

Fuga dysocjacyjna u pacjentki oddziału położniczego – studium przypadku

Dissociative fugue in a maternity ward patient – a case report

Maria Załuska¹, Renata Żurko¹, Michał Kuroń¹, Grzegorz Jakiel²,
Aneta Dudel²

- ¹ Kliniczny Oddział Psychiatryczny, IV Klinika Psychiatrii IPiN w Szpitalu Bielańskim w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. M. Załuska
- ² I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Szpitalu im. Prof. Witolda Orłowskiego SPSK w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. G. Jakiel

Summary

Aim. To pay attention to the role of stress connected with delivery, obstetric history, as to the pathologies in the infant as predictors of dissociative disturbances in the patient of the maternity ward.

Method. The case analysis. Case description: The thirty-year-old woman with secondary education, married and employed had left the maternity ward with her baby unnoticed on the fourth day after giving birth. The patient didn't remember this fact after finding her and the infant by the police. The patient had no genetic predisposition in her history and had suffered head injury in her childhood. Her mother lost two of her siblings (miscarriage and early death of infant). The patient miscarried her first pregnancy, and then she had waited several years for the baby. The second pregnancy was at risk, the labor was premature and the infant was born with palatoschisis. In the maternity ward, the patient had difficulties with feeding the baby. She experienced fear about the baby's life, as well as the feeling of being neglected by the staff. In the psychiatry ward, the patient did not reveal any symptoms of mental illness. A memory gap covered the period of her flight. She had shown interest in her child and was motivated to nurse him by herself. The tendency to use immature defence mechanisms (denial and suppression), as well as mild cognitive dysfunctions were observed in psychological testing. Dissociative fugue was diagnosed.

Conclusions. The interaction of past and present traumatic experiences with cognitive dysfunctions and immature defence mechanisms could influence the patient's ability to cope with fear about the child negatively. It led consequently to dissociative loss of memory with disintegration of perception, identity, and conscious control over the behaviour in the fugue. The case shows a need for early diagnosing and providing psychological support to patients of the maternity ward, especially those laden with multiple stress factors.

Słowa kluczowe: stres poporodowy, dysfunkcje poznawcze, dysocjacja

Key words: post-partum stress, cognitive dysfunctions, dissociation

Wstęp

Według P. Janeta dysocjacja to podświadomy proces psychologiczny, w którym, w wyniku doświadczeń urazowych, traumatyczne składowe przeżyć zostają obronnie oddzielone od świadomości, lecz pozostają nadal aktywne, jako nieświadomione automatyzmy psychiczne. W sytuacji stresu mogą one przejściowo przejąć u danej osoby kontrolę nad funkcjami pamięci, percepcją i aktywnością ruchową, które zaczynają funkcjonować automatycznie, niezależnie od woli [1]. Przejawia się to w postaci różnorodnych zaburzeń psychicznych i objawów pseudoneurologicznych, których wspólną cechą jest udział przedstawionego mechanizmu dysocjacji. Do zaburzeń dysocjacyjnych należą (wg ICD-10): amnezja, fuga, osłupienie, trans i opętanie, zaburzenia ruchu, drgawki, znieczulenia i utrata czucia zmysłowego, zespół Gansera, dysocjacyjne zaburzenia identyfikacji (osobowość mnoga), zaburzenia mieszane i inne.

W ujęciach współczesnych klasyfikacji (DSM-IV i ICD-10) wspólnym rysem zaburzeń dysocjacyjnych jest utrata częściowa lub całkowita integracji wspomnień z przeszłości, poczucia tożsamości oraz funkcji percepcyjnych i ruchowych.

Fuga dysocjacyjna jest to (wg kryteriów w klasyfikacjach DSM-IV i ICD-10) nagle i niewytłumaczalne opuszczenie miejsca zamieszkania lub pracy, z całkowitą lub częściową niepamięcią przeszłości, zachwianiem poczucia dotychczasowej tożsamości lub nabyciem nowej. Fuga dysocjacyjna jest wyzwolona zdarzeniem traumatycznym powodującym stan stresu przekraczający możliwości radzenia sobie z nim.

Częstość jej występowania oszacowano na 0,2 % osób w populacji ogólnej [2, 3].

Fuga zazwyczaj trwa kilka godzin lub dni, rzadziej kilka tygodni lub dłużej. Z reguły ustępuje samoistnie, pozostawiając niepamięć wydarzeń z okresu jej trwania [3]. Wędrowka w okresie fugi jest bezcelowa, ale zachowanie i wypowiedzi są zborne i raczej nie zwracają uwagi otoczenia. Niekiedy w czasie fugi pojawia się poczucie zagubienia lub świadomość utraty pamięci, skłaniające do poszukiwania pomocy medycznej. Podczas długotrwałej fugi dana osoba może podróżować, nabyć nową tożsamość i zacząć nowe życie w odległym miejscu. Po przeminięciu fugi może pojawić się gniew, wstyd, depresja, a nawet myśli samobójcze [2, 3].

Fuga rzadko bywa rozpoznawana w okresie jej trwania, częściej po ustąpieniu – na podstawie wywiadu dotyczącego zdarzeń i zachowań poprzedzających lub towarzyszących fugę. Fugę należy odróżnić od symulacji. W obu przypadkach podejmowane działanie pozwala na uniknięcie zagrożenia, odpowiedzialności, konfliktu lub innego rodzaju trudności, jednak fuga pojawia się, w odróżnieniu od symulacji, w sposób nie planowany i jest nie udawana. Fugi dysocjacyjnej nie rozpoznajemy w przebiegu dysocjacyjnych zaburzeń identyfikacji (osobowość mnoga), w stanach wynikłych z działania leków, środków odurzających i choroby somatycznej. W postępowaniu terapeutycznym próby przywrócenia pamięci za pomocą hipnozy lub leków nie dają wyraźnych efektów. W terapii osób, które przeżyły fugę, istotne jest nabywanie umiejętności rozpoznawania i modyfikowania sytuacji, konfliktów, emocji i wzorców reagowania, poprzedzających ją lub wyzwających [3].

Wśród czynników usposabiających do reakcji dysocjacyjnych bierze się pod uwagę czynniki genetyczne [4] oraz obciążenie poważnymi urazami psychicznymi, takimi

jak np. wykorzystanie seksualne, przemoc, wojna, dramatyczne utraty bliskich, katastrofy, kataklizmy. Podobne znaczenie mogą mieć nie rozwiązane przewlekłe konflikty emocjonalne i interpersonalne. Dysocjacja może mieć charakter mechanizmu obrony i ucieczki przed trudnym do zniesienia lękiem związanym z przeżyciem urazowym.

Zauważono, że do zaburzeń dysocjacyjnych są szczególnie skłonne osoby z przewagą niedojrzałych mechanizmów obronnych, zwłaszcza wyparcia, zaprzeczania i rozszczepiania, a także z cechami osobowości borderline i z zaburzeniami związanymi ze stresem [1]. W piśmiennictwie zwraca się uwagę na znaczenie neuropsychologicznych dysfunkcji poznawczych dla predyspozycji do zaburzeń związanych ze stresem i dysocjacyjnych – zwłaszcza amnezji i fugi dysocjacyjnej [5, 6].

Kopelman M. D. i Kapur N. [7], analizując przypadki amnezji psychogennej (fuga i amnezja dysocjacyjna) i organicznej (różnego stopnia uszkodzenia płatów czołowych i skroniowych mózgu), wysunęli tezę o interakcji czynników psychogennych (dysocjacyjnych) i organicznych (deficytów neuropsychologicznych) w powstawaniu i ustępowaniu amnezji zarówno organicznej jak i psychogennej (dysocjacyjnej).

Amrhein C. i współpracownicy [5] – porównując wyniki testowego badania funkcji poznawczych u osób zdrowych i nie obciążonych doświadczeniami traumatycznymi z wysokim i niskim wskaźnikiem występowania dysocjacji (w skali DES, Dissociate Experiences Scale) – stwierdzili, iż osoby z wysokim wskaźnikiem doświadczeń dysocjacyjnych osiągały istotnie gorsze wyniki w zadaniach badających funkcje pamięci wzrokowo-przestrzennej, operacyjnej i kojarzeniowo-kontekstualnej w materiale werbalnym, a także funkcje kontrolne i wykonawcze. Osoby te popełniały błędy perseweracyjne i fałszywie dodatnie. Według tych autorów łagodne dysfunkcje poznawcze u osób zdrowych, ale skłonnych do dysocjacji, mogą być predykatorem wystąpienia zaburzeń związanych ze stresem i dysocjacyjnych.

Stres i dysocjacja w okresie okołoporodowym. W piśmiennictwie zwraca się ostatnio większą uwagę na następstwa psychologiczne i psychiatryczne doświadczeń urazowych związanych z okresem ciąży i okołoporodowym. Zwłaszcza w okresie poporodowym występują liczne czynniki biologiczne i psychologiczne wpływające istotnie na stan emocjonalny kobiety. Należą do nich zmiany hormonalne i zmiana wagi ciała, a także konfrontacja z rolą macierzyńską i deprywacja snu związana z opieką nad dzieckiem. Czynniki te sprawiają, że okres poporodowy związany jest ze zwiększonym ryzykiem nawrotu istniejących wcześniej zaburzeń psychicznych, a także z większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń u osób, które dotychczas nie chorowały psychicznie.

Brockington I. [8], na podstawie piśmiennictwa z lat 1996–2004, podzielił poporodowe zaburzenia psychiczne u kobiet na: psychozy, zaburzenia relacji matka–dziecko, depresje i – najliczniejszą – grupę specyficznych zaburzeń związanych ze stresem okołoporodowym, do których zalicza zaburzenia stresowe ostre (ASD) i przewlekłe (PTSD), oraz specyficzne, tematycznie skoncentrowane na dziecku zaburzenia lękowe i obsesyjno-kompulsywne. Nie zamieścił w artykule wzmianki o zaburzeniach dysocjacyjnych, jednak inni autorzy opisują u kobiet po porodzie ostre reakcje na stres (ASD) z objawami dysocjacyjnymi. Ich znaczne nasilenie w pierwszym tygodniu po

porodzie wiąże się z częstszym pojawianiem się w późniejszym okresie zespołu stresu pourazowego (PTSD) [9, 10, 11].

Ostre reakcje na stres (ASD) i objawy dysocjacyjne (amnezja, depersonalizacja, derealizacja, zachwianie tożsamości) w okresie poporodowym występują statystycznie znamienne częściej w przypadkach porodów długotrwałych, bardzo bolesnych, powikłanych, przedwczesnych (przed 36 tygodniem), zakończonych cięciem cesarskim ze wskazań nagłych, także w przypadku chorób matki w następstwie porodu i chorób lub wad wrodzonych u dziecka, ponadto u kobiet z trudną sytuacją życiową i rodzinną, oraz z wysokim poziomem negatywnych emocji w okresie okołoporodowym [9, 10, 12].

Podkreśla się częstsze występowanie wysokiego poziomu stresu okołoporodowego u kobiet, które wcześniej doznały utrat perinatalnych (poronienia samoistne, martwe płody, zgony śród- i poporodowe) [13, 14, 15]. Utrata perinatalna wiąże się nie tylko z utratą oczekiwanego dziecka, ale także godzi w poczucie własnej wartości związane z rolą matki i kobiety zdolnej do urodzenia zdrowego potomka. W rodzinie często pojawia się atmosfera zmieszania i rozczarowania. Istnieje więc potrzeba poradzenia sobie z emocjami w procesie żałoby. Pomoc psychologa lub grupy wsparcia po utracie perinatalnej może być potrzebna, aby zmniejszyć podatność na stres w okresie następnej ciąży i porodu.

Cel pracy: zwrócenie uwagi na znaczenie wywiadu rodzinnego, utrat perinatalnych oraz aktualnej patologii położniczej i u noworodka, skutkujących, w powiązaniu z niedojrzałością mechanizmów obronnych i dysfunkcji poznawczych u matki, znacznymi trudnościami w jej radzeniu sobie z lękiem doprowadzającym do wyzwolenia się zaburzeń dysocjacyjnych w postaci fugi.

Opis przypadku

Wywiad. 30-letnia kobieta, pracująca na samodzielnym stanowisku, mężatka, wykształcenie średnie zawodowe, dotychczas nie leczona psychiatrycznie, urodziła w 34 tygodniu ciąży, za pomocą cięcia cesarskiego (przedwczesne odpłynięcie wód płodowych), dziecko z rozszczepem wargi górnej (2750 g/50cm). W czwartym dniu po porodzie pacjentka opuściła niepostrzeżenie oddział położniczy, zabierając dziecko. Powiadomiona policja znalazła żywego noworodka na parkingu przed szpitalem, a jego matkę na ławce, w pobliskim parku. Pacjentka nie pamiętała, jak się tu znalazła, twierdziła, że jej dziecko zmarło w szpitalu, była roztrzęsiona, niespokojna i płaczliwa. Z podejrzeniem depresji poporodowej skierowano ją na oddział psychiatrii.

W psychiatrycznej izbie przyjęć pacjentka była w logicznym, nieco powierzchownym kontakcie, wszechstronnie zorientowana, bez cech zaburzeń napedu i nastroju; nie stwierdzono omamów, urojeń ani odchyłeń w stanie somatycznym. Pacjentka przejawiała zaskoczenie zaistniałą sytuacją, ale mówiła o niej uderzająco spokojnie. Okres krytycznego zdarzenia pokryty był niepamięcią. Wyraziła zgodę na obserwację na oddziale psychiatrii.

W wywiadzie podała, iż ma młodszą siostrę. W rodzinie nie było chorób psychicznych, neurologicznych ani alkoholizmu. Rodzice stracili dwoje dzieci (poronienie

samoistne i nagły zgon niemowlęcia). W domu nie rozmawiano o tych stratach. Swój dom rodzinny wspominała jako ciepły, troskliwy, a relacje w rodzinie – jako dobre i serdeczne. Negowała jakiegokolwiek konfliktów domowe.

Pacjentka w okresie wczesnoszkolnym doznała w wypadku komunikacyjnym urazu głowy, była po tym 2 tygodnie w szpitalu (brak dokumentacji). W przeszłości nie było napadów drgawek, utrat przytomności, objawów dysocjacyjnych. Od kilku lat jest mężatką. Mieszka z mężem i teściami w małym miasteczku. W 6 tygodniu pierwszej ciąży miało miejsce spontaniczne poronienie. Dopiero po kilku latach starań o kolejne dziecko, w trakcie diagnostyki niepłodności okazało się, że jest w ciąży. We wczesnym okresie tej ciąży wystąpiło krwawienie, po którym z zalecenia lekarza zaprzestała pracy zawodowej i cięższych prac domowych. Znosiła to źle, mimo troskliwej pomocy rodziny. W 20 tygodniu ciąży bardzo przeżyła informacje o wadzie anatomicznej u dziecka. Dziecko urodzone z rozszczepem wargi miało trudności ze ssaniem, mało jadło. Pacjentka przeżywała narastające obawy o jego zdrowie i życie, nie spała w nocy, czuła się bezradna i wyczerpana. Miała poczucie braku wsparcia od personelu oddziału położniczego, który, jak relacjonowała, bagatelizował jej trudności, nie podzielał niepokoju o dziecko i motywował do karmienia piersią. Obserwując inne dzieci, które karmiono sondą, doszła do wniosku, iż jej dziecko nie przeżyje, jeśli również nie będzie tak karmione. Otrzymała jednak informację, iż nie ma wskazań do sondy, lecz do naturalnego karmienia. O tym, że wyszła z dzieckiem ze szpitala, zostawiła je na parkingu, a sama, odnaleziona w parku przez policję, twierdziła, iż zmarło ono w szpitalu – nie pamięta.

Obserwacja na oddziale psychiatrii. U pacjentki nie obserwowano zaburzeń świadomości, objawów psychotycznych, lęku, depresji. Początkowo była w powierzchownym kontakcie, bagatelizowała zdarzenie, była zdawkowa w wypowiedziach, nie przejawiała żywszych emocji. Nie pamiętała, że wyszła z dzieckiem ze szpitala, ani co robiła do momentu, gdy została odnaleziona przez policję. Wydawała się nie przeżywać emocjonalnie zagrożenia zdrowia i życia dziecka, w jakim je pozostawiła, ani uświadamiać sobie możliwych konsekwencji prawnych dla niej i dziecka (możliwość zakwestionowania jej zdolności do opieki nad nim). Deklarowała natomiast zainteresowanie dzieckiem, konieczną jego rehabilitacją i leczeniem chirurgicznym rozszczepu wargi. Chciała jak najszybciej podjąć osobistą opiekę nad nim. Uważała, iż jej opieka i postępowanie są najlepsze, odnosiła się krytycznie do opieki oddziału noworodkowego.

Stan somatyczny, podstawowe badania laboratoryjne oraz badanie neurologiczne nie wykazały istotnych nieprawidłowości. W badaniu MR głowy uwidoczniło się poszerzone przestrzenie płynowe przymózgowe nad płacami czołowymi, skroniowymi i ciemieniowymi, pozostałe elementy anatomiczne były w normie. Badanie EEG: zapis prawidłowy.

W czasie pobytu na oddziale stała się bardziej rozmowna, współpracowała, była żywsza emocjonalnie, zainteresowana wynikami badań diagnostycznych. Odbyła pod opieką męża kilka wizyt na oddziale noworodkowym, w czasie których aktywnie zajmowała się dzieckiem, miała dobry nastrój. Nie podawano leków psychotropowych.

Pacjentkę bez objawów zaburzeń psychicznych wypisano do domu pod opieką męża. Rozpoznano przebyłą fugę dysocjacyjną.

Badanie psychologiczne. W wywiadach i obserwacji pacjentki zwracała uwagę jej tendencja do udzielania odpowiedzi bardzo ogólnikowych, przedstawiania się w korzystnym świetle i nieujawniania żadnych problemów czy trudności. Tematem dominującym podczas rozmów była chęć wyjścia ze szpitala i zajęcia się pielęgnowaniem dziecka, a także krytyczna ocena pracy oddziału położniczego. Uderzające było bagatelizowanie przez pacjentkę faktu wystąpienia u niej okresu utraty pamięci i świadomej kontroli postępowania. Jej wypowiedzi wskazywały, iż nie dostrzega i nie przeżywa emocjonalnie związku pomiędzy swoim postępowaniem w okresie fugi a powstałym w jego wyniku poważnym zagrożeniem dla życia i zdrowia dziecka. Pacjentka nie negowała przekazywanej jej informacji o tym, co zrobiła podczas fugi, jednak swoich działań i wypowiedzi z tego okresu nie pamiętała, nie reagowała na nie emocjonalnie, a odpowiedzialnością obarczała personel oddziału położniczego. Jak utrzymywała, personel nie reagował na jej trudności z karmieniem i obawy o życie dziecka uzasadnione rozszczepem jego wargi, słabym ssaniem i traceniem na wadze. Stwierdziła, iż postawa personelu doprowadziła ją do „załamania nerwowego”. Nie miała natomiast wątpliwości co do swej zdolności do sprawowania opieki nad dzieckiem. Taka postawa mogła być przejawem aktualnego odcięcia się emocji i świadomości pacjentki od jej tożsamości z okresu fugi lub wiązać się z obniżeniem wglądu i krytycyzmu o innych uwarunkowaniach (np. osobowościowych, organicznych).

Badania testowe i kwestionariuszowe. W kwestionariuszach osobowości (WISKAD, TZD Rottera, Kwestionariusz Osobowości Eysencka EPQ-R) stwierdzono znacząco podwyższone skale kontrolne, które podważały wiarygodność uzyskanych wyników, ale zarazem świadczyły o dużej tendencji do dysymulacji, konformizmu społecznego, ewentualnego wypierania lub/i zaprzeczania oraz o braku wglądu, co potwierdza obserwowana w rozmowach tendencja do unikania krytycznej samooceny, a przedstawiania się w „dobrym świetle”.

Według kwestionariusza DSQ 40 najczęściej stosowanymi przez pacjentkę mechanizmami obronnymi były obok dojrzałych (sublimacja, antycypacja) także mechanizmy niedojrzałe: racjonalizacja, zaprzeczanie, jak również elementy myślenia neurotycznego – odczynianie. Biorąc pod uwagę obserwowaną u pacjentki skłonność do bagatelizowania stresujących wydarzeń życiowych i zaprzeczania oraz wypierania związanych z nimi emocji można podejrzewać występowanie u niej predyspozycji do uaktywniania dysocjacji jako mechanizmu obronnego wobec nagromadzenia się traumatycznych doświadczeń.

Wyniki testów neuropsychologicznych: prawidłowe odwzorowywanie w teście zegara i wynik 30 punktów w MMSE, wynik testu Bender – Gestalt ($z = 79$) na pograniczu normy. W Teście Pamięci Wzrokowej Bentona pacjentka na 7 rysunków popełniła 3 błędy (przemieszczenia i perseweracje), co jednak nie wykroczało poza normę. Natomiast wyniki testów: odejmowania seryjnego po 7 (wolne tempo pracy, 4 błędy), łączenia punktów (część A: 38 sek. – 30 centyl, część B: 54 sek. – 75 cen-

tyl), uczenia się 10 par skojarzeń (5,0; 3,2 i 5,1) oraz Test Figury Reya (kopia 31+/36 punktów IV typ, reprodukcja 16 punktów IV typ) były poniżej normy.

Test badający fluencję słowną (w ciągu minuty 20 nazw zwierząt i 21 słów na K, 4 perseweracje) dał wynik poniżej oczekiwanego, a test powtarzania cyfr (wprost – 3, wspak – 42) wynik w dolnych granicach normy.

Wyniki testów wskazywały na obniżoną sprawność manipulacyjną i grafomotoryczną, trudności w koncentracji uwagi, obniżony zakres pamięci bezpośredniej i znacznie osłabioną pamięć operacyjną, ponadto – na nietrwałość śladu pamięciowego, osłabioną fluencję słowną, słabszą pamięć wzrokową oraz trudności w zakresie zdolności wzrokowo-przestrzennych.

Iloraz inteligencji II = 84 (test WAIS-R wersja renormalizowana) mieścił się w zakresie normy, ale był niższy niż przeciętny. Mocną stroną badanej jest umiejętność spostrzegania i analizowania złożonych form, zdolność wizualizacji przestrzennej. Rozpoznaje i rozumie bodźce słowne, ma zdolność spostrzegania związków między pojęciami. Jej słabą stroną jest pamięć i odporność na dystraktory, które to trudności mogą wynikać ze stwierdzonych w innych testach deficytów neuropsychologicznych.

Podsumowując – wyniki badania psychologicznego wskazują na wyraźne dysfunkcje poznawcze, co może mieć związek z nieprawidłowościami występującymi w okolicach czołowych i skroniowych widocznymi w obrazie NMR. Jednak, ponieważ pacjentka dotychczas dobrze radziła sobie w szkole, pracy zawodowej i małżeństwie – należy rozważyć wpływ aktualnego sytuacyjnego obciążenia emocjonalnego na wyniki badania. Istotne jest też, że badanie przeprowadzono w drugim tygodniu po porodzie, a więc w okresie, gdy w organizmie kobiety występują zmiany regulacji neuroendokrynologicznej i metabolicznej, które mogą wpływać istotnie na stan funkcjonalny ośrodkowego układu nerwowego i wyniki testów neuropsychologicznych.

Uzyskane wyniki należy interpretować ostrożnie. Wskazane jest powtórzenie badania neuropsychologicznego za mniej więcej 6 miesięcy.

Komentarz

U pacjentki występowało nagromadzenie czynników opisywanych w literaturze jako obciążające ryzykiem znacznego nasilenia stresu okołoporodowego [12, 13, 14, 15]. Były to: w rodzinie generacyjnej okrywana milczeniem utrata perinatalna i wczesnodziecięca dwojga rodzeństwa pacjentki, a u pacjentki – samoistne poronienie, kilkuletnie niepowodzenia starań o kolejne dziecko, zagrożenie aktualnej ciąży, informacja o wadzie anatomicznej u dziecka, przedwczesne rozwiązanie za pomocą cięcia cesarskiego ze wskazań nagłych, oraz trudności w karmieniu związane z rozszczepem wargi górnej u noworodka. W rozmowach z pacjentką dawało się zauważyć, iż stosuje ona rodzinny wzorec przemilczania tematów trudnych – bagatelizowała lub zaprzeczała emocjom związanym z przeżyciami dotyczącymi obu ciąż i ich komplikacji. Mogło to sprzyjać kumulacji niewerbalizowanych emocji i zwiększonej podatności na traumatyzację. Po porodzie lękowe przeżycia pacjentki koncentrowały się głównie (podobnie jak opisuje to Brockington I. [8]), na dziecku, jego karmieniu, wadze, a w konsekwencji – na obawie o jego życie i lęku przed utratą. Lękowe obawy

pacjentki nie były podzielane ani rozumiane przez racjonalnie oceniający sytuację personel, co łącznie z rodzinnym wzorcem niemówienia o sprawach trudnych, pozbawiało ją poczucia wsparcia emocjonalnego. Przy stosowaniu niedojrzałych mechanizmów obronnych wypierania i zaprzeczania, a także braku możliwości wypowiedzenia obaw i uzyskania wsparcia, narastający trudny do zniesienia lęk mógł w myśl koncepcji psychodynamicznych doprowadzić ją do ochronnej utraty pamięci i wyzwolenia aktywności i przeżyć spod świadomej kontroli – co przejawiało się w postaci fugi dysocjacyjnej. Zgodnie z obserwacjami Amrhein i wsp. [5] u pacjentki mogła występować zwiększona podatność na dysocjacje związana z dysfunkcjami poznawczymi, stwierdzonymi w badaniach testowych. Jednak nieprawidłowe wyniki testów mogły być spowodowane sytuacyjnym stanem emocji i wpływem poporodowej dysregulacji endokrynno-metabolicznej na funkcje OUN, a więc – mieć charakter przemijający. Z drugiej strony przebyty w dzieciństwie uraz głowy i obraz RM mózgu może sugerować istnienie utrwalonych deficytów neuropsychologicznych u pacjentki. Niezależnie jednak od przyczyny i charakteru aktualnie stwierdzonych dysfunkcji poznawczych można uznać, co sugeruje piśmiennictwo [5], iż stanowiły one u pacjentki predyktor wystąpienia u niej zaburzeń dysocjacyjnych pod wpływem stresu.

Reasumując: wyzwolenie fugi dysocjacyjnej u pacjentki odpowiada modelowi Korpelmana i Kapura [7] – interakcji czynników psychologicznych i deficytów neuropsychologicznych. U pacjentki interakcja wcześniejszych doświadczeń traumatycznych (utrata perinatalna, zagrożona ciąża), rodzinnego wzorca nieujawniania emocji oraz stresu związanego z porodem i wadą wrodzoną noworodka mogła przy niedojrzałych mechanizmach obronnych, dysfunkcjach poznawczych i braku emocjonalnego wsparcia od otoczenia istotnie upośledzić zdolność do radzenia sobie z lękiem o dziecko. Doprowadziło to do obronnego wyłączenia pamięci z dezintegracją funkcji percepcyjno-wykonawczych, poczucia tożsamości i świadomej kontroli nad zachowaniem podczas fugi.

Wnioski

- Utraty perinatalne w historii życia kobiety i jej rodziny w powiązaniu z powikłaniami w przebiegu aktualnej ciąży i porodu oraz stanem zdrowia dziecka mają istotne znaczenie dla radzenia sobie ze stresem i poporodowej adaptacji na oddziale położniczym.
- Istnieje potrzeba wczesnego diagnozowania u pacjentek obciążonych czynnikami wysokiego ryzyka zaburzeń związanych ze stresem okołoporodowym celem udzielania im odpowiedniego wsparcia, a w razie potrzeby specjalistycznej pomocy psychologicznej przed opuszczeniem szpitala.

Диссоциативная fuga у пациентки акушерского отделения. Клиническое наблюдение

Содержание

Вступление. Диссоциативная fuga – это неожиданный побег с потерей прошлой памяти, нарушениями тождества, а также нарушения функционирования. Fuga появляется под влиянием ситуационного стресса и требует дифференциальной диагностики с нарушениями,

вызванными соматическими болезнями, психоактивными субстанциями, депрессией, психозом, диссоциативными нарушениями тождественности.

Задание. Обращение внимания на значение стресса при родах в связи с акушерским анамнезом и патологией новорожденного для проявления диссоциативных нарушений у пациентки в акушерском отделении.

Метод. Анализ наблюдения. Описание наблюдения. Женщина, в возрасте 30 лет, работающая, замужняя, со средним образованием на четверные сутки после родов отделилась с акушерского отделения, взяла своего ребенка, о чем не помнила, когда нашла ее полиция с ребенком. Генетический анализ – без значения. В детстве травмы головы. В семейной истории и пациентки обращали на себя внимание перинатальные потери, а также долгое ожидание на настоящую беременность, которая с самого начала была под угрозой выкидыша. Ребенок родился преждевременно, через кесарево сечение с расщепом неба. В акушерском отделении пациентка с трудом кормила грудью, переживала страх за здоровье ребенка, чувствовала отсутствие помощи. В психиатрическом отделении не отмечено психических нарушений, однако отмечалось нарушение памяти, охватывающее настоящее положение. Пациентка интересовалась ребенком и заботой о нем. При психологическом исследовании обращало на себя внимание значительное участие незрелых механизмов защитного типа – отказа и признания, а также черты мнестических дисфункций в нейропсихологических тестах. Диагностирована fuga диссоциативная.

Комментарий. Интеракция травматических переживаний, при настоящих у пациентки мнестических дисфункций и незрелых механизмах защитного характера могли существенно затруднять взгляд на присутствие фобии за ребенка, приводя, в результате, к диссоциативному нарушению памяти и дезинтеграции перцепционно-исполнительных функций, чувство тождественности и сознательного контроля над поведением во время fugи. Настоящее наблюдение обращает внимание на необходимость психологической помощи пациенткам акушерских отделений, особенно в случаях тяжелого акушерского анамнеза и многочисленных факторов стресса.

Dissoziative Fugue bei der Patientin der Geburtshilfe – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Einleitung. Dissoziative Fugue ist ein plötzliches und unerwartetes Weggehen von zu Hause oder vom Arbeitsplatz verbunden mit der Unfähigkeit, sich an seine gesamte oder an Teile der Vergangenheit zu erinnern, mit der Verwirrung über die eigene Identität und Benachteiligung des Funktionswesens. Sie wird durch einen starken situationsbedingten Stress ausgelöst, sie verlangt eine Unterscheidung von den Störungen, die durch die somatische Krankheit ausgelöst werden, psychoaktiven Substanzen, Depression, Psychose, dissoziativen Identitätsstörungen.

Ziel. Aufmerksam machen auf die Bedeutung vom Stress in Verbindung mit der Anamnese und Pathologie des Neugeborenen für die Auslösung der dissoziativen Störungen bei der Patientin in der Geburtshilfe.

Methode. Fallanalyse. Fallbeschreibung. Eine 30-jährige Frau, berufstätig, verheiratet, mittlere Ausbildung, vier Tage nach der Entbindung verließ die Abteilung und nahm das Kind mit, woran sie sich nicht erinnern konnte, nachdem sie und ihr Kind durch die Polizei gefunden worden waren. Die genetische Anamnese nicht belastend. In der Kindheit eine Kopfverletzung. In der Familiengeschichte der Patientin machten die perinatalen Verluste und lange Erwartung auf die bestehende Schwangerschaft aufmerksam, die seit der frühen Zeit bedroht wurde. Das Kind wurde zu früh geboren, Entbindung mit Kaiserschnitt, Das Kind mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte. In der geburtshilflichen Abteilung hatte die Patientin Probleme mit dem Stillen, hatte Angst um das Leben des Kindes, fühlte sich hilflos. In der Abteilung für Psychiatrie wurden keine psychiatrischen Störungen festgestellt, sie hatte eine Gedächtnislücke, die das kritische Ereignis umfasste. Die Patientin interessierte sich für das Kind und betreute für es. In der psychologischen Untersuchung machte aufmerksam: ein großer Anteil an

unreifen Abwehrmechanismen (Neigung), und die Eigenschaften der kognitiven Dysfunktionen in den neuropsychologischen Tests. Man diagnostizierte eine dissoziative Fugue.

Kommentar. Die Interaktion der traumatischen Erlebnisse, mit den bei der Patientin anwesenden kognitiven Dysfunktionen und unreifen Abwehrmechanismen konnte signifikant die Selbsthilfe und die Angst um das Kind erschweren und zur dissoziativen Gedächtnisausschaltung führen, sowie zur Desintegration der perceptions-exekutiven Funktionen, Identitätsgefühls und der bewussten Kontrolle über das Verhalten während der Fugue. Der Fall macht auf die Notwendigkeit aufmerksamer, psychologischer Hilfe den Patientinnen der Abteilung Geburtshilfe zu leisten, besonders im Falle einer belastenden Anamnese und zahlreichen Stressfaktoren.

La fugue dissociative d'une patiente après l'accouchement – description d'un cas

Résumé

Introduction. La fugue dissociative est la fuite inattendue et subite, accomplie de la perte de mémoire du passé, de la perturbation d'identité, d'infirmité du fonctionnement. Elle est causée par le stress très sévère. Il faut la discerner des troubles provoqués par les maladies somatiques, par les substances psychoactives, dépression, psychose, troubles dissociatifs d'identité.

Objectif. Attirer l'attention au rôle du stress après l'accouchement, le lier avec l'histoire de la grossesse et avec la pathologie du nouveau-né pour accentuer son rôle dans le déclenchement des troubles dissociatifs chez la mère après l'accouchement.

Méthode. La description d'un cas. La femme de 30 ans, mariée, employée, éducation secondaire, quitte l'hôpital avec son enfant le quatrième jour après l'accouchement. Retrouvée avec son enfant par la police elle ne se souvient de rien. Son histoire médicale ne contient pas de maladies héréditaires, seulement elle a subi le traumatisme de la tête. Pourtant dans l'histoire de sa famille et de la patiente elle-même on trouve des pertes périnatales, sa grossesse est attendue depuis longtemps et elle est difficile de son début. La patiente accouche par le coup césarien, l'enfant souffre de la fente labiale. La mère a des difficultés à nourrir son bébé, elle redoute sa mort et elle se sent impuissante. L'interview psychiatrique n'atteste pas de troubles mentaux, pourtant la patiente ne se souvient rien de sa fugue. Elle s'intéresse à son enfant et elle le soigne. L'examen psychologique de cette patiente démontre l'existence des mécanismes de défense immatures (dénégation, refoulement) ainsi que des dysfonctions cognitives ; on diagnostique la fugue dissociative.

Commentaire. L'interaction des épreuves traumatiques du passé, les dysfonctions cognitives du présent et les mécanismes de défense immatures, tout cela ne collabore pas à surmonter la peur concernant le bébé et en conséquence entraîne la perte dissociative de mémoire et la désintégration des fonctions de la perception, d'identité et du contrôle conscient du comportement pendant la fugue. Ce cas présenté accentue la nécessité d'aide psychologique aux patientes après l'accouchement, surtout quand il y a plusieurs facteurs du stress.

Piśmiennictwo

1. Araszkiwicz A. *Zaburzenia dysocjacyjne*. W: Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*, t. 2. Wrocław: Wyd. Urban & Partner; 2002, s. 485–501.
2. Sharon I, Sharon R. *Dissociative Disorders*, <http://emedicine.medscape.com/article/294508-overview> 2010, 18.
3. Simeon D. *Dissociative fugue*, <http://www.merck.com/mmhe/sec07/ch106/ch106d.html> June 2008.
4. Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. *The relationship of dissociation to temperament and character in men and women*. *Am. J. Psychiatry* 1999; 156: 1811–1813.
5. Amrhein C, Hengmith S, Maragkos M, Hennig-Fast K. *Neuropsychological characteristics of highly dissociative healthy individuals*. *J. Trauma Dissoc.* 2008; 9 (4): 525–542.

6. MacDonald K, MacDonald T. *Peas, please: a case report and neuroscientific review of dissociative amnesia and fugue*. J. Trauma Dissoc. 2009; 10 (4): 420–435.
7. Kopelman MD, Kapur N. *The loss of episodic memories in retrograde amnesia: single case and group studies*. Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sc. 2001; 29; 356 (1413): 1409–1421.
8. Brockington I. *Diagnosis and management of post-partum disorders: a review*. World Psychiatry 2004; 3 (2): 89–95.
9. Boudou M, Séjourné N, Chabrol H. *Childbirth pain, perinatal dissociation and perinatal distress as predictors of posttraumatic stress symptoms*. Gynecol. Obstet Fertil. 2007; 35 (11): 1136–1142.
10. Olde E, van der Hart O, Kleber RJ, van Son MJ, Wijnen HA, Pop VJ. *Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth*. J. Trauma Dissoc. 2005; 6 (3): 125–142.
11. Stadlmayr W, Bitzer J, Amsler F, Simoni H, Alder J, Surbek D, Bürgin D. *Acute stress reactions in the first 3 weeks postpartum: a study of 219 parturients*. Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol. 2007; 135 (1): 65–72.
12. Imsiragić AS, Begić D, Martić-Biocina S. *Acute stress and depression 3 days after vaginal delivery – observational, comparative study*. Coll Antropol. 2009; 33 (2): 521–527.
13. Armstrong DS. *Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant*. Adv. Neonatal Care 2007; 7 (4): 200–206.
14. Armstrong DS, Hutti MH, Myers J. *The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant*. J. Obstet Gynecol. Neonatal Nurs. 2009; 38 (6): 654–666.
15. Armstrong DS. *Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies*. J. Obstet Gynecol. Neonatal Nurs. 2004; 33 (6): 765–773.

Adres: Maria Załuska
Kliniczny Oddział Psychiatryczny,
IV Klinika Psychiatrii IPiN
Szpital Bielański
01-809 Warszawa, ul. Ceglowska 80

Otrzymano: 30.11.2010
Zrecenzowano: 15.02.2011
Otrzymano po poprawie: 22.03.2011
Przyjęto do druku: 15.05.2011609

XXV KONFERENCJA PSYCHIATRÓW DZIECI I MŁODZIEŻY WE WROCŁAWIU
„PSYCHIATRIA I PSYCHOLOGIA OKRESU ROZWOJOWEGO – WSPÓLNE CELE”.

28–30.09.2011

www.25konferencjaptp.pl

Kalendarz:

28.09 Inauguracja – Aula Leopoldinum Uniwersytetu Wrocławskiego, pl. Uniwersytecki 1
29–30.09 Obrady – Hotel Mercury pl. Dominikański

Oplaty konferencyjne:

- **Do 15.08.2011:** 450 zł – opłata pełna obejmująca uczestnictwo w obradach, materiały i program towarzyski.
- 350 zł – opłata zniżkowa obejmująca uczestnictwo w obradach, materiały, bez programu towarzyskiego.
- 150 zł – opłata zniżkowa dla studentów, obejmuje tylko uczestnictwo w obradach.
- 150 zł – opłata dla osoby towarzyszącej (obejmuje udział w programie towarzyskim).
- **Po 15.08.2011:** 500 zł – opłata pełna dla wszystkich, bez możliwości opłat zniżkowych.
- 150 zł opłata dla osoby towarzyszącej (obejmuje udział w programie towarzyskim).

Oplaty konferencyjne prosimy wpłacać na konto:
Bank Zachodni WBK S.A.6710902516000000106391427

STOWARZYSZENIE NA RZECZ ROZWOJU NEUROPSYCHIATRII DZIECI
I MŁODZIEŻY „PRO FAMILIA”
ul. Białowieska 74a, 54-235 Wrocław

ORGANIZATORZY

Sekcja Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP

Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Neuropsychiatrii „Pro Familia”
działające przy Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED” SP ZOZ we Wrocławiu

Centrum Neuropsychiatrii „NEUROMED”

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu

Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego