RODZINNE I OSOBOWOŚCIOWE UWARUNKOWANIA ZABURZEŃ KONWERSYJNYCH – STUDIUM PRZYPADKU

FAMILY AND PERSONALITY DETERMINANTS OF CONVERSION DISORDERS – CASE STUDY

Anna Dudzic-Koc, Agnieszka Szałkowska

Katedra Psychiatrii
Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz

STRESZCZENIE

Wstęp. Zaburzenia konwersyjne, inaczej określane jako zaburzenia dysocjacyjne, związane są z częściową lub całkowitą utratą normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami z przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Jedną z postaci zaburzeń konwersyjnych mogą być psychogenne napady rzekomopadaczkowe, których różnicowanie z epilepsją jest niezwykle trudne. Pomimo ich rozpowszechnienia są nadal słabo poznane i stwarzają dużą trudność diagnostyczną.
Cel. Celem pracy jest opis roli uwarunkowań rodzinnych i osobowościowych w wyzwoleniu się zaburzeń konwersyjnych. W artykule przedstawiona jest definicja i charakterystyka zaburzeń konwersyjnych w postaci psychogennych napadów drgawkowych oraz ich rozumienie w podejściu integratywnym. Ilustrację hipotez dotyczących związku pomiędzy objawami konwersyjnymi a konfliktem wewnątrzpsychicznym, schematami poznawczymi i systemem rodzinnym stanowi analiza przypadku 21-letniej pacjentki.
Materiał i metody. Studium przypadku.
Wyniki i wnioski. Wczesnodziecięce relacje rodzinne oraz cechy osobowości pacjentki odgrywają istotną rolę w rozwoju i przebiegu zaburzeń konwersyjnych. Określenie profilu osobowości pacjentki oraz zrozumienie funkcji objawów konwersyjnych w dynamice kontaktów interpersonalnych pozwoliło na określenie najbardziej optymalnej formy psychoterapii.

SŁOWA KLUCZOWE: napady rzekomopadaczkowe, zaburzenia konwersyjne, uwarunkowania rodzinne, uwarunkowania osobowościowe.

ABSTRACT

Introduction. Conversion disorder, otherwise known as dissociative disorders are associated with partial or complete loss of the normal integration between memories of the past, a sense of identity, sensory impressions and control of body movements. One form of conversion disorder may be psychogenic nonepileptic seizures (PNESs) which are extremely difficult to differentiate with epilepsy. Despite their high prevelence they remain poorely analysed and cause many diagnostic difficulties.
Aim. The aim of the paper is to describe the family role and personality traits in the development and onset of conversion disorders. The article presents the definition and characteristics of conversion disorder in the form of PNESs and their understanding in the integrative approach. An illustration of hypotheses concerning the relationship between symptoms and internal conflict, cognitive schemas and family system is a case study of a 21-year old female patient.
Material and methods. A case study.
Results and conclusions. Early childhood family relationships and patient personality traits play an important role in the development and course of conversion disorder. Detailed characterization of patient's personality profile and understanding of the function of conversion symptoms allows us to determine the most optimal form of psychotherapy treatment.

KEYWORDS: psychogenic nonepileptic seizures, conversion disorders, family factors, personality traits.

Wstęp

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, zaburzenia konwersyjne, inaczej określane jako zaburzenia dysocjacyjne, związane są z częściową lub całkowitą utratą normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami z przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała [1]. W wyniku doświadczeń traumatycznych przeżycia zostają oddzielone od świadomości i pozostają wyparte do podświadomości, gdzie pozostają aktywne. Przy ponownym doświadczaniu stresu mogą one przejąć kontrolę nad działaniem człowieka i wpływać na funkcje pamięci, percepcję czy aktywność ruchową [2]. Przejawia się to często przez objawy charakterystyczne dla chorób somatycznych i neurologicznych, przy jednoczesnym braku tych chorób. Objawy przypominające choroby somatyczne i neurologiczne utrudniają rozpoznanie, dlatego też po wykluczeniu faktycznych schorzeń somatycznych jest możliwe rozpoznanie zaburzeń konwersyjnych [3].

Przykładem zaburzeń konwersyjnych są napady psychogenne rzekomopadaczkowe, które różnią się od prawdziwych napadów padaczki zapisem w EEG. Przy

padaczce mamy do czynienia z zaburzeniami czynności mózgu związanymi z wyładowaniami bioelektrycznymi w komórkach nerwowych, natomiast przy napadach rzekomopadaczkowych w zapisie EEG nie ma patologicznych zmian w czynności mózgu [4]. W odpowiedzi na stresujące i traumatyczne wydarzenia dochodzi do nadmiernego hamowania procesu przetwarzania emocji jako próby poradzenia sobie z trudną sytuacją. Problem kontroli emocjonalnej przekłada się na zakłócenia w naszej świadomości i zaczynają działać mechanizmy podświadome [5]. Dotychczasowe badania zwracają uwagę na udział czynników stresujących w rozwoju napadów rzekomopadaczkowych. W oparciu o badania własne Srinath i wsp. [6] stwierdzili, że reakcje konwersyjne mogą powstać w odpowiedzi na represyjne relacje rodzicielskie, rywalizację wśród rodzeństwa oraz trudności w relacjach z rówieśnikami. Wyllie i wsp. [7] podkreślają znaczenie stresorów środowiskowych, a przede wszystkim wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, jako czynników wyzwalających napady konwersyjne. Wyniki badań Uliaszek i wsp. [8] ujawniły, że u pacjentów, u których występują napady rzekomopadaczkowe obserwuje się deregulację emocjonalną oraz upośledzenie jakości życia. U rodzin pacjentów z napadami rzekomopadaczkowymi obserwuje się małe zaangażowanie w życie rodzinne, brak pielęgnowania wartości rodzinnych oraz brak wsparcia między poszczególnymi członkami rodziny [9]. Obserwacje te zostały potwierdzone przez Szaflarskiego i wsp. [10], którzy przeprowadzili badanie jakości życia oraz nastroju wśród pacjentów z padaczką i pacjentami z napadami rzekomopadaczkowymi. Wyniki jednoznacznie wskazały na gorszą jakość życia u pacjentów z zaburzeniami konwersyjnymi oraz wykazały tendencje u tych pacjentów do przejawiania problemów emocjonalnych.

Opis przypadku

Pacjentka lat 21, panna, bezdzietna, wyznania rzymsko-katolickiego, praktykująca, studentka 2. roku geografii. Wychowana w rodzinie pełnej. Matka ma wykształcenie średnie techniczne, bezrobotna, zdrowa, ojciec – wykształcenie średnie techniczne, pracuje na kolei, choruje na astmę oskrzelową i nadciśnienie tętnicze. Brat ma 19 lat, choruje na autyzm oraz padaczkę.

Pacjentka początek problemów zdrowotnych datuje na 17. rok życia, kiedy to wystąpił pierwszy atak przypominający przebiegiem napad padaczkowy. Pacjentka wówczas osunęła się na podłogę, wystąpiły drgawki, deklarowała brak świadomości. Pacjentka neguje bezpośredni wpływ wydarzeń stresogennych. W tle narastający stres związany z pogorszeniem relacji rówieśniczych. Wyniki badań neurologicznych wykluczyły podłoże biologiczne obserwowanych objawów.

Z wywiadu od pacjentki wynika, że urodziła się o czasie, jako 2 dziecko z 4 rodzeństwa – siostra z pierwszej ciąży zmarła w pierwszej dobie po porodzie, z ciąży bliźniaczej zmarł brat, 2 lata później urodził się młodszy brat. Chodzić zaczęła o czasie, mówić zaczęła nieznacznie później niż wskazuje norma rozwojowa. Do 4. r.ż. pozostawała pod opieką matki. Gdy miała 8 tygodni była hospitalizowana z powodu przedłużającej się żółtaczki. W wieku 1,5 roku pozostawała pod opieką ojca, gdyż matka kilka miesięcy spędziła w szpitalu będąc w zagrożonej ciąży. W tym czasie kilkakrotnie została pozostawiona bez jakiejkolwiek opieki w domu. Pierwsze wspomnienie pacjentki jest z ok. 2,5 r.ż. – powrót mamy z nowo narodzonym bratem ze szpitala. Od 4. r.ż. uczęszczała do przedszkola – źle wspomina ten czas, gdyż była wyśmiewana przez rówieśników z powodu nietypowych zachowań brata, u którego autyzm i padaczkę stwierdzono ok. 4. r.ż. Pacjentka opisuje siebie z dzieciństwa jako osobę zamkniętą, mającą trudności w kontaktach międzyludzkich, silnie przeżywającą stres. Relacje z rodzicami wspomina jako niewystarczająco zażyłe, pozbawione zrozumienia i empatii, którą obserwowała w stosunku rodziców do brata. Kontakt z bratem opisuje jako bardzo dobry, czuła się bezpiecznie. Szkołę podstawową pacjentka wspomina negatywnie – pomimo bardzo dobrych wyników w nauce czuła się odtrącona przez rówieśników. W szkole średniej pacjentka osiągała już słabsze wyniki w nauce, a początkowo dobre relacje rówieśnicze uległy pogorszeniu, co zbiegło się z diagnozą u pacjentki hirsutyzmu. W wieku 17 lat wystąpił pierwszy atak rzekomopadaczkowy podczas pobytu w szkole. Po tym zdarzeniu została odebrana przez rodziców ze szkoły i zawieziona do szpitala. Stan zdrowia pacjentki został przez rodziców uznany za niepokojący. Pacjentka przeszła specjalistyczne badania w kierunku padaczki, innych zaburzeń neurologicznych, lecz badania EEG i TK głowy nie wykazały odchyleń od normy. Na przestrzeni kilku następnych miesięcy ataki występowały wyłącznie poza domem – w szkole i na ulicy. Rodzice nazywali te ataki udawaniem, reagowali niezadowoleniem i tłumaczyli nieradzeniem sobie córki ze stresem. W klasie maturalnej ataki ustąpiły na ponad rok. Ponownie wystąpiły na pierwszym roku studiów, w 2013 roku, przed zbliżającym się wyjazdem terenowym z grupą studencką. Pacjentka została ponownie poddana badaniom neurologicznym, których wyniki nie wykazały odchyleń od normy. Lekarz psychiatra stwierdził u pacjentki zaburzenia konwersyjne w postaci psychogennych napadów drgawkowych. Podjęła wówczas leczenie oraz terapię psychologiczną w Poradni Zdrowia Psychicznego. Napady rzekomopadaczkowe występowały rzadko – co kilka tygodni, i miały podobny przebieg: utrata świadomości, osu-

nięcie się na ziemię i drgawki trwające ok. 5 minut, szybkie odzyskanie świadomości i brak zmęczenia. Po okresie wakacji spędzonym w domu, gdzie ataki konwersyjne nie występowały, pacjentka wróciła do miejscowości, gdzie kontynuowała studia na drugim roku. Wznowienie ataków konwersyjnych, ich wzmożona częstotliwość spowodowały, że pacjentka miała trudność w kontynuowaniu nauki. Została skierowana do Kliniki Psychiatrii w celu leczenia, w tym psychoterapii. O hospitalizacji poinformowała matkę. Ojca nie powiadomiła tłumacząc, że nie chciała go niepokoić. Pobyt pacjentki przerwany został z powodu korzystania pacjentki z opieki medycznej w innej placówce. W kilka dni od wypisu pacjentka demonstrowała chęć popełnienia samobójstwa poprzez wyskoczenie z balkonu na 3 piętrze mieszkania studenckiego. Pacjentka deklaruje, iż jej wcześniejsze zamiary i działania samobójcze pokryte były niepamięcią. Trafiła na dwa miesiące do Szpitala Psychiatrycznego, o czym zawiadomieni byli rodzice pacjentki. Po wypisie ze szpitala, z powodu ponownego nasilenia się objawów konwersyjnych wraz z myślami samobójczymi, pacjentka została skierowana do Kliniki Psychiatrii. O pobycie poinformowała matkę kilka dni po przyjęciu, ojca kilka tygodni po przyjęciu. W pierwszych tygodniach pobytu na oddziale pacjentka deklarowała miernie obniżony nastrój, zwiewne myśli samobójcze, napady konwersyjne występowały kilka razy dziennie. Po dwóch tygodniach ich częstotliwość zmalała w związku z poinformowaniem pacjentki o konieczności odroczenia procesu diagnostycznego do czasu wyrównania stanu psychicznego. W trakcie wznowionej diagnostyki psychologicznej pacjentka zdecydowała się poinformować ojca o pobycie w szpitalu. Ataki konwersyjne w kolejnych tygodniach były rzadsze, a ich wystąpienie było głównie reakcją na sytuacje interpersonalne na oddziale.

Wyniki badania psychologicznego

Diagnostyka psychologiczna została przeprowadzona podczas pobytu pacjentki na oddziale stacjonarnym. Zastosowano obserwację, wywiad, Kwestionariusz Kompetencji Społecznych, Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej, Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości MMPI®-2.

Tabela 1. Wyniki uzyskane w kwestionariuszach
Table 1. Questionnaires Scores

Nazwa kwestionariusza /Wynik ogólny *(Questionnaire/ Score)*	Wyniki podwyższone i wysokie (centyle) *(High scores in Percentile scale)*	Wyniki niskie (centyle) *(Low scores in Percentile scale)*
Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej *(Neurotic Personality Questionnaire)* Score: xKO-N=16.800	1. Trudność w podejmowaniu decyzji *(Decision making difficulties)* (90) 2. Trudności w relacjach interpersonalnych *(Interpersonal defficites)* (67) 3. Poczucie winy *(Self-blame)* (90)	1. Skłonność do ryzyka *(Risk tendencies)* (0) 2. Poczucie braku wpływu *(Lack of influence)* (0) 3. Brak wewnątrzsterowności *(External locus of control)* (15) 4. Wyobraźnia i fantazjowanie *(Fanstasizing)* (15) 5. Zawiść *(Envy)* (0) 6. Postawa narcystyczna *(Narcissism)* (7) 7. Poczucie zagrożenia *(Sense of indanger)* (29) 8. Egzaltacja *(Exaltation)* (9) 9. Irracjonalność *(Irrationality)* (10) 10. Drobiazgowość *(Punctilious)* (12)
Kwestionariusz Kompetencji Społecznych *(Social Competence Questionnaire)* Score: KKS=101		1. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w syt. intymnych *(Managing intimate situations)* (I=31) 2. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w syt. ekspozycji społecznej *(Dealing with social exposure)* (ES=36) 3. Kompetencje warunkujące efektywność zachowań w syt. wymagających asertywności *(Dealing with situationes requiring assertiveness)* (A=34)
Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości *(Minnesota Multiphasic Personality Inventory)* MMPI®-2 Wskaźnik Gougha – wiarygodności profilu *(Gough factor)* F-K= -5	1. Psychastenia *(Psychasthenia scale)* (PT=60) 2. Depresyjność (Depression scale) (DEP=68) 3. Złość *(Anger)* (ANG=64) 4. Niska samoocena *(Low self estime scale)* (LSE=61) 5. Przystosowanie do życia w relacji/związku *(Marital Distress scale)* (MDS=62) 6. Introwersja *(Introversion)* (INTR=68) 7. Niedostatek emocji pozytywnych *(Low Positive Emotions)* (RC2=60) 8. Dyskomfort Społeczny *(Social Discomfort)* (SOD=74)	

W Kwestionariuszu Osobowości Nerwicowej pacjentka uzyskała wynik ogólny xKON=16.800, co świadczy o podwyższonym wskaźniku neurotyczności. Wyniki wysokie odnotowano w skalach: *Trudność w podejmowaniu decyzji, Trudność w relacjach interpersonalnych, Poczucie winy*, co wiąże się z funkcjonowaniem społecznym pacjentki oraz negatywnym postrzeganiu ataków konwersyjnych, jako objawów obniżających jej wartościowość na tle grupy. Wyniki niskie odnotowano w skalach: *Skłonność do ryzyka, Poczucie braku wpływu, Brak wewnątrzsterowności, Wyobraźnia i fantazjowanie, Zawiść, Postawa narcystyczna, Poczucie zagrożenia, Egzaltacja, Irracjonalność, Drobiazgowość*. Wskazują one na tendencję pacjentki do wybierania konwencjonalnych rozwiązań, unikanie sytuacji ryzykownych. Funkcjonowanie pacjentki w znanych warunkach otoczenia oraz dążenie do poczucia bezpieczeństwa (włączając również mechanizmy konwersyjne) zdają się skutecznie redukować u pacjentki poczucie zagrożenia. Obserwuje się również tendencje do koncentracji na zadaniach, brak tendencji do przeżywaniu zdarzeń w marzeniach, niską skłonność do fantazjowania. Dominuje myślenie konkretne.

W Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych pacjentka uzyskała niskie wyniki we wszystkich skalach. Pacjentka ma trudność w budowaniu relacji intymnych, czuje się niekomfortowo w bliższych związkach. Słabo radzi sobie w sytuacji ekspozycji społecznej. W okolicznościach, gdy konieczne jest wyrażenie lub obronienie własnego zdania pacjentka reaguje wycofaniem lub agresją. Często również unika konfrontacji. Pacjentka wypracowała mały repertuar zachowań asertywnych.

W Kwestionariuszu MMPI®-2 pacjentka odpowiadała szczerze, wyniki są wiarygodne, wskaźnik Gougha F-K= -5. Większość skal pozostaje w ciszy diagnostycznej. Nieznacznie podwyższone wyniki pacjentka uzyskała w skalach: Psychastenii, Depresyjności, Złości, Niskiej samooceny, Przystosowania do życia w relacji/związku, Introwersji, Niedostatku emocji pozytywnych. Wysoki wynik pacjentka uzyskała w skali Dyskomfortu Społecznego. Ostatnia skala najsilniej zaznacza się w profilu pacjentki. Przeżywane niezadowolenie z siebie i z kontaktów z ludźmi, skłonność do izolacji, poczucie bycia nielubianą wpływają na ogólne obniżenie nastroju. W obrazie własnej osoby przeważa obniżona samoocena, poczucie bycia gorszą, niekompletną. W kontaktach z innymi pacjentka pozostaje nieufna, obawia się krytyki, spodziewa się niepowodzeń, łatwo rezygnuje. W relacje interpersonalne wchodzi raczej pasywnie, koncentruje się na zadaniach, a nie na wspólnych przeżyciach. Pacjentkę cechuje skrupulatność, przywiązanie do zasad, chęć realizowania oczekiwań innych. Niskie kompetencje społeczne, trudność w budowaniu współpracy z innymi, obniżona empatia poznawcza – wpływają na trudności w kontaktach interpersonalnych, poczucie niezrozumienia oraz wzrost ryzyka konfliktów.

Omówienie

W literaturze przedmiotu zaburzenia konwersyjne o typie psychogennych napadów drgawkowych wiązane są z problemem w identyfikowaniu, rozumieniu oraz regulowaniu stanów emocjonalnych. Badania pokazują również konieczność przyjrzenia się heterogeniczności grupy pacjentów z tym rozpoznaniem. Brown, Bouska i wsp. [11], w badaniach własnych 43 pacjentów z psychogennymi napadami drgawkowymi, wyróżniają dwa profile objawowe: pierwszy dotyczy osób z wyższym, niż wśród osób zdrowych, poziomem ogólnej psychopatologii, somatyzacji, aleksytymii i problemów z regulacją emocji, natomiast drugi – charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem somatyzacji oraz depresyjności przy zachowaniu normy w odniesieniu do aleksytymii i regulacji emocji. U pacjentki obserwowana jest osłabiona zdolność identyfikowania i rozumienia stanów emocjonalnych, trudność w regulacji emocji, somatyzacja, oraz łagodnie obniżony nastrój. Rozwinięcie psychogennych napadów drgawkowych może wiązać się z wcześniejszą stycznością z epilepsją brata.

Czynniki osobowościowe

Wystąpienie zaburzeń konwersyjnych rozumiane jest jako manifestacja konfliktu intrapsychicznego oraz przejaw zaburzeń regulacji emocji na tle schematów poznawczych defektu, deprywacji emocjonalnej, zahamowania emocjonalnego, porzucenia [12]. Badania pokazują, iż wśród osób z napadami rzekomopadaczkowymi częściej, niż w grupie osób z epilepsją, spotyka się zaburzenia osobowości paranoicznej, schizotypowej, schizoidalnej oraz borderline, histrionicznej, antyspołecznej i narcystycznej. Wśród chorujących na epilepsję ewentualne zaburzenia osobowości mają raczej postać osobowości unikającej, zależnej, obsesyjno-kompulsyjnej [13]. U pacjentki identyfikowany jest neurotyczny poziom rozwoju osobowości o typie schizoidalnym. Na rozwój osobowości o cechach schizoidalnych istotny wpływ miały doświadczenia wczesnodziecięce, relacje rodzinne i kontakty rówieśnicze, wpływające na kształtowanie się przekonań dotyczących siebie, ludzi i rzeczywistości. Doświadczenia wczesnodziecięce pacjentki – hospitalizacja w 8. tygodniu życia, kilkumiesięczna nieobecność matki w wieku 1,5 roku oraz pozostawanie bez opieki w wieku 1,5 – 2 lat wiążą się z doświadczeniem braku bezpieczeństwa w bardzo wczesnej fazie rozwoju. Nieredukowanie przez rodziców stanów przykrych wpłynęło na ugruntowanie poczucia zagrożenia oraz zaburzenia więzi. Z punktu widzenia relacji

z obiektem, przy cechach osobowości schizoidalnej, podstawowy konflikt rozgrywa się pomiędzy bliskością a dystansem, miłością i strachem [14].

Czynniki środowiskowe: rodzinne i rówieśnicze

We wczesnym okresie życia pacjentka prawdopodobnie doświadczyła ze strony matki ambiwalentnych komunikatów – bliskości vs. odrzucenia. Przyjście na świat pacjentki wiązało się z jednoczesną stratą dla rodziców – śmierć drugiego dziecka z ciąży bliźniaczej. Matka wyrażała lęk o pacjentkę dążąc wówczas do bliskości, lecz często również była emocjonalnie niedostępna z powodu stanów depresyjnych. Otrzymywane komunikaty, wspólnie z doświadczeniem niedostatecznej opieki rodzicielskiej w okresie hospitalizacji matki, mogły wpłynąć na rozwój schematu porzucenia i nieufności względem ludzi i bliskich relacji. Schematy te utrwalane były poprzez negatywne doświadczenia z rówieśnikami w okresie przedszkolnym. Wzrastanie w poczuciu wyjątkowości relacji z autystycznym bratem wzmagało wyobcowanie z kontaktów rówieśniczych. Pacjentka otrzymała rodzinny przekaz, iż choroba wiąże się z otrzymywaniem troski, zrozumienia oraz wsparcia, a wobec osoby chorej nie należy żywić negatywnych emocji, szczególnie złości. Badania pokazują, iż osoby z zaburzeniami konwersyjnymi typu napadów rzekomopadaczkowych częściej niż chorujący na epilepsję opisują rodzinę jako mało angażującą się w sprawy pacjenta i mało wspierającą. Dostrzegają w komunikacji również więcej krytycyzmu, co wpływa negatywnie na gotowość do wyrażania potrzeb i obraz własnej osoby. W rodzinach tych występuje również większa tendencja do somatyzacji, co często jest przykładem zaburzenia otwartego komunikowania emocji [9, 15]. Narastający stres, poczucie zagrożenia dobrej relacji z rodzicami i nieakceptowane emocje negatywne stały się podłożem wystąpienia objawów konwersyjnych. Pacjentka uzyskała wówczas uwagę i troskę rodziców w związku z niepokojącymi objawami przypominającymi padaczkowe. W związku z brakiem potwierdzenia rozpoznania zaburzeń neurologicznych uwaga i troska rodziców zostały wycofane. U pacjentki objawy konwersyjne jeszcze przez pewien okres występowały, lecz głównie poza domem. Koncentracja na akceptowanym przez rodziców i pacjentkę celu – zdanie egzaminu maturalnego – posłużyło jako bufor łagodzący stany emocjonalne i wpłynęło na wycofanie objawów na ponad rok. Ponowne pojawienie się nasilonych objawów konwersyjnych może być rozumiane jako manifestowanie potrzeby uwagi, przeżywania lęku, złości i potrzeby ochrony przed złością ze strony innych. Eskalacja objawów w kierunku tendencji suicydalnych może być przykładem sposobu komunikowania rodzicom przeżywania silnego lęku i bezsilności oraz potrzeby uznania problemu pacjentki za ważny.

Podsumowanie

W przedstawionym studium przypadku zwrócono uwagę na znaczenie relacji rodzinnych dla rozumienia zaburzeń pacjentki. Spojrzenie na problem pacjentki zarówno z perspektywy psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej i rodzinnej pozwala na uchwycenie szerszego kontekstu zaburzenia, z którym zgłasza się pacjent. Określenie profilu osobowości, a także poznanie relacji z osobą znaczącą, w której pacjentka czuje się bezpiecznie, pozwoliło na określenie typu optymalnej relacji terapeutycznej. Funkcja objawów konwersyjnych w dynamice kontaktów interpersonalnych stanowi istotną wskazówkę dla zaproponowania grupowej formy psychoterapii, w ramach której pacjentka ma możliwość przepracowania relacji z osobami znaczącymi oraz weryfikacji przekonań dotyczących kontaktów międzyludzkich.

Piśmiennictwo

1. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków: Wyd. Vesalius; 2010.
2. Araszkiewicz A. Zaburzenia dysocjacyjne. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (red.). Psychiatria, t. 2. Wrocław: Wyd. Urban & Partner; 2002. 485–501.
3. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia nerwicowe. W: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011. 221–252.
4. Dzięgiel K, Nyka WM, Wiśniewska M. Aspekty neurologiczne rozpoznania i różnicowania okresowych zaburzeń przytomności. Forum Medycyny Rodzinnej. 2007; 1(4): 362–367.
5. Roberts NA, Reuber M. Alterations of consciousness in psychogenic nonepileptic seizures: Emotion, emotion regulation and dissociation. Epilepsy & Behavior. 2014; 30: 43–49.
6. Srinath S, Bharat S, Girimaji S, Seshadri S. Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India. Am J Child Adolesc Psychiatry. 1993; 32: 822–825.
7. Wyllie E, Friedman RN, Rothner D, Luders H, Dinner D, Morris H, Cruse R, Erenberg G, Kotagal P. Psychogenic seizures in children and adolescents: Outcome after diagnosis by Ictal Video and Electroencephalographic recording. Pediatrics. 1990; 85: 480–484.
8. Uliaszek AA, Prensky E, Baslet G. Emotion regulation profiles in psychogenic non-epileptic seizure. Epilepsy & Behavior. 2012; 22(3): 364–369.
9. Moore PM, Baker GA, McDade G, Chadwick D, Brown S. Epilepsy, pseudoseizures and perceived family characteristics: A controlled study. Epilepsy Res. 1994; 18(1): 75–83.
10. Szaflarski JP, Hughes C, Szaflarski M, Ficker DM, Cahill WT, Li M, Privitera M. Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. Epilepsia. 2003; 44: 236–242.
11. Brown RJ, Bouska JF, Frow A, Kikrby A, Baker GA, Kemp S, Burness C, Reuber M. Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizers. Epilepsy & Behavior. 2013; 29: 178–183.

12. Young J, Klosko J, Weishaar M. Charakterystyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów. W: Terapia schematów. Gdańsk: GWP; 2014.
13. Harden CL, Jovine L, Burgut FT, Carey BT, Nikolov BG, Ferrando SJ. A comparison of personality disorder characteristics of patients with nonepileptic psychogenic pesudoseizers with those of patients woth epilepsy. Epilepsy Behav. 2009; 14: 481–483.
14. McWilliams N. Osobowość schizoidalna. W: Diagnoza psychoanalityczna. Gdańsk: GWP; 2009, 203–218.
15. Wood BL, McDaniel S, Burchfiel K, Erba G. Factors distinguishing families of patients with psychogenic seizures from families of patients with epilepsy. Epilepsia. 1998; 39: 432–437.

Artykuł przyjęty do redakcji: 06.12.2013
Artykuł przyjęty do publikacji: 15.09.2014

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Anna Dudzic-Koc
Klinika Psychiatrii
Szpital Uniwersytecki nr 1. im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
ul. Kurpińskiego 19
85-096 Bydgoszcz
tel: (52) 585 42 60
adres e-mail: dudzic.a@gmail.com
Katedra Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytet Mikołaja Kopernika Bydgoszcz