

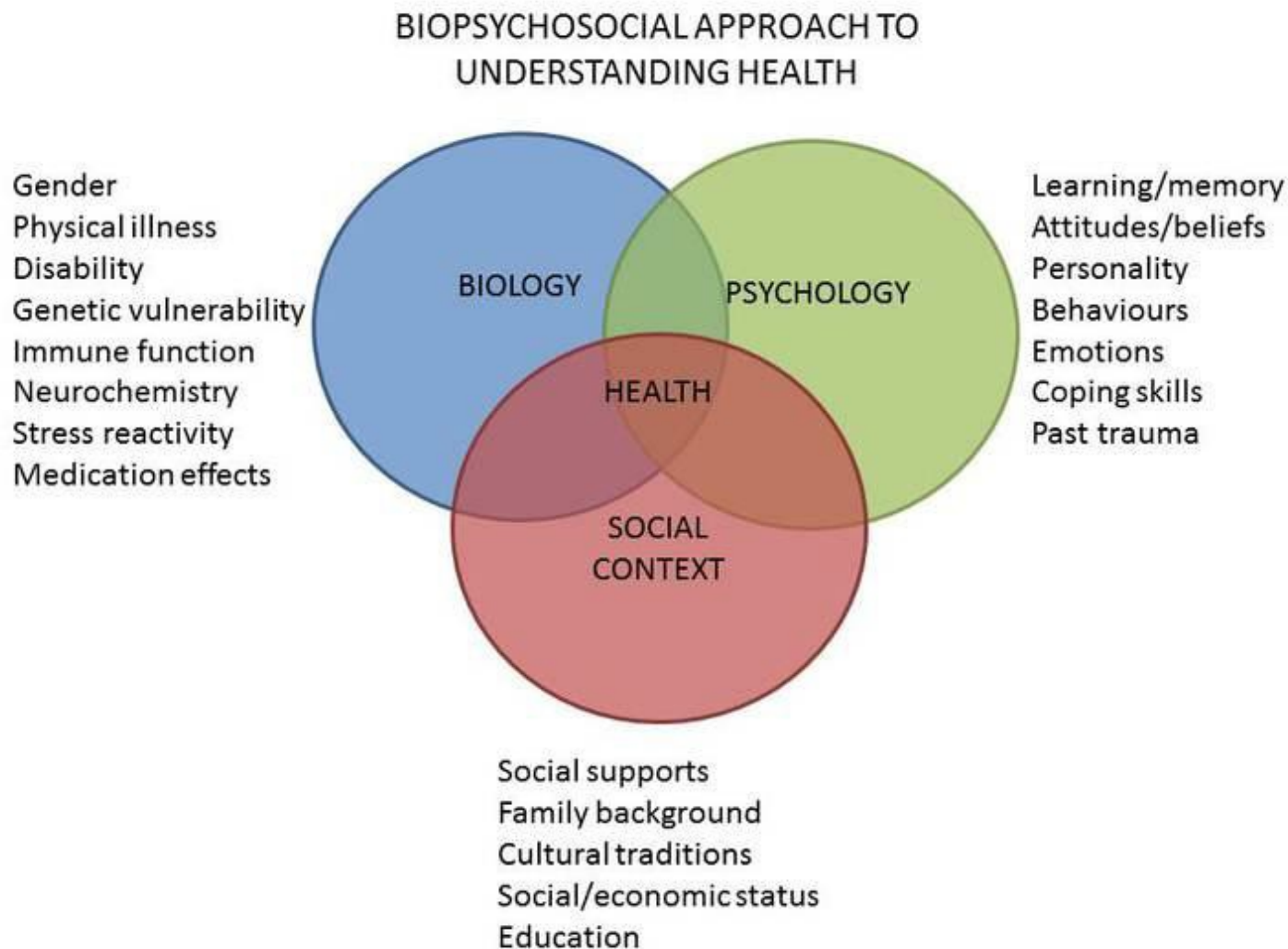
Psychoterapie psychosomatických onemocnění u dětí

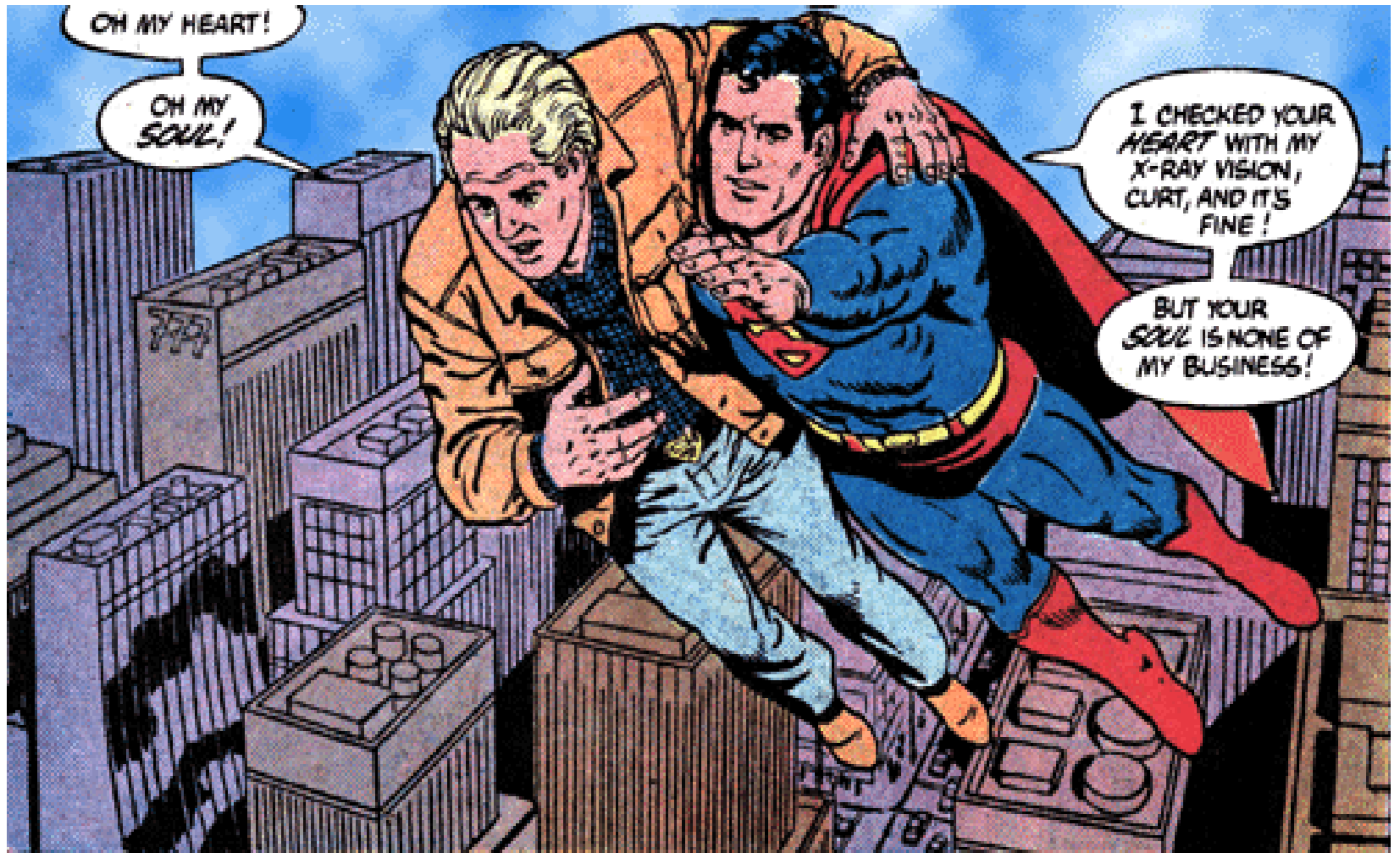


Mgr. Milan Pilát

FN Brno - Dětská nemocnice
Oddělení dětské psychiatrie a klinické psychologie
Ambulance klinické psychologie a psychoterapie
FF MU 2021/2022

Příčiny vzniku nemocí/poruch







Psychosomatický (vztahový) jazyk

*Co mi hnulo žlučí
Koho mám plné zuby
Kdo mi leze na nervy
Kdo mi leží v žaludku
Z čeho se mi obrací žaludek
Z čeho mě klepne Pepka
Z čeho mi tuhne krev v žilách
Z koho mi slezou vlasy
Z koho mi naskakuje husí kůže
Z čeho zešedivím
Z koho se mi rozskočí hlava
Z koho mi buší srdce*

...kdo mne přivede do hrobu

Psychosomatická onemocnění

Specifika práce psychoterapeuta/psychologa u dětí

- Na dg. a terapii se podílí tým (lékař, psycholog, psychiatr, fyzioterapeut ad.)
- Psycholog/terapeut jako nečekaný členek léčby – rodiny neví proč jdou k psychologovi (strach z obvinění, pocity selhání v roli, ohrožení)
- Diagnostika a psychoterapie jsou úzce provázány - ptáme se na povahu, kontext a význam symptomů:

Jak je dítě prožívá a komunikuje? Intenzita, frekvence a výskyt symptomů (zvláště dítě a rodič), Kdy se objevily poprvé? Co se v té době dělo?, Co dítěti pomáhá obtíže zvládnout? Co dělají rodiče? Co se změnilo v rodině? V chování dítěte?

- Hypotéza o vzniku potíží (subjektivní) – rodiče, dítě, širší rodina (vliv na udržování a léčbu nemoci).
- Důraz na somatickou stránku nemoci
- Symptomatika (nemoc) dítěte jako vstupní brána ke spolupráci na jiných úkolech



Psychosomatika v dětství a dospívání

Pediatrická praxe:

5-40% psychosociální

8-10% psychosomatické poruchy

Zranitelnost (vulnerabilita) x odolnost

(neurofyziologická, emocionální, kognitivní, sociální)



PS specifika u dětí

1. Tím snáze, čím je PS vztah méně diferencován
→ *Dětství je zlatý věk psychosomatiky* (dítě „mluví tělem“)
2. Závažnější a těžší, čím dříve vznikají
3. Mezi počátkem poruchy a manifestací je víceméně dlouhý časový úsek (přecenění organické podmíněnosti – „bagrování dg.“)
4. Ekosystémové faktory – rodinná komunikace, struktura rodiny, interakce v rodině, schopnost zvládnutí konfliktů



Kdy je vhodná psychoterapie u PS poruch?

- Chronifikace či proměna symptomatiky (*putující pacienti*)
- Zvýšená nemocnost dalších členů rodiny, podobná symptomatika
- Souvislosti nemocí s důležitými životními události (tranzitorní změny, úmrtí či narození v rodině, škola, změna či ztráta zaměstnání atp.)
- Výrazné odlišení symptomů a prožívání (alexithymie)



Disociativní (konverzní) poruchy

další termíny: psychosomatické, medicínsky nevysvětlené, spojené se stresem

- podobná jak u dospělých, ale častěji přechodná, lepší prognóza – nemusí být narušena osobnost - děti celostněji reagují; povaha paměti u dětí,
- přítomny bývají: konverzní obrny, poruchy zraku, hmatové citlivosti, různě lokalizované bolesti
- náhlý začátek i ústup symptomů
- předpokládá se psychogenní etiologie – neřešitelné problémy, interpersonální konflikty, traumata – příznak symbolicky vyjadřuje nevědomý konflikt a je také pokusem o jeho řešení
- somatické symptomy nerespektují anatomické a fyziologické zákonitosti



Kazuistika

Úkol:

- Všimát si, co dělá lékař a další pečující osoby – co vnímám jako terapeuticky důležité (kurativní) momenty?
- Co mne zaujalo na pacientce a její rodině?
- Co jiného mne zaujalo?
- *Jaký pohádkový motiv mne u případu napadá?*



Terapeuticky účinné faktory

- přijetí „nejasné“ dg. (neakcentovat/nehledat vždy kauzální roli psychogenní/somatogenní)
- nevíme přesně (nebudeme zkoumat), jak se to stalo, ale víme, co teď dělat
- aktivní přístup (práce pacienta, rodiny) x pasivního (operace, injekce...)
- dosažitelné cíle + nevracet se před dosaženými úspěchy
- škálování – registrace postupu



Terapeutická specifika

- (pouze) psycholog (psychiatr) – může být kontraproduktivní (*pocit podcenění somatických faktorů, pocity viny, nepochopení atp.*)
- kratší doba trvání symptomů = lepší prognóza
- léčbu negativně ovlivňují sekundární zisky (př. absence ve škole, pobírání zdravotních dávek)



Některé specifické psychosomatické poruchy



Astma bronchiale

- v dospívání u 40% úzdrava či zlepšení
- Etiologie: spolupodíl alergií, imunity, infekcí + psychologické vlivy
- **v rodině:** často hyperprotektivní postoj rodičů; nápadně dlouhá doba symbiotického vztahu – potřeba závislosti a péče; větší úzkost
- **záchvat lze vyvolat i sugescí** (bez přítomnosti alergenu; sekundární zisky)
- důsledky: úzkost z udušení (i u rodičů) – „astmatická panika“ (dg. Panická porucha - zpětně dušnost zhoršuje); nežádoucí účinky kortikosteroidů (poruchy spánku, paměti, deprese); neurotičtější, nižší sebehodnocení
- v dospívání problematika přijetí nemoci (jako součásti identity)
- **terapie:** neposilovat stávající symptomy; informovanost dítěte, sebemonitorování stavu; osamostatňování; nemoc jako regulační nástroj (RT)



Ekzémy

- Etiologie: obdobné principy jako u astmatu; významná genetická a alergická složka
- **Důsledky:** svědění, sociální odmítání (dotýkání na postižených místech) – stigmatizace
- Terapeutické téma (nebezpečí): uvíznutí v symbiotickém vztahu; označování nemocného dítěte; upnutí péče na vnější léčbu (kortikoidy)



Bolesti břicha

- časté mezi 8. - 12.rokem – nástup ZŠ a přestup na 2. stupeň (10% školních dětí, častěji dívky)
- 1/3 – 1/2 opakovaných bolestí břicha u dětí má psychosomatický charakter
- obvykle paroxyzmální, trvají asi 1h, okolo pupíku, nejčastěji ráno nebo po poledni (mají-li jiný charakter je příčina spíše organická)
- často projevem separační úzkosti, školní fobie, nebo mohou být konverzní
- Téma: orientace na výkon, perfekcionismus, obavy ze školního selhání, úzkost a depresivní ladění, u mnoha dětí však nenacházíme žádnou konkrétní souvislost
- častá je **přítomnost modelu bolesti v rodině** (orientace rodiny na bolest a somatické problémy) – sekundární zisky: pozornost, vyhnutí se nepříjemnému (separace, škola)



Bolesti hlavy

- běžně až 70% dětí někdy mívá (40% školáků, časté v pubertě)
- bolesti organické (zánět, od zubů, nádor, páteř), migrenózní, tenzní, smíšené a psychogenní
- do 3 let obvykle organická příčina
- tenzní korelují s mírou stresu na něž dítě reaguje zvýšeným svalovým napětím (tlakové, tupé) obvykle odpoledne
- migrenózní častější v dospívání, často heredita (vazomotorická – cévy v mozku) – bolest pulzující, ostřejší, nauzea, světloplachost
- nejčastěji smíšené
- **vyšetření:** popis obtíží dítětem, nakreslení, otevřené otázky: *Co ti pomáhá od bolesti?; Co děláš když tě začne bolet hlava?; Čím jsou způsobeny? Kdo u vás ještě trpí bolestmi?* Eventuelně vedení záznamů o bolesti
- další možné souvislosti: častější u chronicky nemocných dětí, vnější stres (smrt, nemoc), někdy po nástupu do ZŠ



Chronická únava a subfebrilie

začínají obvykle somatickým onemocněním + imunologická reakce > vyhýbavé chování –syndrom naučené bezmocnosti - pokles aktivit vede ke stupňování pocitů únavy, závislost na rodině, sociální izolace

únava, bolesti svalů, hlavy, břicha, krku, subfebrilní teploty do 38°C může jít o maskovanou depresi

často spojené se úzkostností, odtažitě, mívají prospěchové obtíže

Chronické svalové bolesti

často u dospívajících, někdy navazuje na trauma nebo stres u dětí zvýšeně citlivých na bolest, model bolesti v rodině stěžují si na bolest, ale jsou klidné, veselé může být způsobem vyjádření negativních emocí

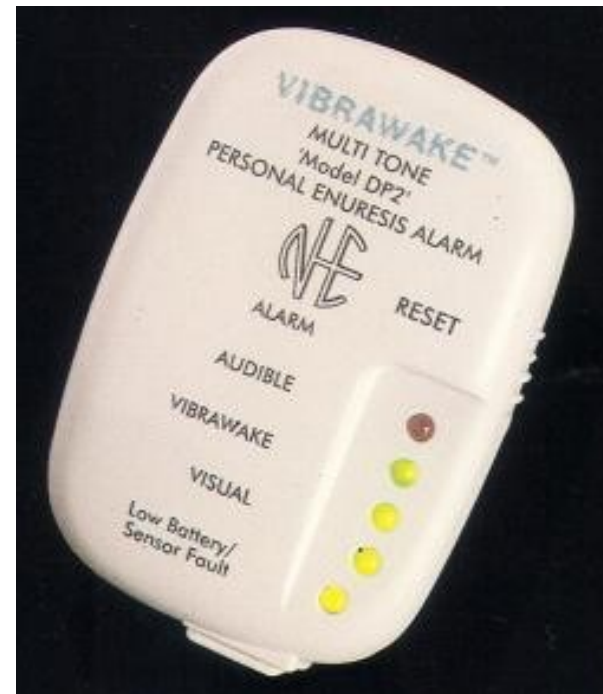


F 98.0 Neorganická (funkční) enuresa

- *bezděčné pomočování se ve dne nebo v noci, pro mentální věk jedince nenormální a není spojeno s poruchou ovládnání močového měchýře*
- **nediagnostikuje se u dětí do 4 let**
- přechodná bývá u cystitidy nebo polyurie
- **denní** (méně častá) x **noční**
- **primární** x **sekundární** (kolem 5 – 7 let, suchý interval alespoň 1 rok)
- etiologie: genetika, drobné funkční odchylky močového měchýře, odchylky hormonální regulace a nervové soustavy (častěji u LMD) - na bázi těchto odchylek dochází k dysfunkčnímu učení
- častěji v chaotických rodinách, s nízkou socioekonomickou úrovní, či s vysokou úrovní stresu - tyto vlivy více u sekundární enurézy, u primární méně – spíše udržovací faktory
- oslabené sebepojetí – stydí se za to, významná je reakce rodičů > může vést k sekundárním vztahovým problémům
- diagnostika: podrobná anamnéza, informace o výskytu, pokusech o zvládnutí, názoru rodiny
- (Zdroje stresu dětí: 1. rozvod, 2. hádky rodičů, 3. počurání)

F 98.0 Neorganická (funkční) enuresa

- Terapie: u primárních –
nácvikové (režimové, cvičení
svěračů, budící aparátů)
- + Podpůrné vedení rodiny, u
osobnostních a emočních
problémů kde je enuréza jen
symptomem - spíše PST resp.
RT





F 98.1 Neorganická (funkční) enkopresa

Bezděčná defekace; od 4 let; často spojena s enurézou; obvykle denní

- A. *primární* – pokračování normální inkontinence v útlém věku
 - B. *sekundární* – ztráta kontroly vyprazdňování
1. *retenční* – spojena se zácpou či úmyslným zadržováním, nahromaděná stolice, přetečení
 3. *psychogenní průjem* – „syndrom dráždivého tračníku“ – při stresu (důležité nalézt zdroje tenze a konfliktů)
 2. *manipulační* – úmyslné, k získání výhod / vyjadřování hostilných pocitů (u MR, deprivovaných, týraných)



Techniky PST práce s dětmi

- Pozorování, monitoring
- Škálovací otázky
- Otázky na zázrak
- Otázky na zvládnání
- Práce s výjimkami
- Externalizace problému
- Reflekování (ocenění, shrnutí, nápady)
- „Co je lepší/stejně? “ (otázky na 2. sezení)
- Dělej to stejné/dělej něco jiného (experiment)



Poruchy příjmu potravy

- ***F 98.2 – Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku*** (odmítání jídla eventuelně mimořádná vybíravost)
 - u malých dětí – nedosahují předpokládaných váhových přírůstků; obtíže s krmením; častější u dětí s perinatálními riziky, časté u dětí vývojově opožděných nebo postižených (zejména DMO) – porucha orální motoriky
 - nejčastěji – vlivy interakční (v případě hospitalizace se váhový stav upraví)
 - často u mírně opožděných dětí – nutné citlivě informovat rodiče + pracovat s nimi (redukovat pocity viny)
 - vyloučit depresi a úzkostné poruchy!

- ***F 98.3 – Porucha; pika v útlém a dětském věku***
= vytrvalé požívání nestravitelných látek (hlína, barviva, hoblovačky, atd.)
 - obvykle jsou součástí širší psychiatrické poruchy (např. autismu)
 - je nejobvyklejší u mentálně retardovaných dětí (pak kódujeme F 70 – 79), ale může být i u dětí s normálním IQ, obvykle u malých



■ F 50.0 – Mentální anorexie

= extrémní ztráta váhy v důsledku úmyslného omezování příjmu potravy, je spojena s intenzivním strachem z tloustnutí a narušeným vnímáním tělesného schématu

- 1. *Tělesná váha 15% pod předpokládaným BMI je méně než 17,5)*
 - 2. *Snížení váhy si pacient způsobuje sám (vyhýbá se jídlům, po kterých se tloustne), užívá vypracované zvracení, defekace, anorektik, diuretik, nadměrné cvičení*
 - 3. *Specifická patologie – strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, apod.*
 - 4. *Endokrinní porucha - amenorhea u žen (většinou již před začátkem hubnutí), ztráta sexuálního zájmu a potence u mužů*
 - 5. *Jestliže počátek onemocnění před pubertou – puberta opožděna*
- Chronická varianta MA se u 30% - 50% pacientů vyvine v bulimii
 - Poměr *chlapci: dívky* = 1:10-20
 - MA = psychotické onemocnění (bludné myšlení)?



MA – nápadné témata a rysy

- Cíl zhubnout
- Vytrvalost, zaměřenost na výkon, cílevědomost
- „Hyperaktivita“ (zaobírání se jídlem, sportem, pořádáním věcí... „nabité energií“)
- Úzkost, obsedantní myšlení
- Izolovanost od vrstevníků
- Svědomitá péče o děti (na základě představy o tom, co si dítě přeje namísto signálů, které dítě poskytuje)
= chybějící prožitek vlastní identity
- Chlapci mívají určité femininní rysy (u 25% z nich uváděna homosexuální zkušenost)



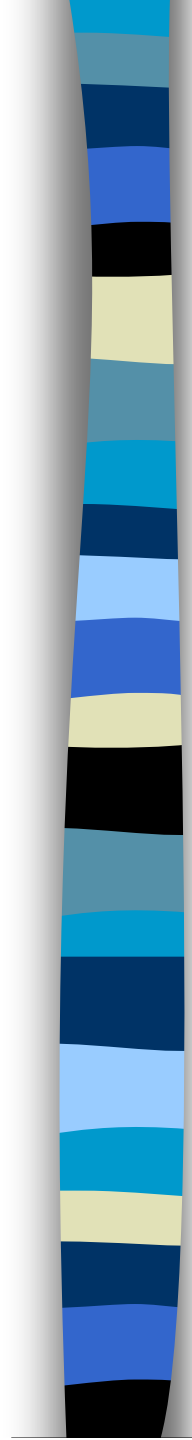
MA – nápadné vztahové konstelace

- Propletenost potřeb
- Přehnaná péče (zbrzděná separace)
- Strnulá nepřizpůsobivost
- Neschopnost řešit konflikty



F 50.2 - Mentální bulimie

- nutkavé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, epizody s přejídáním (velké dávky jídla během krátké doby)
- pak vyprovokované zvracení nebo zneužívání laxativ, střídavé období hladovění, užívání anorektik, diuretik apod.
- patologický strach z tloušťky



Aktuální psychosomatická onemocnění - **genderová dysforie, transsexualita** – fakta a otázky k přemýšlení

- za posledních 10let až 30x nárůst v kategorii do 18let
- není to už výsadou pouze specializovaných pracovišť
- značná popularizace tématu



Aktuální psychosomatická onemocnění - genderová dysforie

- Jak působí přeseexualizovaná společnost na dospívající i na malé děti?
- Jak ztíženou nebo usnadněnou orientaci má dospívající, který řeší vývojovou krizi „identita-konfuse rolí“ ve společnosti, ve které převládá konfuse rolí?
- Jaký vliv na vývoj dítěte a jeho identity mají traumatické ztráty a výměny rodičovských postav?
- Jak mohou rodiče plnit dostatečně své rodičovské funkce, když neměli příznivé podmínky pro vlastní separační proces možná už v několikáté generaci?
- Jaký vliv mají přesvědčení, že je TS vrozený/získaný stav? (ČR, Evropa (převaha F – M), USA (převaha M – F))
- Jaký vliv na celou společnost mají aktivistická hnutí bojující za práva TS?
- Jaký vliv na stabilitu populace mají široce medializované možnosti reprodukční medicíny rozvíjené prakticky bez reflexe etických dilemat
- Není intenzita GD jedním z průvodních jevů proměny tradiční rodiny směrem k osvobození od některých jejích totalitních rysů?
- Jaká je dominující reakce okolí a zdravotního systému? Jaká by měla být?