

Katarzyna Sikora-Liwacz _____

BRAK MOWY

w epizodzie depresji z objawami
psychotycznymi – studium przypadku

Objawy depresyjne u dzieci są dość często sygnalizowane przez osoby pracujące w szkołach. W naszych praktykach spotykamy się z klientami kierowanymi przez szkołę z powodu kłopotów w nauce czy zmian w zachowaniu. Czy łatwo zdiagnozować takie dziecko?

Objawy i diagnoza depresji u dzieci

Objawy depresji ma 2% dzieci w wieku 6–12 lat oraz 8–20% w grupie dzieci powyżej 12 lat. W młodszy wieku choroba dotyka w tym samym stopniu dziewczynek i chłopców, w grupie młodzieżowej częściej występuje u dziewczynek.

Dzieci, które dotyka depresja, przez większą część czasu są smutne, wycofujące się z życia rówieśniczego i domowego oraz nie przejawiają zainteresowania niczym, nawet tym, co wcześniej przynosiło im satysfakcję. Objawy nie pojawiają się z dnia na dzień, stopniowo narastają, powodując dalsze trudności w funkcjonowaniu. Dochodzą trudności ze skupieniem uwagi na lekcjach, dzieci mają poczucie beznadziei, bezradności, często obwiniają się za każde niepowodzenie. Często wymienione wyżej objawy nie są przyczyną szukania pomocy.

Diagnoza depresji u dzieci i młodzieży jest stawiana na podstawie opracowanych kryteriów, takich jak dla dorosłych. Aktualnie obowiązująca nas klasyfikacja to ICD-10, w przyszłości zastąpi ją klasyfikacja ICD-11. Kryteria w obu dokumentach są podobne, epizod depresyjny musi trwać co najmniej dwa tygodnie, u dziecka obserwujemy wyraźne wycofywanie się z aktywności, utratę zainteresowań, brak reakcji emocjonalnej wobec wydarzeń, które ją zwykle powodują, wcześniejsze budzenie się, obniżony nastrój, spadek łaknienia, spadek masy ciała. To, co nas niezwykle niepokoi u dzieci, to występowanie myśli rezygnacyjnych, a w następstwie braku pomocy na tym etapie – myśli o śmierci, myśli o samobójstwie i plany samobójcze.

Na podstawie zebranych informacji możemy określić stopień nasilenia objawów: łagodny, umiarkowany i ciężki. Dodatkowo możemy określić występowanie objawów somatycznych. W przypadku diagnozy depresji ciężkiej określamy występowanie objawów psychotycznych. Objawy wytwórcze (psychotyczne) to zaburzenia treści myślenia polegające na fałszywych przekonaniach (urojenia), błędnych osądach lub spostrzeżeniach zmysłowe występujące bez bodźca zewnętrznego (halucynacje). Objawy tego typu u dzieci są niezwykle rzadkie.

Młodszy dzieciom trudno zrozumieć, co się z nimi dzieje, rzadziej też niż starsze proszą o pomoc. To środowisko, w którym się wychowują, ma obserwować zmiany i na nie reagować.

Opis przypadku

Do szpitala został skierowany chłopiec w wieku 10 lat z powodu pogorszenia funkcjonowania trwającego od kilku miesięcy. Nie było z nim adekwatnego kontaktu słownego, powtarzał tylko usłyszane słowa bez logicznego związku. Rodzice podejmowali próby leczenia ambulatoryjnego bez efektu istotnego klinicznie. Przy przyjęciu do oddziału chłopiec sprawiał wrażenie przestraszonego, rozglądał się po pomieszczeniu, pozostawał bez logicznego kontaktu, powtarzał usłyszane słowa bądź wypowiadał treści bez logicznego związku, nie odpowiadał na zadawane pytania, był niezorientowany co do miejsca i czasu.

Dwa miesiące wcześniej rodzice chłopca zaczęli obserwować stopniową zmianę jego zachowania. Zaczął się wycofywać z codziennych aktywności, stał się płaczliwy, pojawiło się moczenie nocne. Podczas wywiadu matka chłopca wiązała to zachowanie z sytuacją w szkole. Koledzy dokuczali chłopcu w związku z faktem, że był adoptowany, grozili, że rodzice adopcyjni mogliby go zostawić. Ponadto koledzy z klasy mówili, że chłopiec śmierdzi, w związku z tym zaczął częściej myć ręce. Rodzice chłopca dowiedzieli się o tych zdarzeniach kilka tygodni później. Dodatkowo w tym czasie klient przestał pić w szkole, przynosił do domu pełne butelki napojów. Zaniepokojeni sytuacją rodzice próbowali rozmawiać z synem w domu, dopytując o zachowanie dzieci w szkole. Chłopiec nie chciał o tym mówić, w ogóle nie odpowiadał, płakał. Po niedługim czasie dziecko wymagało ciągłego nadzoru osoby dorosłej, ponieważ próbowało uciekać z domu. Rodzice zawracali syna sprzed drzwi. Doszło do sytuacji, że wszedł do kuchni z nożem w rękę. Z relacji mamy wynikało, że wcześniej wykonał gest podcięcia gardła. Mówił, żeby go zamordować, zakopać i wyrzucić. Zaczął się coraz bardziej wycofywać, był coraz smutniejszy i częściej płakał. Zaczął się obwiniać za różne zdarzenia z przeszłości. W końcu w ogóle przestał się komunikować, przestał wychodzić z domu, stracił wcześniejsze zainteresowania, nie chciał się niczym zająć. Często dopytywał rodziców, czy go nie porzucą. Ostatnim dodatkowym niepokojącym objawem była odmowa jedzenia, a ostatecznie – odmowa picia. Chłopiec wymagał nieustannej kontroli picia i jedzenia, a nawet karmienia.

Interwencje medyczne

Dość szybko po wystąpieniu pierwszych objawów chłopiec trafił pod opiekę psychiatry. Leczony był niewielką dawką leku przeciwpsychotycznego oraz leku przeciwdepresyjnego. Z obserwacji mamy wynika, że nie było poprawy – syn był nawet bardziej niespokojny i nieobecny. Po tygodniu zmodyfikowano leczenie. Mama opisywała chłopca jako jeszcze bardziej nieobecnego, kontakt z nim stał się jeszcze trudniejszy, chłopiec nie mógł się na niczym skoncentrować. Pojawiło się drganie powiek oraz dziwny chód: dziecko dostawiało nogę do nogi, chodziło bokiem, przy chodzeniu po schodach wysoko podnosiło nogi. Objawy te mocno niepokoiły lekarzy, ponieważ mogły być efektem ubocznym podjętego leczenia. Ponownie dokonano modyfikacji leczenia, odstawiono lek przeciwpsychotyczny, który mógł dawać objawy neurologiczne, zwiększano dawkę leku przeciwdepresyjnego. Jednak z powodu braku poprawy w ciągu kolejnych tygodni lekarz postanowił zmienić lek przeciwdepresyjny na lek z innej grupy. Przy dalszym zwiększaniu dawki leku mama chłopca zgłaszała, że syn ponownie przestał mówić, później pojawiały się epizody pytań, oskarżeń; cały czas pozostawał niespokojny. W związku z nasileniem objawów chłopiec został skierowany do szpitala.

Informacje z wywiadu

W wywiadzie zebrany przez lekarzy na oddziale mama opisywała chłopca jako dziecko wrażliwe, typ samotnika. Bardzo zależało mu na opinii innych osób, chciał być przez wszystkich lubiany. Miał duże trudności z wyrażaniem negatywnych emocji, nie reagował, gdy ktoś go obrażał, przyjaźnił się z dziećmi, które były dla niego niemiłe. Zależało mu na akceptacji środowiska. W rozmowie mama przyznała, że stawiała chłopcu wysokie wymagania dotyczące osiągnięć edukacyjnych, zawsze był dobrym uczniem, pasjonował się historią.

Chłopiec został adoptowany, gdy miał 7 tygodni. Brak informacji dotyczących ciąży bądź chorób występujących w rodzinie biologicznej.

W rozwoju psychoruchowym nic nie budziło niepokoju. W rozwoju motoryki małej i dużej mama podała informację o dość krótkim okresie raczkowania, zaczął wstawać dość szybko, chodził samodzielnie

w wieku 13 miesięcy. Pierwsze słowa wypowiadał gdy miał 12 miesięcy, w tym okresie dużo mówił „po swojemu”. Lubił bawić się sam, nawet gdy ktoś inicjował aktywność. Naśladował rodziców w pracach domowych.

W wieku trzech lat poszedł do przedszkola. Była to placówka prywatna. Adaptacja przebiegała trudno, chłopiec często płakał, w początkowym okresie moczył się podczas drzemek i w ciągu dnia. W okresie przedszkolnym przeżywał okres buntu. Matka nie akceptowała jego zachowania, nie zgadzała się na wyrażanie własnych emocji, starała się to zmienić. Z perspektywy czasu uważa, że go zdominowała. Chłopiec dowiedział się o adopcji, gdy był w przedszkolu. Chciał wiedzieć o tym więcej, w domu dopytywał rodziców. Rodzice przyznali, że nigdy nie kryli informacji o adopcji, ale też nie poszerzali rozmowy, zdawkowo odpowiadali na pytania dziecka.

W wieku siedmiu lat chłopiec poszedł do pierwszej klasy szkoły podstawowej. Była to ta sama placówka, w której chodził do przedszkola. Mama opisywała szkołę jako najlepszą, oferującą dużo zajęć pozalekcyjnych. Mówiła, że edukacja jest dla niej bardzo ważna. Nasz klient w okresie szkolnym był obowiązkowy, po zajęciach w szkole odrabiał lekcje, dopiero później mógł się bawić. Sam nadał sobie taki rytm. Mama zwracała uwagę na podejście wychowawcy do chłopca: nie mówił o nim dobrze, nie zwracał uwagi na cechy pozytywne, zawsze podkreślał „złe” zachowania.

Relacje z rówieśnikami do trzeciej klasy były prawidłowe. W czwartej klasie chłopiec nie chciał wychodzić na spotkania klasowe, na które był zapraszany. Zaczął sygnalizować, że nikt go nie lubi i nie chce się z nim bawić. Z drugiej strony akceptował to, że grupa zaczyna się od niego izolować.

W szpitalu

Początkowo klient przebywał na oddziale z mamą. Wymagał pomocy przy codziennych czynnościach,

Dzieci mają poczucie beznadziei, bezradności, często obwiniają się za każde niepowodzenie. Często wymienione wyżej objawy nie są przyczyną szukania pomocy.

takich jak jedzenie, ubieranie się oraz indywidualnego nadzoru przyjmowanych posiłków i płynów. Nie nawiązywał kontaktu wzrokowego, ale po próbach nawiązania – utrzymywał go. Nie wchodził w relację z rozmówcą – kierował się w stronę mamy. Nie odpowiadał na pytania. Powtarzał „oszukuje”, „wszystko się wyda”, „ktoś się naśmiewa”, „jestem gruby”, „zostawisz mnie”, „są kamery, wszyscy mnie widzą, że udaję”. W oddziale często stawał w kątach, obserwował otoczenie.

Wykonano diagnostykę w kierunku neuroinfekcji, badania obrazowe mózgu i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Nie wykazały one nieprawidłowości, zatem można było wykluczyć podłoże infekcyjne czy autoimmunologiczne. Na podstawie zebranych informacji zaczęto podejrzewać wystąpienie epizodu depresji ciężkiej z dodatkowymi objawami wytwórczymi. Wdrożono adekwatne leczenie neuroleptykiem. Stopniowo zwiększano dawkę leku i zaobserwowano nieznaczną poprawę, chłopiec zaczął odpowiadać na pytania, okresowo się uśmiechał. Do leczenia farmakologicznego dołączono lek przeciwdepresyjny.

Stopniowo obserwowano zmiany w zachowaniu klienta. Zaczął sam szukać kontaktu, chciał coś powiedzieć. Mówił szeptem, usta zasłaniał ręką. Nie unikał kontaktu z innymi osobami. Chętnie uczestniczył w proponowanych zajęciach terapeutycznych i zajęciach lekcyjnych. Z relacji nauczycieli wynika, że chętnie pracował, ale wymagał instrukcji wykonania zadania. W ostatnim okresie hospitalizacji sam zabiegał o kontakt z lekarzem. Podchodził, uśmiechał się, mówił, że chciałby porozmawiać. Mówił cicho, odpowiadał na zadawane pytania. Według relacji innych klientów prowadził z nimi prawidłowe dialogi, mówił dość głośno i wyraźnie. Chłopiec wychodził na przepustki z oddziału. Podczas każdego kolejnego pobytu w domu rodzice obserwowali poprawę, ale jednocześnie obawę chłopca przed powrotem do domu i powrotem do szkoły.

Powrót do domu

Chłopiec został wypisany z oddziału całodobowego psychiatrii, ale pozostał jeszcze pod opieką zespołu lekarsko-psychologicznego. Rozpoznano u niego depresję ciężką z objawami psychotycznymi. Po powrocie do domu nie wrócił do szkoły; zdecydowano o wdrożeniu nauczania indywidualnego w domu. Miało to związek z domniemaną przemocą rówieśniczą. Mama informowała, że syn chętnie pracował na lekcjach. Początkowo kontakt z nauczycielami był ubogi, mimo że były to osoby, które już wcześniej znał. Z czasem zaczęło się to zmieniać. Chłopiec coraz więcej mówił. Jeżeli chodzi o funkcjonowanie w domu, sytuacja również uległa poprawie. Stawał się bardziej spontaniczny, więcej mówił, więcej pytał. Nadal zdarzały się pytania dotyczące adopcji i sytuacji rodzinnej, dość często pytał rodziców, czy go nie zostawią. Pojawiało się wiele objawów lękowych, dopytywał o różne sytuacje, co się stanie, czy ktoś nie przyjdzie. W środowisku, do którego chłopiec wrócił po hospitalizacji, nie było rówieśników. Nie mógł wrócić do szkoły z obawy przed incydentami, które mogły się wydarzyć, a w rodzinie chłopca nie było innych dzieci.

Proponowane przez rodziców zajęcia dodatkowe z różnych względów nie dochodziły do skutku lub kończyły się niepowodzeniem. Miejsce, gdzie chłopiec miał kontakt z innymi dziećmi, był szpital. Podczas wizyt kontrolnych nasz klient mówił, że w szpitalu czuje się bezpiecznie. Podczas rozmów nadal kontakt z nim nie był prawidłowy: mowa była spowolniona, długo zastanawiał się nad odpowiedzią, im dłużej trwała rozmowa, tym dłuższe robił pauzy. Nawiązywał kontakt wzrokowy, lecz szybko go przerywał, rozglądał się po pomieszczeniu, jakby szukając odpowiedzi na pytania.

Nieprawidłowa diagnoza?

Po kilku miesiącach od wypisania ze szpitala zaczynał opowiadać o trudnych sytuacjach, które wydarzyły się w szkole. To zaczęło budzić podejrzenie co do prawidłowości stawianej wcześniej diagnozy. Nie budzi wątpliwości, że symptomy obserwowane u chłopca wypełniały kryteria depresji ciężkiej z objawami psychotycznymi, w takim kierunku był również leczony z widoczną poprawą. Jednak nie uzyskano pełnej poprawy jego funkcjonowania pomimo stosowania adekwatnego leczenia farmakologicznego oraz oddziaływań terapeutycznych. Zaczęto się zastanawiać

nad rediagnozą. Informacje, które chłopiec zaczął ujawniać, mogły sugerować przeżywanie objawów zaburzenia stresowego pourazowego, co przebiegało pod postacią objawów depresyjnych.

Chłopiec nadal pozostaje pod opieką psychiatry i psychologa. Będzie wymagał opieki przez długi okres ze względu na trudne leczenie oraz nieznaną do końca badaczom etiologię zaburzenia.

Podsumowanie

Opisany przypadek klienta pokazuje, jak trudno postawić diagnozę u dzieci, jakie mogą być przyczyny tych trudności i z czego może wynikać podłoże problemu dziecka. Historia chłopca ukazuje nam również trudność, z jaką muszą stykać się dorośli: rodzice, nauczyciele, a w końcu lekarze. W naszych praktykach spotykamy się z dziećmi, które mają niepokojące objawy, z tego powodu do nas przychodzą. Opiekunowie oczekują, że nasze działania będą ukierunkowane na usunięcie objawów. Kiedy przechodzimy przez cały proces diagnozy, długie godziny zbieranego wywiadu, wnikliwe obserwacje, często spotykamy się z pytaniami, dlaczego to tak długo trwa, dlaczego pytamy o przedszkole, skoro dziecko chodzi już do ósmej klasy. Kluczowym elementem układanki objawów, ale i kompetencji danego człowieka, jest dokładny, precyzyjny wywiad. Wtedy łatwiej podejmować odpowiednie interwencje. Jednak czasem – jak w omówionym przypadku – mimo chęci i powinności pomocy, nie jesteśmy w stanie jej udzielić w sposób adekwatny ze względu na ciągły brak wystarczających informacji, ze względu na brak wystarczającego kontaktu słownego z klientem.

lek. Katarzyna Sikora-Liwacz – pracuje w Klinice Psychiatrii Wieku Rozwojowego w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Warszawie z małymi pacjentami i ich rodzinami w oddziale szpitalnym oraz poradni zdrowia psychicznego. W swojej pracy kieruje się aktualną wiedzą medyczną, jak również własnym doświadczeniem macierzyńskim.

Bibliografia:

1. Miernik-Jaeschke M., Namysłowska I., *Zaburzenia depresyjne u dzieci i młodzieży* [online] [www.mp.pl/pacjent/pediatric/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-młodzieży](http://www.mp.pl/pacjent/pediatric/choroby/psychiatria/81302,zaburzenia-depresyjne-u-dzieci-i-mlodziezy) [dostęp: 6.06.2018].
2. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja* (ICD-10), World Health Organization, 2008.
3. Namysłowska I., *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa 2012.