

bě žil, a který měl podobu vstávání z postele a odcházení, přičemž pacient si na nic takového nevzpomíná. V somatické nemocnici bylo provedeno CT mozku bez objektivního nálezu, proto byl pacient přeložen do psychiatrické nemocnice. Vzhledem k dřívějšímu užívání mirtazapinu se předpokládala hypotéza o nežádoucích účincích léků. V rámci observace však matkou popisovaný stav nebyl zaznamenán, proto byl po několika dnech pacient propuštěn. Po pár dnech byl však opět přijat pro opakování popisovaných stavů.

Anamnéza

Muž pochází z učitelké rodiny. Dětství popisuje jako spokojené. Vztah s otcem popisuje pozitivně, matku popisuje jako přísnou, kontrolující, vztah s ní vnímá jako komplikovaný. Má jednoho staršího sourozence. Psychickou hereditu neguje.

Vyučen tesařem s ekonomickou nástavbou. Na základní i střední škole měl průměrný prospěch, byla mu diagnostikována dyskalkulie v pedagogicko-psychologické poradně. V průběhu života se živil jako recepční či pracoval v dělnických pozicích. V období covidu přišel o zaměstnání v Praze, musel se vrátit zpět k matce, kde žije doteď. Toto vnímá jako životní selhání. Soužití s matkou vnímá jako náročné, neustále ho hlídá a kontroluje, kvůli matkou popisovaným stavům musí spát vedle ní, protože o něho měla strach. Po návratu k matce začal nadužívat alkohol. V konečných stadiích byl schopen vypít 1 l vodky denně. Po dvou letech nadužívání alkoholu byl pacient motivován matkou a sestrou k absolvování komplexní protialkoholní léčby. V čase vyšetření 5 měsíců abstinoval. Je heterosexuálně orientovaný, v průběhu života neměl žádný vážný vztah. Vztahy navazuje pouze povrchní za účelem sexuálního uspokojení. Absenci vážného vztahu zdůvodňuje tím, že se zamilovával do nepřístupných jedinců. Zhruba před rokem mu ambulantní psychiatr diagnostikoval depresi, která se dle pacienta projevovala smutkem a pláčem. Strídavě medikoval Neuro1, který kombinoval s alkoholem, stejně tak Mirtazapin a Trittico. Od psychiatra měl Rivotril a následně Elyceu. V čase vyšetření medikoval Asentru 100 mg (1-0-0) a Rivotril 0,5 mg (1-2-2). V minulosti užíval marihuanu denně zhruba 3–4 roky, před 20 lety zkoušel extázi a LSD. V rámci dotazování se na traumatické zážitky popisuje fyzické napadení v 17 letech tře-

mi vrstevníky a přepadení v metru zhruba před 2 lety, od té doby má strach. Popisuje sexuální zneužití na dětském táboře, když byl v 1. třídě, kdy ho starší chlapec osahával – k tomu dodává, že na to vzpomíná rád, moc tomu v té době nerozuměl, nevnímá to jako něco negativního.

Z psychologického vyšetření

Psychologické vyšetření bylo indikováno k objasnění potíží pacienta a vyloučení neuropsychologického a procesuálního pozadí potíží. Klinicky pacient působil bez nápadností, v čase vyšetření byl apsyhotický, normoformický, spolupracující po celou dobu psychologického vyšetření. Stejně se projevoval i na oddělení. V nynější hospitalizaci již byly zaznamenány disociativní stavy v noci, vždy po telefonátu s matkou – kopal do topení, vstával, vysvlékal se a znovu oblékal, stěhoval nábytek v pokoji, poté znovu ulehl a ráno si na nic z uvedeného nevzpomněl.

V rámci testových metod bylo provedeno vyšetření intelektu a kognitivních funkcí k vyloučení neuropsychologického pozadí popisovaných obtíží, dále projektivní metody – Rorschachův test (ROR) a Tematický apercepční test (TAT) k diagnostice osobnosti a vyloučení psychotického procesu.

Diagnostika kognitivních funkcí

Kognitivní a intelektový profil byl diagnostikován Wechslerovou intelligenční škálou (5). Celkový intelligenční kvocient vyšel v pásmu průměru (CIQ = 92), stejně tak verbální i performační složka (VIQ = 92; PIQ = 93). Průměrných výsledků pacient dosahoval také v rámci indexových skóre verbálního porozumění (IVP = 99) a percepčního uspořádání (IPU = 90). Nižšího průměru pak pacient dosahoval v indexu pracovní paměti (IPP = 88). Lze předpokládat, že výkon v rámci indexu pracovní paměti byl ovlivněn dyskalkulií, kterou měl pacient diagnostikovanu v dětství, neboť výkon v tomto indexu je mj. syncen i matematickými dovednostmi (např. subtest počty, kde pacient skóroval nejnižší). Nejlepších výsledků v rámci individuálního kognitivního profilu pacient dosahoval v indexu rychlosti zpracování, kde se nacházel v pásmu vyššího průměru (IRZ = 118). Dále byly použity: test verbální učení (AVLT), měřící schopnost učení, krátkodobou verbální pamět a schopnost oddáleného vybavení, přičemž výsledky v rámci komparace s normami byly zcela v normě, stejně tak v testu cesty (TMT) měřící pracovní

tempo, koncentraci a distribuci pozornosti a Rey-Ossteriethovy komplexní figury měřící exekutivní funkce, krátkodobou i oddálenou vizuální pamět. Celkově lze konstatovat, že kognitivní profil pacienta byl vzhledem k očekávané premorbidní úrovni i s přihlédnutím k dlouhodobému abúzu návykových látek v normě. Neuropsychologické pozadí disociativních stavů bylo v rámci testovaných kognitivních funkcí vyloučeno.

Projektivní metody

Pro diagnostiku osobnosti byly využity Rorschachův a Tematický apercepční test. Oba testy patří v rámci projektivních metod klinické psychologie k nejpoužívanějším. Oba testy umožňují diagnostiku osobnosti v celé její šíři a v klinické praxi mají své podstatné místo, neboť krom diagnostiky osobnosti umožňují diagnostiku myšlení i vnímání, které bývají často narušeny v důsledku závažné psychopatologie (např. v rámci procesuálního onemocnění). Podstatou Rorschachova testu je verbalizace paretolii (tj. imaginativní dotváření vnímaných nestrukturovaných podnětů do komplexních celků), které vyvolává nestrukturovaný podnětový materiál (6). Tematický apercepční test pak spočívá ve vyprávění příběhů k jednotlivým tabulím, přičemž se předpokládá projekce vlastních fantazijních obsahů, která má diagnostický význam (7). K interpretaci Rorschachova testu byl využit současný Exnerův systém skórování (8). K interpretaci TAT pak psychoanalytický přístup Brelet-Foulard a Chabert (9).

Výsledky Rorschachova testu daného pacienta ukázaly na přítomnost potíží v sociální kognici ve smyslu nepřesného a ukvapeného vnímání a interpretace sociálních situací. Značné byly tendence k maladaptivním vzorcům chování. Objekty percipuje jako nestálé, objektní vztahy nekvalitní. Značná je také hypersenzitivita vůči emočním podnětům a neschopnost její adaptivní regulace, což může vést k afektivnímu zaplavení. Patrná je nedostatečná schopnost integrace emočních prožitků. V protokolu dominovala impulzivita, emoční labilita a snaha zvládnutí uvedeného skrze pseudointelektualizační proces. Emoční labilita má často negativní dopad na myšlení, ve smyslu katatymního myšlení, nepřesnosti a zkreslení. Objevovalo se štěpení, výrazná dysforie, negativní sebeobraz, hněv a opozičnictví, anatomické obsahy, dále nedostatečná diferenciací mezi subjektem a objektem a ztráta přiměřeného odstupu od tabulí.