

Kazuistika dětské pacientky s psychotickými příznaky v transkulturálním kontextu

MUDr. Stefania Dvořáčková Fasouli, Mgr. Kateřina Ingrová

Ambulance dětské psychiatrie a klinické psychologie Dětská nemocnice FN Brno

Kazuistika popisuje případ jedenáctileté pacientky asijského původu, která byla přijata do Dětské nemocnice k došetření pro měsíc trvající potíže s polykáním stravy i tekutin, hypersalivací a pliváním, které vedlo k váhovému úbytku. U pacientky byla prováděna vyšetření k vyloučení organických příčin a zároveň bylo vysloveno podezření na psychogenní původ obtíží, proto bylo vyžádáno psychologické a následně i psychiatrické konzilium. Na základě těchto konzilií byla navržena diagnóza akutní psychotická porucha v důsledku dekompenzace neurovývojové poruchy z okruhu autistického spektra. Pacientka byla přeložena k hospitalizaci na psychiatrickou kliniku, kde byla diagnóza potvrzena.

Klíčová slova: transkulturální psychiatrie, etnické minority, jazyková bariéra.

Case study of a child patient with psychotic symptoms in a transcultural context

The case study describes an eleven-year-old Asian patient who was admitted to the Children's Hospital to investigate a month-long difficulty in swallowing food and fluids, hypersalivation and spitting, which led to weight loss. The patient was examined for the exclusion of organic causes and at the same time the suspicion of the psychogenic origin of the complaints was expressed. There for, a psychological, and subsequently, a psychiatric consultation was requested. On the basis of these consultations, an acute psychotic disorder due to decompensation of a neurodevelopmental disorder from the autistic spectrum was suspected. The patient was transferred to the Psychiatric Clinic for hospitalization where the diagnosis was confirmed.

Keywords: transcultural psychiatry, ethnic minorities, language barrier.

Úvod

V poslední době přibývá dětských pacientů ze zahraničí nebo z minoritních skupin žijících v České republice, kteří jsou přijímáni k hospitalizaci v dětské nemocnici a potřebují psychiatrickou a psychologickou péči. Při diagnostice a léčbě je nutno brát ohled nejen na jazykovou bariéru, kulturní specifika a odlišnosti daného etnika, včetně náboženského vyznání, a samozřejmě také přání rodiny a dítěte. Je potřeba také počítat s ev. nedůvěrou vůči majoritě, s předsudky, které ztěžují komunikaci na straně pacientů i zdravotníků. V těchto případech jde o složitý proces, zvláště pokud se takový pacient

vyskytne konziliárně. Taková situace vyžaduje náročnou koordinaci, multidisciplinární spolupráci a často je třeba sehnat překladatele z příslušného jazyka, protože ne všechny děti nebo jejich rodiče umí dobře česky nebo anglicky. Dětský psychiatr, popřípadě psycholog se zde setkává s obtížemi při poskytování péče lidem pocházejících z kulturně odlišného prostředí a zároveň zprostředkovává tato specifika kolegům na somatickém oddělení. V tomto případě nezajišťujeme jen péči o pacienta s psychiatrickou diagnózou na somatickém oddělení, ale zároveň i o pacienta, který pochází z jiné kultury a je odlišně jazykově vybaven. Tito pacienti jsou

stigmatizací ohroženi hned dvakrát. Tím může být narušena jak compliance pacienta a jeho rodiny, tak nastavení správné diagnózy a léčby.

Vlastní případ

Kazuistika popisuje případ jedenáctileté pacientky asijského původu, která byla přijata do Dětské nemocnice k došetření pro měsíc trvající potíže s polykáním stravy i tekutin, zvýšené slinění a odplivování, které vedlo k váhovému úbytku. Pacientka byla prošetřována po somatické stránce interní, chirurgické a neurologické, včetně doplnění MRI mozku, EEG vyšetření, a laboratorních odběrů na limbické encefalitidy k vyloučení orga-

nické příčiny a zároveň bylo vysloveno podezření na psychogenní původ obtíží, proto bylo vyžádáno psychologické a následně i psychiatrické konzilium. Vyšetření psychického stavu bylo velmi obtížné, jednak stavem pacientky a jednak jazykovou a komunikační bariérou mezi zdravotníky a rodinou. Nakonec jsme byli nuceni využít služeb tlumočnicka, který byl zároveň vzdálený příbuzný naší pacientky, protože tlumočnice zprostředkovaná sociálním oddělením nemocnice neměla čas. Přesto trvalo týden, než se podařilo setkání s rodiči i tlumočnickem zrealizovat. Následně byla doplněna rodinná anamnéza a vývoj obtíží, které byly do té doby nejasné. Z anamnézy jsme zjistili, že se pacientka narodila v České republice jako prostřední ze tří dětí. Rodiče pacientky přijeli do České republiky pracovat. Vzhledem k pracovnímu vytížení obou rodičů se o dívku nejvíce starala sestra matky. Dle matky byla pacientka kolem druhého roku věku nápadná svými projevy: nemluvila, byla hyperaktivní, těžko zvladatelná, negativistická, na zavolání jména nereagovala, chodila po špičkách, dále uváděli rodiče noční děsy a později i noční můry. Proto byla pacientka ve dvou letech poslána i s tetou do země původu, kde byla léčena lékařem, jehož přesnou odborností si rodina není jistá. Z rozhovoru nelze zjistit, zda se jednalo o neurologa či psychiatra. Pacientka byla v té době medikována. Rodiče si pamatovali léky na podporu funkcí mozku a dále léky, u kterých byla uvedena v příbalovém letáku informace, že jsou indikovány k léčbě schizofrenie. Z toho jsme usoudili, že byla léčena antipsychotiky pravděpodobně za účelem zvládnutí hyperaktivity v chování.

Pacientka se v 7 letech věku vrátila do České republiky, tentokrát bez doprovodu tety, aby nastoupila do 1. třídy ZŠ. Dle matky školu zvládala do konce 2. třídy dobře, měla každodenní doučování s „českou tetou“ (paní na hlídání), která měla pedagogické vzdělání a učila ji i česky. Když toto pravidelné doučování skončilo, sehnali rodiče nového doučovatele, který docházel jedenkrát týdně. Od této doby začala být výuka pro pacientku těžká, přesto měla i nadále dobré známky (na vysvědčení na konci 4. třídy měla samé výborné a jednu chvalitebnou). Dle rodičů paní učitelka tolerovala střídavý výkon pacientky. K objektivizaci anamnézy jsme telefonicky kontaktovali třídní učitelku, která referovala, že je pacientka šikovná, tichá, hodně si kreslí a s ostatními dětmi nemá konflikty. Sociálním oddělením

Dětské nemocnice byl kontaktován příslušný OSPOD a obvodní pediatr, avšak nebyly zjištěny žádné nápadnosti. Starší sestra (13 let), která chodila pacientku navštěvovat do nemocnice a hovořila plynně česky, popisovala, že pacientka byla vždy uzavřená, málomluvná, doma si nejčastěji kreslila a nenavazovala kamarádké vztahy ani ve škole.

Vývoj nynějšího onemocnění

Z rozhovoru s rodiči vyplývá, že potíže se sliněním a polykáním se rozvíjely přibližně dva měsíce před hospitalizací. Nejprve si pacientka stěžovala na pachutí po mýdle v ústech. Snažila se dhrnout lžičkou a kartáčkem na zuby jazyk, nechtěla pít, jíst a vše plivala (i sliny) všude kolem. Později se přidal také pocit, že se nemůže vymočit a vyprázdnit se. Matka poslala pacientku v doprovodu starší sestry na pohotovost. Zde byla pacientka vyšetřena a vzhledem k negativnímu nálezu a složité komunikaci s pacientkou a její sestrou byla vyslovena otázka, zda nejde o simulaci. Bylo doporučeno následující den kontaktovat pediatra. Pediatrem byla pacientka odeslána na příjem do Dětské nemocnice k došetření. Pacientka byla hospitalizována celkem 23 dní v Dětské nemocnici. Nejprve 3 dny na chirurgickém oddělení, kde byla provedena endoskopie horního GI v CA, která byla bez patologického nálezu. V závěru překladové zprávy bylo uvedeno, že za hospitalizace na chirurgii pacientka tekutou i pevnou stravu tolerovala, obtíže s polykáním a příjmem stravy se projevovaly pouze při návštěvě otce. Pacientka byla přeložena s diagnózou dysfagie na internu, kde byl její somatický stav stabilizován. Pacientka se na oddělení projevovala nápadně: při příchodu členů rodiny nevyjadřovala pozitivní emoce, vyhýbala se komunikaci, odvracela pohled, byla málomluvná a smutná. Proto bylo ošetřujícím lékařem požadováno psychologické konzilium pro podezření na psychogenní nebo psychosomatický charakter obtíží. Konziliární psycholožka v průběhu vyšetření přizvala ke spolupráci psychiatra pro vážné poruchy afektivity, myšlení a vnímání, které dominovaly klinickému obrazu.

Z vyšetření

Po vyloučení akutní reakce na stres spojený s atakou dušení nebo zvracení po jídle jsme se v úvodu vyšetření soustředili na vyloučení traumatizace v důsledku zneužívání. K tomu nás

vedly jak proměnlivé symptomy, které pacientka uváděla při vyšetření na pohotovosti, tak zvýšený výskyt nynějších obtíží v přítomnosti otce či mužů, lékařů, pozorovaný během hospitalizace. Pacientčin stav se během jednoho týdne výrazně měnil. Při prvním kontaktu pacientka reagovala selektivně na různé lidi, například sestře při vstupu na oddělení neodpověděla na pozdrav, avšak psycholožce ochotně vyprávěla o kreslení, o rodině, „české tetě“, o škole. Dokázala popsat některé povahové rysy členů rodiny a uvažovat o tom, co si myslí nebo cítí. Místy se v řeči objevovaly agramatismy. Při dotazech na nynější onemocnění se její chování změnilo. Pacientka odvracela pohled a reagovala nepřilehavě otázkou „já?“. Jako by si najednou nebyla jistá, o koho v rozhovoru jde. Dále uváděla, že si své obtíže nepamatuje, nebo sdělovala něco nesrozumitelně. Toto chování nás vedlo ke zvažování disociativní problematiky. Na pobídku „je to důležité, vzpomeň si“, pacientka reagovala zmateně. Na otázku, kdy naposledy plakala, odpověděla, že ve středu, ale nechtěla sdělit proč. Při dotazech na domácí prostředí uvedla, že s ní a se sestrou bydlí v pokoji strýc, který je „otravný“. Na požádání vysvětlila, že moc mluví, má divné řeči, např. vtipkuje, že „nemají jíst křivé banány“. (Rodiče potvrdovali, že bratr otce u nich asi měsíc bydlí, nevnímali to jako problematické.) Obtěžování sexuálního charakteru negovala: „VÍ, že se to dětem někdy stává, jí se to nestalo“. Během prvního kontaktu měla pacientka za úkol nakreslit rodinu s instrukcí: „Když něco její členové spolu dělají“. Obrázek byl po formální i obsahové stránce nadprůměrně nakreslený. U každého člena rodiny zdůraznila jeho charakteristickou činnost, ale bez náznaku kooperace či komunikace s ostatními. Na obrázku se nikdo na nikoho nedívá. Pacientka znázornila sebe sama, jak krmí andulky. Dle pacientky i rodičů, během jejího vývoje došlo opakovaně ke změnám a ztrátám vztahových osob. Starší sestra se k tomuto tématu vyjadřovala s lítostí a hořkostí. Pacientka emoce v této oblasti neprojevuje. Obrázek celkově neodkazuje na sociální a emoční interakci mezi členy rodiny, rovněž rodinná anamnéza odkazuje k emočně deprivativnímu charakteru pacientčina výchovného prostředí.

Při druhém setkání na oddělení se pacientčin stav prohloubil do psychotického obrazu. Pacientka byla anhedonická, semimutistická, místy apatická, bradypsychická, paranoidně na-

stavená, sociálně stažená a anxiózní. Stěžovala si na vtíravé myšlenky: „mozek nemůže zapomenout na sprostá slova“. Pacientka projevovala částečný náhled na onemocnění, opakovala slovo „šlím“, přitom se jí začaly vybavovat útržkovité vzpomínky na to, že byla již dříve léčena v zemi původu rodičů. Během rozhovoru projevovala strach z toho, že bude znovu odeslána na léčení do zahraničí. Z rozhovoru s rodiči, který z organizačních důvodů proběhl až na závěr hospitalizace, vyplynulo, že pacientka byla v raném dětství léčená pravděpodobně pro podezření na autismus. Rodina s těmito skutečnostmi z důvodu obav ze stigmatizací nikdy neseznámila ani obvodního pediatra ani ZŠ, kam pacientka docházela. Přestože v klinickém obraze se opakovaně objevily nápovědy pro potenciální sexuální zneužívání, na přímou konfrontaci rodiče i pacientka reagovali odmítavě. Rodiče připouštěli v prodromálním období dvě změny v životě rodiny. Pacientce zemřela jedna z andulek a do rodiny přicestoval otcův bratr, který se zotavoval po CMP a přespával ve společném pokoji s pacientkou a její sestrou. Na základě takto získané anamnézy a klinického obrazu bylo vysloveno podezření, že jde o akutní psychotickou poruchu v důsledku dekompenzace u pacientky s PAS. Jako spouštěcí mechanismus jsme nemohli vyloučit sexuální zneužívání.

V této fázi jsme se souhlasem rodiny požádali o přijetí na dětské oddělení psychiatrické kliniky k došetření stavu a nastavení léčby. Za hospitalizace na psychiatrické klinice byla stanovena diagnóza atypický autismus, s dekompenzací stavu pod obrazem psychotické epizody s katatonním a depresivním syndromem (středně těžká epizoda). Byla zavedena medikace risperidonem, přidání sertralinu vedlo bezprostředně ke zhoršení stavu (do obrazu katatonie). S ohledem na depresivní symptomatologii byla provedena záměna risperidonu za olanzapin, který pacientka dobře snášela. Během hospitalizace pacientka potřebovala pomoc při veškeré osobní péči. Pacientka také opakovaně vyjádřila nelibost k odchodu do domácího prostředí, proto byla podána žádost na OSPOD, aby prostředí prověřil a upravil s ohledem na potřeby vážně duševně nemocného dítěte. Po propuštění z psychiatrické kliniky rodiče pacientku neobjednali do naší pedopsychiatrické ambulance, ačkoliv to bylo předem domluveno. Po dotazu

na OSPOD jsme se dozvěděli, že pacientka odešla hned po propuštění z psychiatrické kliniky v doprovodu matky do rodné země, odkud se dosud nevrátila.

Diskuze a závěr

V diskuzi se zaměříme na faktory, které mohou narušit úspěšné stanovení diagnózy a léčby u dětských pacientů, kteří pocházejí z jiné kultury. S jazykovou a kulturní bariérou souvisí časová i organizační náročnost: zajišťování tlumočnicka, organizace schůzky s rodiči a zjišťování kulturních norem, popřípadě sociální šetření v rodině (1).

V našem případě jsme na setkání s rodiči a doplnění anamnestických údajů museli čekat týden. Také byl problém sehnat tlumočnicka, navíc se zjistilo, že tlumočnick byl příbuzný rodiny.

Klinický obraz, který nejprve imponoval jako jazyková bariéra u pacientky, se na základě vyšetření ukázal být součástí dekompenzace základní psychiatrické diagnózy.

Dále situaci komplikuje oboustranná ostražitost jak na straně pacientů, kteří přicházejí z jiné kultury, tak na straně zdravotníků. Tito pacienti mohou také běžné limity zdravotnické péče a léčby interpretovat úkorně. K nedůvěře vůči majoritní společnosti může přispívat rozdíl mezi výchovnými tradicemi kultur. Je otázkou, do jaké míry má majoritní společnost právo, aby příslušníci minorit radikálně změnili své na kultuře založené postoje a snažili se adaptovat na nové podmínky (2). Naše pacientka dávala najevo nelibost kvůli odchodu do domácího prostředí, avšak zároveň odmítala své důvody vysvětlit.

Na straně zdravotníků se také mohou vyskytnout obavy. Tyto obavy mohou například vycházet z neznalosti a neinformovanosti o kulturních zvyklostech včetně jazykové bariéry. V těchto případech anticipace konfliktního jednání pacientů může negativně ovlivňovat motivaci zdravotníků. Popřípadě vést k předčasným či zavádějícím závěrům. Když přišla pacientka na pohotovost v doprovodu jen o 2 roky starší sestry, lékaři poměrně brzy vyslovili podezření na simulaci.

Součástí většiny pedopsychologických konzilií je i vyloučení možnosti sexuálního zneužívání dítěte, zde opět narážíme na sociální a kulturní odlišnosti. V našem případě jsme možnost sexuálního zneužívání u pacientky zvažovali vzhledem k suspektním symptomům (nepříjemné

pocity v ústech a potíže s močením a defekací). Dále jsme zjistili, že v dětském pokoji spal společně s dívkami strýc, jehož příjezd předcházela rozvoji symptomů. Tuto konstelaci rodina prezentovala v jejich sociokulturních podmínkách jako normální. V tomto případě nelze vyloučit bagatelizaci ze strany rodiny.

Rodiče léčbu pacientky náhle přerušili odjezdem do rodné země. Zde můžeme spekulovat, zda odcestovali z důvodu nedůvěry k místním odborníkům, nebo se rodina obávala výsledků vyšetření, nebo zda byl za odchodem do vlasti jiný důvod. To se ovšem nedozvíme.

Téma transkulturní psychiatrie je velmi aktuální. Vyšetřit pacienta – dítě z jiného kulturního prostředí je složité kvůli přes jazykové bariéry, ale často se liší i uchopení duševních poruch, které nám nejsou často jasné. Je důležité uvažovat, zda to, co my považujeme za symptom poruchy, je ve skutečnosti symptomem stejné poruchy i u jiného etnika. Není ani vyloučeno, že se jedná pouze o zvláštnosti, které jsou z našeho pohledu klasifikovány jako poruchy. Opačná problematika je popsána v literatuře detailněji. Např. v Japonsku je prokázán tzv. syndrom tajin kyofusho, který je v DSM V. uveden mezi kulturně vázanými syndromy. Tento syndrom je definován jako intenzivní strach z toho, že tělo nebo části těla znechucují nebo pohoršují druhé. V případě jednoho podtypu tohoto syndromu jsou lidé zděšení, že svým vzhledem, pachem, pohyby či výrazy tváře ohrožují ostatní. V západních zemích by tyto lidé byli nejspíše diagnostikováni dysmorfobickou poruchou nebo poruchou s bludy, zatímco v Japonsku jsou tyto lidé diagnostikováni v kontextu neurózy (3).

Při poskytování psychiatrických a psychologických intervencí zejména u dětských pacientů je potřeba přistupovat citlivě a v kontextu daného etnika (4). Odborník na duševní zdraví by měl být transkulturně uvědomělý (5). V zahraničí je běžné, že jsou na tuto problematiku zaměřeny celé instituce – např. Transkulturní klinika dětské nemocnice v Montrealu (6). Zajistit v našich podmínkách celou instituci je pravděpodobně velká ambice, ale jako odborníci se můžeme v rámci multidisciplinární spolupráce zaměřit na specifika zmíněná výše a při komunikaci s pacienty z minoritních etnik mít na zřeteli: respekt, citlivost, uvědomění si heterostereotypů a autostereotypů.

LITERATURA

1. Vágnerová M, Hadj-Moussová Z, Štech S. Psychologie handicapu 2001. Praha: 1. vyd. Karolinum: 230.
2. Čeněk J, Smolík J, Vykoukalová, Z. Interkulturní psychologie. Praha: Grada Publishing; 2016: 312.
3. Nagata T, Wada A, Yamada H, Iketani T, Kiriike O. Effect of minnacipran on insight and stress coping strategy in patients with Taijin Kyofusho. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 200, 9(3): 193–198.
4. Measham T, Heidenreich-Dutray F, Rousseau C, Nadeau L. Cultural Consultation in Child Psychiatry. Cultural Consultation. January 2014: 71.
5. Gidoomal R. Multicultural Societies and Futures of Dialogue. Futures 2003, 35: 1055–1066.
6. Nadeau L, Measham T, Elias R, et al. Transcultural Mental Health Services for Refugees: Two Service Models from Montreal, Canada.; 2019.