

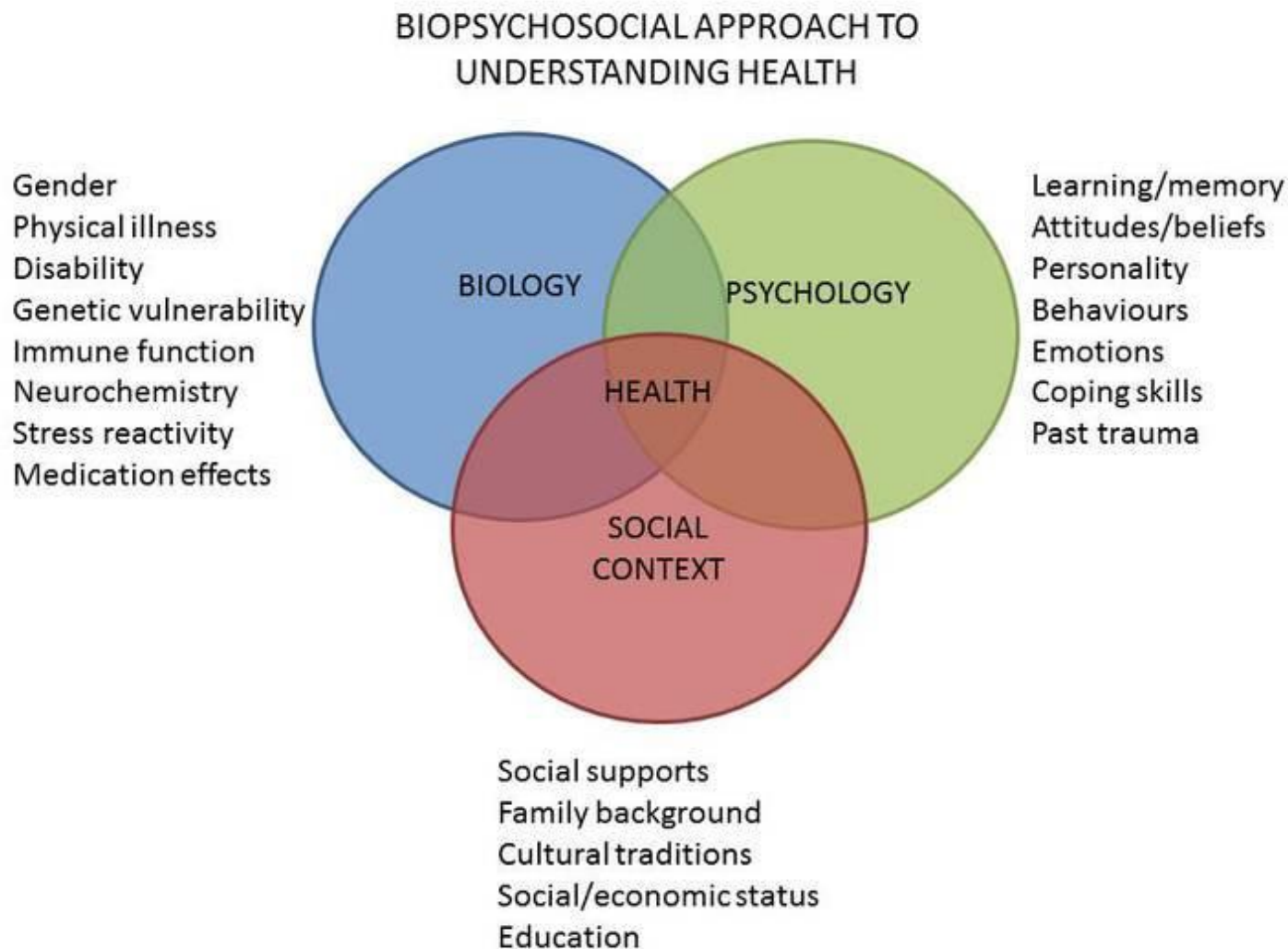
Psychoterapie psychosomatických onemocnění u dětí



Mgr. Milan Pilát

FN Brno - Dětská nemocnice
Oddělení dětské psychiatrie a klinické psychologie
Ambulance klinické psychologie a psychoterapie
FF MU 2023/2024

Příčiny vzniku nemocí/poruch





Obecnější vlivy (psychosociální, výživové, technologické...)

Sekulární akcelerace:

menarché: konec 19. století: 15 - 16 let, 1938: 14 let, 1962: 13 letech, nyní: 12,5roku

Průměrný věk rodičů při porodu prvního dítěte:

1975: 22,5

1990: 22,0

2000: matka 25/otec 29,9

2005: 27

2020: matka 29,6/otec 34,3

Rozpad života v širších rodinách

Příjem vysokoenergetických a průmyslově zpracovaných potravin

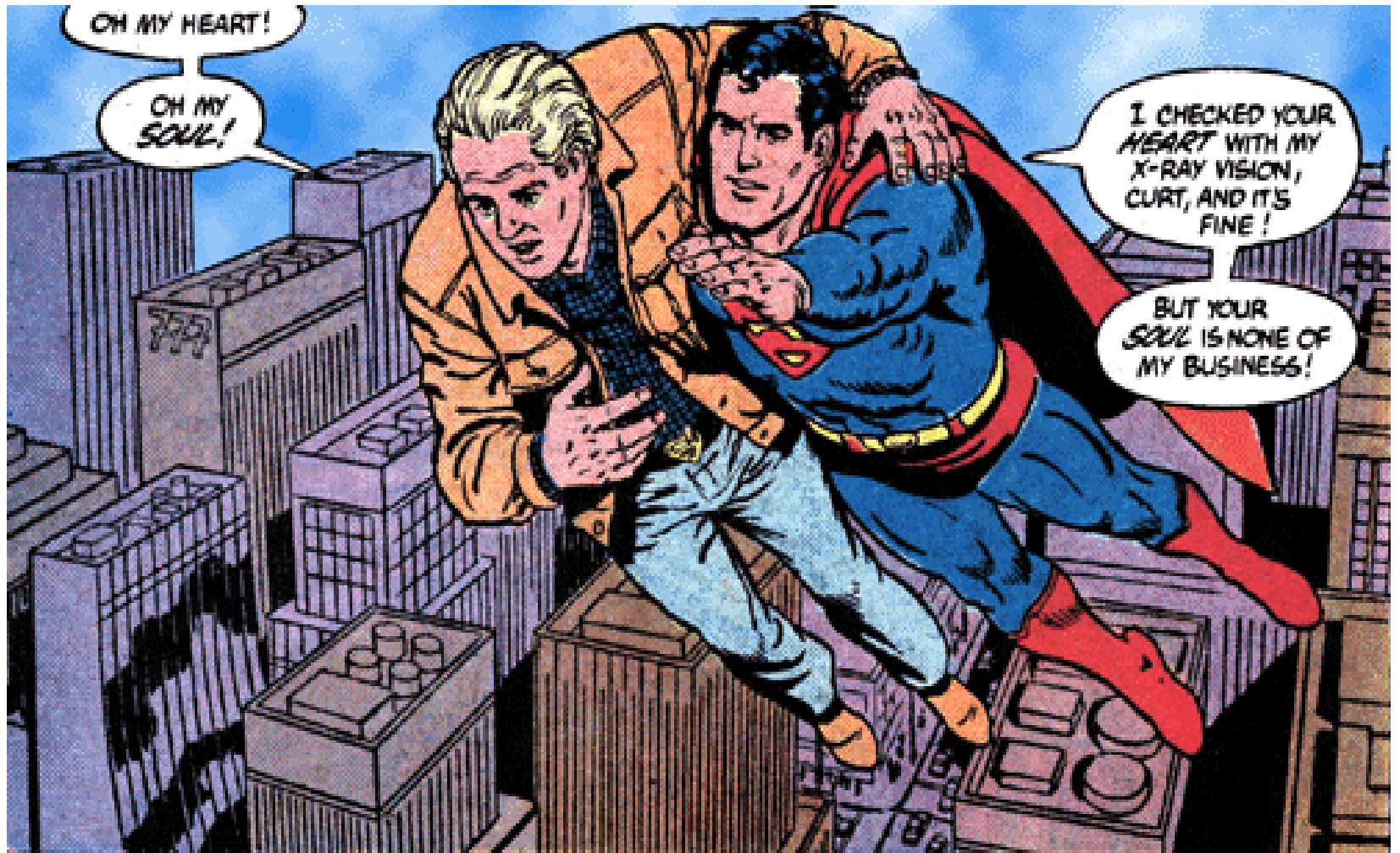
Proměna trávení volného času (denní čas trávený u technologií)



Moderní a postmoderní doba

- Oddělení sexu od početí
- Oddělní (počtu) dětí od zajištění ve stáří
- Oddělení obživy od bezprostřední práce
- **Oddělení kontaktu od setkání**

*Jaké společenské důsledky a proměny trendy lze v budoucnu očekávat?
(společenská solidarita, spolupráce, soucit, úroveň diskuse, schopnost
reprodukce...?)*





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)



Psychosomatická onemocnění

Specifika práce psychoterapeuta/psychologa u dětí

- 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

(neurofyzilogická, 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 zvládnání 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 událostmi (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
- 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



Disociativní/konverzní poruchy

- u dětí a dospívajících

- podobná jako u dospělých, ale častěji přechodná, lepší prognóza; nemusí být výraznější osobnostní akcentace (celostní rekce); závislost na celkové zralosti, vývoji řeči, paměti (implicitní/explicitní)
- Typické: náhlý začátek i ústup symptomů
- Poměr **muži : ženy** 1 : 9 (10); dospívání („zlatý věk“)
- Relativně časté (resp. častější, než je dg.)
- Fenomén ***lhostejnosti k příznaku***
- Většina nekomplikovaných disociativních stavů (př. krátkodobá disociativní amnézie nebo přechodná porucha motoriky atp.) **odeznívá spontánně**
- Traumatizace v dětství = disociace má tendenci být trvalejší (egosyntonní) strategií



Typický kontext

Závažné trauma prožité v dětství

= př. zneužívání

Závažné aktuální trauma

= př. autonehoda, napadení, válečné události atp.

Závažná emoční ztráta

= př. úmrtí, často spouštěno na základě podobné symbolické situace „ztráty“ př. úmrtí zvířete, rozvod, stěhování atp.

Vývojová nedostačivost

= situace vyžaduje dovednosti a nezávislost, kterých není osoba schopna; vzniklá porucha umožňuje setrvávat v závislém vztahu



Kazuistika

Úkol:

- Všímat 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 (dotýkaní 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

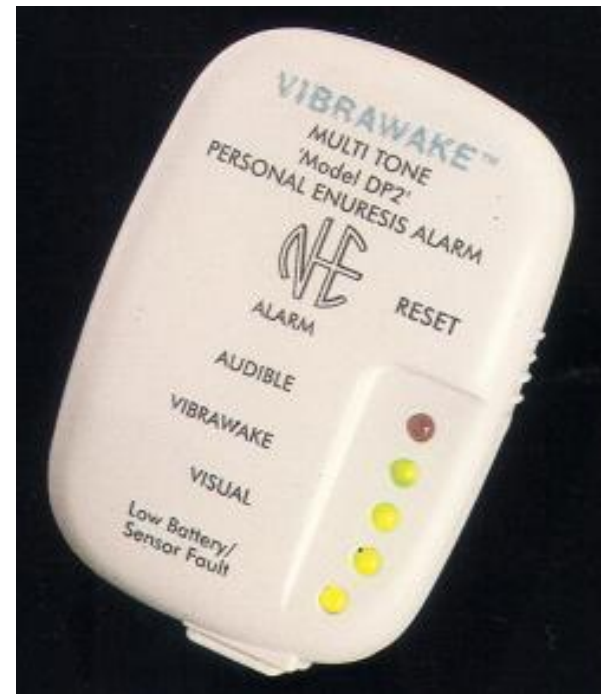


F 98.0 Neorganická (funkční) enuresa

- *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 aparát)
- + Podpůrné vedení rodiny, u
osobnostních a emočních
problémů kde je enuréza jen
symptomem - spíše PST resp.
RT





F 98.1 Neorganická (funkční) enkopresia

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
 2. *manipulační* – úmyslné, k získání výhod / vyjadřování hostilných pocitů (u MR, deprivovaných, týraných)
 3. *psychogenní průjem* – „syndrom dráždivého tračníku“ – při stresu (důležité nalézt zdroje tenze a konfliktů)



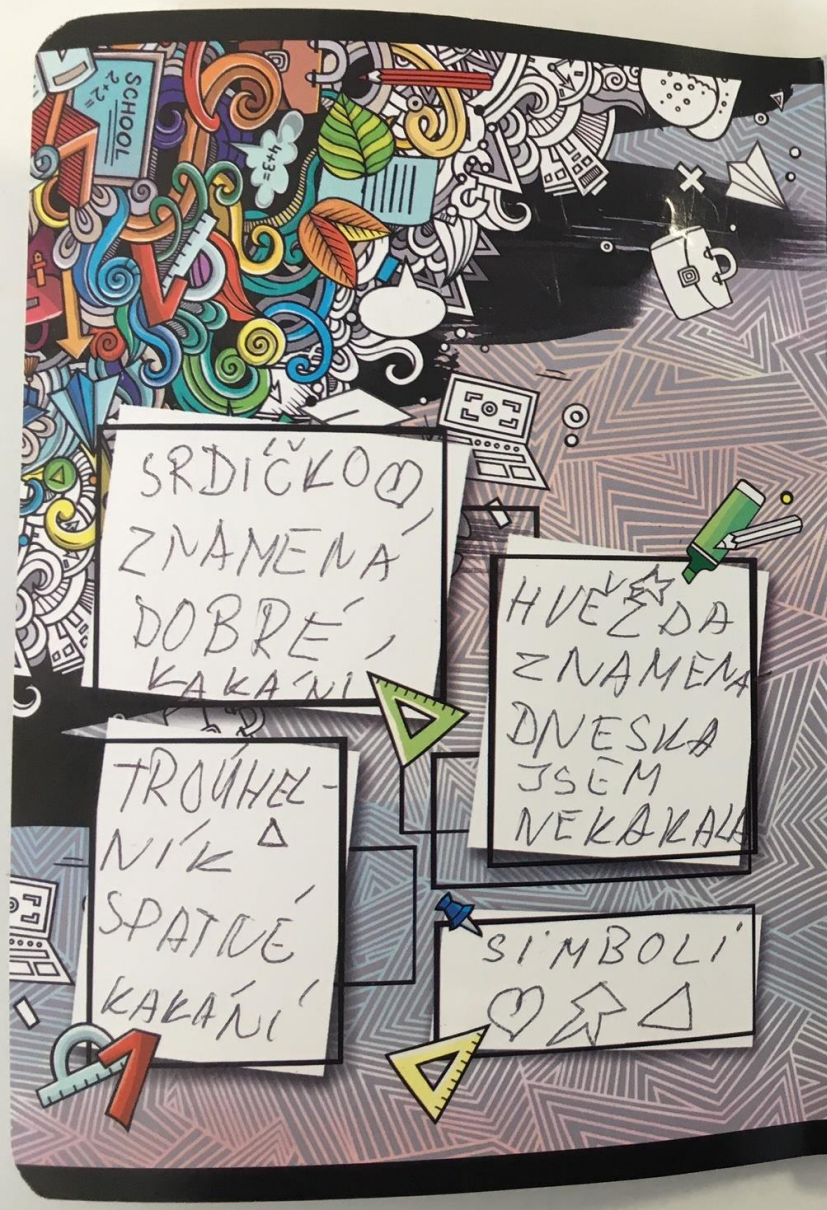
Kazuistika – sekundární enkopréza

- Dívka 10let, tělesně zdravá
- Zvládnutí vyměšování v raném věku dobře v širší normě (4-5let)
- Nástup do školy v termínu, adaptována dobře, prospívá pěkně
- NO: problém v menší míře od podzimu 2019, od II/2020 prakticky denně špinění i větší množství stolice
- Vyšetřena: chirurgicky, neurologicky, interně – bpn, dop. řešit na psychologii



Průběh PST

1. Telefonát s otcem (III)
2. Telefonát s otcem (VII)
3. Sezení s otcem a dcerou (IX)
epi záchvat matky, ostrakizace od spolužačky – pocity bezmoci, nedokážu nic udělat...
4. Sezení s matkou a dcerou (XI)
výrazné zlepšení
5. *Katamnestické sezení po 3měsících*
dívka bez obtíží



SRDIČKO
ZNAMENA
DOBRE
KAKANI

HVEZDA
ZNAMENA
DNESKA
JSEM
NEKAKA

TROUHEL-
NIK
SPATVE
KAKANI

SIMBOLI
♡ ★ △

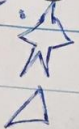
MARKETA [REDACTED]

9.9. ☆ DOPOLEDNE,
VEČER

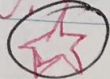
10.9. ♡ RAŇO

11.9. ♡ RAŇO, ODPOLEDNE

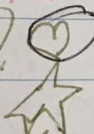
20.10. RAŇNO, VECĚR



21.10.



22.10. ODPOLEDNE
VECĚR

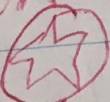


23.10. RAŇNO, ODPOLEDNE

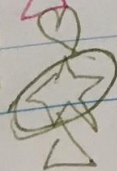


VECĚR

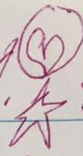
24.10.



25.10.



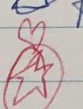
26.10. RAŇNO, VECĚR



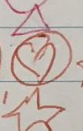
27.10. ODPOLEDNE



28.10. RAŇNO

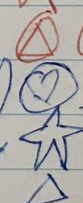


29.10. RAŇNO, VECĚR

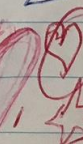


ODPOLEDNE

30.10. ODPOLEDNE
VECĚR



31.10. RAŇNO, ODPO-
LEDNE
VECĚR





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

Genderová dysforie

– fakta a otázky k přemýšlení

- za posledních 10let nárůst přes 800% v kategorii do 18let
- není to už výsadou pouze specializovaných pracovišť

Typické komorbidity: sebepoškozování, PPP, DVO

Genderová dysforie

Gender incongruence

- biologicky dané pohlaví není v souladu s tím, jak sami sebe **vnímají, pociťují**
- výrazná inkongruence mezi zažitým/vyjádřeným pohlavím a pohlavní rolí
- Dg. kritéria:
 - trvající alespoň 6 měsíců, silná touha být jiného pohlaví, nebo mít nějakou alternativní genderovou roli; silná preference cross-dressingu; silná nechuť k vlastní pohlavní anatomii; odmítání typicky mužských/ženských hraček a afinita k opačnému
- nejde primárně o chirurgickou změnu genitálu
- Otázka tranzice řešena v různých zemích odlišně (př. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People (SOC) [World Professional Association for Transgender Health](#) (WPATH) z r. 2022 - verze protokolu neuvádí žádné konkrétní věkové limity pro léčbu, zdůrazňuje **nutnost rozhodnout individuálně pro každého pacienta**)

Genderová dysforie

– odborná perspektiva

- Dynamický (a nejednotný) vývoj hledání adekvátního léčebného přístupu
 - tendence k polarizaci přístupů (rozostření hranice mezi ideologií a psychologíí, léčbou)
 - je to nemoc či součást normy?
 - jakou roli má hrát zdravotník?
 - je GD/TS vrozený/získaný stav? (proměny poměrů F – M, M – F)
 - důraz na práci s jazykem (**poruchy genderové identity (GID) – genderová dysforie – genderová inkongruence**); jako snaha o zmírnění stigmatizace
 - výrazný společensko-politický tlak
 - ne/spokojenost pacientů s přístupem různých odborníků (pomáhajících profesí)

Genderová dysforie - otázky

- Jak si vysvětlují dramatický nárůst problematiky?
- Jaká je dominující reakce okolí a zdravotního systému? Jaká by měla být?
- **Co se po nás chce v psychoterapii?**

Genderové dysforie

- výzvy a vodítka pro praxi

- Brát situaci/člověka vážně (nezpochybňovat)
- Bránit se rychlé (neuvědomované) polarizaci situace
- Dodržování hranic (Etický x psychologický x sexuologický problém?)
- Pomoci k doplnění absentující perspektivy (odborný pohled, pohled a prožívání rodiny, širšího okolí)
- Být k dispozici ke konfliktu nedevalvujícím způsobem (identita se tvoří v konfliktu, budování zdravé identity je dlouhá a těžká práce)
- Unést dlouhodobou otevřenost/nejistotu situace (svou i klienta)
- **Primárně: psychoterapie, resp. rodinná terapie**