

„Nie taki diabeł straszny ...” - o możliwościach farmakologicznych stosowanych u dzieci wymagających leczenia psychiatrycznego, lęku rodziców, stereotypach i pokonywaniu kroków milowych w drodze do dorosłości”

Marta Herstowska

DZIECKO
JEST KIMŚ
KTO
POJAWIA SIĘ
W TWOIM ŻYCIU

A POTEŃ
ZNIKA
JAKO DOROSŁY



Od okresu ciąży rodzi się w każdym z nas wyobrażenie naszego DZIECKA i cały szereg naszych emocji, wyobrażeń i oczekiwań.

Dziecięce miny, bezgraniczna radość, niewinność poruszają bardziej niż każde inne doświadczenie życiowe.

Z drugiej strony wyobrażenia dotyczące nas samych, dorosłych : godne wychowanie, bezpieczeństwo finansowe, wykształcenie.

Co się dzieje gdy nasze wyobrażenia
znikają niczym bańka mydlana?

Gdy okazuje się, że musimy radzić sobie z
różnymi odmianami szeroko pojętej
niepełnosprawności dziecka, a wtórnie z
naszym lękiem, zachwianym poczuciem
bezpieczeństwa, współczuciem ze strony
lustra społecznego?

Gdy niepełnosprawność widać ...

FUNDACJA
OSWOIĆ LOS



DAMY-RADE.ORG

DOSTRZEGASZ NASZE OGRANICZENIA

zauważaj też nasze możliwości :)

A co zrobić gdy jest ukryta?

W psychiatrii

niepełnosprawność = upośledzenie umysłowe, autyzm ...

ale :

1. niepełnosprawność jako konsekwencje społeczne w wieku rozwojowym (głównie zaburzenia nastroju)
 2. izolacja (depresja, zaburzenia lękowe)
 3. „życie przeciekające przez palce”
4. niepełnosprawność jako niedomoga systemu rodzinnego (zaburzenia zachowania, zaburzenia odżywiania)
5. niedomoga systemu szkolnego (ADHD, zaburzenia zachowania

KONTINUUM : co zrobić w perspektywie „tu i teraz”, a co z perspektywy długoterminowej?

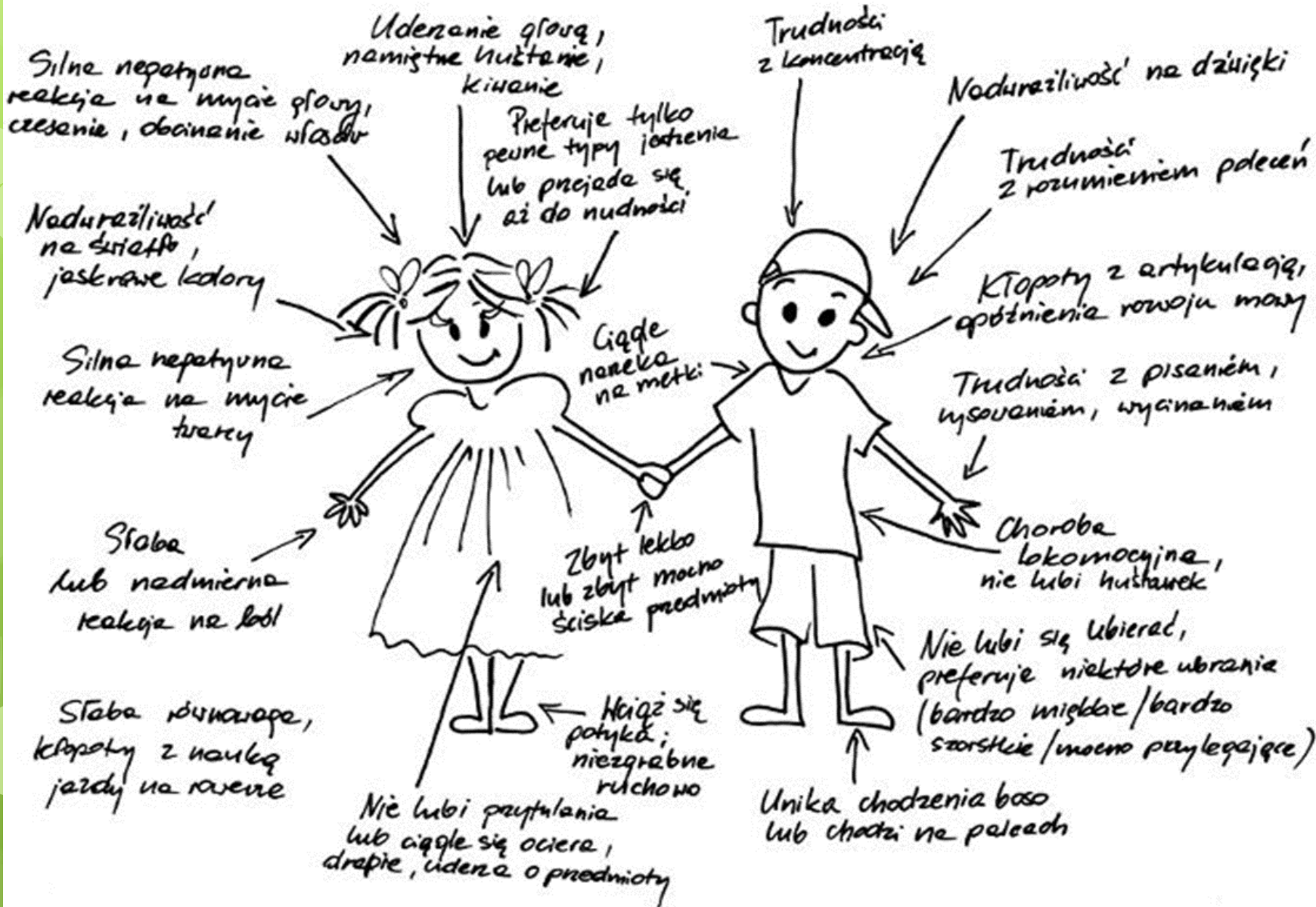
GOTOWOŚĆ RODZICA (wsparcie)

CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE (F.84 ICD-10)

ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU (DSM V)

EPIDEMIOLOGIA

- płeć 3:1 mężczyźni do kobiet
- brak powiązań ze statusem ekonomicznym



ETIOLOGIA

(koncepcja biologiczna)

❖ czynniki genetyczne

wyższy wskaźnik autystycznego rodzeństwa, częstsze występowanie, zaburzeń poznawczych i językowych u rodzeństwa)

❖ czynniki uszkodzające OUN

wirusy, substancje toksyczne

mogą powodować

nieprawidłowości rozwojowe i czynnościowe kory mózgowej, układu limbicznego i mózdzku
(pamięć, zachowania społeczne, nastrój)

ODCZUCIA OSOBY Z AUTYZMEM

...Niekiedy bardzo trudno się skoncentrować na słuchaniu i patrzeniu jednocześnie. Ludzi trudno zrozumieć, bo ich słowa są często bardzo tajemnicze, ale kiedy dodatkowo porusza im się twarz, brwi unoszą się i opadają, a oczy najpierw rozszerzają, a potem zwężają, nie mogę przy jednym podejściu tego wszystkiego opanować i prawdę powiedziawszy nawet nie próbuję.....

Luke Jakson

„Świry dziwadła i zespół Aspergera”

CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE (F. 84 ICD-10) ZABURZENIA ZE SPEKTRUM AUTYZMU(DSM 5)

CO TO ZNACZY W PRAKTYCE ?

- ograniczony i powtarzający się wzorzec aktywności i zainteresowań
- zaburzenia komunikacji
- upośledzenie funkcjonowania społecznego

Jak rozumieć autystę?

SPECYFICZNY DEFICYT POZNAWCZY W AUTYZMIE

(koncepcja s. Barona-Cohen społeczno- poznawcza teoria powtarzanych form aktywności)

Niezdolność do myślenia lub wyobrażenia sobie stanu umysłu innej osoby

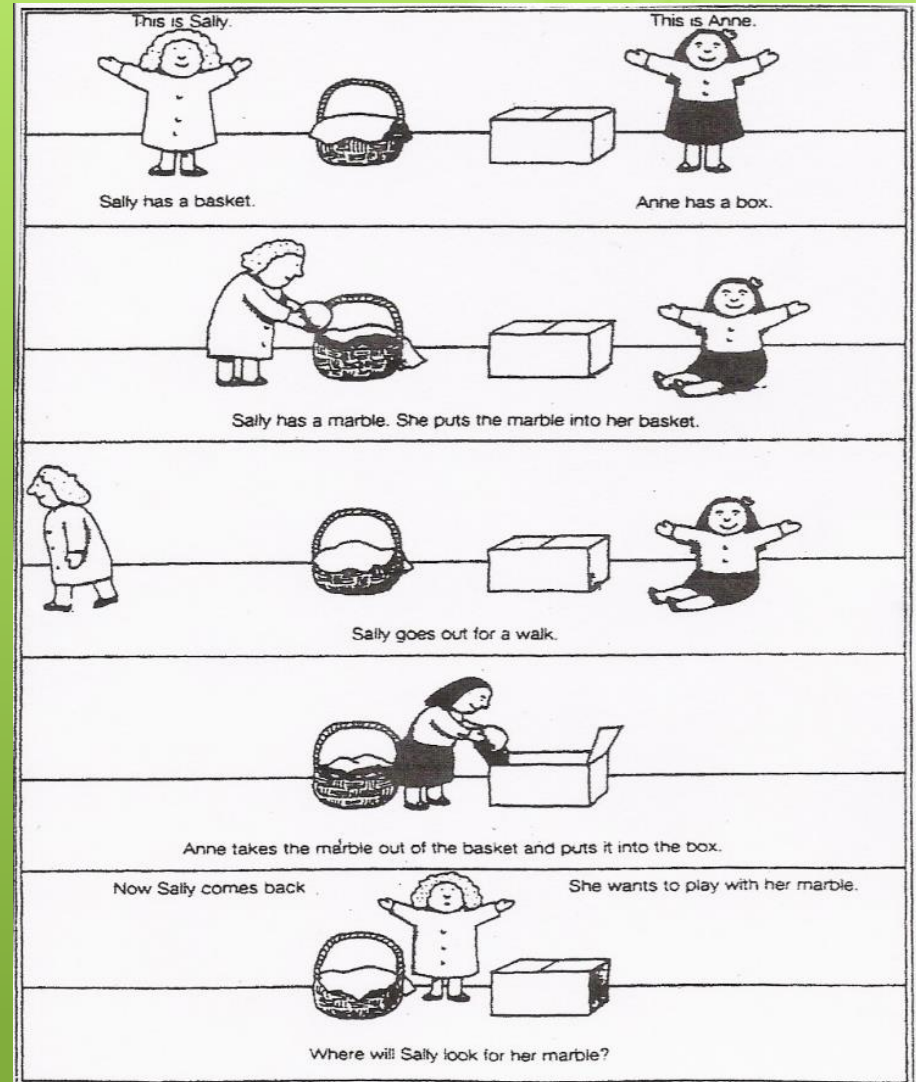


Nieumiejętność przewidywania zachowania innych osób



Lęk wzrastający w nieprzewidywalnej sytuacji społecznej

Redukcja lęku przez wysoce przewidywalną powtarzaną aktywność



Ryc. 2. Eksperyment „Sally-Ann” (Frith, 1996, s. 160)

JAK DIAGNOZA AUTYZMU PRZEKŁADA SIĘ NA ŻYCIE CODZIENNE?

1. Współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych
2. Edukacja
3. Interwencje psychoterapeutyczne
4. Samodzielność
5. Rodzice (?)

FARMAKOTERAPIA W ZABURZENIACH
ZE SPEKTRUM AUTYZMU : nie zmienia
naturalnego przebiegu autyzmu, ale jest
wskazana w kontroli :

agresji, autoagresji, nadruchliwości,
zaburzeń uwagi, labilności nastroju,
zaburzeń kompulsywnych, objawów
psychotycznych, zaburzeń snu.

ZABURZENIA HIPERKINETYCZNE (ICD-10 F90)

ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ Z DEFICYTEM UWAGI

EPIDEMIOLOGIA

- 4-19% populacji
- szczyt rozpowszechnienia 6-9 wiek życia
- płeć chłopcy 10:1 dziewczęta 2,5:1
- utrzymywanie objawów 70% w okresie dojrzewania,
30-50% w życiu dorosłym



ZABURZENIA HPERKINETYCZNE (ICD-10)

ETIOLOGIA

- ❖ UWARUNKOWANIA GENETYCZNE
- ❖ ZMIANY W PRZEKAŹNICTWIE DOPAMINY I NORADRENALINY
 - DOPAMINA : odbieranie i przetwarzanie informacji; zdolność koncentrowania się na jednym bodźcu
 - NORADRENALINA : „tylny system uwagi” (zdolność dostrzegania innych bodźców)
 - SEROTONINA : niedobór występuje u osób z impulsywnością
- ❖ ZMIANY W STRUKTURACH OUN

ZABURZENIA HIPERKINETYCZNE (ICD-10)

CO TO ZNACZY W PRAKTYCE

- ❖ kłopoty z kontrolą własnej impulsywności
 - ❖ nadmierna aktywność ruchowa
 - ❖ zaburzenia koncentracji uwagi

DZIECKO Z ADHD WIE CO, POWINNO ZROBIĆ ALE
NIE PORTRAFI W SPOSÓB RUTYNOWY ROBIĆ TEGO CO
WIE, ŻE POWINNO

Spokojna osoba ---- Pomysł ---- STOP ---- Decyzja ---- Realizacja

Osoba z ADHD ---- Pomysł ---- brak zahamowania ---- Realizacja

POSTĘPOWANIE

1. WIELOKIERUNKOWE
2. Psychoedukacja
3. Terapia behawioralna
4. Farmakoterapia

LEKI

1. metylofenidat (skuteczność 80-90%)

2. atomoksetyna

3. neuroleptyki

LEKI – FAKTY:

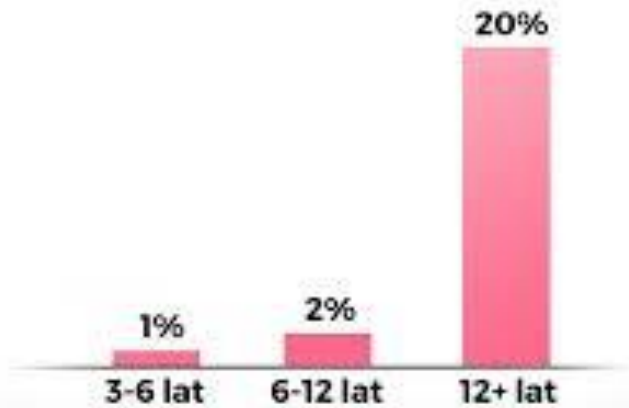
- ❖ Łatwiejsze skupienie podczas nauki i zabawy
- ❖ Dłuższa praca bez przerw
- ❖ Dziecko lepiej słyszy co się do niego mówi
- ❖ Dziecko będzie mniej ruchliwe
- ❖ Lepsze panowanie nad emocjami

LEKI – MITY:

- ❖ Lek zastąpi wychowanie i nauczanie
- ❖ Lek spowoduje, że dziecko będzie dostawało piątki
- ❖ Lek zmieni psychikę dziecka
- ❖ Lek uzależni

ZABURZENIA NASTROJU

DZIECI A DEPRESJA



DEPRESJA JEST CHOROBA, KTÓRA CORAZ
CZĘŚCIEJ DOTYKA DZIECI I MŁODZIEŻ.
JEST ONA TYM BARDZIEJ NIEBEZPIECZNA, BO
CZĘSTO NIEWIDOCZNA.

Co powinno zwrócić naszą uwagę?



U młodszych dzieci:

- zmniejszenie, brak apetytu lub zwiększony apetyt
- bóle głowy/brzucha/biegunki/duszności/wymioty itp.
- utrata zainteresowań, które wcześniej sprawiały dziecku radość
- skargi na poczucie słabości i zmęczenia
- zaburzenia koncentracji, uwagi
- pojawienie się lęku i napięcia, które mogą wywoływać pobudzenie psychoruchowe
- uczucie niepokoju
- utrata wiary w siebie
- niechęć kontaktu z innymi dziećmi
- moczenie nocne
- problemy ze snem



U młodzieży:

- obniżony nastrój
- niskie poczucie własnej wartości
- utrata zainteresowań i energii
- zaburzenia snu
- drażliwość/napady wściekłości
- niechęć do aktywności
- apatia, rezygnacja z kontaktu z innymi
- spędzanie dużej ilości czasu przed komputerem
- niechęć chodzenia do szkoły
- zmniejszony lub zwiększony apetyt
- nadmierne poczucie winy
- samookaleczanie się
- myśli i próby samobójcze
- długotrwałe poczucie smutku i niezrozumienia
- trudności z nauką
- poczucie lęku



800 70 2222 -
Centrum Wsparcia dla osób
w stanie kryzysu

W następujących

placówkach:

- Poradnie

Zdrowia

Psychicznego,

- Ośrodki

Interwencji

Kryzysowej,

- Szpitale

psychiatryczne

psychologicznego
Fundacji Itaka
(całodobowe)

800 100 100 -

Telefon dla Rodziców
i Nauczycieli

Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę
(pon-pt. 12.00-15.00)

U specjalisty:

- Psychoterapeuty

- Psychologa

- Psychiatry

Gdzie szukać pomocy:



ZABURZENIA NASTROJU

Objawy ze sfery emocji : smutek,
rozdrażnienie, anhedonia, wina, niepokój,
lęk

Poznawczo : zaburzenia uwagi, niska
samoocena, depresyjne schematy
poznawcze

Behawioralnie : spowolnienie, wycofanie
społeczne, utrata zainteresowań, sen,
łaknienie, myśli samobójcze

Co na to rodzice ?

Brak wiary w diagnozę (?)

„Wszystko ma”

„Dojrzewa”

Unieważnianie

Bezradność

Często dziecko prosi o pomoc !

Widzę, że jesteś zmartwiony.
Mogę Ci jakoś pomóc?



A Ty znowu nie w humorze?!
Ty zawsze znajdziesz sobie
jakiś problem!



język żyrafy vs. język szakala

LECZENIE ZABURZEŃ DEPRESYJNYCH

1. Czas
2. Psychoterapia
3. Farmakoterapia
4. Hospitalizacja

SAMOBÓJSTWO

co zwiększa ryzyko?

1. próby w wywiadzie
2. impulsywność
3. obciążony wywiad rodzinny
4. osamotnienie
5. trudności szkolne, rodzinne
6. substancje psychoaktywne

**O MYŚLI SAMOBÓJCZE
KONIECZNIE PYTAMY WPROST !!!**

Próby samobójcze

1. motywacja : wołanie o pomoc,
uwaga otoczenia, ucieczka od
problemów, chęć zakończenia życia

2. brak lęku : uważność

3. Myśli pod wpływem impulsu : 15
minut

ZABURZENIA LĘKOWE

ETIOLOGIA

- występowanie rodzinne
- wydarzenia życiowe związane z wystąpieniem zaburzeń stresowych
- kumulacja wielu niewielkich ale trudnych sytuacji życiowych

Lęk jest wynikiem doświadczenia zagrożenia

LEK SEPARACYJNY (nasilenie lęku jest nieodpowiednie do okresu rozwoju dziecka, powoduje pogorszenie funkcjonowania społecznego : martwienie się bez uzasadnionych powodów, że ktoś wyrządzi krzywdę rodzicom , lub że rodzice opuszczą dziecko, obawa , że dziecko się zgubi, zostanie porwane, oddzielone od rodziców ; występują koszmary nocne, napady złości, płaczu, skarg somatycznych)

LEK UOGÓLNIANY (zamartwianie koncentrujące się na przyszłości, na obawie o własne kompetencje. Towarzyszy mu silne napięcie , brak możliwości wypoczynku, potrzeba ciągłego upewniania się, dolegliwości somatyczne. Objawy powodują istotny dyskomfort psychiczny, cierpienie lub zaburzenie funkcjonowania społecznego.

FOBIE (obawy przed zwierzętami, obawy przed ciemnością , obawy przed wymyślonymi postaciami obawy przed śmiercią. Podstawą rozpoznania jest unikanie danego obiektu, dyskomfort psychiczny, pogorszenie funkcjonowania społecznego)

SPOŁECZNE ZABURZENIE LĘKOWE (wyolbrzymianie i przedłużanie się normalnej fazy leku przed obcymi (u wszystkich dzieci występuje ona do 30 miesiąca życia)Unikają kontaktów z osobami poza rodziną, mają lęk przed oceną publiczną , upokorzeniem.

ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYWNE

- ❖ Mogą pojawiać się już w wieku przedszkolnym, Obraz kliniczny u osoby dorosłej i dziecka nie różni się objawami.
- ❖ Czynności przymusowe dotyczą mycia się, czyszczenia, powtarzania, sprawdzania, dotykania.
- ❖ Myśli natrętne najczęściej wiążą się z zakażeniem, zabrudzeniem, możliwością wyrządzenia krzywdy, symetrią.

OCD u dzieci

- ❖ Nieco większa częstość u chłopców niż dziewczynek
- ❖ Piki wieku (?)
- ❖ Rytuały wczesnodziecięce:
 - Około 2,5 roku życia wtórnie do separacji lub zwiększonej kontroli rytuały sprawdzania i dotykania (jedzenie, kąpiel, sen)
 - Nasilenie około 3 r.ż.
 - Około 4 r.ż. Stopniowe ustępowania, najdłużej dotyczące snu
 - Około 7 r.ż. zbieractwo i kolekcjonowanie

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA

(UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE ICD-10 F.70-79)

HISTORYCZNIE

XIX w. Francja - ośrodek szkoleniowy dla głęboko upośledzonych;
Anglia- przytułki

XX w. 1971 Zgromadzenie Ogólne ONZ „ Deklaracja Praw
Upośledzonych Umysłowo)

EPIDEMIOLOGIA

gdy rozpoznanie opiera się tylko na ilorazie inteligencji : występowanie
2-3%

ważne!!!

niska sprawność procesów poznawczych zmniejszona kompetencja
społeczna

pozostają pod wpływem czynników społecznych i kulturowych.

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA (PODZIAŁ UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWERGO)

UPOŚLEDZENIE LEKKIE - II 50-69 (wiek 9 do poniżej 12)

UPOŚLEDZENIE UMIARKOWANE - II 35-49 (6 do 9)

UPOŚLEDZENIE ZNACZNE - II 20-34 (3 do poniżej 6)

UPOŚLEDZENIE GŁĘBOKIE- II poniżej 20 (mniej od 3)

PACJENT Z AGRESJĄ I ZACHOWANIAMI GWAŁTOWNYMI

Agresja może wystąpić u ludzi zdrowych (w stanach gniewu, upokorzenia, rozpacz), a także w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych, takich jak: psychozy, zespoły organiczne, padaczka, w przebiegu intoksykacji alkoholem i innymi środkami, zaburzenia osobowości.

O pomoc w trybie doraźnym zwraca się zazwyczaj otoczenie pacjenta (bliskie mu lub przypadkowe), czasem personel szpitala, w którym przebywa pacjent.

PACJENT Z AGRESJĄ I ZACHOWANIAMI GWAŁTOWNYMI

Agresja może mieć charakter werbalny lub fizyczny, czasem ma charakter znęcania się przewlekłego, czasem wybuchów.

Bywa nieprzewidziana lub sygnalizowana wypowiedziami, czasem jest wyrazem lęku w związku z przeżyciami psychotycznymi sugerującymi zagrożenie czy rozkazy.

Czasem ukierunkowana jest na określone osoby, które mają być ewentualnym źródłem zagrożenia, zemsty czy odwetu.

PACJENT Z AGRESJĄ I ZACHOWANIAMI GWAŁTOWNYMI - POSTĘPOWANIE

Przymus bezpośredni może polegać na przytrzymaniu pacjenta z użyciem siły fizycznej w celu podania leku albo na dłuższym obezwładnieniu za pomocą kaftana czy pasów.

Należy przy tym przestrzegać następujących zasad:

- przygotować dostateczną liczbę (4-5) osób i środków;
- przemyśleć plan działania (demonstracja siły);
- środki unieruchamiające powinny być skuteczne, ale ich użycie musi wykluczać możliwość szkodliwych następstw;
- zachowanie osób biorących udział w unieruchomieniu nie może mieć cech agresji czy odwetu;

Stosowane doraźnie BDZ w stanach agresji i pobudzenia

- Lorafen (lorazepam) 1- 2,5 mg *po.*, 0,5- 2 mg *im.* (*forma niezarejestrowana w Polsce*)
- Relanium (diazepam) 5-20 mg *po.*
- Tranxene, Cloraxen (klorazepat) 5- 20 mg *po.*, 20 -50 mg *im.*
- Clonazepam (klonazepam) 0,5- 2 mg *po.*, *iv.*, *im.*

ĆWICZENIE

SPRÓBUJCIĘ SIĘ PAŃSTWO ZASTANOWIĆ
JAKIE POSTĘPOWANIE W KONTEKŚCIE
DZIECKA, SYSTEMU RODZINNEGO I SYSTEMU
SZKOLNEGO BĘDZIE NAJBARDZIEJ
ODPOWIEDNIE W PRZYPADKU PONIŻSZYCH
PACJENTÓW ?

ANIA

PACJENTKA 6-LETNIA, W WYWIADZIE
NIEPRAWIDŁOWY ROZWÓJ MOWY,
TRUDNOŚCI W ZAKRESIE INTERAKCJI
SPOŁECZNYCH, OD DZIECKA „JAKBY
NIEOBECNA”, NADWRAŻLIWOŚĆ NA
DŹWIĘKI, GODZINAMI SKONCENTROWANA
NA JEDNEJ ZABAWCE. CORAZ CZEŚCIEJ
POJAWIA SIĘ AGRESJA.

BRAK ADAPTACJI W GRUPIE
PRZEDSZKOLNEJ.

JULKA

PACJENTKA 12-LETNIA, OD KILKU MIESIĘCY ZACZEŁA WYCOFYWAĆ SIĘ SPOŁECZNIE, IZOLUJE SIĘ, NIE ODBIERA TELEFONÓW OD KOLEŻANEK, W DOMU PRZESTAŁA DBAĆ O SIEBIE, ZASŁANIA ROLETY W POKOJU. MAMA PODKREŚLA ŻE CORAZ CZĘŚCIEJ JEJ SIĘ ZMOBILIZOWAĆ, MA PROBLEMY ZE SNEM, CZĘŚTO POJAWIA SIĘ DRAŻLIWOŚĆ.

MÓWI O SOBIE ŻE JEST GŁUPIA I NIC NIE WARTA I NIE ZASŁUGUJE NA MIŁOŚĆ.

DZIĘKUJĘ BARDZO ZA UWAGĘ 😊

marta.herstowska@wp.pl