

Trudności diagnostyczne u dzieci z zaburzeniami konwersyjnymi

Diagnostic difficulties in children with conversion disorders

Małgorzata Dąbkowska

Klinika Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK w Toruniu
Oddział Dzienny Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Kierownik: prof. dr hab. Aleksander Araszkiewicz

Wspólną cechą zaburzeń dysocjacyjnych czy konwersyjnych jest częściowa lub całkowita utrata integracji pomiędzy wspomnieniami z przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Czas trwania zaburzeń dysocjacyjnych jest ograniczony w czasie i w większości objawy zmniejszają swoje nasilenie lub ustępują całkowicie po kilku tygodniach lub miesiącach. Podłoże zaburzeń dysocjacyjnych jest psychogenne. Najczęściej początek objawów związany jest z traumatycznym przeżyciem lub z sytuacją psychologiczną przekraczającą możliwości adaptacyjne pacjenta lub szczególnie trudnymi relacjami, u dzieci zazwyczaj rodzinnymi. Początek często jest nagły i czasowo związany z trudnym przeżyciem. Objawy często są zgodne z przekonaniami pacjenta o chorobie. Wyniki badań lekarskich i laboratoryjnych są prawidłowe. Dysocjacyjne zaburzenia ruchu polegają na utraci zdolności do poruszania całymi kończynami lub ich częściami. Mogą przypominać każdą postać ataksji, akinezji, afonii, dyzartrii, dyskinezy, napadów drgawkowych czy porażenia. Drgawki dysocjacyjne mogą przypominać napady padaczkowe pod względem charakteru drgawek, rzadko natomiast stwierdza się przygryzienie języka, uszkodzenie ciała z powodu upadku czy nieświadome oddanie moczu; świadomość może być zachowana lub zaburzona, tak jak w osłupieniu dysocjacyjnym lub w transie. Dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego charakteryzują się tym, że granice znieczulonych obszarów skóry bardziej zależą od wyobrażenia pacjenta o funkcjonowaniu ciała niż z wiedzą medyczną. Utracie czucia mogą towarzyszyć skargi na parestezje. W zaburzeniach dysocjacyjnych rzadko dochodzi do całkowitej utraty wzroku i słuchu.

Słowa kluczowe: zaburzenia konwersyjne, zaburzenia dysocjacyjne, rozpoznawanie, dzieci, młodzież

The common themes that are shared by dissociative or conversion disorders are a partial or complete loss of the normal integration between memories of the past, awareness of identity and immediate sensations, and control of bodily movements. All types of dissociative disorders tend to remit after a few weeks or months, particularly if their onset is associated with a traumatic life event. More chronic disorders, particularly paralyses and anaesthesias, may develop if the onset is associated with insoluble problems or interpersonal difficulties. They are presumed to be psychogenic in origin, being associated closely in time with traumatic events, insoluble and intolerable problems, or disturbed relationships. The symptoms often represent the patient's concept of how a physical illness would be manifest. Medical examination and investigation do not reveal the presence of any known physical or neurological disorder. Dissociative motor disorders. In the commonest varieties there is loss of ability to move the whole or a part of a limb or limbs. There may be close resemblance to almost any variety of ataxia, apraxia, akinesia, aphonia, dysarthria, dyskinesia, seizures, or paralysis. Dissociative convulsions: May mimic epileptic seizures very closely in terms of movements, but tongue-biting, bruising due to falling, and incontinence of urine are rare, and consciousness is maintained or replaced by a state of stupor or trance. Dissociative anaesthesia and sensory loss: Anaesthetic areas of skin often have boundaries that make it clear that they are associated with the patient's ideas about bodily functions, rather than medical knowledge. Sensory loss may be accompanied by complaints of paraesthesia. Loss of vision and hearing are rarely total in dissociative disorders.

Key words: conversion disorder, dissociative disorder, diagnosis, children, adolescence

Pediatr Pol 2008; 83 (3): 281–285
© 2008 by Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Objawy somatyczne u dzieci, których podłożem są zaburzenia psychiczne, mogą stwarzać znaczne trudności w procesie diagnostycznym. Jedną z przyczyn zaburzeń czucia lub ruchu są zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne). Dysocjacja polega na rozdźwięku między syntezą czynności psychicznych ze świadomością. Wspólnym rysem zaburzeń dysocjacyjnych czy konwersyjnych jest częściowa lub całkowita utrata inte-

gracji pomiędzy wspomnieniami z przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Konwersja (*conversio* – odwrócenie) to jeden z mechanizmów obronnych, polegających na generowaniu przez podświadomość rozmaitych (pozornych lub rzeczywistych) dolegliwości fizycznych w celu uzasadnienia niepodejmowania działań przez jednostkę lub odwrócenia jej uwagi od niechcianych

myśli i uczuć. Przyczyną dezintegracji kilku funkcji jest sytuacja traumatyczna lub konflikt wewnątrzpsychiczny, z którym na danym etapie osoba nie może sobie poradzić i uruchamia takie mechanizmy przystosowawcze i obronne, które mają ograniczyć rozbieżności informacyjne. Mechanizmy te mają zapobiegać dopuszczeniu do świadomości treści, które mogą wywoływać lęk, poczucie winy, obniżenie własnej wartości. Zaburzenia konwersyjne i inne zaburzenia dysocjacyjne, takie jak amnezja dysocjacyjna, fuga, osłupienie, trans, osobowość mnoga, są formą przystosowania do zbyt trudnej sytuacji i pozwalają zachować równowagę psychiczną w sferze świadomej człowiekowi. Osoba przejawiająca zaburzenia dysocjacyjne uzyskuje dzięki nim nieświadomie korzyści, które można określić jako pierwotne i wtórne. Pierwotne korzyści to możliwość przekształcenia trudnych do przyjęcia treści w objawy somatyczne, niekiedy symbolizujące treści urazowe lub wymazanie ze świadomej pamięci traumatycznych doświadczeń. Korzyść wtórna osiągnięta jest, gdy osoba uzyskuje skupienie na sobie uwagi otoczenia lub zwolnienie z roli, która była trudna do spełnienia przez nią. Nawet osoby dorosłe nie są w stanie samodzielnie uzyskać wglądu w mechanizmy podłoża objawów, a szczególnie dotyczy to dzieci. Podatność na zaburzenia zależy od czynników konstytucjonalno-osobowościowych, biologicznych i sytuacyjnych. U dzieci w zależności od wieku, osobowość jest niedojrzała i słabo zintegrowana; układ nerwowy i odpornościowy są w trakcie rozwoju; większe jest narażenie na infekcje i uszkodzenia oraz większa wrażliwość na niekorzystne czynniki sytuacyjne, zwłaszcza rodzinne. Dzieci przejawiają szczególną łatwość do reagowania zaburzeniami dysocjacyjnymi na stres psychiczny. Bardziej narażone są dzieci, u których stwierdza się mikrouszkodzenia mózgu lub nieprawidłowy zapis EEG. Dzieci, które przeżyły traumatyczne doświadczenia, w wieku dorosłym częściej reagują zaburzeniami dysocjacyjnymi. Obok sytuacji traumatycznych, także niewłaściwa opieka czy zaniedbywanie dziecka mogą być podłożem uaktywniania reakcji dysocjacyjnych w momentach stresu. Reakcja w krótkim czasie po traumie zaburzeniem dysocjacyjnym sprzyja ujawnieniu się w późniejszym czasie objawów zespołu stresu pourazowego. Współczesna klasyfikacja europejska różni się od klasyfikacji amerykańskiej co do obszaru pojęć dysocjacja i konwersja [1, 2]. Klasyfikacja ICD-10 obejmuje łącznie reakcje dysocjacyjne i konwersyjne pod numerem F 44, a klasyfikacja amerykańska DSM-IV wyodrębnia zaburzenia dysocjacyjne (*dissociative disorders* – 300.12, 300.13, 300.14, 300.6, 300.15), a zaburzenia konwersyjne (*conversion disorders* – 300.11) zalicza do kategorii diagnostycznej – zaburzenia pod

postacią somatyczną (*somatoform disorders*) [1, 2]. Somatyczne przejawy zaburzeń dysocjacyjnych obejmują w klasyfikacji ICD-10 następujące kategorie: dysocjacyjne zaburzenia ruchu (F 44.4), drgawki dysocjacyjne (F 44.5), dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego (F 44.6), mieszane zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) (F 44.7).

Czas trwania zaburzeń dysocjacyjnych jest ograniczony i u większości pacjentów objawy zmniejszają swoje nasilenie lub ustępują całkowicie po kilku tygodniach lub miesiącach. Podłoże zaburzeń dysocjacyjnych jest psychogenne. Najczęściej początek objawów jest związany z traumatycznym przeżyciem lub sytuacją psychologiczną przekraczającą możliwości adaptacyjne pacjenta lub szczególnie trudnymi relacjami rodzinnymi. Początek objawów często jest nagły i wykazuje związek czasowy z trudnym przeżyciem. Kategoria ta obejmuje zaburzenia funkcji somatycznych będących normalnie pod świadomą kontrolą oraz objawy utraty czucia. Objawy zazwyczaj są odbiciem przekonań pacjenta o morfologii choroby. Badania obiektywne nie potwierdzają podłoża somatycznego tych objawów.

Rozpowszechnienie zaburzeń konwersyjnych u dzieci nie jest dokładnie znane. Mogą wystąpić w każdym wieku, a znaczna ich część rozpoczyna się w okresie dojrzewania. Zaburzenia konwersyjne występują u kilku do kilkunastu procent dzieci, w zależności od badanej populacji i kultury. W neurologii rozwojowej zaburzenia konwersyjne notuje się u 10% chorych [3], u pacjentów hospitalizowanych aż u 31%, a u leczonych ambulatoryjnie u 15 % [4]. Częściej zaburzenia te rozpoznaje się u dzieci z uboższych warstw społecznych [5]. Częściej zaburzenie dotyczy dziewcząt niż chłopców. Szczególnym czynnikiem ryzyka u dzieci jest doświadczenie wykorzystywania seksualnego [6]. W wieku dorosłym przewaga płci żeńskiej jest kilkakrotna. Chorobowość z powodu zaburzeń dysocjacyjnych o charakterze somatycznym (konwersyjnym) wynosi od 11/100 000 do 300/100 000 w populacji ogólnej w zależności od przyjętych kryteriów diagnostycznych [7]. Wśród pacjentów chorych psychicznie, leczonych z powodu zaburzeń niepsychotycznych, zaburzenia dysocjacyjne ruchowe i czuciowe stwierdza się u 1–5%. Częściej tego rodzaju zaburzenia dysocjacyjne również dotyczą płci żeńskiej (60–80% chorych). Częstość poszczególnych zaburzeń konwersyjnych jest rozmaita: niedowłady i porażenia stanowią 5–33%, zaburzenia czucia 4–47%, bezgłos 2–25%, ślepota 3–50% [7]. W grupie chorych obserwowanych z powodu napadów padaczkowych u 9–50% w wyniku szczegółowej diagnozy rozpoznaje się napady konwersyjne. Skłonność do ujawniania się zaburzeń dysocja-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2678346>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2678346>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)