

Anna WARDEGA-ADAMCZYK¹
Jan BANACH²

Spojrzenie na psychoterapię w zaburzeniach dysocjacyjnych – opis przypadku

An outlook on psychotherapy in dissociative disorder
— case report

¹Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego
Kraków, Polska
Oddział Psychiatryczny OP-PI
Ordynator:
Lek. Danuta Woźniak - specjalista psychiatra

²Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet
Jagielloński Collegium Medicum Kraków
Polska
Dziekan:
Prof. dr hab. Tomasz Brzostek

Dodatkowe słowa kluczowe:

zaburzenia dysocjacyjne
trauma
fuga
myśli samobójcze
zaburzenia psychosomatyczne
psychoterapia

Additional key words:

dissociative disorders
trauma
fugue
suicide thoughts
psychosomatic disorders
psychotherapy

Celem pracy jest opis przypadku pacjentki cierpiącej na zaburzenia dysocjacyjne oraz przebiegu psychoterapii, a także przegląd dostępnego piśmiennictwa na temat etiologii i patogenezy tych zaburzeń. Pacjentka to 24-letnia kobieta pracująca na co dzień w korporacji. Powodem zgłoszenia do psychoterapeuty były nasilające się zaniki pamięci (amnezja), epizody występowania fugi dysocjacyjnej, wahania nastroju, poczucie zagubienia oraz okresowe pojawianie się myśli samobójczych. Poza występowaniem dolegliwości psychicznych, pacjentka doświadczała częstych objawów psychosomatycznych m. in. bóli głowy w okolicy skroniowej.

W związku z powyższymi objawami, została skierowana do lekarza neurologa, który zlecił wykonanie rezonansu magnetycznego mózgowia (MRI) oraz elektroencefalografii (EEG), w celu wykluczenia m. in. toczonego się procesu nowotworowego OUN i padaczki. Wyniki badań nie wykazały odchyień od normy. Kobieta została również zbadana przez lekarza psychiatrę.

W wyniku przeprowadzonego postępowania, w szczególności pogłębionego wywiadu oraz wyników badań, postawiono diagnozę: zaburzenia dysocjacyjne.

W literaturze istnieje udokumentowany związek między objawami dysocjacyjnymi a doświadczoną traumą, co zostało potwierdzone również w przypadku wyżej wspomnianej pacjentki.

Zaburzenia dysocjacyjne

Etiologia oraz patogeneza

Dysocjacja jest w istocie rzeczy niepowodzeniem w procesie integracji aspektów percepcji, pamięci, tożsamości i świadomości. Łagodne stany dysocjacji – na przykład automatyzmy w codziennych czynnościach, chwilowe uczucie wyobcowania czy oderwania – występują powszechnie w całej populacji. Liczne dowody świadczą o tym, że dysocjacja przede wszystkim służy jako obrona przed urazem. Dysocjacja pozwala na zachowanie złudzenia kontroli psychicznej w chwilach bezradności i poczucia utraty kontroli nad

The aim of the study is to present the case of a patient suffering from dissociative disorder, and to provide an overview of the available literature on the etiology and pathogenesis of this illness. The patient case described below is a 24 years old woman who worked in a local business corporation. The reason for the patient's visit to the a psychotherapist was an increasing loss of memory (amnesia), episodes of dissociative fugue, mood changes, sensations of being lost and periodic appearance of suicidal thoughts. In addition to an occurrence of these psychological problems, the patient experienced frequent psychosomatic symptoms such as headaches in the temporal brain area. According to the symptoms above, she was referred to a neurologist who ordered magnetic resonance imaging (MRI) and electroencephalography (EEG) to exclude illnesses such as developing cancer in central nervous system (CNS), epilepsy and others. The results showed no deviations from the norm. The patient was also examined by a psychiatrist. As a result of the conducted proceedings, in particular in-depth interview and research results, the diagnosis was made: dissociative disorder. In the literature there are documented links between dissociative symptoms and experienced trauma, which was also confirmed in this particular case of the above-mentioned patient.

ciałem. Dysocjacyjne mechanizmy obronne spełniają funkcję podwójną: pomagają ofiarom w oderwaniu się od traumatycznego wydarzenia w jego trakcie i odraczają konieczne przepracowanie problemu, dzięki któremu pacjent mógłby umieścić traumatyczne doświadczenie w kontekście całego swojego życia. Sam uraz można traktować jako nagłe zerwanie ciągłości doświadczenia. Wystąpienie dysocjacji w trakcie urazu zrywa również ciągłość procesu przechowywania informacji w pamięci. W niektórych przypadkach następuje całkowita lub częściowa amnezja – pacjent nie pamięta całego zdarzenia lub

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów

Otrzymano 21.01.2019
Zaakceptowano: 31.03.2019

Adres do korespondencji:
Lek. Anna Wardęga-Adamczyk
Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego
w Krakowie, ul. Doktora Józefa Babińskiego 29
30-393 Kraków
tel. +48 605 455 212
e-mail: a.wardega.adamczyk@gmail.com

jego aspektów. Takie mechanizmy psychiczne pozwalają na podział doświadczenia, dzięki czemu jakaś jego część nie ma dostępu do świadomości – jest tak, jakby uraz nigdy się nie zdarzył [1].

W etiopatogenezie podkreśla się znaczenie niedojrzałych mechanizmów obronnych, konfliktów wewnątrzpsychicznych oraz lęku u pacjentów z objawami dysocjacyjnymi [2]. Przyjmuje się, że dysocjacja stanowi wyraz zaburzenia funkcji osobowości przejawiający się brakiem możliwości zsyntetyzowania czynności psychicznych ze świadomością. Odszczepione pewne funkcje psychiczne, wyrwane spod kontroli osobowości stają się autonomiczne i samodzielnie sterują zachowaniem jednostki. Dezintegracja życia psychicznego i rozpad na poszczególne, samodzielne i niezależne od siebie istniejące elementy psychiki mogą prowadzić do nieoczekiwanych reakcji [3]. W jednym z projektów badawczych z udziałem weteranów wojennych wykorzystano metodę rezonansu magnetycznego. U osób z rozpoznaniem zespołu stresu pourazowego zaobserwowano mniejszą objętość prawego hipokampa z porównaniu z osobami, u których nie wykryto o tego zaburzenia [4]. Hipokamp odgrywa główną rolę w procesach przechowywania i przywoływania z pamięci informacji, dlatego niektórzy badacze wysunęli hipotezę, że charakterystyczne dla dysocjacji kłopoty z pamięcią wiążą się z uszkodzeniami w tym obszarze mózgu [5,6]. Yehuda [7] sugerowała, że wzrost reaktywności osi podwzgórze-prysadka-nadnercza prowadzi do zwiększenia reaktywności receptora glukokortykoidowego, co z kolei powoduje atrofię hipokampa. Jeśli silny stres skutecznie zablokuje hipokamp, to nastąpi upośledzenie pamięci autobiograficznej w odniesieniu do tego zdarzenia [8]. Rauch i Shin [9] stwierdzili, że zespół stresu pourazowego jest związany z nadmierną aktywnością ośrodka Broki, widoczną na obrazach wykonanych metodą PET. Uszkodzenie hipokampa i nadmierna aktywność w ośrodku Broki mogą razem prowadzić do osłabionej zdolności radzenia sobie ze wspomnieniami na poziomie leksykalnym. Zjawiska dysocjacyjne mogą na początku sprawdzać się w roli mechanizmu obronnego, ale w ostatecznym rozrachunku ograniczają zdolność mózgu do radzenia sobie ze wspomnieniami związanymi z urazem [5]. Podłoże organiczne jest czynnikiem ułatwiającym powstanie zaburzeń dysocjacyjnych, szczególnie podatne są osoby z mikrouszkodzeniem płatów czołowych. U 33-56% pacjentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi stwierdza się nieprawidłowy zapis EEG [3]. Bardzo ważne jest wykluczenie u pacjenta napadów padaczkowych.

Amnezja dysocjacyjna

Amnezja dysocjacyjna to niezdolność do odtworzenia z pamięci istotnych wspomnień zwykle związanych z przeżytej traumą. Wspomnienia w amnezji są nie tyle zniekształcone czy dziwne, lecz są od siebie oddzielone. 4 Informacje uważane za zagrażające stają się niedo-

stępne i zostają wyparte. Amnezji mogą towarzyszyć różne stany afektywne, lęk, poczucie zagubienia, ale zdarza się również spokojna akceptacja. Zachowana jest zdolność zapamiętywania nowych informacji. Choć amnezja psychogenna na ogół nie trwa długo, zdarzają się przypadki wielomiesięcznej, a często wieloletniej niepamięci swojej przeszłości i tożsamości, stwarzające znaczne problemy w funkcjonowaniu życiowym. Może też ona być źródłem stale utrzymującego się uczucia wyczerpania [3].

Dell [10] opisuje dziesięć objawów amnezji u osób z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości (DID) i zalicza do nich:

1. "Gubienie" czasu, czyli niepamięć fragmentu lub całości dnia.
2. Fugi dysocjacyjne, czyli podróżowanie mające znamiona celowości, ale okryte niepamięcią.
3. Uzyskiwanie informacji od innych dotyczących własnych działań, których się nie pamięta.
4. Przejściowa utrata dobrze znanych umiejętności i faktów.
5. Znajdowanie nowych przedmiotów wśród swoich rzeczy.
6. Amnezja wydarzeń z dzieciństwa.
7. Amnezja własnej tożsamości.
8. Obce osoby deklarujące znajomość z daną osobą.
9. Brakujące przedmioty.
10. Znajdowanie dowodów własnej, niedawnej aktywności np. zrobione zakupy, pozmywane naczynia.

Dysocjacyjne zaburzenie tożsamości (dawniej znane pod nazwą "osobowości mnogiej") to zakłócenie związane z obecnością co najmniej dwóch odrębnych stanów osobowości. Musi je charakteryzować istotna nieciągłość poczucia *self* i poczucia mocy sprawczej, której towarzyszą stosowne zmiany w obszarach afektu, zachowania, świadomości, pamięci, percepcji, poznania i/lub funkcji czuciowo-ruchowych [1]. Każda osobowość ma charakter pełny z własnymi odrębnymi wspomnieniami, zachowaniem i preferencjami, co oznacza, że każda z osobowości ma własne imię, charakterystyczny dla niej zakres wspomnień i skojarzeń oraz sposób zachowywania się [3].

Fuga dysocjacyjna

Fugę dysocjacyjną charakteryzuje występująca okresowo (od kilkunastu godzin do kilku tygodni) amnezja dysocjacyjna, przedzielona okresami pełnego zachowania pamięci.

W stanach fugi chorzy mogą odbywać pozornie celowe podróże poza miejsce zamieszkania lub pracy. Jest prawdopodobne, że w stanie fugi (amnezji) osoba taka ujawnia nową tożsamość i to często w sposób pełny. Zachowanie jej może być zborne i dość sprawne, tak że funkcjonowanie chorego może się wydawać osobom postronnym zupełnie prawidłowe. Bardzo często odbywa ona podróże do miejsc wcześniej znanych i ważnych emocjonalnie. Nagle odzyskanie pamięci i stwierdzenie, że znajduje się właśnie w takim miejscu, jest dla niej zaskoczeniem. Może to

być przyczyną stanu lękowego czy reakcji depresyjnej [3,6].

W piśmiennictwie wielokrotnie wskazywano depresję [5] jako chorobę współwystępującą z fugą dysocjacyjną. Raval i wsp. prezentują przypadek fugi ze zdiagnozowanym ciężkim zaburzeniem depresyjnym [11].

Klasyfikacja zaburzeń dysocjacyjnych

ICD-10 (2008)

Klasyfikacja ICD-10 najpełniej oddaje istotę i zakres zaburzeń dysocjacyjnych i stanowi podstawę ich rozpoznawania.

F44 Zaburzenia dysocjacyjne [konwersyjne]

Wspólnym rysem zaburzeń dysocjacyjnych czy konwersyjnych jest częściowa lub całkowita utrata normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami przeszłości, poczuciem tożsamości, wrazeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Wszystkie typy zaburzeń dysocjacyjnych mają tendencję do ustępowania po kilku tygodniach lub miesiącach, szczególnie jeśli ich początek był związany z ciężkim wydarzeniem życiowym. Bardziej przewlekające się zaburzenia, szczególnie niedowłady i zaburzenia czucia, mogą wiązać się z nierozwiązywalnymi problemami czy trudnościami interpersonalnymi. Zaburzenia te klasyfikowano wcześniej jako różne typy „histerii konwersyjnej”.

Obecnie uważa się, że są one pochodzenia psychogenne i są ściśle związane w czasie z traumatycznymi wydarzeniami, nierozwiązywalnymi i nietolerowanymi sytuacjami, czy też z zaburzonymi relacjami z otoczeniem.

Objawy często są odbiciem wyobrażeń pacjenta o tym, jak przejawiała by się choroba somatyczna. Badanie lekarskie i badania dodatkowe nie potwierdzają żadnej znanej choroby somatycznej ani neurologicznej. Poza tym utrata funkcji jest wyrazem potrzeb psychologicznych czy konfliktów. Objawy mogą rozwijać się w ścisłym związku ze stresem psychologicznym i często występują nagle. Kategoria ta obejmuje tylko zaburzenia funkcji somatycznych będących normalnie pod świadomą kontrolą oraz zaburzenia wyrażające się utratą czucia. Zaburzenia obejmujące ból i inne złożone doznania somatyczne, związane z czynnością wegetatywnego układu nerwowego, należy klasyfikować jako zaburzenia pod postacią somatyczną (F45.0).

Należy zawsze pamiętać o możliwości późniejszego pojawienia się poważnych zaburzeń somatycznych czy psychicznych.

Obejmuje: konwersyjna: • histeria • reakcja histeria psychoza histeryczna

Nie obejmuje: symulacja [świadome udawanie] (Z76.5).

F 44.0 Amnezja dysocjacyjna

Dominującą cechą jest niepamięć, zazwyczaj ważnych świeżych wydarzeń, która nie jest spowodowana organicznym zaburzeniem psychicznym i jest zbyt nasiloną, aby można było ją wytłumaczyć

zwykłym roztargnieniem czy zmęczeniem. Przeważnie koncentruje się na wydarzeniach urazowych, takich jak: wypadek, nieoczekiwane osierocenie i zazwyczaj jest częścią i wybiorczą. Całkowita i uogólniona amnezja pojawia się rzadko i zazwyczaj jest składową fugi (F44.1) i w ten sposób powinna być klasyfikowana.

Rozpoznanie amnezji dysocjacyjnej nie należy stawiać w przypadkach organicznego zaburzenia mózgu, zatrucia czy nadmiernego zmęczenia.

Nie obejmuje: zaburzenie amnestyczne spowodowane przez alkohol lub inną substancję psychoaktywną (F10–F19 ze wspólnym czwartym znakiem kodu .6) amnezja: • BNO (R41.3) • następcza (R41.1) • wsteczna (R41.2) niealkoholowy organiczny zespół amnestyczny (F04) amnezja po napadzie padaczkowym (G40.–).

F44.1 Fuga dysocjacyjna

Fuga dysocjacyjna wykazuje wszystkie cechy amnezji dysocjacyjnej wraz z pozornie celowymi podróżami poza swój teren. Zachowanie pacjenta podczas zaburzeń może postronnemu obserwatorowi wydać się zupełnie normalne, choć okres fugi pokryty jest niepamięcią.

Nie obejmuje: fuga po napadzie padaczkowym (G40.–)

F44.2 Oslupienie dysocjacyjne

Oslupienie dysocjacyjne rozpoznaje się na podstawie głębokiego ograniczenia lub zupełnego braku ruchów dowolnych i braku normalnej reakcji na bodźce zewnętrzne, jak światło, hałas i dotyk. Badanie fizyczne i badania dodatkowe nie wykazują objawów organicznych. Występują natomiast wyraźne dowody psychogenne uwarunkowania w postaci świeżych wydarzeń stresowych czy sytuacji problemowej.

Nie obejmuje: organiczne zaburzenia katatoniczne (F06.1) osłupienie: • BNO (R40.1) • katatoniczne (F20.2) • depresyjne (F31–F33) • maniakalne (F30.2) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób 230.

F44.3 Trans i opętanie

Zaburzenia cechujące się przemijającą utratą własnej tożsamości i pełnej orientacji co do otoczenia. Obejmują wyłącznie te stany transu, które są niezależne od woli, niechciane i nie zachodzą w sytuacjach akceptowanych ze względów religijnych czy kulturowych.

Nie obejmuje: stany związane z: • ostrymi i przemijającymi zaburzeniami psychotycznymi (F23.–) • organicznymi zaburzeniami osobowości (F07.0) • zespołem powstrząsowym (F07.2) • używaniem substancji psychoaktywnych (F10–F19 ze wspólnym czwartym znakiem kodu .0) • schizofrenią (F20.–).

F44.4 Dysocjacyjne zaburzenia ruchu

Najbardziej typowym objawem jest tu utrata zdolności do poruszania całymmi kończynami lub ich częściami. Może to bardzo przypominać każdą postać ataksji, aprak-

sji, akinezji, afonii, dyzartrii, dyskinezy, napadów drgawkowych czy porażenia.

Psychogenna: • afonia • dysfonia .

F44.5 Drgawki dysocjacyjne

Drgawki dysocjacyjne mogą przypominać napady padaczkowe pod względem charakteru drgawek, natomiast rzadko zdarza się przygryzienie języka, uszkodzenie ciała z powodu upadku czy nieświadome oddanie moczu. Świadomość może być zachowana lub zaburzona tak, jak w osłupieniu dysocjacyjnym lub w transie.

F44.6 Znieczulenie dysocjacyjne z utratą czucia

Granice obszarów skóry, w których występują zaburzenia czucia, wiążą się bardziej z wyobrażeniami pacjenta o funkcjonowaniu ciała niż z wiedzą medyczną. Różnice takie dotyczą np. ubytku poszczególnych rodzajów czucia, które nie znajdują odzwierciedlenia w uszkodzeniu nerwów obwodowych. Utracie czucia mogą towarzyszyć skargi na parestezje. W zaburzeniach dysocjacyjnych rzadko dochodzi do całkowitej utraty wzroku i słuchu. Głuchota psychogenna.

F44.7 Mieszane zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)

Kombinacja zaburzeń określonych w F44.0–F44.6.

F44.8 Inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne)

Zespół Gansera, Osobowość mnoga, Psychogenne przymglenie, Psychogenne stan pomroczny.

F44.9 Zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), nieokreślone

Leczenie

Psychoterapia jest ważną i jedną z podstawowych terapii w zaburzeniach dysocjacyjnych. Forma, zakres i techniki psychoterapeutyczne zależą od rodzaju zaburzenia, stanu pacjenta, ale również od kwalifikacji i przygotowania psychoterapeutów z powodu ryzyka działania jałtrogenne [3]. Psychoterapia pacjentów z rozpoznaniem dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości oraz innych zaburzeń dysocjacyjnych jest zwykle procesem długotrwałym i żmudnym. Aby odnieść sukces, na początku trzeba zbudować solidne i bezpieczne ramy leczenia. Ponieważ pacjent w dzieciństwie mógł doznawać przemocy, należy zaraz na początku terapii ustalić z nim długość i terminy sesji, zasady wnoszenia opłat oraz regułę unikania kontaktu fizycznego. Silne przymierze terapeutyczne jest nieodzownym warunkiem kontynuacji leczenia. Ułatwimy jego budowę, jeśli w początkowej fazie terapii okażemy zrozumienie dla subiektywnych przeżyć pacjenta [1].

Klinicyści, którzy w swoich pracach poruszają problem skutecznego leczenia dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości, zgodnie twierdzą, że warunkiem niezbędnym jest dobra znajomość zasad psychoterapii psychodynamicznej [8,12-16]. Zwykle

katharsis i odreagowanie nie doprowadzą do integracji ani uzdrowienia. Wielokrotnie powtarzanie urazu w procesie psychoterapii może tak naprawdę go utrwalić i sprawić, że pacjent będzie coraz bardziej zaprzętnięty [17]. Najnowocześniejszą formą psychoterapii dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości jest leczenie obejmujące kilka faz – opracowano je na podstawie ocen, jakie specjaliści w tej dziedzinie dawali poszczególnym interwencjom [9].

W fazie pierwszej terapeuta ma nadzieję zaszczepić w pacjencie poczucie bezpieczeństwa i równowagi.

W fazie drugiej stara się uzyskać jak najwięcej informacji na temat historii choroby i przeszłości pacjenta oraz zainicjować przetwarzanie traumatycznych wspomnień, jeśli pacjent ma zasoby psychiczne potrzebne do zaangażowania w tę pracę.

Faza trzecia to faza ponownej integracji – wspomnienia traumy zyskują status „bolesnych wspomnień” z przeszłości, a pacjent stara się żyć, jak najlepiej potrafi tu i teraz. Ostatecznym celem jest lepsze przystosowanie do życia. W trakcie terapii pacjent powinien ponosić odpowiedzialność za własne zachowania, w ten sposób bowiem uznajemy, że stanowi sumę wszystkich swoich stanów self, zamiast sugerować, że tylko jeden z nich jest „prawdziwy” [18].

Farmakoterapia zaburzeń dysocjacyjnych to przede wszystkim leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, rzadziej benzodiazepiny i małe dawki neuroleptyków o działaniu przeciwlękowym i uspokajającym [3]. Wielu pacjentów z rozpoznaniem dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości – w zależności od poziomu organizacji ego oraz obecności i powagi współwystępujących zaburzeń, w jakimś momencie w przebiegu psychoterapii będzie wymagać hospitalizacji [13].

DES-T PL Skala Doświadczeń Dysocjacyjnych (Taxon)

Pomocną w ocenie intensywności objawów może stać się Skala Doświadczeń Dysocjacyjnych Des-T stworzona w 1986 roku przez Drs. Eve Bernstein Carlson i Frank W. Putnam. Jej wadą pozostaje jednak przyjęcie koncepcji kontinuum dysocjacji od normy do patologii, wskutek czego narzędzie to zawiera pytania o objawy zarówno o patologicznej naturze, jak i normalne doświadczenia występujące w zdrowej populacji.

Skali tej użyto do oceny zaburzeń stwierdzanych u pacjentki.

DES-T PL Skala Doświadczeń Dysocjacyjnych (Taxon)

Imię i nazwisko:

Data:

Określ, jak często przydarza Ci się podobne doświadczenie:

- nigdy
- zdarzyło się tak raz lub dwa razy
- nie częściej, niż raz w rok
- raz na kilka miesięcy
- przynajmniej raz w miesiącu
- średnio raz w tygodniu

g. częściej niż raz w tygodniu
h. raz dziennie lub częściej

Niektórym ludziom zdarza się znaleźć w jakimś miejscu, choć nie pamiętają, skąd się tam wzięli.

Niektórym ludziom zdarza się znajdować wśród swoich rzeczy nowe przedmioty, ale nie pamiętają ich kupowania.

Niektórym ludziom towarzyszy czasem wrażenie, jakby stali obok siebie lub obserwowali samych siebie i właściwie widzą siebie tak, jakby patrzyli na inną osobę.

Niektórzy ludzie dowiadują się, że czasem nie rozpoznają swoich znajomych lub członków rodziny.

Niektórym ludziom zdarza się mieć poczucie, że inne osoby, przedmioty i otaczający ich świat nie są prawdziwe.

Niektórzy ludzie mają poczucie, jakby ich ciało nie należało do nich.

Niektórzy ludzie stwierdzają, że w jednej sytuacji zachowują się tak różnie w porównaniu do innej sytuacji, że mają wrażenie, jakby byli dwiema różnymi osobami.

Niektórzy ludzie stwierdzają czasem, że słyszą głosy w swojej głowie, które mówią im, by coś zrobili lub komentują ich zachowanie.

Dalenberg & Carlson 2010 DES-R
Przekład na język polski: Igor Pietkiewicz, Radosław Tomalski, Jolanta Życińska, Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją.

Opis przypadku

24-letnia kobieta zgłosiła się do gabinetu psychoterapii w 2017 roku i rozpoczęła proces psychoterapii psychodynamicznej. Powodem zasięgnięcia pomocy u specjalisty były coraz bardziej doskwierające i coraz częściej przez nią zauważane zaniki pamięci. Pacjentka nie pamiętała różnych okresów swojego życia, począwszy od kilku godzin, aż do kilku dni. Oprócz amnezji, doznawała również fug dysocjacyjnych – podróżowała w różne miejsca i orientowała się później, że nie wie gdzie się znajduje i dlaczego do tego miejsca dotarła. Pacjentka wymieniała również częste wahania nastroju, okresy depresyjne, w których miewała myśli samobójcze oraz liczne dolegliwości psychosomatyczne.

Pacjentka nie była wcześniej leczona psychiatrycznie, nie była również w procesie psychoterapeutycznym.

Pacjentka pochodzi z małej miejscowości, w której spędziła większość swojego życia, aż do czasu przeprowadzki do większego miasta. W domu rodzinnym mieszkała z matką, młodszym o rok bratem i dziadkami. Relacje z mamą pacjentka opisuje jako chłodne. Mama całe życie pracowała fizycznie, samotnie wychowywała dzieci. Z relacji pacjentki wynika, że mama lepiej traktowała syna, spędzała z nim więcej czasu i częściej się nim zajmowała.

Pacjentka ma młodszego brata, z którym ma rzadki kontakt, w dzieciństwie dochodziło do częstych kłótni, między innymi na tle rywalizacji o względy matki. Najcieplejsze stosunki łączą ją z dziadkami. Pacjentka uważa, że to głównie im zawdzięcza swoje osiągnięcia, dziadkowie

wspierali pasje swojej wnuczki, spędzali z nią czas na zabawach i nauce.

O ojcu pacjentki wiadomo najmniej. Temat ten pozostaje od wielu lat tematem tabu w rodzinie. Z relacji pacjentki wynika, że ojciec opuścił rodzinę po narodzinach brata. Pacjentka dowiedziała się, że ojciec ma bliżej nieokreśloną przeszłość kryminalną.

Pacjentka uważa, że była energicznym dzieckiem, spędzała czas na nauce, tańczyła w zespołach, rysowała, grała na gitarze. Obecnie pracuje w dużej korporacji, jest w kilkuletnim związku z mężczyzną. Do miasta w którym obecnie mieszka wyjechała w celu rozpoczęcia studiów na pobliskiej uczelni.

Przebieg psychoterapii

Pacjentka przez pierwsze 3 miesiące terapii uczęszczała na nią 1x w tygodniu, a następnie częstość spotkań została zwiększona do 2x na tydzień. Każdą sesję rozpoczynała od tematu swojej pracy, a następnie przechodziła do relacjonowania nowych objawów psychosomatycznych. Najczęściej zgłaszała bóle głowy w okolicy skroniowej, bóle brzucha, bóle mięśni i stawów, często chorowała na infekcje górnych dróg oddechowych.

Z każdą sesją pacjentka nabierała większej ufności, opowiadała o doświadczeniu częstych zaników pamięci, zapomniała co robiła cały dzień, potrafiła "ocknąć się" nagle w kuchni i zobaczyć ugotowany przez nią obiad, choć nie miała w pamięci wspomnienia o wykonywaniu tej czynności.

Po około 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, pacjentka zaczęła wracać pamięcią do czasów studiów, powiedziała, że nie ukończyła szkoły, ponieważ przez kilka miesięcy uczęszczała na wykłady innego kierunku i dopiero po dłuższym czasie zorientowała się, że nie jest to jej wydział.

W czwartym miesiącu terapii pacjentka zaczęła opowiadać o swoim ojcu i o przeżytej traumie. W wieku nastoletnim została przez ojca uprowadzona. Pacjentka nie była w stanie opisać dokładnie tego zdarzenia, w pamięci ma jedynie kilka obrazów z tamtej sytuacji. Pacjentka wracając w rozmowach do przeżytej traumy wydaje się nie mieć dostępu do swoich emocji, tak jakby to wydarzenie się nie wydarzyło. Od czasu tamtej sytuacji pacjentka zaczęła miewać epizody amnezji dysocjacyjnej i fug dysocjacyjnych. Wspominała o momentach wpatrywania się w jeden punkt, poczuciu odrealnienia, wahaniami nastrojów i epizodach depresyjnych z myślami samobójczymi łącznie.

W celu wykluczenia zmian nowotworowych, procesów degeneracyjnych OUN czy napadów padaczkowych zlecono konsultację neurologiczną. Wykonano badanie EEG i MRI mózgowia. Badania te nie wykazały zmian patologicznych. Od około 6 miesięcy pacjentka przyjmuje leki przeciwdepresyjne (z grupy SSRI). Od 3 miesięcy w terapii odczuwalny jest pewnego rodzaju "zastój". Pacjentka przeżywa różne nastroje, od myśli samobójczych i objawów depresyjnych, aż do dobrego samopoczucia

i, wydawałoby się, stabilnego stanu. Terapeuta miewa czasami wrażenie, że ma do czynienia z co najmniej dwoma stanami osobowości i pomimo regularnych superwizji odczuwa ograniczenia w opiece ambulatoryjnej. Po konsultacji z lekarzem psychiatrą, pod którego opieką znajduje się pacjentka, po wykonanej superwizji, wspólnie podjęto decyzję o skierowaniu pacjentki na leczenie szpitalne, a po jego ukończeniu o powrocie do terapii w gabinecie psychoterapeutycznym.

Podsumowanie

Ocenę, czy pacjentka spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń dysocjacyjnych, należy przeprowadzić na podstawie pogłębionego wywiadu oraz po wykluczeniu podłoża somatycznego. W przytoczonym opisie przypadku spełnione były kryteria zaburzeń dysocjacyjnych. Występowały epizody amnezji i fug dysocjacyjnych, zaburzenia tożsamości. Towarzyszącymi objawami były wahania nastroju, okresy występowania objawów depresyjnych, liczne manifestacje chorób psychosomatycznych. Wykazano również czasowy związek między przeżytą traumą a początkiem objawów zaburzenia dysocjacyjnego.

W trakcie psychoterapii udało się zbudować zaufanie do terapeuty, pacjentka czuje się bezpiecznie, zaczęła odtwarzać przeżyte wydarzenia i otwierać się przed terapeutą. Nasilenie objawów zaburzenia dysocjacyjnego nieznacznie zmniejszyło się. Jednakże, tak jak w przypadku wielu innych pacjentów z rozpoznanymi zaburzeniami dysocjacyjnymi, proces psychoterapeutyczny doszedł do momentu, w którym należy skierować pacjenta na leczenie szpitalne. W leczeniu szpitalnym pacjentka będzie mogła doświadczyć większej intensywności terapii pod obserwacją całego zespołu lekarsko-terapeutycznego, który będzie mógł widzieć pacjentkę codziennie i w różnych sytuacjach społecznych. Po odbyciu hospitalizacji, pacjentka najprawdopodobniej powróci do gabinetu psychoterapeutycznego oraz pod stałą opiekę lekarza psychiatry.

Wnioski

Psychoterapia pełni ważną rolę w leczeniu pacjentów z zaburzeniami dysocjacyjnymi.

Psychoterapeuta powinien w najlepszym dla pacjenta czasie zdecydować o potrzebie hospitalizacji - dla dobra pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Gabbard GO: Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2015.
2. Owczarek K: Rola wskaźników lęku w występowaniu psychogennych napadów rzekomopadaczkowych i innych zaburzeń dysocjacyjnych. Epileptologia 2007; 15: 193-201.
3. Araszkiwicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J: Psychiatria 2011.
4. Bremner JD, Randall P, Scott TM, et. al: MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. Am J Psych. 1995; 152: 973-981.

5. **Spiegel D:** Trauma, dissociation and memory. *Ann New York Acad Sci.* 1997; 821, 225-237.
6. **Spiegel D, Li D:** Dissociated cognition and disintegrated experience. W: Stein: *Cognitive Science and unconscious*, Am Psych Press 1997: 177-187.
7. **Yehuda R:** Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. *Ann New York Acad Sci.* 1997; 821: 57-75.
8. **Allen JG, Console DA, Lewis L:** Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure?, *Compreh Psych.* 1999; 40: 160-171.
9. **Rauch SL, Shin LM:** Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder. *Ann New York Acad Sci.* 1997; 177-187.
10. **Dell P:** A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatric Clin.* 2006: 1-26.
11. **Raval CM, Upadhyaya S, Panchal BN:** Dissociative fugue: Recurrent episodes in a young adult. 2015; 24: 88-90.
12. **Ganaway GK:** Historical versus narrative truth: clarifying the role of exogenous trauma in the etiology of DID and its variants. *Dissociation* 1989; 2: 205-220.
13. **Kluft RP:** Multiple personality. *Am Psych Press Rev Psychiatry* 1991: 161-188.
14. **Kluft RP:** Hospital treatment of multiple personality disorder: an overview. *Psych Clin North Am* 1991; 14: 695-719.
15. **Loewenstein RJ, Ross DR:** Multiple personality and psychoanalysis: an introduction. *Psychoanalytic Inquiry* 1992; 12: 3-48.
16. **Marmer SS:** Multiple personality disorder: a psychoanalytic perspective. *Psych Clin North Am.* 1991; 14: 677-693.
17. **van der Kolk BA:** The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimization, and masochism. *Psych Clin North Am.* 1989; 12: 389-411.
18. **Putnam FW:** Dissociation in children and adolescents: a developmental model. 1997.
19. **Maldonado JR, Spiegel D:** Zaburzenia dysocjacyjne. W: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO: *Psychiatria tom 3.* Warszawa, MediPage 2012: 1-45.
20. **Jha M, Sharma V:** Dissociative fugue disorder: Identification and psychological intervention. 2015; 60: 17-24.
21. **Brand BL, Loewenstein RJ, Lanius RA:** Dissociative identity disorder. W: GO Gabbard: *Gabbard's treatments of psychiatric disorders.* American Psychiatric Publishing 2014.