

*Kazuistika***Dissociativní obrna pravé horní končetiny****Hysterie – mizející choroba**

Radkin Honzák

The case of dissociative monoplegia of right upper limb**Souhrn**

Během posledních 40 let se podstatně změnilы příznaky hysterie. „Velké hysterické projevy“, které jsme denně vídali před 40 roky (senzorické či motorické obrny, zejména však velké hysterické záchvaty), se objevují pouze sporadicky. Autor předkládá kazuistiku 43leté pacientky s monoplegií pravé horní končetiny, která byla nakonec diagnostikována jako dissociální porucha. Tato diagnóza byla stanovena asi deset měsíců od vzniku prvních příznaků per exclusionem poté, co bylo provedeno nesmírné množství neurologických, imunologických, zobrazovacích a dalších instrumentálních vyšetření. Autor předkládá algoritmus diferenciálně diagnostických úvah, současně nabízí pozitivní příznaky a projevy, které mohou účinněji odhalit diagnózu dissociálních poruch. Diagnóza je obtížná a léčba svízelná.

Klíčová slova: hysterie, dissociální porucha, diferenciální diagnóza.

Summary

Clinical symptoms of hysteria have dramatically changed during the last four decades, and incidence of typical "great" hysterical symptoms (seizures, motoric and sensoric palsies) is sporadic nowadays. The author presents the case of dissociative monoplegia of right upper limb in 43years old woman. Correct diagnosis was provided per exclusionem after enormous amount of neurological, immunological, imaging and instrumental examinations approximately ten month after manifestation of the first symptom. The author submits particular differential diagnostic steps and points to positive symptoms and signs which can lead to earlier accurate diagnosis of dissociative disorder. Treatment is only partially successful.

Key words: dissociative disorder, diagnosis, differential diagnosis.

Úvod

Jeden zajímavý klinický úkaz, který se po čtyři tisíciletí těšil zájmu veřejnosti, péči lékařů a hýčkáni od pacientek i pacientů – hysterie – se v posledních desetiletích ocitá v pomyslné červené knize vymírajících medicínských jednotek. Ještě v šedesátých letech minulého století, kdy jsem sloužil v psychiatrické léčebně, jsme měli nejméně jednu týdne

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze, Psychiatrická ambulance IKEM, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha 8, Česká republika

Adresa: MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Albertov 7, 128 00 Praha 2, Česká republika
E-mail: radkinh@seznam.cz

čerstvou pacientku s touto diagnózou; pokud tam náhodou nebyla a přišly zákyňky na stáž, jedna staniční sestra na požádání uměla dokonale předvést velký hysterický záchvat (cyničtí kolegové říkali, že v jejím případě nejde o imitaci, ale výuce to v každém případě posloužilo). Mezi základní znalosti pregraduálního studia medicíny patřila diferenciální diagnóza mezi hysterickým a epileptickým záchvatem; vzhledem k problémům, které se při tom někdy vyskytovaly, navrhoval zakladatel české neurologie, akademik Henner, zavedení pojmu „hysteroepilepsie“.

První doložený popis této jednotky nalezneme v staroegyptském papyru Kahun z 19. století před Kristem, kde najdeme mezi symptomy mimo jiné, že „žena ač čivý zdravé má,

nevidí, ač údy zdravé má, pohnouti jimi nemůže“, přeloženo do dnešní terminologie: motorické a senzorycké obrny. Vrcholem produkce však byl velký záchvat tonicko-klonických křečí (bez pokousání a pomoci) končících „hysterickým obloukem“ – opistotonem, při němž se pacientka opírala o podložku pouze patami a zátylkem a její tělo bylo vy-pjaté jako luk. Ke klinickému obrazu patřila neoddělitelně psychopatologie, kterou dnes klasifikujeme především u nestabilní poruchy osobnosti: egocentrismus, manipulativnost, přehánění emočních i behaviorálních projevů, stahování pozornosti k vlastní osobě, disociativní příznaky, zvýšená hypnabilita a sugestibilita a další.

Starověk neměl problémy s etiopatogenezou této jednotky a jako příčinu určili egyptští lékaři dělohu, která se utrhla ze svého místa a putuje po těle, kde působí obtíže. Také „kauzální“ léčba vycházela z uvedeného předpokladu: děloha byla lákána na své místo vkládáním sošky posvátného ptáka Ibise do vagíny a vykuřováním, přičemž „vykuřovadla vonná“ ji měla přitáhnout svou příjemnou vůní, zatímco „vykuřovadla smrdutá“ ji měla přimět, aby se vrátila a zabránila jejich vnikání do těla. Další léčbou bylo doporučované těhotenství. V této podobě celý koncept převzala i antická medicína a v Řecku podle pojmenování dělohy (hysteron) dostala tato porucha i legitimní název. Hippokrates se rovněž nevyhýbal nejrůznějším mechanickým a vykuřovacím a inhalačním postupům, do léčby zařadil i pití speciálně upraveného vína, které mělo přivést dělohu zpět, důraz však kladl především na uspořádání mezilidských vztahů, hysterickým ženám doporučoval co nejdříve se provdat a otěhotnět. Platon napsal, že „děloha je zvíře, které si přeje být oplodněno, a pokud se tak neděje, je znepokojené a volně bloudí po těle.“ Ani Galenos, který ke škodě věcí rozpoltil člověka na tělo a duši, neopustil materialistický výkladový model, i když upozornil, že hysterií trpí i muži, u nichž předpokládal rovněž příčiny v sexuální oblasti a sexuální abstinenci, jejímž důsledkem je, že výměšky pohlavních žláz vyvolávají problémy.

Arabský lékař Íbn Síná (Avicenna) převzal část medicínských poznatků od Hippokrata, část z arabských lékařských škol. Ve svém Kánonu lékařství popsal případ, který jistě patří mezi hysterické poruchy. Avicennova diagnóza vyzněla však vlídněji. Popisuje případ mladého muže, který upadl do bezvědomí a byl v nebezpečí ohrožení života. Avicenna, který do města přijel, si povolal k lůžku pacienta místního občana a požádal ho, aby jmenoval všechny ulice ve městě. Při jednom jméně se mladíkovi nápadně zrychlil tep. Totéž se stalo při vyslovení jména jednoho z majitelů domu a při vyslovení jména jeho dcery začal mladíkův tep „*bušit jako na poplach*“. Avicennova diagnóza „šílený láskou“ vedla též k rychlému nalezení léčebného prostředku. Když dotyčná dívka vstoupila do místnosti, mladík se uzdravil. Dnes by dostal diagnózu disociativní poruchy.

Středověk vrátil do medicíny démonologické koncepce a hysterické ženy byly pokládány buď za čarodějnice, ale mnohem častěji za jejich oběti, na něž byl seslán ďábel (sukubus nebo inkubus vyznačující se jedním specifíkem: studeným spermatem) a jeho vymítání se uskutečňovalo pouze vaginálním koitem. Byly dokonce mužské mnišské řády, které

„toto zachraňování ohrožených duší“ měly přímo v popisu práce.

Doba osvícenství znamenala rozvoj vědeckých postupů a obtíže označované jako hystérie se vrátily zpět do medicíny, někdy svérázným způsobem. Známy francouzský chirurg 17.století, Ambroise Paré, vycházel neustále z předpokladu porušené dělohy, která podle jeho výkladu byla uskrínutá. Patientky s hysterickými záchvaty pokládal na záda, vykřikoval jejich jméno a přitom je tahal silně za ochlupení na mons pubis. Současně vsunoval do pochvy zlatý či stříbrný pesar a dělohu vykuřoval.

Teprve další francouzský lékař, Carolus Piso, přichází s tvrzením, že všechny příznaky pocházejí z hlavy („*tous les symptomes viennent de la tete*“). Rovněž zdůrazňuje skutečnost, že hysterické příznaky se vyskytují jak u žen, tak u mužů. Skutečně také v té době se projevovaly téměř epidemicky „hysterické“ bolesti hlavy v celé evropské společnosti. Současné názory na tuto epidemii usuzují na vliv prudkých sociálních změn, rozpad středověké kultury a nástup nových ekonomických i sociálních vztahů.

Rozvoj medicíny vedl i k rychlému a zásadnímu rozšíření poznatků o anatomii a fyziologii. Objev nervové soustavy a jejích funkcí změnil řadu tradičních přístupů a pochopitelně ovlivnil také pohled na hysterické potíže. Kromě začínající neurologie se objevuje mezi lékařskými obory též psychiatrie a obě disciplíny se ucházejí o hysterické nemocné. Tak se hystérie stává buďto „nemocí nervů“ nebo „nemocí duše“. Termín „neuróza“, který poprvé zazněl r. 1777, znamenal tehdy něco jiného než dnes – byl pojmenováním křečových a záchvatových poruch. Philippe Pinel, s jehož jménem je spojována první psychiatrická revoluce, pohlížel na hysterii jednak jako na poruchu psychologickou, ale současně také na poruchu morálky.

Rozporuplná osobnost F.A. Mesmera a jeho teorie živočišného magnetismu znamenaly nástup nové techniky: hypnózy. Hypnabilita hysterických patientek byla a je velice výrazná, není tedy divu, že se záhy hypnóza přesunula z přítmi obskurních seancí na univerzitní pracoviště. Vrchol hypnotické epochy představuje pařížský psychiatr Jean Martin Charcot, který působil v nemocnici v Salpetriere. Zde zjistil, že na oddělení se záchvaty trpícími pacientkami je umístěno více nemocných s hysterií, než epilepsií. Věnoval studiu a léčbě hystérie mnoho energie a ve své době bylo jeho pracoviště nejvyhlášenějším v Evropě. Charcot provedl klasifikaci velkých a malých hysterických záchvatů, hysterických stigmat (necitlivé okrsky či naopak výrazná přecitlivělost některých míst, výpadky zorného pole, obrny, krvácivá místa) a dalších tehdy běžných projevů.

Fyzikální léčba se u Charcota nápadně podobala léčbě staré čtyři tisíce let. Jak píše Michal Černoušek ve své vynikající knize (Šílenství v zrcadle dějin), „vaječnickové tlačítko“ by mělo být vystaveno v lékařském muzeu. „*byl to přístroj, který na první pohled připomínal kombinaci středověkého pásu cudnosti a podomáčku vyrobeného lisu na ovocné šťávy – ženě bylo doporučeno, aby tento přístroj nosila po celý den, jako podvazkový pás*“.

Hypnotická léčba hysterie se díky zvýšené sugestibilitě pacientek a atmosféře na oddělení zvrhla v bizarní představení, jehož diváky byli nejen lékaři a studenti medicíny. Ostrou kritiku těchto postupů můžeme najít v kdysi velmi populární knize Axela Muntheho (Kniha o životě a smrti). Nicméně věhlas pracoviště přivedl do Paříže také Sigmunda Freuda, který se zde seznamoval jak s hysterií, tak s hypnotickou technikou.

Freud zařadil hysterii mezi psychoneurózy, tentokrát již ve smyslu, ve kterém je chápeme dnes. Tedy mezi psychologickou cestou vzniklé poruchy. Z toho logicky vyplývá, že je možné tyto poruchy odstranit rovněž psychologickou cestou – psychoterapií. Psychoterapeutický systém, který Freud vyvinul, nazval **psychoanalýzou**. Podle psychoanalytických teorií je hysterie způsobena nevědomými konflikty, jejichž základ byl položen v dětství v průběhu psychosexuálního vývoje. Není asi nutné zde zdůrazňovat sexuální obsah těchto konfliktů. Během léčby dochází k jejich uvědomování, zpracování a osvobození od jejich tlaků. Původně začal Freud s Breuerem pracovat s použitím hypnózy, později zjistil, že nevědomé obsahy jsou dostupné i jinou cestou, prostřednictvím „volných asociací“, kdy pacient/ka leží na lehátku se zavřenými očima a říká svému terapeutovi všechny, i ty nejnemyslnější, nápady, které se dostávají. Další možnost poskytuje zpracovávání snů.

Podle psychoanalytické teorie touží ve věku tří až pěti let každý chlapec po své matce jako po sexuální partnerce (Oidipový komplex – podle Sofoklova dramatu, v němž král Oidipos zabil svého otce a pojal za manželku vlastní matku), nicméně strach z možného otcova trestu (kastrace) mu v těchto fantaziích zabrání. Podle toho, jak vyřeší malý chlapec tuto zásadní životní situaci, bude v dospělosti reagovat na analogické (=sexuální) situace: buď zralým způsobem, nebo neuroticky.

U děvčátek je situace zadána obdobně ve vztahu k otci, protože jim však chybí pohlavní úd, mají za to, že již byla na rozdíl od chlapců kastrována, cítí se proto méněcenná a snadněji se stávají zranitelná – i jako dospělé ženy.

Nevyřešený nevědomý konflikt působí v psychice jako cizí těleso, má tendenci vyvolávat úzkost a my se potřebujeme této úzkosti nejasného původu nějak zbavit. Zvolíme tedy nějaký příznak, který (podobně jako hromosvod) stáhne a koncentruje veškerou nepřijemnost na sebe. Příznak (hysterický, ale i jiný) je tedy nešikovným řešením nezvládnutelné úzkosti.

Freudovy myšlenky vyvolaly pobouření prakticky na všech stranách společenského spektra. Nejvíce pobouřily jeho úvahy o sexualitě a zejména o dětské sexualitě. Ponecháme tuto část kritiky stranou, protože navzdory všem často velmi nečistým výpadům, je psychoanalýza dodnes živým učením.

Otázkou zůstává, zda všechny pacientky, které Freud léčil a podrobně popsal, skutečně trpěly hysterií. Zdá se, že nejen ve Freudově době, ale ještě dlouho po jeho smrti, byla hysterie jakýmsi sběrným košem pro mnoho obtíží, na které se dnes díváme zcela jinak, a které také zcela jinak diagnostikujeme a léčíme. Otázka je, jak úspěšně?

Co si pod pojmem hysterie představovala medicína nedávné minulosti, a co vlastně přežívá v obecném povědomí dodnes? Byla to jednak hysterická povaha (nebo také hysterická psychopatie, dle platné klasifikace v současnosti diagnostikovaná většinou jako emočně nestabilní porucha osobnosti), dále hysterie jako neuróza (kam dnes spadá především široké spektrum úzkostných poruch a nepřehledný soubor poruch somatizačních) a jednotlivé hysterické příznaky, kterými může přechodně trpět kterýkoliv člověk v náročné situaci (v současnosti většinou diagnostikovaných jako reakce na stres až posttraumatická stresová porucha). Poslední klasifikace MKN-10 z celého bohatého klinického obrazu ponechala „naživu“ vlastně pouze **dissociativní (konverzní) poruchy** s kódem F44, jejichž charakteristikou je „*částečná nebo úplná ztráta integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládnutím pohybu těla, která má pravděpodobný psychogenní původ, přičemž pacienti překvapivě popírají problémy nebo těžkosti, které mohou být zřejmě jiným*“.

Za posledních 35 let jsem se s klasickými „velkými“ motorickými či senzorickými příznaky hysterie nesetkal, občas jsem se o jejich sporadickém výskytu doslechl na seminářích s neurology a často jsem si kladl otázku, kam se vlastně poděly všechny ty velkolepé a dramatické manifestace vnitřní tenze. To, že některé z nich nás mohou v klinické praxi překvapit, dokládá následující kasuistika.

Kasuistika

Pacientka, 43letá úřednice, vdaná, matka dvou dospělých dětí, byla odeslána do mé psychiatrické ambulance po půlroční neúspěšné léčbě na neurologii s diagnózou dissociativní monoparéza PHK. Při prvním vyšetření byla dále diagnostikována depresivní porucha střední intenzity.

Rodinná anamnéza je z neuropsychiatrického pohledu negativní, V osobní anamnéze neuvádí žádné závažnější somatické problémy až do vzniku NO kromě současných gynekologických při počínající menopauze, které jsou však korigovány hormonální terapií. Malý adenom hypofýzy sledovaný na endokrinologickém pracovišti bez známek aktivity, pouze mírný stupeň hemianopsie pravého oka, která byla zjištěna při vyšetření na očním oddělení před šesti roky, kdy prodělala zánět očního nervu. Nekouří, alkohol nepije, drogy nikdy ani nezkoušela, léky žádné nebere, alergie na některá antibiotika, acylpyrin, sumamed.

Psychomotorický vývoj normální, ve dvanácti letech sexuálně zneužita starším spolužákem, tuto skutečnost dlouhodobě vytěsnila a vzpomínka na ni se vynořila s bolestnými emocemi před několika lety v hypnóze a svěřila se s ní až v průběhu hospitalizace v psychiatrické léčebně (skutečný důvod, proč se nechala tehdy hypnotizovat nezjištěn, nejspíše šlo o hledání zajímavého zážitku). Menses pravidelné, dva porody, dva spontánní potraty, sex jí „nijak nepřitahuje“. Manželství v posledních letech značně disharmonické, konflikty údajně především kvůli manželově alternativní léčbě chronického onemocnění, dokonce dospělá dcera kvůli tomu odešla z domova, od vzniku pacientčinych obtíží

se však vztahy výrazně zlepšily, manželé si navzájem pomáhají. Středoškolské vzdělání, pracovala vždy jako úřednice; v posledních dvou letech změnila třikrát zaměstnavatele, na všech pracovištích měla konflikty. Je frekventantkou dálkového studia speciální pedagogiky (během hospitalizace v PL s výborným výsledkem složila poslední dvě zkoušky potřebné k dosažení magisterského titulu, ve studiu dále pokračuje).

Nynější onemocnění začalo jako lehká periferní paréza n. VII. dx, které si dříve než pacientka všimli spolupracovníci. Vyšetřena neurologicky se závěrem odeznívající Bellovy obrny. Deset dní poté se objevila slabost v PHK, která se vyvinula až do chabé monoparézy. Hospitalizována ba předním neurologickým pracovišti, kde provedena všechna potřebná vyšetření (viz dále) a propuštěna po dvou týdnech se závěrem:

Stav po periferní paréze n. VII. dxt při negativním likvorologickém nálezu. Frustrní monoparéza PHK při nálezu ojedinelého drobného ložiska T vlevo nejspíše pozánětlivé etiologie MRI. Výpadek zorného pole pravého oka nazálně při známém adenomu hypofýzy.

Po propuštění pacientka dochází na rehabilitaci, pokus o aplikaci Vojtovy metody neúspěšný, protože pacientku rozbolela hlava a odmítla pokračovat. Pět měsíců po začátku obtíží prodělala virózu s febriliemi přes 40°C, při níž se chabá paréza změnila ve spastickou. V této době se začíná rozvíjet depresivní symptomatologie, kterou pacientka ex post líčí jako stav těžké pasivity, kdy jen „seděla a koukala, nezmohla se na nic, myslela na smrt, rozmlouvala s mrtvým tatínkem, vůbec nespala“ a suicidální ideace zvolna krystalizovaly do plánu zabít se skokem z mostu. V tomto stavu přišla do mé ambulance.

Terapeuticky jsem nasadil sertralin v rychle stoupající dávce (podle tolerance ev. nežádoucích účinků) až na 200 mg denně a vzhledem k dramatické změně neurologického klinického obrazu jsem pacientku poslal na superkonziliární vyšetření do ambulance emeritního přednosty Neurologické kliniky 1. LF profesora Tichého. Ten indikoval okamžitou rehospitalizaci na neurologii, která byla též okamžitě realizována. Avšak závěry (s výjimkou diagnózy deprese) se ani po řadě dalších pomocných vyšetření nelišily od závěrů hospitalizace předešlé.

Pacientka předána do péče ambulantního neurologa, který po dvou měsících nechal zopakovat CT vyšetření krční páteře, jehož závěr (protruze C5/C6 3 mm s tlakem na přední stěnu durálního vaku, páteřní kanál zde na podkladě degenerativních a diskogenních změn relativně zúžen na AP rozměr 11 mm) ho vedl k urgentnímu odeslání pacientky na oddělení neurochirurgie Na Homolce, odkud však byla obratem vrácena s verdiktem: „Nevelký nález na CT nemůže být příčinou klinického nálezu na PHK, operační řešení není indikováno.“

V dalším průběhu pacientka užívala sertralin 100 mg ráno a trazodone 100 mg večer, deprese zřetelně ustupovala, monoparéza přetrvávala, přičemž končetina ani v náznaku neatrofuje. Vynořil se však sociální problém, a to hrozící ukončení vyplácení dávek v nemoci. Pacientka měla konfliktní situace nejen doma a na pracovištích, ale také ve vztahu ke

svému praktickému lékaři, takže bylo nejisté, jak hladce proběhne řízení o přiznání plného invalidního důchodu. V této situaci, a také s úvahou o možnosti většího terapeutického potenciálu jsem nabídl pacientce hospitalizaci na otevřeném oddělení v PL Bohnice, kde na částečný úvazek také pracuji.

Při přijetí z pozitivních symptomů pouze: forie snížená, ale odklonitelná, v popředí spíše emoční labilita, stěžuje si na hypobulii, suicidální tendence nemá. Na oddělení se rychle adaptovala, po dobu celé hospitalizace (při nezměněné medikaci) bez výraznější psychopatologie, kromě lability nálady, střídaly se stavy euforie s propady, občas projevy interpersonální tenze a plačtivosti při probírání citlivých témat. Byla velmi aktivní v činnostech pracovní terapie a jak bylo již zmíněno, složila dvě zkoušky v externím studiu. Z psychotherapeutických sezení jak skupinových, tak individuálních vyplývá mimo jiné také závěr, že onemocnění vlastně přineslo také sekundární zisky (úprava vztahů v rodině, únik z konfliktních pracovních prostředí do důchodu, který zde byl vyřešen a pacientce přiznán).

Nad standardní program jsem nabídl pacientce tři možnosti: hypnózu, periferní elektrostimulaci pažního pletence při použití přístroje na elektrokonvulzi (tuto metodu jsme úspěšně používali v 60. letech), nebo uvedení do krátkodobého spánku intravenózní aplikací 10 mg diazepam. Hypnózu odmítla okamžitě s odůvodněním, že se bojí toho, co by se ještě mohlo vynořit, když při takovéto zkušenosti před léty vyplavalo trauma z dětství. Stejně negativní stanovisko zaujala k aplikaci elektrostimulace; zažila několik vyšetření, kde elektřina s ní nic neudělala. Takže nakonec souhlasila s třetí variantou. Anesteziolog podal bolus diazepam a při usínání dostávala pacientka posthypnotickou sugesci, že pohyblivost končetiny se po probuzení navrátí. To se skutečně stalo a ještě než pacientka byla plně lucidní zasunula postiženou končetinu pod příkrývkou. Nicméně po plném probuzení se projevilo zlepšení jen částečně: Oproti úplné plegii byla schopna mírné abdukce v rameni a částečné flexe v lokti. Objevilo se také sensorické uvědomění si končetiny, ne zcela příjemně prožívané, ale pod hranici bolesti. Krátce po tomto zákroku pacientka požádala o propuštění. Pokračujeme v ambulantní léčbě, pacientka dochází na rehabilitaci a hybnost se velice pomalu v nevelkém rozsahu zlepšuje. Deprese ustoupila úplně, nicméně zajišťující antidepressivní medikace trvá.

Výsledky vyšetření

Vyšetření moči, krevního obrazu a celé biochemie vč. mineralogramu byly opakovaně v normě. TK 120/80 – 135/95 mm Hg. Rtg hrudníku normální. EKG normální.

Neurologické vyšetření opakovaně bez topického nálezu s výjimkou intermitentní parézy n. VII. dx. a plegie PHK.

Vyšetření na počátku onemocnění: mozkomíšni mok normální nález, anti-klíšťová encefalitida IgM, IgG negativní, anti-Borrelia Garinii IgM, IgG negativní.

CT mozku statim (nativní a postkontrastní vyšetření na počátku onemocnění): V oblasti zadní jámy lební přiměřený

nález, mostomozečkové kouty volné, IV. komora nedilatována, zevní zvukovody nejsou rozšířeny. V oblasti selly sytíci se struktura 12x8 mm. Supratentoriálně komorový systém bez dilatace a deformace. Střední rovina není dislokována. Mozková tkáň bez ložiskových změn s přiměřenými denzicitami. SA prostory zachovány, nejsou rozšířeny. Znamky intrakraniálního krvácení nejsou přítomny.

EEG: lehce abnormní záznam pro intermitentní výskyt pomalých nepravidelných theta vln s tendencí k synchronizaci s bifronto-temporálním maximem na pravidelném pozadí.

EMG: neprokazují lézi n. facialis l. dx., ani lézi pyramidové dráhy pro PHK.

MRI: ojedinělé drobné ložisko T vlevo nejspíše pozánětlivé (3–4 mm), drobné ložisko v hypofýze nepatrně retrahováno.

Wyšetření při rehospitalizaci

EMG: neprokazujeme motorické postižení na HK.

Duplexní sonografie mozkových tepen: hemodynamicky významná stenóza na magistralních tepnách mozku nezjištěna.

EEG: plochý beta záznam, varianta normy.

Borrelia, IgM, IgG – negativní.

Psychologické vyšetření: aktuálně kognitivní deficit v oblasti paměti, mírně zpomalené psychomotorické tempo, oslabená exekutivní funkce. Vzhledem k depresivnímu ladění pacientky nelze určit, zda se jedná o reverzibilní stav. Doporučuji kontrolní vyšetření po zalečení deprese.

Psychologické vyšetření při hospitalizaci v PL: Akcentovaná neuroticky strukturovaná osobnost se sklony k potlačení, afektivní labilita, ambivalentní prožívání. Zjištěné osobnostní charakteristiky připouštějí možnost dissociativní poruchy. Aktuálně již bez známek hlubší deprese.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

Základní úvaha při podobném klinickém obrazu směřuje ke zjištění poruchy motorické dráhy, tedy nejčastěji k cévní mozkové příhodě, po níž může přetrvávat malé reziduum i po odeznění většiny příznaků, včetně drobných lézí mozkového kmene (1). Pokud je tato bezpečně vyloučena a jako jediný symptom přetrvává monoparéza PHK, je nutné diferenciálně diagnosticky uvažovat o celé řadě dalších možných příčin, počínaje útlakem v průběhu periferní inervace (spondylóza, spinální stenóza, hernie disku, kompresivní léze krční míchy, neuritida n. brachialis, poruchy v oblasti n. suprascapularis), o traumaticko-ortopedické problematice v oblasti ramene a paže, poruše prokrvení v povodí a. brachialis, infekčních příčinách, neoplastickém procesu, autoimunitním onemocnění, ale také o tak málo pravděpodobných jednotkách jakými jsou amyotrofičká laterální skleróza, incipientní atypické projevy myasthenia gravis, SLE, symptomy Creutzfeldt-Jacobovy choroby (2), či roztroušené sklerózy na počátku onemocnění (to byla velmi důrazná a opakovaná připomínka na přednáškách akademika Hennera: „Vidíte-li

typickou hysterickou psychopatii, vyšetřete ji pečlivě neurologicky, protože v řadě případů se jedná o počínající roztroušenou sklerózu s výkyvy nálad a nevhodným nebrzděným chováním!“). Tak se úvaha o možné dissociativní poruše dostává až na zcela poslední místo cestou per exclusionem (3), a to zejména v situaci, kdy podobný klinický obraz není zdaleka tak častý, jak býval před půl stoletím (tehdy také patřilo BWR k rutinnímu vyšetření při parézách, protože u mnoha z nich byla příčinou ruptura luetického aneurysmatu). Moje pochyby o organicitě pomohly rozptýlit dvě skutečnosti: končetina ani po 16 měsících nevykazovala žádné známky atrofie a pak zjištění, že během terapeutického experimentu – bez plné volní kontroly – byla pacientka schopná postiženou končetinou provést plynulý a smysluplný pohyb.

Diskuse

Na fakultě nás učili, že *hysterie je proteus* a pacienti i pacientky mohou v průběhu vykazovat nejrůznější příznaky, což dnes platí o obtížích, které se ocitly ve sběrném koši somatizačních poruch. Jak je však vidět, typických symptomů významně ubylo, přičemž je těžké uvěřit, že ubylo lidí s problémy, které se před půl stoletím prezentovaly tak nepřehlédnutelným způsobem. Jak je možné demonstrovat na předložené kasuistice, některé „jádrové“ obtíže, známé již ve starověkém Egyptě, přetrvávají dodnes. Jenom trvá déle, než jsou vylušteny. K jejich lepší diagnostice by mohlo posloužit širší vidění zdravotního problému.

Je vhodné se zaměřit nejen na negativní nálezy dostupných objektivních vyšetření, ale také na indicie směřující k možnosti funkčních poruch. Jako první bych viděl sexuální zneužití v dětství. Tuto hypotézu vyslovil již Freud (zčásti inspirovaný Janetovou úspěšnou léčbou hysterické obrny mladé ženy, která v hypnóze rozkryla toto trauma a pak se „zázračně“ uzdravila) a její přijetí či zamítání podléhalo módním i ideologickým vlnám. Epidemie „multiple personalities“, která vypukla v USA před 20 roky vedla k paušálnímu tvrzení, že jde vesměs o fabulace. Naproti tomu seriózní výzkum psychosociálních faktorů u funkčních gastroenterologických poruch shrnutý v Římských kriteriích (4) prokázal přesvědčivě, že více než 30 % pacientek trpících těmito problémy zmíněnou bolestnou zkušeností prošlo. Zajímavé je i subjektivní zpracování problematiky. Kdysi jsem léčil padesátiletou znásilněnou ženu, pro niž větší problém než samotné znásilnění představovala skutečnost, že poprvé v životě tehdy prožila skutečný a závratný orgasmus.

Druhý okruh je reprezentován doslova třaskavými mezilidskými vztahy v rodině i v zaměstnání(ch). Navíc v kritickém období počínajícího klimakteria. Kdysi se používal termín „útěk do nemoci“, což však implikovalo určitý úmysl. Nicméně příznak, jako klasický „reaktivní výtvar“ přináší – byť nešťastně – vyřešení problémů. To je pak označováno jako sekundární zisk (za primární zisk označil Freud samotný vznik příznaku, který na sebe koncentruje do té doby neuchopitelnou změň často protichůdných emocí). Jak je uvedeno v kasuistice, pacientčina situace se v mnoha ohledech zlepšila.

Třetí indicií je výsledek psychologického vyšetření ukazující na neurotickou strukturu osobnosti, který byl však bohužel k dispozici až po odeznění depresivní symptomatologie, která při první exploraci tyto drobnější nuance zcela překryla.

Skutečnost, že nebyl nalezen žádný neurologický korelát pacientčina příznaku, neznamená, že její symptomatologie není reálná. Moderní zobrazovací metody začínají ukazovat i některé neurologické koreláty (5). Přestože některé starší práce se snažily prokázat, že u těchto poruch se po létech vyvine nějaká neurologická porucha (6), pozdější studie tuto skutečnost nepotvrdily (7).

Zatím nepříliš četné, a také ne zcela konzistentní studie naznačují, že mozková struktura těchto pacientů se neliší od struktury zdravých osob, ale že je narušeno funkční spojení mezi volními, pohybovými a percepčními centry (8). Autoři zde uvedené studie předpokládají, že primární percepcie je neporušená, ale nefunguje senzomotorický plán při narušení funkčního spojení mezi přední cingulární kůrou, orbitofrontální kůrou a limbickými oblastmi mozku. Uvedené skutečnosti se odrážejí i ve změněném krevním průtoku postiženými oblastmi. Výsledky je možné zopakovat i v situaci, kdy v hypnóze je sugerována paralýza jedné končetiny (9). Tyto nálezy ukazují, že v CNS pacientů probíhají senzomotorické děje jinak, než u lidí bez obtíží, že si tedy postižení „nevymýšlejí“ nicméně nepřinášejí dostatečné informace o příčinách a dalších mechanismech.

Data týkající se komorbidity ukazují, že dissociální příznaky se mohou objevovat souběžně s dalšími psychickými poruchami, počínaje depresemi, přes panickou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu, úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy a další. Pochopitelně se mohou vyskytovat u pacientů s kterýmkoli somatickým onemocněním. Neurologické onemocnění nevylučuje automaticky přítomnost dissociativní symptomatologie a vice versa.

Léčení je zdlouhavé, často nepříliš úspěšné (parézy mohou trvat roky) a frustrující, což se může negativně odrazit ve vztahu lékaře k pacientům, nárůstu pomocných vyšetření (viz tato kasuistika), tendenci pacienta fragmentarizovat, tedy posílat za nejrůznějšími odborníky a v dobré vůli vést i k polypragmázii (10). Indikována je psychoterapie, včetně hypnózy, antidepresiva a malé dávky antipsychotik. Anxiolytika se pro možnost návyku a vzniku závislosti nedoporučují.

Chtěl jsem svým příspěvkem upozornit na skutečnost, že navzdory tomu, že „velká hysterie“ se rozpustila v nepřehledném množství funkčních a somatizačních poruch (MUS = Medically Unexplained Symptoms), může se i dnes objevit její archaický a zapomínaný obraz a je tedy třeba při diferenciální diagnóze pomyslet i na možnost klasické hysterické symptomatologie popsané již v papyru Kahun.*

*Práce byla prezentovaná na XXVII. Česko-slovenské psychoterapeutické konferenci 14.–17. oktobra 2009 v Trenčianskych Tepliciach.

Literatúra

1. Song, I.U., Kim, J.S., Kim, Y.I., Lee, K.S.: Brachial monoparesis as an isolated manifestation of a paramedian pontine ischemic lesion. *Clin. Neurol. Neurosurg.*, 2007, 109(4), s. 376-378.
2. Raz, E., Stirpe, P., Semproni, C.P. et al.: An unusual cause of paraparesis and depression. *J. Clin. Neurosci.*, 2009,16(10), s. 1329 a 1387.
3. http://en.diagnosispro.com/differential_diagnosis-for/arm-shoulder-weakness-symptom/25007-154.html.
4. Drossman, D.A. (ed.): *The functional gastrointestinal disorders - Rome 2*. Allen Press Inc. Lawrence. KS, 2000.
5. Krem, M.M.: Motor conversion disorders reviewed from a neuro-psychiatric perspective. *J. Clin. Psychiatry*, 2004, 65(6), s. 783-790.
6. Slater, E.: Diagnosis of hysteria. *British Medical Journal*, 1965, 5447/1, s. 1395-1399.
7. Crimlisk, H.L., Kailash, B., Cope, H. et al.: Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *British Medical Journal*, 1998, 316/7131, s. 582-586.
8. Blaf, D.N., Seritan, A.L., Taber, K.H. et al.: Conversion hysteria: lessons from functional imagining. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 2004,16, s. 245-251.
9. Halligan, P.W., Athwal, B.S., Oakley, D.A. et al.: Imagining hypnotic paralysis: implication for conversion hysteria. *Lancet*, 2000, 355, s. 986-987.
10. Stonnington, C.M., Barry, J.J., Fischer, R.S.: Conversion disorder. *Am. J. Psychiatry*, 2006, 163(9), s. 1510-1517.

Do redakcie došlo 15.11.2009.