

Wieloprofilowe postępowanie w konwersyjnych zaburzeniach ruchu u dzieci – opis przypadku

Multi-profile procedures for motor conversion disorders in children – a case report

Ewa Lenart-Domka^{1,2}, Marzena Pelc-Dymon^{2, 3}

¹ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży Regionalnego Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjnego dla Dzieci i Młodzieży, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie

² Zakład Rehabilitacji, Wydział Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego

³ Dzienny Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej Dzieci i Młodzieży Regionalnego Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjnego dla Dzieci i Młodzieży, Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie

Summary

Introduction. The most common motor deficits in patients with conversion disorder are tremors, weakness of limbs and gait disturbance. The proper diagnosis and treatment as well as the patient and their family's cooperation during therapy are essential to achieve fast recovery.

Aim. The aim of this paper is to provide an overview of multidisciplinary interventions successfully applied in the treatment of conversion disorders in children, illustrated with an example of a case study.

Methods. Case report: The 9 years old boy, with trembling of the limbs, trunk ataxia, impaired balance, and significant disability in self-locomotion, caused by conversion disorders, was admitted to stationary rehabilitation treatment because of the lack of progress in the current, four-month treatment, which consisted of hydroxyzin administration and irregular psychotherapy. Behavioural modifications in rehabilitation, individual psychotherapy, family counselling and psychoeducation, and sertraline pharmacological treatment were implemented at the same time. Particular attention was paid to obtain the parents' approval for multidisciplinary therapy, considering that the previous treatment was ineffective because of parents being unconvinced about psychogenic causes of symptoms. They were focused on over diagnosing the child's symptoms making it difficult to manage the proper treatment.

Results. After a three-week period of comprehensive treatment the patient recovered completely and returned to independent mobility and social functioning relative to his age.

Conclusions. The simultaneous implementation of multi-profile treatment is an effective approach in children motor conversion disorders. In order to achieve therapeutic success it is necessary to convince the parents about the psychogenic ground of the symptoms and a need of multi-profile treatment.

Słowa kluczowe: zaburzenia konwersyjne, dzieci, wieloprofilowe postępowanie terapeutyczne

Key words: motor conversion disorder, children, multidisciplinary treatment approach

Wstęp

Pierwotnie zaburzenia konwersyjne określane były mianem hysterii. W klasyfikacji ICD-10 określenia zaburzenia konwersyjne i zaburzenia dysocjacyjne używane są zamiennie [1]. Z kolei w klasyfikacji DSM-IV zaburzenia konwersyjne odnoszą się do zaburzeń czuciowych i ruchowych, a zaburzenia dysocjacyjne do zaburzeń funkcjonowania procesów poznawczych, dotyczących pamięci i świadomości. W tej taksonomii zaburzenia konwersyjne klasyfikowane są w grupie zaburzeń pod postacią somatyczną, a zaburzenia dysocjacyjne oddzielnie [2]. Kryteria rozpoznawania zaburzeń konwersyjnych w klasyfikacji DSM-5 zostały uproszczone, aby ułatwić postawienie diagnozy przez lekarzy innych specjalności niż psychiatria. W tym celu w samej nazwie schorzenia dodano wyjaśnienie, iż dotyczy ono funkcjonalnych zaburzeń neurologicznych, zmniejszono liczbę kryteriów diagnostycznych do czterech, zaś w celu uszczegółowienia rozpoznania posłużono się nazewnictwem stosowanym w ICD-10 [3].

Zasadniczą cechą zaburzeń konwersyjnych są dolegliwości fizyczne, które nie dają się w wystarczającym stopniu wytłumaczyć obecnością żadnej choroby somatycznej czy też inną chorobą psychiczną, w tym działaniem substancji psychoaktywnych, nie są też symulacją ani świadomym wytwarzaniem symptomów. Do ich powstania przyczyniają się zwykle negatywne doświadczenia z przeszłości stanowiące zagrożenie dla fizycznej lub psychicznej jedności pacjenta. Objawy te nie są wytwarzane celowo, jest to często najprostsza reakcja obronna na przeciwności, których obecność przekracza zdolności adaptacyjne pacjenta. W celu ułatwienia zachowania równowagi psychicznej dochodzi do nieświadomej transformacji odczuwanego lęku, niepokoju, zachwianego poczucia wartości na rzeczywiste objawy fizyczne [3–5]. Na tego typu reakcje szczególnie narażone są dzieci z powodu niedojrzałości osobowości i zwiększonej w okresie rozwoju podatności na niekorzystne sytuacje środowiskowe, zwłaszcza rodzinne. Z dużą łatwością reagują w ten sposób na stres psychiczny. Czynnikiem wyzwalamymi mogą być sytuacje traumatyzujące (np. wykorzystywanie seksualne, urazy, sytuacje stresogenne w szkole) lub niewłaściwa opieka rodziców. Dysocjacja poprzez czasową utratę kontaktu ze sferą własnych emocji jest często sposobem umożliwiającym przetrwanie w chwilach zagrożenia, wobec którego dziecko czuje się całkowicie bezradne. Dolegliwości somatyczne pojawiają się nagle, wkrótce po zaistnieniu stresującego dla dziecka przeżycia, często przebiegają dramatycznie, z dużą „teatralnością”, co nasuwa podejrzenie symulacji. Dzieci nie symulują, lecz

są przekonane o chorobie, autentycznie cierpią [3–5]. Objawy są wzmacniane przez nieuświadomione korzyści płynące z zachorowania pod postacią uwolnienia się od trudnych do przyjęcia nieprzyjemnych odczuć (pierwotne korzyści) oraz zmniejszenia zbyt trudnych dla dziecka oczekiwań ze strony otaczającego środowiska, choćby szkoły przez zmniejszenie wymagań, czy przyciągnięcia uwagi najbliższych osób, np. opiekuńczość rodziców, pobłażliwość i odciążenie od obowiązków domowych (korzyści wtórne) [5, 6]. Dane epidemiologiczne dotyczące występowania zaburzeń dysocjacyjnych u dzieci są bardzo skąpe. Według doniesień z lat 90. ubiegłego stulecia występują one u około 10% dzieci objętych, z różnych powodów, opieką neurologiczną oraz 1–3% pacjentów kierowanych do psychiatrów dziecięcych [7]. Wiarygodne współczynniki rocznej zachorowalności opracowano do tej pory jedynie w Australii i Wielkiej Brytanii, wynoszą one odpowiednio 2,3 – 4,2/100 000 i 1,8/100 000 dzieci (dane z 2007 i 2013 roku) [8,9]. Dolegliwości rozwijają się zwykle w okresie pokwitania. Narażone są bardziej dzieci z nieprawidłowym obrazem EEG [5]. Objawy występują częściej (trzy-, a nawet czterokrotnie) u dziewcząt oraz wśród rodzin o niższym statusie ekonomicznym [9, 10]. Zaburzenia dysocjacyjne u dzieci mogą przebiegać pod różnymi postaciami. Sensoryczne reakcje konwersyjne obejmują niedoczulicę, przeczulicę, parestezje czy zaburzone funkcjonowanie zmysłów, tj. utratę wzroku czy słuchu w ciężkich postaciach choroby. Motoryczne zaburzenia przebiegać mogą pod postacią hipofunkcji (porażenie kończyn, astazja, abazja, dysfonia, afonia) lub hiperfunkcji (ataksja, drżenia, inne objawy ruchowe lub napady drgawkowe) [3, 6, 7, 9, 11]. Najczęściej spotykanymi objawami wśród zaburzeń ruchowych są drżenia (40%), dystonia (47%), osłabienie kończyn (zwykle dominujących, 21,7%), oraz zaburzenia chodu (13%) [9,10]. Do postawienia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie niespójności i zmienności objawów (np. poruszanie niedowładną kończyną, brak anatomicznej korelacji między obszarem zaburzeń czucia a rejonem objętym niedowładem). Podstawą leczenia jest psychoterapia, najlepsze efekty terapeutyczne przynosi jednak postępowanie kompleksowe obejmujące trening behawioralny, terapię rodzinną, leczenie farmakologiczne w przypadku zaburzeń współistniejących oraz progresywnie wprowadzaną rehabilitację ruchową opartą na systemie nagrody [11, 12]. U pacjentów tych często współwystępują zaburzenia lękowo-depresyjne, podstawą farmakologicznego leczenia są wtedy leki przeciwdepresyjne i anksjolityczne [6, 8]. Ruchowe zaburzenia konwersyjne w pediatrii nie zdarzają się często, są jednak bardzo dotkliwe dla dziecka: rodzą ryzyko porażki szkolnej, niesprawności ruchowej, ograniczeń towarzysko-społecznych. Wiążą się również z narażeniem na wystąpienie zaburzeń odżywiania się, zaburzeń afektywnych, samookaleczania, sięgania po substancje psychoaktywne [3, 6, 9]. U znaczącej większości dzieci dochodzi do całkowitego wyzdrowienia zwykle w ciągu kilku tygodni, nawet bez interwencji terapeutycznych. Zdarza się jednak, że objawy trwają znacznie dłużej, kilka miesięcy lub nawet lat. Rokowanie co do wyzdrowienia zależy od liczby i nasilenia objawów oraz momentu rozpoczęcia właściwej terapii. Doniesienia opisujące leczenie i postępowanie rehabilitacyjne u dzieci i nastolatków z zaburzeniami konwersyjnymi są nieliczne. Wydaje się zatem zasadne opisanie naszych doświadczeń w tym zakresie, zwłaszcza że zastosowane leczenie okazało się skuteczne w perspektywie długofalowej.

Opis przypadku

Dziewięcioletni chłopiec przyjęty został w marcu 2013 roku na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej Dzieci i Młodzieży z powodu utrzymujących się od ponad czterech miesięcy dolegliwości o charakterze pozycyjnego drżenia tułowia i czterech kończyn, drżenia zamiarowego kończyn górnych, zaburzeń równowagi pod postacią gwałtownych ruchów zgięcia tułowia do przodu i boków występujących przy próbie samodzielnego stania i chodzenia. Okresowo zgłaszał także drętwienie rąk i stóp. Największym problemem dziecka była niesprawna lokomocja. Chłopiec nie był w stanie samodzielnie stać, poruszał się przy pomocy kul łokciowych. Poza tym przy przyjęciu na oddział stwierdzono niewielkie uogólnione obniżenie napięcia mięśni, nadwagę (masa ciała: 38,5 kg, wzrost: 139 cm, BMI pomiędzy 95 a 97 centylem) oraz wadę postawy pod postacią koślawości kolan i stóp.

Przebieg choroby

W okresie od wiosny do jesieni 2012 roku chłopiec doznał kilkakrotnie skręcenia prawego stawu skokowego, był z tego powodu rehabilitowany ambulatoryjnie. W trakcie rehabilitacji zaczęły pojawiać się zaburzenia równowagi i uczucie osłabienia kończyn dolnych. W tym czasie okresowo występowały również bóle brzucha, ustępowały jednak samoistnie; matka wiązała dolegliwości z błędami dietetycznymi. W listopadzie 2012 roku trafił na oddział dziecięcy z powodu trwających od kilku dni nasilonych zaburzeń równowagi, drżenia zamiarowego czterech kończyn, ataksji tułowia w pozycji siedzącej i stojącej. Objawy uniemożliwiały chłopcu samodzielne stanie i chodzenie. W ramach badań diagnostycznych wykonano nakłucie łądźwiowe, szereg badań laboratoryjnych z krwi obwodowej i moczu oraz badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (KT, MRI OUN), nie znajdując przyczyny występujących objawów chorobowych. Wykluczono zmiany strukturalne i malformacje naczyniowe OUN, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, następnie płasawicę Sydenhama i Huntingtona, chorobę Wilsona, genetycznie uwarunkowane choroby metaboliczne (GC/MS, tandem MS), dystonię torsyjną typu I (badanie DNA) oraz niedobór biotynidazy. W wykonanym badaniu EEG stwierdzono zmiany na pograniczu normy dla wieku. Z powodu niespójności objawów i ich zmienności w trakcie pobytu na oddziale dziecięcym rozpoczęto diagnostykę psychologiczno-psychiatryczną.

Z wywiadu społecznego wynikało, że chłopiec pochodzi z pełnej rodziny, rodzice są zdrowi, oboje mają wyższe wykształcenie, pracują zawodowo. Mieszkają w średniej wielkości mieście, status ekonomiczny rodziny jest przeciętny. Chłopiec ma młodszą siostrę, chodzi do trzeciej klasy szkoły podstawowej, problemów z nauką nie ma. Podczas badania psychologicznego był w bardzo dobrym kontakcie werbalnym, chętnie i łatwo nawiązał rozmowę. Zapytany, negował istnienie problemów i zmartwień, podobnie jak jego matka. Jednak w toku badania ujawnił się lęk przed śmiercią, wojną, zwierzętami (został pogryziony przez psa). Okazało się także, że chciałby być szczuplejszy i bardziej sprawny fizycznie, ma trudności na lekcjach wychowania fizycznego z bieganiem, jego sprawność fizyczna jest gorsza od rówieśników. Z tego powodu był

przeżywany przez kolegów. Chłopiec jest bardzo silnie związany z ojcem, uważa go za autorytet i wzór do naśladowania. Podziwia jego zainteresowania sportowe, ma poczucie, że nie potrafi mu dorównać. Przejawia brak wiary w siebie, potrzebę spełnienia się, sławy, ambicje zawodowe i dotyczące statusu ekonomicznego (pieniądze jako wartość istotna). W badaniu psychiatrycznym stwierdzono, że chłopiec nie lubił brać w udziału w ćwiczeniach usprawniających, które odbywał z powodu skręcenia stawu skokowego bezpośrednio przed wystąpieniem drżeń ciała i zaburzeń równowagi, ponieważ były, według niego, męczące, a także dlatego, że czasami zwracano mu uwagę, że nie wykonuje ich prawidłowo. Twierdził także, że po ćwiczeniach bolały go mięśnie nóg i obręczy biodrowej. Podczas badania zauważono, że objawy drżenia zmniejszają nasilenie po odwróceniu uwagi dziecka. Chłopiec nie przejawiał objawów psychotycznych, obniżonego nastroju, zaburzeń snu, łaknienia. W diagnostyce różnicowej uwzględniono również świadomą symulację utraty ruchów, zaburzenia pod postacią somatyczną i lękowe. Na podstawie wywiadu i badania wysunięto podejrzenie zaburzeń dysocjacyjnych, zlecono psychoterapię indywidualną, rodzinną oraz leczenie hydroksyzyną w syropie w dawce 5 mg trzy razy dziennie. Dostęp do psychoterapii w warunkach szpitalnych był utrudniony, dziecko otrzymało jedynie zaleconą farmakoterapię. Po wypisie psychoterapia była prowadzona niesystematycznie z powodu niechęci rodziców, nie wdrożono zaleconej rehabilitacji ruchowej. Rodzice dziecka podjęli natomiast dalsze próby poszerzenia diagnostyki, mimo licznych, dotychczas wykonanych badań. W tym celu z końcem stycznia 2013 roku hospitalizowano chłopca powtórnie na oddziale neurologii w innym mieście, diagnostyka trwała niespełna miesiąc. W wykonanych badaniach nie znaleziono odchyień od normy. Od grudnia 2012 roku do połowy marca 2013 roku chłopiec uczęszczał nieregularnie (z powodu hospitalizacji) na ambulatoryjne sesje psychoterapii indywidualnej, prowadzono także poradnictwo rodzinne. Rodzice zrezygnowali z leczenia hydroksyzyną z powodu braku widocznej poprawy i obawy przed skutkami ubocznymi leczenia farmakologicznego. Zdecydowali się wykorzystać skierowanie na rehabilitację, chłopiec został w tym celu przyjęty w marcu 2013 roku do stacjonarnego Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej.

Na oddziale wdrożono indywidualny program usprawniania, przeprowadzono ponowną konsultację psychologiczną i psychiatryczną. W badaniu potwierdziła się dominująca rola ojca jako niedoścignionego wzoru do naśladowania, poczucie obniżonej samooceny dziecka przy wybujałych ambicjach oraz lęk. Chłopiec wyraźnie powracał do niskiego, w swoim mniemaniu, poziomu sprawności fizycznej. Okazało się, że ojciec często go strofował za niezgrabność ruchową podczas wspólnych aktywności ruchowych podejmowanych w czasie wolnym, jeszcze przed zachorowaniem, próbował go także w ten sam sposób „motywować” do poprawnego wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych, które chłopiec odbywał po skręceniach nogi. Rzadko udzielał chłopcu pochwał. U dziecka zaobserwowano również tendencję do szczególnej manifestacji dolegliwości somatycznych, bólowych. Uznając, że mógł tu zaistnieć związek przyczynowy z aktualnymi problemami lokomocyjnymi dziecka, podtrzymano diagnozę ruchowych zaburzeń konwersyjnych. W leczeniu początkowo bazowano na psychoterapii i postępowaniu kinezyterapeutycznym. Chłopiec codziennie uczęszczał na spotkania z psychologiem. Raz w tygodniu psycholog spotykała się z jego rodzicami. Podczas

zajęć z kinezyterapii szczególną uwagę zwracano na stymulowanie poczucia wartości poprzez pozytywne wzmocnienie (pochwała) ćwiczeń prawidłowo wykonywanych przez dziecko oraz ignorowanie nieprawidłowości ruchowych. Nie negowano również jego poczucia choroby, ponieważ przy przyjęciu rodzice dziecka zwrócili uwagę, że reaguje ono bardzo negatywnie na sugestie, jakoby symulował swoje dolegliwości. Chłopiec codziennie uczestniczył w dwóch sesjach ćwiczeń indywidualnych ukierunkowanych głównie na zwiększenie sprawności w samodzielnym przemieszczaniu się, doskonalenie równowagi i koordynacji oraz reedukację chodu, początkowo z asekuracją terapeuty, następnie na bieżni. Dodatkowo doskonalił funkcje manipulacyjne rąk na codziennych sesjach terapii zajęciowej. Trzy razy w tygodniu uczestniczył także w zajęciach ruchowych w basenie. Pierwszy tydzień terapii nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. Poprawiły się równowaga i możliwość samodzielnej zmiany pozycji, stabilność w staniu, nadal jednak chłopiec nie potrafił samodzielnie stać i chodzić. Wobec braków postępów w leczeniu, poproszono o ponowną konsultację psychiatryczną. W badaniu psychiatrycznym stwierdzono pełną świadomość i orientację, nastrój obojętny z tendencją do obniżenia, bez zaburzeń myślenia i spostrzegania. Chłopiec głęboko przeżywał swoją chorobę, głównie to, że nie jest sprawny fizycznie jak inni i musi poruszać się o kulach. Szczególnie odczuwał lęk przed oceną jego sprawności fizycznej przez rówieśników oraz ojca. W trakcie rozmowy z rodzicami psychiatra zwróciła uwagę na psychogenne tło zaburzeń ruchowych dziecka, podkreśliła także brak współpracy podczas dotychczasowego leczenia, zarówno w zakresie psychoterapii, jak i farmakoterapii. Przedstawiła rodzicom argumenty za i przeciw leczeniu farmakologicznemu, zwróciła także uwagę, że tylko kompleksowe ujęcie terapii może przynieść pozytywne rezultaty. Ze względu na wysoki poziom lęku w dotychczasowym funkcjonowaniu dziecka włączono do leczenia selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). Od tego czasu obserwowano stopniową poprawę. W siódmym dniu podawania sertraliny w dawce 25 mg dziennie nastąpiła wyraźna poprawa ruchowa, po dalszych kilku dniach terapii chłopiec zrezygnował z używania kul łokciowych i zaczął się poruszać samodzielnie. Utrzymywały się jeszcze drżenia kończyn i niewyraźne pismo oraz trudności w utrzymaniu równowagi. Po trzytygodniowym pobycie rehabilitacyjnym chłopiec chodził samodzielnie po schodach, pokonywał bez problemu przeszkody podczas chodzenia i biegania. Wypisano go z zaleceniem systematycznego zażywania sertraliny, psychoterapii indywidualnej i rodzinnej oraz kontynuowania ćwiczeń równoważno-koordynacyjnych i manipulacyjnych w domu. Na wizytach kontrolnych po upływie trzech, sześciu, dziewięciu oraz 12 miesięcy od wypisu nie stwierdzono nawrotu zaburzeń, problemów z lokomocją lub równowagą. Według rodziców utrzymywał się jedynie gorszy, niestaranny charakter pisma. Chłopiec był z tego powodu diagnozowany w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, gdzie zalecono zajęcia kompensacyjne w szkole w celu rozwijania opóźnionych funkcji percepcyjno-motorycznych, udzielono instruktazu codziennego doskonalenia umiejętności poprawnego pisania do przeprowadzenia w domu. Obecnie nie zgłasza trudności szkolnych, ćwiczy na lekcjach wychowania fizycznego. W trakcie kontrolnych wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego zaobserwowano zdecydowaną poprawę w relacjach rodzinnych. Chłopiec i jego rodzice systematycznie uczęszczali na terapię

rodzinną, rodzice wspierali i akceptowali osiągnięcia syna, co znacznie poprawiło jego kondycję psychofizyczną. Chłopiec więcej czasu spędzał z kolegami, którzy nie zauważali już jego „niepełnosprawności ruchowej”. Zdecydowano się na przerwanie leczenia farmakologicznego, zalecono kontynuację terapii rodzinnej i indywidualnej terapii chłopca w celu utrwalenia efektów leczenia.

Dyskusja

Istotnym elementem diagnostyki poprzedzającym postawienie rozpoznania zaburzeń konwersyjnych jest oczywiście wykluczenie podłoża somatycznego obserwowanych u pacjenta objawów. Dokładna ocena stanu somatycznego i neurologicznego pacjenta pozwala na uniknięcie katastrofalnych w skutkach pomyłek, jak opóźnienie leczenia poważnych chorób organicznych układu nerwowego [13]. W przypadku opisywanego pacjenta widać nawet pewną nadgorliwość w tym zakresie, spowodowaną wątpliwościami rodziców dziecka co do związku przyczynowo-skutkowego występujących u chłopca dolegliwości z jego stanem psychicznym. Skutkowało to wykonywaniem kolejnych badań, chociaż już podczas pierwszego pobytu szpitalnego dziecka przeprowadzono bardzo szeroką diagnostykę neurologiczną, która wykluczyła podłoże somatyczne dolegliwości. Według piśmiennictwa negocjowanie przez rodziców diagnozy zaburzeń konwersyjnych nie jest reakcją odosobnioną. Wielu z nich sprawia trudność zrozumienie, że czynniki emocjonalne mogą powodować widoczne objawy fizyczne sugerujące poważną chorobę somatyczną (np. zaburzenia ruchowe czy napady padaczkowe) [6]. Z tego powodu właściwe rozpoznanie jest często stawiane zbyt późno, niekiedy nawet po kilku, a nawet kilkunastu miesiącach od wystąpienia objawów, a dzieci są nadmiernie diagnozowane somatycznie [14, 15]. W przypadku naszego pacjenta rozpoznanie zostało postawione szybko, niestety rodzice mieli duże trudności z jego akceptacją. Argumentowali, że chłopiec nie ma problemów w społeczności szkolnej, rodzina funkcjonuje dobrze, nie ma w niej przemocy ani innych patologii społecznych, zatem nie ma powodu do szukania w niej przyczyn choroby. Skutkowało to gorszą współpracą w procesie terapeutycznym i odroczyło moment odzyskania sprawności przez dziecko. W psychoterapii uczestniczyli nieregularnie, na rehabilitację zgłosili się dopiero po upływie ponad czterech miesięcy od zachorowania, gdy dotychczasowe postępowanie nie przyniosło oczekiwanych rezultatów.

Podczas pobytu dziecka na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej podjęto współpracę w relacji pediatra–psychiatra–psycholog–rodzic, aby doprowadzić do zrozumienia istoty problemu, zwiększyć przekonanie opiekunów o psychogennym tle zaburzeń i uzyskać większą współpracę z ich strony. W tym celu przedstawiano przykłady różnych, niekiedy bardzo subtelnych przyczyn powstania zaburzeń psychosomatycznych, które często są pomijane i nieuświadomione przez opiekunów. W ocenie psychologiczno-psychiatrycznej ustalono, że chłopiec prezentował postawy i przekonania predysponujące do wystąpienia zaburzeń konwersyjnych. Dominowało u niego poczucie obniżonej samooceny spowodowanej niemożnością dorównania ojcu i rówieśnikom, przy jednoczesnym przekonaniu, że trudność radzenia sobie jest oznaką słabości, cechy nieakceptowanej zarówno przez niego samego, jak i przez ojca, który

wyznawał kult silnego mężczyzny. Ponieważ ojciec był ogromnym autorytetem dla syna, niemożność dorównania mu generowała frustrację i lęk, tym bardziej, że chłopca cechowała duża ambicja, a reakcje zwrotne ze strony otoczenia na jego trudności nie były wspierające. Wydaje się, że czynnikiem wyzwalającym objawy konwersyjne był moment skręcenia stawu skokowego. Stał się dla dziecka uzasadnionym, obiektywnym, nieświadomym powodem do usankcjonowania gorszej sprawności fizycznej, a także sposobem uwolnienia się od konieczności spełniania oczekiwań swoich i otoczenia. Poprzez objawy somatyczne chłopiec osiągnął wtórną korzyść w postaci unikania aktywności, które wiązały się z odczuwaniem porażki. Choroba stanowiła także ochronę przed ewentualnym odrzuceniem przez ojca, ponieważ nasilenie objawów spowodowało ustanie komentarzy negatywnych oraz zapewniło wzmożoną uwagę i opiekę. Otrzymał poczucie bezpieczeństwa i wsparcie, którego mu brakowało do tej pory. W ten sposób nabrał przekonania, że „opłaca” mu się chorować. Mechanizmem podtrzymującym była nadmierna czujność i koncentrowanie się na swoich dolegliwościach somatycznych, które doznawał (ból, drętwienie, osłabienie kończyn), błędnie interpretowane jako postęp nieznanej, groźnej choroby, co w połączeniu z ciągłą tendencją rodziców do powielania diagnostyki neurologicznej pogłębiało lęk i stanowiło element błędnego koła.

W związku ze znacznym nasileniem lęku zdecydowano się na wprowadzenie farmakoterapii. Nie zastosowano anksjolityków z uwagi na zagrożenie uzależnieniem. Zalecono natomiast sertralinę i kontynuację psychoterapii poznawczo-behawioralnej, opierając się na wynikach największego do tej pory badania z randomizacją u dzieci z zespołem lęku uogólnionego, fobią społeczną lub zespołem lęku separacyjnego, w którym wykazano skuteczność tego typu terapii u 81% pacjentów [16].

Celem terapii indywidualnej, zarówno w trakcie trwania objawów, jak i po ich ustaniu, była eliminacja nieświadomego konfliktu dziecka (niska samoocena a silna potrzeba sukcesu), zmiana przekonań na temat własnej osoby poprzez wskazywanie osiągnięć w różnych dziedzinach oraz stymulowanie do poszukiwania pasji, które zadowolilyby jego ambicje, sprzyjałyby kształtowaniu zdrowej osobowości i zmniejszyły potrzebę naśladowania we wszystkim ojca. Zostały omówione mechanizmy obronne (unikanie sytuacji zagrożenia porażką), kształtowano również poczucie asertywności w przyznawaniu sobie prawa do niedoskonałości, stosowano wizualizacje sytuacji szkolnych i domowych, których nie lubił, a które miały wzmocnić jego odporność na niepowodzenia i krytykę.

Podczas spotkań rodziców dziecka z psychologiem podnoszono znaczenie silnej więzi chłopca z ojcem oraz związek wyrażanych przez ojca negatywnych uwag na temat sprawności ruchowej dziecka, zwłaszcza w trakcie rehabilitacji po urazie stawu skokowego, co mogło doprowadzić do dekompensacji chłopca (wygenerowanie lękowego przekonania, że nie radzi sobie nawet z najprostszymi zadaniami ruchowymi, co praktycznie uniemożliwia zrealizowanie silnej potrzeby upodobnienia się do ojca). Uwypuklono znaczenie pochwał dla stabilności emocjonalnej dziecka, omawiano sposoby okazywania akceptacji dziecku przez rodziców i stymulowania chłopca do samoakceptacji oraz budowania niezależnej osobowości. Wskazywano również rodzicom na konieczność wyrównania relacji z dzieckiem („dominujący”

ojciec i „wycofana” matka), a przez to zwiększenie przekonania o dostępności pełnego bezpieczeństwa ze strony obojga rodziców. Rodzice dziecka nie chcieli podjąć terapii systemowej, praca z nimi polegała na poradnictwie rodzinnym i psychoedukacji. Ponieważ w ciągu roku u chłopca nie zaobserwowano nawrotu dolegliwości, przestano na tej formie pomocy. Rehabilitacja ruchowa dziecka została oparta na zmodyfikowanym postępowaniu poznawczo-behawioralnym. Technika ta określana jest skrótem VEER (Validate, Educate, Empathise, Rehabilitate). Krok pierwszy to zapewnienie chorego i jego rodziny o prawdziwości objawów chorobowych mimo braku istnienia organicznych przyczyn objawów. Krok drugi to przedstawienie naturalnego, pomyślnego dla dziecka przebiegu choroby kończącego się wyzdrowieniem zwykle w ciągu kilku miesięcy oraz poinformowanie, że istnieje złożona forma pomocy sprzyjająca wyzdrowieniu. Krok trzeci polega na zapewnieniu pacjenta i jego rodziny, że będą objęci dalszą systematyczną opieką medyczną, co ma zmniejszyć ryzyko poczucia pozostawienia samemu sobie i zwiększyć motywację do współpracy. Wdrożenie usprawniania ruchowego jest ostatnim krokiem w tym łańcuchu terapeutycznym, ale zarazem głównym sposobem postępowania z dzieckiem z ruchowymi zaburzeniami dysocjacyjnymi [17]. Zasadniczym sposobem prowadzenia terapii jest wzmacnianie poprzez chwalenie prawidłowo wykonanych wzorców ruchowych oraz włączanie ich w codzienne czynności sprawiające dziecku radość i zadowolenie. Z drugiej strony bardzo istotne jest całkowite ignorowanie nieprawidłowości wykonywanych zadań ruchowych, zakładając, że dziecko będzie dążyć do wykonywania wzorców wzmacnianych pozytywnie [12, 17]. Nie bez znaczenia jest również utwierdzenie chorego, że wierzymy, że jego objawy są prawdziwe. Nasz pacjent i jego rodzice skarżyli się na wypowiedzi personelu medycznego sugerujące symulowanie objawów uniemożliwiających samodzielne chodzenie. Wreszcie w aplikowaniu terapii stosowano zasadę stopniowania trudności wykonywanych ćwiczeń. Sprzyjało to zwiększeniu poczucia pewności i bezpieczeństwa u dziecka, wzmacniało wiarę we własne możliwości, co z kolei zachęcało do dalszego ćwiczenia. Jednakże sama kinezyterapia i psychoterapia nie były wystarczające. U naszego pacjenta silnie wyrażony był komponent lękowy, wyraźny postęp w leczeniu stwierdzono dopiero po włączeniu sertraliny [16]. Uzyskaną poprawę można tłumaczyć przerwaniem błędnego koła podtrzymywania objawów przede wszystkim przez farmakologiczną redukcję lęku oraz stosowanie zasad poznawczo-behawioralnych przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Z dostępnego piśmiennictwa wynika, że wdrożenie tego typu skojarzonego postępowania zdecydowanie skraca czas potrzebny do osiągnięcia poprawy, skutkuje pełnym wyzdrowieniem u 85% do 97% dzieci, a także długim okresem wolnym od nawrotów [16, 18]. Istotnym czynnikiem wydaje się także poprawa stabilności emocjonalnej dziecka poprzez okazanie mu pełnego zrozumienia, zaprzestanie niepotrzebnego diagnozowania oraz przedstawienia dobrego rokowania co do wyleczenia.

Wnioski

Obserwując przebieg choroby chłopca, wyraźnie widać, że mimo szybkiej i trafnej diagnozy, do wyleczenia doszło dopiero po kilkumiesięcznym czasie trwania obja-

wów, na skutek braku spójnego planu działania i odpowiedniej współpracy rodziców. Dopiero jednoczesowe połączenie psychoterapii, kinezyterapii i leczenia farmakologicznego przyniosło pożądany efekt zdrowotny w postaci wyzdrowienia i braku nawrotów choroby.

Piśmiennictwo

1. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. Rewizja dzieciąta. Tom I, wydanie 2008. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2012.
2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
4. Jarema M, Rabe-Jabłońska J. red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
5. Dąbkowska M. *Trudności diagnostyczne u dzieci z zaburzeniami konwersyjnymi*. *Pediatr. Pol.* 2008; 83(3): 281–285.
6. Wolańczyk T, Komender J. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
7. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. red. *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
8. Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. *Conversion disorder in Australian pediatric practice*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 46(1): 68–75.
9. Ani C, Reading R, Lynn R, Forlee S, Garralda E. *Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the U.K. and Ireland*. *Br. J. Psychiatry* 2013; 202: 413–418.
10. Schwingenschuh P, Pont-Sunyer C, Surtees R, Edwards MJ, Bhatia KP. *Psychogenic movement disorders in children: a report of 15 cases and a review of the literature*. *Mov. Disord.* 2008; 23(13): 1882–1888.
11. Thomas M, Jankovic J. *Psychogenic movement disorders: diagnosis and management*. *CNS Drugs* 2004; 18(7): 437–452.
12. Ness. D. *Physical therapy management for conversion disorder: case series*. *JNPT* 2007; 31: 30–39.
13. Pawełczyk T, Pawełczyk A, Rabe-Jabłońska J. *Zanim rozpoznasz u pacjenta zaburzenie konwersyjne, zbadaj dokładnie jego stan somatyczny i neurologiczny. Opis przypadku*. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(3): 483–492.
14. Rottemund J, Knapik A, Myśliwiec A. *Zaburzenie konwersyjne – opis przypadku*. *J. Ecol. Health* 2012; 16(1): 39–46.
15. Leary PM. *Conversion disorder in childhood—diagnosed too late, investigated too much?* *J. R. Soc. Med.* 2003; 96(9): 436–438.
16. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT. i wsp. *Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety*. *N. Engl. J. Med.* 2008; 359(26): 2753–2766.

17. Krasnik C, Meaney B, Grant C. *Pediatric conversion disorder: VEER in the right direction*. Canadian Pediatric Surveillance Program; 2013. <http://www.cpsp.cps.ca/uploads/publications/RA-conversion-disorder.pdf> [dostęp: 15.10.2015].
18. Pehlivanurk B, Unal F. *Conversion disorder in children and adolescents. A 4-year follow-up study*. J. Psychosom. Res. 2002; 52: 187–191.

Adres: Ewa Lenart-Domka
Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie
Regionalny Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjny dla Dzieci i Młodzieży
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży
35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 60

Otrzymano: 6.01.2015

Zrecenzowano: 12.03.2015

Otrzymano po poprawie: 22.04.2015

Przyjęto do druku: 30.04.2015