomalené, ladění je depresivní, projevy emotivity chudé. Pacient při rozhovoru nejeví známky výraznější tenze či anxiety. Má obtíže vybavit si jména

ošetřujících lékařů, dopočítává významné životní události. Jsou přítomny suicidální myšlenky bez tendence k realizaci, spíše ve formě vágních úvah o zbytečnosti života. Asociační proud je přehledný, koherentní, myšlení je souvislé, bez poruch struktury a obsahu, pacient má tendenci k ruminaci kolem tématu opravy rodinného domu. Poruchy vnímání pacient neguje.

Z rozhovoru

Rodinná anamnéza

Pochází z úplné rodiny. Je prostřední ze tří bratrů. Otec byl vyučený a pracoval v oboru elektro. Již nežije. Matka je vyučená cukrářka, nyní ve starobním důchodu. Na dětství nevzpomíná rád, otázkám kolem dětství má tendenci se vyhýbat. Z uvedených údajů vyplývá, že na něj rodiče neměli příliš mnoho času, protože stavěli „barák“. Matka šla brzy po porodu zpět do práce, bydlel proto u babičky, kde se ale necítil dobře, protože babička s matkou nevycházela. Nechtěl tam být, ale musel. Strávil tam celé dětství. Vyjadřuje se tak, že byl „dítě nikoho“. Otec i matka byli velmi odměření, nedokázali si ho pustit k tělu. Lásku mu nijak neprojevovali. Když matce někdy něco vytknul, tak ho „zmlátila“. Matku popisuje jako „protivnou, zlou, pořád potřebovala nad někým vládnout“. Vždycky udělal to, co se po něm chtělo, má „to tak zakódované“. Stejně to ale bylo málo. Rodiče ho učili úctě ke starším lidem, taky mu pořád říkali, že by měl být chytřejší, rozumnější.

Školní a pracovní anamnéza

Na základní škole měl průměrný prospěch. V kolektivu dětí se necítil dobře, byl málo průbojný, každý si s ním mohl dělat, co chtěl. V důsledku toho, že se mu rodiče v dětství vůbec nevěnovali, měl výukové potíže. Ve škole mu nešlo číst, psát, počítat. Každý si na něho ve škole dovoloval, on to přecházel, „byl měkkej“. Pořád přecházel, když ho ostatní zraňovali. Vždycky se snažil všem vyhovět, vždycky všem pomáhal. Občas ale vybuchnul, to se mu stalo i víckrát v životě. Tenkrát napadl spolužáka, protože „vyzradil bunkr“. Na učilišti měl také průměrný prospěch, vztahy se spolužáky vypadaly jako na ZŠ.

Celý život pracuje v oboru jako stolař. V době vyšetření je však již rok v pracovní neschopnosti, není schopen se do práce vrátit. Proto vyvstala i potřeba žádat o invalidní důchod.

Partnerské vztahy

Na ZŠ měl „platonickou lásku“. Pak neměl žádný blízký vztah, nebyly ani erotické vztahy – až do doby, kdy potkal budoucí ženu, kterou si vzal po základní vojenské službě ve 24 letech. Pacient uvádí, že se se ženou „museli brát“, partnerka byla v šestém měsíci těhotenství. Předtím se znali dva roky. S manželkou se teď často hádají, když se pohádají, tak on není schopen vůbec nic dělat, „jak ho to vysílí“. Neklapalo jim to ani v sexuální oblasti, „žena nikdy moc nechtěla. On sám teď na sex nemá vůbec chuť, sex mívají tak jednou za měsíc, za dva. Manželka je zaměstnaná jako ekonomka.

Sociální anamnéza

Bydlí s manželkou a jedním synem ve vlastním rodinném domě. Je sice v dlouhodobé pracovní neschopnosti, ale nestěžuje si na nedostatek rodinných financí. Žije z našetřených úspor. Potíže pacienta dle jeho slov pramení také z toho, že jejich dům má narušenou statiku a „začíná se jim rozpadat“. Pacient se dlouhodobě snaží o nápravu, ale nedaří se to a propadá pak pocitům beznaděje a zmaru. Pacient nemá další sociální kontakty, s nikým se aktuálně ve svém volném čase nestýká. Nemá chuť se vidět s ostatními lidmi, necítí se dobře, má pocity selhání.

Zájmy

Dříve ho bavilo fotografování, rád četl a jezdil na hory, dnes už ho nebaví nic, v poslední době nemá zájem ani o kamarády.

Sebehodnocení

Považuje se za „měkkého“, každý si na něho může dovolit, vždycky „na sobě nechal dříví štípat“.

Návykové látky

Nekouří, alkohol požívá pouze příležitostně v malém množství.

Somatické obtíže

Od základní školy až do 18 let trpěl na migrény, bylo to asi dvakrát týdně. Po vyučení šel na vojnu, to ho migrény přešly. Teď je mu často špatně, na zvracení, moc toho nesní, za poslední rok zhubl asi 10 kg. Mívá časté dyspeptické potíže, pálení žáhy, léčí se s hypertenzí, hyperlipidemií, také mívá často hemoroidy. Na stavbě si jednou zlomil obratel, mívá bolesti zad související se spondylolýstézou. Často mívá při rozrušení „brnění, trnutí, jak kdyby ty ruce měly vypovědět službu“, taky zažívá křeče v končetinách. Má dojem, že mu „mrtví“ ruka a nohy, doktoři mu říkají, že je to od psychiky. Spí špatně, přerušovaně, ráno se budí nevyspalý, unavený, nechce se mu z postele, dokáže i dvě hodiny sedět a nic nedělat, ale pak si řekne, že má povinnosti a že „musí“. Chodí spát asi v 10, usíná většinou dlouho, pak se brzy budí. Je to „jako v autobuse, je pořád ve střehu“. Často má také závratě, „točení hlavy“. Pořád se cítí vyčerpaný, jako by se měl zhroutit. Někdy mu ze vši té práce kolem domu bývá na zvracení.

Vývoj psychických obtíží, aktuální obtíže

Pacient se cca před deseti lety „zhroutil“ v situaci, když byl zaměstnaný jako OSVČ u soukromé firmy a měl za úkol vést stolárnu. Cítil, že je toho na něj moc, byl na něho kladen velký tlak. Došly mu síly. Nebyl tam spokojený, dával asi 3x výpověď, ale vždycky ho zaměstnavatel přesvědčil, ať se vrátí. Nakonec odešel a dělal na živnost a postavil rodinný dům, ale ten „začal záhy padat“. Celý rok mu vzala ta jedna zeď, teď praskají i ty ostatní“. Je pořád unavený, cítí se vyčerpaný, k tomu má ještě potíže se zády. Náladu mívá špatnou. Měl to tak ale vždycky.

V psychiatrické péči je asi 10 let, docházel již ke dvěma psychiatrům. Nebyl spokojený s medikací a s postupem léčby, proto se rozhodl psychiatra znovu změnit. Dlouhodobě nemá vůbec o nic zájem, cítí se ke všemu apatický, nejraději „by se neviděl“, neumí se zasmát, všechno ho vystresuje, neumí se radovat ze života. „Všechno je špatně“, nic ho nebaví, ani sex, manželka si stěžuje, že se uzavírá do sebe.

Vždycky si nechal všechno líbit. Párkrát za život „vybuchnul – jak když sopka se napění“. Vytočí se, ale je to jen v něm, nedá to najevo. „Uvnitř to je, že by mě to roztrhlo, ale navenek to ututlávám“. Vždycky se snažil každému vyhovět, vždycky všem pomáhal, vlastně „i rodičům na úkor dětství“. Radost v současné době nemá z ničeho. Dřív měl radost z práce, když se dařilo. Ze všeho má teď strach, „všechno se potápí“. Napadá ho často, že by „tu radši nebyl“. Nejradši by „skočil do Macochy“. Už 10 let ho ta myšlenka drží, ale bylo to i dřív, třeba když měl ve škole špatné známky, tak ho napadala „ta Macocha“. „Celý život byl stres, život stál za hovno“, vnímá to tak, že selhal. I v mládí chtěl žít jinak, ale chtěl pomoci otci se stavbou domu.

Výsledky testových metod

MMPI-2

Validizační škály: F=69, Fb=90, ?=0, L=50, K=44, VRIN=58, TRIN=58. Validizační škály naznačují, že se jedná o validní, avšak pouze částečně interpretovatelný protokol. F je mírně zvýšeno, lze ho však považovat za validní. Fb je zvýšeno do té míry, že nelze s jistotou validně interpretovat obsahové škály. Interpretovány proto budou pouze standardní klinické škály. Ke zvýšení F a Fb nepřispívá nekonzistence odpovědí, škály VRIN a TRIN jsou v normě. Možným vysvětlením takové konfigurace ověřovacích škál by mohla být tendence k agravaci obtíží (je potřeba mít na paměti, že se jedná o vyšetření sloužící k následnému posuzování nároku na invalidní důchod z psychiatrické indikace), ale v kontextu celého vyšetření je spíše pravděpodobné, že se v protokolu projevuje také aktuálně prožívaný distres a snaha zajistit si potřebnou péči. Tuto hypotézu také může podporovat konfigurace validizačních škál (tvar střechy), která odkazuje právě na to, že pacient si svoje obtíže uvědomuje a přeje si s nimi pomoci. Tato konfigurace je pozitivní z hlediska psychotherapeutické péče. Ve zvýšení Fb se také může odrážet i pacientova nízká motivace, i jeho aktuální suicidální úvahy, případně také silné pocity nepohody a odcizení. Z kvalitativní analýzy odpovědí vyplývá, že pacient odpovídá souhlasně na čtyři položky, vztahující se přímo k suicidálním úvahám. (S 150, S 303, S 506, S 520). Mimo aktuálního distresu je potřeba také uvažovat v kontextu pacientovy historie. Pacient hovoří v tom smyslu, že jeho potíže jsou chronické a nedochází u nich k výraznějším změnám. Při takovéto chronicitě potíží lze také počítat s ovlivněním výsledného profilu.

Ze standardních klinických škál jsou zvýšeny všechny kromě škály 5 a 9. 1 Hs = 79; 2 D = 89; 3 Hy = 85; 4 Pd = 67; 5 Mf = 47; 6 Pa = 72; 7 Pt = 90; 8 Sc = 86; 9 Ma = 33; 0 Si = 82. To vypovídá o závažnosti aktuálních obtíží, se kterými se pacient potýká. Vyhodnocovací program nabízí interpretaci protokolu v kontextu kódového typu 7-2/2-7. Z hodnot jednotlivých klinických škál je však zřejmé, že se nejedná o zcela přesné určení a při interpretaci je potřeba vzít do úvahy i další škály, jejichž skóry nemají dostatečný odstup od dvou nejvyšších. Je tedy vhodné doplnit kódový profil o škálu 8 (a případně 3). Jedná se o vícevrcholový kódový typ, jehož základem je typ 7-2/2-7. Při interpretaci vyjdeme z kódového profilu 278/728.

Tato konfigurace standardních klinických škál se vyskytuje zejména u lidí s narušeným sebepojetím, kteří jsou úzkostní, tenzní, nejistí, neustále se o něco obávají a často ruminují kolem pocitů vlastní nedostatečnosti a kolem tématu přijetí ostatními lidmi. Neustále o sobě pochybují, zažívají pocity selhání a v důsledku toho se také často cítí bez energie, vyčerpaní a depresivní a zažívají pocity beznaděje. V důsledku těchto obtíží se pak mohou vyskytovat poruchy spánku, poruchy koncentrace pozornosti a také snížení libida. Běžné jsou také suicidální myšlenky a případná historie suicidálních pokusů. Tito lidé také mají tendenci se neustále zabývat svou nedostatečností a zranitelností. Toto je pak může přivádět k tomu, aby se stahovali ze sociálních kontaktů, lidem se pak raději vyhýbají a upřednostňují samotou. Mívají na sebe vysoké nároky a v případě, že se jim je nedaří naplňovat dle jejich představ, objevují se úporné pocity viny. Také se neustále cítí nevykonní. Chronická nespokojenost se projevuje i v partnerských vztazích, tito lidé se zaměřují spíše na negativní stránky vztahu. Svě potřeby a jednání často podřizují ostatním lidem, velmi stojí o to být milováni a přijímáni.

Zvýšení škály 3 pak k výše uvedenému přidává používání popření a potlačení jako nejčastějších obranných mechanismů. Takováto konfigurace škál odkazuje dále na to, že pro tyto lidi je velmi důležité přijetí ostatními lidmi, bojí se odmítnutí a toho, že by mohli někoho zklamat. Mají tendenci se přizpůsobovat ostatním lidem, aby byli přijímáni. Mohou být snadno ovlivnitelní ostatními lidmi, mají tendenci k závislosti. V zátěži mohou zažívat pocity

bezmocnosti. Mají také tendenci k potlačení sexuálních impulsů. U těchto lidí se také obvykle projevují některé somatické symptomy spojené s popřením emocí a s jejich vysokým nasazením (projevy silné úzkosti, pocity na omdlení aj.).

Test nedokončených vět

K testu není pacient příliš motivován, což se odráží i na vyhýbavosti některých výroků. Je patrná snaha o úspornost, doplnění vět jsou velmi stručná, ve většině případů jednoslovná. Výtečnost testu je tím snížena. Z doplnění vět je patrná tendence pacienta k devalvací a kritice sebe samého, přítomny jsou pocity selhání, viny, zbytečnosti. Patrný jsou i náznaky devalvace ostatních lidí (spolupracovníků). Pacient také naznačuje podrážděnost a ventilaci agresivních afektů. Při následném doptávání pak uvádí, že tyto pocity potlačuje, cítí se sice plný vzteku a natlakovaný, ale drží to v sobě. Má také dojem, že jeho blízcí selhali. Následně doplňuje, že spíše selhal on sám, že pro ostatní „dřel“ a oni se mu ani neodvděčili a někdy ho i „sprdli“. Lituje toho, že se vůbec narodil, svůj život hodnotí doslova tak, že „stál za hovno, byla to samá dřina“. Když se ho doptávám na věty týkající se matky, odmítá o sobě dále něco sdělovat a je patrná jistá podrážděnost. Pacient také přiznává suicidální úvahy, kdy uvádí, že „Nejvíce v životě toužím.. zemřít“.

Dotazník N-70

V N-70 dosahuje pacient velmi vysokých skóre, které poukazují na aktuální výraznou neurotickou symptomatiku. Anxieta (HS 21), Deprese (HS 30), Obsese-fobie (HS 9), Hysterie (HS 17), Hypochondrie (HS 8), Vegetativní labilita (HS 10), Psychastenie (HS 27). Nápadný je zejména maximální možný skóre ve škále „Deprese“, kdy pacient všechny uvedené depresivní symptomy zažívá velmi často/velmi silně, včetně toho, že v poslední době přemýšlí o sebevraždě. Mimo depresivní symptomatiku z dotazníku vystupují do popředí také úzkostné potíže a somatické projevy, které jsou uvedeny ve škále „Hysterie“. Údaje uvedené pacientem v dotazníku korespondují s informacemi, které sděluje při rozhovoru. Z dotazníku je tedy zřejmé, že pacientovo běžné fungování je v poslední době velmi výrazně narušeno.

Rorschachův test (Exnerův CS)

Pacient je v asociační fázi poměrně stručný, stejně jako při inquiry, kdy odpovídá spíše neochotně a snaží se o co největší úspornost. Tomu odpovídá i zvýšená Lambda (1,36). Počet odpovědí je průměrný (R=26; dospělí s vysokým L). V důsledku zvýšené Lambdy nemusí být protokol dostatečně odkrývající. Pacient selhává na tabuli VI a IX, kdy není schopen dát odpověď ani při povzbuzení, ani s odstupem času při inquiry.

Klíčovou proměnnou, skrze kterou se vstupuje do interpretace protokolu, je $D < AdjD$. To naznačuje zaměřit se na oblast kontroly stresu a situační stres. Další klíčovou proměnnou je pak $CDI > 3$, při interpretaci se bude dále postupovat od interpersonální percepce přes sebepercepce a afekt, až po zpracování, mediaci a ideaci.

Kontrola stresu a situační stres

Proměnné centrálního trsu naznačují u pacienta nezralou osobnostní organizaci, která jej predisponuje k obtížím ve zvládnání nároků běžného života ($CDI=5$) a k obtížím ve zvládnání zátěžových situací - je patrná nedostupnost zdrojů, které by pomáhaly se na zátěž adaptovat ($EA=4$). V důsledku toho se u pacienta vlivem působení stresu mohou objevovat potíže s kontrolou a tendence k přetížení. Je naznačeno nedostatečné uvědomování vlastních potřeb ($FM < 2$), přítomnost nepříjemných pocitů viny, tendence k sebe degradaci ($V=1$) a také prožívání tísně spojené s emoční deprivací a potřeba blízkosti ($SumT=2$). Zdá se, že pacient může selhávat i v běžných situacích a je ohrožený dezorganizací v případě zvýšení komplexnosti a náročnosti úkolů. Dále je naznačeno působení situačního stresu, který je svým

charakterem spíše mírný. ($D < AdjD$; $D = -1$, $AdjD = 0$). $SumY = 2$ naznačuje prožívání difuzní úzkosti, obav a smutku.

Interpersonální percepce

$CDI = 5$ vypovídá o sociální nezralosti pacienta a o tom, že v mezilidských vztazích může zažívat častější obtíže, ale také, že se jeho životem mohou táhnout pocity bezmocnosti a beznaděje a časté depresivní myšlenky související s tím, že jeho sociální fungování je narušené. Zdá se, že pacient v mezilidských vztazích zaujímá spíše pasivní roli, pravděpodobné jsou i potíže s rozhodováním a přebíráním zodpovědnosti ($a:p = 1:3$). Pacientova potřeba blízkosti se jeví jako nenaplněná, frustrovaná ($T = 2$). Vzhledem k tomu, že pacient nemluví o tom, že by v poslední době zažil nějakou významnou emoční ztrátu, je spíše pravděpodobné, že se jedná o důsledek rané citové deprivace, na kterou pacient odkazuje při rozhovoru. $SumH = 9$ a $PureH = 2$ naznačuje, že pacient má o kontakt s ostatními lidmi zájem, nicméně jim pravděpodobně dost dobře nerozumí. Taky se mu může stávat, že naopak ostatní lidé příliš nerozumí jemu a může tak docházet i ke konfliktním situacím ($GHR = 4$, $PHR = 4$). Má tendenci neočekávat v interpersonálním kontaktu pozitivní interakce a pro ostatní se mlže jevit jako odtaziť (COP=0, AG=1).

Sebepercepce

Index egocentricity je zvýšený (0,46), což při přítomnosti jedné V odpovědi poukazuje na zvýšené zaujetí sebou samým, zároveň však na to, že toto sebezaujetí není spojováno s pozitivními pocity. Pravděpodobná je tendence k pocitům viny, sebeodevaluaci a sebekritice. Toto zjištění potvrzuje klinický dojem a údaje sdělené pacientem. Má tendenci k ruminaci ohledně negativních pocitů ze sebe. Konflikt ohledně sebeobrazu pak může přispívat k depresivnímu ladění. Pacientův sebeobraz není realistický ($SumH = 9$, $PureH = 2$), s čímž mohou souviset výše zmíněné obtíže v interpersonální oblasti.

Afekt

$DEPI = 5$ a $CDI = 5$ ukazuje na tendenci k afektivním problémům v souvislosti s obtížemi v mezilidských vztazích. To potvrzují i sdělení pacienta ohledně vleklých depresivních obtíží, nespokojenosti ve vztazích a v životě vůbec. Pravděpodobné jsou opakující se epizody depresivního prožívání. EB a L značí vyhubý styl, což může odrážet méně adaptivní způsoby chování, zejména v zátěžových situacích. Aktuálně je také patrna nedostatečná kapacita pro prožívání emocí ($WSumC = 1$), projevy emotivity jsou kontrolované, chybí spontaneita ($FC:CF+C = 2:0$). Pacient má tendenci se emočním situacím vyhýbat ($Afr = 0,37$), může mít obtíže v situacích, kdy dochází k emoční výměně, kdy se cítí nepříjemně, nejistě. To pacient potvrzuje v rozhovoru při popisu konfliktů s manželkou.

Zpracování, mediace, ideace

Pacient se snaží být úsporný a opatrný při zpracování ($L = 1,36$, $Zf = 7$). Nápadný je poměr $W:D:Dd$, který činí 5:13:8. To odráží sklon vyhýbat se komplexnosti a tím suspektně redukovat podnětové pole tak, aby nedocházelo k přehlčení pacienta. Počet Dd je však vysoký, pacient se zvýšeně zabývá neobvyklými detaily. V běžném životě tak má pacient obtíže v případech, kdy má čelit komplexním, náročným situacím. Není schopen vidět vzájemné vazby a hledat tak efektivní způsoby řešení. Tomu odpovídá i $Zd = -6$, což naznačuje, že pacient se pak při řešení problémů může dopouštět více chyb. Jeho přístup se nejeví jako impulsivní, je vyhubý a hůře toleruje nejednoznačnost. Snížení Zd může jít na vrub depresivním obtížím. Hodnoty $XA\% = 0,69$ a $WDA\% = 0,89$ naznačují obtíže v testování reality, což je způsobeno zvýšením počtu Dd s minusovou tvarovou kvalitou. Hodnota $X\% = 0,31$ by mohla poukazovat na závažné mediační narušení, vznikla však na základě

zvýšeného počtu minusových Dd. Pacient hned na první tabuli dává tři minusové odpovědi, které jsou odrazem nekonvenčního zpracování skvrny a zároveň odráží snahu o vyhnutí se celé skvrně, tedy komplexní situaci. I v ideační sekci se potvrzuje pacientova snaha reagovat vyhýbavě a redukovat tak nepříjemné podněty (eb=1:6, FM=0).

Pacient selhává na tabulích VI a IX. Tato selhání mohou souviset s tendencí vyhnout se přetížení.

WAIS-III

Bylo administrováno 13 subtestů. **CIQ 101** (rozpětí VS 5-13), **VIQ 93** (VS 5-11), **PIQ 110** (VS 7-13), **IVP 87** (VS 7-9), **IPU 109** (VS 11-13), **IPP 92** (VS10-11), **IRZ 98** (VS 7-12).

Pacient dosáhl celkového IQ skóru 101, což odpovídá pásmu průměru a 52. percentilu. S 95% pravděpodobností lze říci, že jeho CIQ skór spadá do rozmezí 93-109. Signifikantní je rozdíl 17 bodů mezi úrovní verbální složky, která je v pásmu průměru (VIQ 93; perc. 34; 85-102) a výkonem v performační části, který je v pásmu průměru až vyššího průměru (PIQ 110; perc. 75; 98-118). Vzhledem k tomuto rozdílu je CIQ ve výši 101 bodů neprůkazný a nelze ho interpretovat jako přesný obraz pacientova celkového výkonu. Rozdíl mezi indexem verbálního porozumění a indexem percepčního uspořádání, který má hodnotu 22 bodů, je na hladině významnosti 0,05 také signifikantní. Tyto diskrepance mohou poukazovat na slabší úroveň krystalizované inteligence oproti inteligenci fluidní. Výrazný rozdíl mezi verbální a performační částí lze vzhledem k pacientově historii vnímat také ve smyslu nedostatečného rozvíjení schopností v raném dětství, kdy se mu rodiče vůbec nevěnovali (neměl nedostatečné množství podnětů), což se projevilo i při docházce do školy zaostáváním školních schopností za ostatními dětmi.

Během administrace verbálních škál je patrná snaha pacienta o úspěšnost, pacient své odpovědi nerozvíjí ani po dotazu. V tomto případě se zdá, že snížení nemusí jít pouze na vrub premorbidně sníženým schopnostem, ale že se také může jednat o vliv negativismu a oslabení volných schopností. (Stejně neochotně pacient upřesňuje i své odpovědi v Rorschachově testu.) Zde se projevuje určitá verbální neobratnost a také dochází ke snížení skóru v důsledku zahlcení pacienta vlastními tématy (Např. ve slovníku: „ukončit..život, svěřit se..slabost aj.).

Vzhledem k abnormálnímu scatteru indexu rychlosti zpracování a indexu pracovní paměti, tyto nelze jednoznačně interpretovat. U IRZ je rozptýl vážených skóru 5 bodů, u IPP je to 6 bodů. U IRZ je na vině snížený skór v subtestu řazení písmen a čísel (VS 5), u IPP pak skór v hledání symbolů. Na snížení těchto skóru u posledních dvou administrovaných subtestů se může podepisovat podnětové zahlcení, únava, i jistá míra podrážděnosti a ztráta motivace a oslabení volných schopností v důsledku déletrvající zátěže ve formě testu. Při rozhovoru po administraci WAIS-III pacient uvádí, že byl ke konci unavený a „měl toho dost“, což by tuto hypotézu podporovalo.

U pacienta s chronickými depresivními obtížemi by se dalo spíše předpokládat snížení performačního IQ z důvodu zhoršení soustředění, celkově pomalejšího psychomotorického tempa či vlivem úzkosti a snížené motivace. Pacient si stěžuje na celkový útlum, nevykonnost, na to, že není schopen se do ničeho přinutit. Je však zřejmé, že jeho neverbální výkon není v důsledku toho nijak narušený. Zdá se však, že u pacienta při déletrvající zátěži dochází k zahlcení podněty, frustraci, oslabení motivace a volných schopností, k rezignaci a k celkovému zhoršení výkonu.

Bourdonův test

Metoda byla administrována na PC, před administrací byla ověřena pacientova schopnost práce s PC. Pacient se testu podrobil po administraci WAIS-III, ve kterém se již ke konci projevovala zvýšená únava a snížená motivace. Je pravděpodobné, že výsledek v tomto testu mohl být tímto negativně ovlivněn. Nicméně s ohledem na účel vyšetření (mj. pracovní

adaptabilita) je i tato informace týkající se schopnosti adaptovat se na zvýšenou zátěž důležitá z hlediska posouzení pacienta. Pacient dosahuje podprůměrných výsledků jak z hlediska kvantity řešených úkolů a psychomotorického tempa, tak i z hlediska kvality percepce a schopnosti koncentrace pozornosti. Kvantita: Celkem HS 1158, odpovídá 3. stenu, 8. percentilu. Kvalita: HS 184, odpovídá 9. stenu, 98. percentilu (ve smyslu chybovosti, to znamená, že pouze 2% populace chybuje ještě více). Chybovost dosahuje výrazně nadprůměrných 15,9%. Pacient pracuje pomalu, na úkol se hůře adaptuje. Křivka pracovního výkonu má spíše vzestupnou tendenci, avšak tomu odpovídá i vyšší chybovost – pacient svoje pracovní tempo sice mírně zvyšuje, zvyšuje se však i chybovost (v první části testu je celkem 47 chyb, ve druhé 67, ve třetí pak 70). Dá se říci, že čím více se pacient snaží, tím více chybuje. Pacient se sice snaží mobilizovat svoje volní schopnosti, nicméně je patrný výrazný vliv únavy na zhoršující se výkon v oblasti schopnosti koncentrace pozornosti.

Diagnostická rozvaha

Dle sdělení pacienta jsou jeho obtíže svojí povahou chronické, bez výraznějšího zlepšení v průběhu času, a to i přes pravidelné užívání léků a psychoterapii. Z rozhovoru s pacientem, z klinického pozorování, dotazníkových i projektivních metod se dá usuzovat na dlouhodobou depresivní symptomatiku. Osobnostní organizace pacienta se jeví jako nezralá, projevují se znaky depresivní struktury osobnosti (tendence k závislosti, touha se zavděčit, být přijímán, nebýt opuštěn, snaha všem vyhovět, potlačování a popření impulsů, rezignace na vlastní potřeby, nedostatečné sebevědomí, pasivita a sklon k závislosti ve vztazích, tendence k somatickým projevům, sklon k přetěžování se, pocity viny a selhání aj.). Vzhledem k trvání nejrůznějších obtíží již od období dětství lze usuzovat na velký vliv výchovy a vztahů v primární rodině na pacientovy dlouhodobé obtíže. Jeho rodiče mu byli vzdálení, nedostatečně se o něj starali, péči svěřili jeho babičce, pacientovi dlouhodobě chyběla láska, péče a blízkost z jejich strany. Nevybudoval si tak pozitivní vztah ani k sobě, ani k okolnímu světu.

Vzhledem k takové osobnostní vybavenosti jsou u pacienta pravděpodobné trvalé obtíže, které jsou nyní navíc umocňovány situačními faktory, které již tak dlouhodobě neuspokojivý psychický stav ve smyslu depresivní symptomatiky dále zhoršují. To potvrzuje při rozhovoru i pacient, když mluví např. o „rozpadajícím se“ domku a o nekončící práci na něm. Zdá se, že pacient má tendenci se dlouhodobě přetěžovat, vyhovovat ostatním lidem a přehlížet své vlastní potřeby. To následně vede k pocitům frustrace, nespokojenosti a vzteku. Ten má pacient tendenci potlačovat, což susp. stojí i za některými z jeho somatických obtíží (pocity na omdlení, brnění a křeče v končetinách, dyspeptické potíže, vysoký tlak). Somatizace potlačených afektů a konfliktů se jeví jako velmi pravděpodobná.

I přes popisované přetížení, potíže s mobilizací energie k činnostem a oslabení volních schopností, se pacient překvapivě snaží dosáhnout dobrých výsledků ve výkonových testech. Snaha vyhovět a odvést dobrý výkon je zřejmě silnější než respekt k aktuálním možnostem. Toto se ostatně jeví jako proces, který pacient zažívá v běžném životě. Stejně jako při testech však i v běžném životě ovšem přichází frustrace, vyčerpání a podráždění. Pacientův výkon se zdá být jako narušený i v situacích, které jsou jednoduché, předem jasně definované a nevyžadují zvýšené úsilí. V momentě, kdy narůstají nároky, či je situace a úkol obtížnější a komplexnější, dochází u pacienta k selhávání. Z pohledu vyjádření se k pacientově pracovní adaptabilitě je možné usuzovat na výrazně sníženou schopnost adaptace a celkové snížení pracovního výkonu.

Pacient prezentuje suicidální úvahy bez tendence k jejich realizaci. Jeho sebevražedné myšlenky se sice jeví jako konkrétní (skok do Macochy), při exploraci však vyplývá najevo, že takovými myšlenkami se pacient zabývá již od dětství a jsou spíše odrazem bezvýchodnosti jeho stavu a omezené schopnosti se adaptovat na běžný život, než konkrétním

suicidálním plánem (pacient žije celý život v blízkosti propasti Macocha). Zabývání se touto možností je pro pacienta nicméně jaksí rutinní (viz. také souhlasné odpovědi v položkách sebedestruktivního chování v MMPI-2). Aktuálně se suicidální riziko nejeví jako zvýšené.

Závěr a doporučení

Klinicky i testově je u pacienta jasně vyjádřená depresivní symptomatika. Jeho osobnost se jeví jako méně sociálně zralá, s trvalou dispozicí k depresivním a úzkostným náladám a k obtížím v interpersonálních vztazích. Pacient má tendenci k trvalým pocitům selhání a pocitům viny. V rámci depresivní struktury osobnosti se pacient snaží všem lidem kolem sebe vyhovět, ale své potřeby neuspokojuje. To má za následek dlouhodobé přetěžování, pacient je tak neustále vystaven zátěži, kterou není s to zvládnout. Vzhledem k tomu pak u něj narůstají pocity frustrace, podrážděnosti a vzteku, které však neprojevuje přímo. Ty jsou nejčastěji potlačovány či popírány a následně se mohou projevovat jako specifické somatické potíže (pocit na omdlení, brnění a křeče v končetinách, dyspeptické potíže, vysoký tlak).

Jen velmi těžko se mu daří mobilizovat energii k nějaké činnosti. Vlivem dlouhotrvajících obtíží a v kontextu osobnostních rysů není pacient aktuálně schopen se adaptovat na běžný život, natož čelit zvýšené zátěži (v případě návratu do práce). Každá další zátěž může dále zhoršovat jeho psychický stav. Vyšetření prokazuje významné oslabení volných schopností a schopnosti koncentrace pozornosti suspektně vlivem zvýšené únavy v případě déle působící zátěže. Intelektové schopnosti se nachází v pásmu průměru, s výraznou převahou neverbálních schopností oproti verbálním. Běžná pacientova kapacita pro zvládání nároků běžného osobního a pracovního života byla premorbidně pravděpodobně v normě. Vlivem dlouhodobých obtíží je však jeho kapacita se adaptovat na zvýšené nároky významně oslabena.

Je na místě pacientovi doporučit pravidelné kontroly v psychiatrické ambulanci a pokračování v systematické psychoterapii. V životě pacienta je celá řada témat, která si zaslouží jeho pozornost i pozornost terapeuta. Jsou to zejména opomíjení vlastních potřeb, potíže s vyjadřováním afektu, potíže ve vztazích s lidmi, vysoká sebekontrola, chybění spontaneity, somatické konsekvence obtíží aj. Pro terapeuta bude práce s pacientem pravděpodobně poměrně náročná, zejména kvůli jeho fixovanému negativnímu sebeobrazu a negativnímu pohledu na okolní svět. Zdá se, že pacient by mohl těžit zejména z podpory ventilace emocí, zkoumání témat z období dětství, z podpory sebevědomí, uvědomování a vyjadřování vlastních potřeb.