

Kaszel psychogeny u dziecka w wieku szkolnym w gabinecie lekarza POZ – diagnostyka i leczenie

Psychogenic cough in a school-aged child in the primary care physician's office – diagnostics and treatment

Jagoda Grzejszczak

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Psychiatria Spersonalizowana 2023; 2(4): 106–109

DOI: <https://doi.org/10.5114/psychs.2023.135311>

Streszczenie

Kaszel przewlekły jest jednym z najczęściej zgłaszanych objawów przez dzieci. Lekarze rodzinni skupiają się z reguły na uchwytnych przyczynach, dających możliwość postępowania diagnostyczno-leczniczego z dostosowanym algorytmem. Nie zawsze jednak diagnoza kaszlu jest prosta. Czasem może on mieć podłoże psychogenne. Zgodnie z przyjętą definicją przewlekły kaszel psychogeny to rodzaj przewlekłego kaszlu, opornego na leczenie, bez uchwytnej etiologii somatycznej. W poniższym artykule przedstawiono przypadek 10-letniego chłopca, który trafił do gabinetu lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży po wyczerpaniu ścieżek diagnostyki somatycznej przez lekarza POZ. Kaszel u pacjenta pojawiał się w sytuacjach dużego stresu i niespełniania jego oczekiwań przez rodziców. Dla głębszej analizy problemu nakreślono strukturę systemu rodzinnego i osobowości chłopca. Przedstawiono też postępowanie w przypadku ustalenia psychogennej etiologii zaburzenia.

Słowa kluczowe: kaszel psychogeny, dziecko, nastolatek, system rodzinny.

Abstract

Chronic cough is one of the most common symptoms reported by children. Family physicians usually focus on tangible causes, giving the possibility of diagnostic and therapeutic procedures with an adapted algorithm. However, the diagnosis of cough is not always simple, as it turns out, it can sometimes have a psychogenic background. The definition of chronic psychogenic cough is a type of chronic cough, resistant to treatment, without a tangible somatic etiology. In the article below, we would like to present the case of a 10-year-old boy who was admitted to the office of a child and adolescent psychiatrist after exhausting the paths of somatic diagnostics by a primary care physician. The patient's cough appeared in situations of high stress as well as when his parents failed to meet his expectations. We outline below the structure of the family system and the boy's personality for a deeper analysis of the problem. We also present the procedure in the case of establishing the psychogenic etiology of the disorder.

Key words: psychogenic cough, child, adolescent, family system.

Autor do korespondencji:

lek. Jagoda Grzejszczak, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: jagoda.grzejszczak@umed.lodz.pl

Wstęp

Przewlekły kaszel jest jednym z najczęstszych objawów chorobowych w populacji dziecięcej. Szacuje się, że występuje on nawet u 10% dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym [1]. Jeżeli rodzice palą papierosy, z kaszlem zmagają się nawet co drugie dziecko poniżej 10. roku życia [2]. W diagnostyce różnicowej kaszlu przewlekłego u dzieci obok infekcji, astmy oskrzelowej i choroby refluksowej przełyku (*gastroesophageal reflux disease* – GERD) uwzględnia się także mukowiscydozę, aspirację ciała obcego, wrodzone wady anatomiczne i pierwotną dyskinezę rzęsek (*primary ciliary dyskinesia* – PCD) [3]. Zdarzają się jednak sytuacje, kiedy żadna z tych tez się nie potwierdza.

Badania dotyczące kaszlu psychogennego są niespójne [4]. Z reguły rozpoznanie ustala się po wyczerpującej diagnostyce internistycznej, kiedy dziecko trafia do gabinetu lekarza psychiatry [5]. Zazwyczaj jednak jest to diagnoza z wykluczenia, potwierdzona skutecznością leczenia psychotropowego [6]. Kiedy szczegółowa analiza kliniczna pod kątem zaburzeń pulmonologicznych, gastrologicznych czy laryngologicznych nie przynosi oczekiwanych rezultatów, często lekarze rodzinni mają poczucie bezradności [7]. Zupełnie nieśluszenie. Dysponują przecież narzędziami, które pozwalają złagodzić, a nawet wyeliminować napady kaszlu bez uchwytnej etiologii, używając bazowej wiedzy z zakresu psychiatrii. Ważny jest przede wszystkim szczegółowy wywiad, także pod kątem warunków funkcjonowania dziecka [8]. Chodzi nie tylko o aspekt socjalny, ale przede wszystkim emocjonalny. Każde dziecko funkcjonuje nierozłącznie z całym systemem rodzinnym, a wzajemne zależności przypominają fizyczny układ naczyń potężnych. Struktura osobowości formująca się w młodym człowieku jest wypadkową oddziaływań genów, rodziny i środowiska społecznego, w którym żyje [9]. Nie można oczekiwać, że dziecko, które nie jest akceptowane takie, jakie jest, wyrośnie na znającego swoją wartość człowieka. Dziecko, któremu nie stawia się granic, nie będzie szanowało systemu społecznego i panujących w nim zasad. Czy jednak brak umiejętności komunikacji emocjonalnej może wywołać kaszel?

Opis przypadku

Do gabinetu lekarza psychiatry dzieci i młodzieży przychodzi 10-letni chłopiec wraz ze swoimi rodzicami. Rodzice podpowiadają mu, żeby się przywitał. Dziecko posłusznie wykonuje polecenie. Następnie,

zaproszone, niezbyt pewnie siada na fotelu. Rozmowę rozpoczyna matka pacjenta, opowiadając dość chaotycznie o problemach dotyczących znacznej emocjonalności syna i trudności w sytuacjach społecznych, nie precyzując problemu. Do rozmowy włącza się ojciec, rzeczowo podając: „Syn kaszle do zdarcia gardła, wtedy kiedy się mocno stresuje albo się boi, że nie dostanie tego, czego chce, bo nie spełni naszych oczekiwań. Lekarz rodzinny skierował nas do psychiatry, bo przez pół roku nie udało się ustalić, w czym jest problem”. Pacjent po namowie godzi się na rozmowę bez rodziców.

Chłopiec mieszka na wsi w wielopokoleniowym domu. Matka ma 36 lat i prowadzi własną działalność gospodarczą z zakresu kosmetyki, ojciec ma 38 lat i jest zawodowym strażakiem, pracującym zmianowo. Dziadkowie są emerytami, mieszkają na osobnym piętrze. Chłopiec lubi spędzać z nimi czas wolny. Mówi, że babcia dobrze gotuje, a z dziadkiem lubi majsterkować. Ma starszą siostrę, 13-letnią, i młodszego brata, 8-letniego. Deklaruje, że relacja z siostrą jest chłodna, bo ta bardzo dobrze się uczy i ojciec stawia ją za wzór, a on nie jest aż tak dobry. Z młodszym bratem chętnie spędza czas na zabawie. Podaje, że najbardziej surową osobą w rodzinie jest ojciec, który wymaga od chłopca dobrych ocen i przestrzegania ustalonych przez niego zasad. Matka jest bardzo emocjonalna, pozwala na więcej, ale ostateczne zdanie zawsze należy do ojca.

W domu nikt nie pali tytoniu. Wywiad rodzinny w kierunku chorób psychicznych (w tym tików) ujemny.

Dziecko z ciąży drugiej, porodu drugiego, urodzone w 38. tygodniu ciąży, Apgar 10, wywiad okołoporodowy i wczesnodziecięcy bez obciążań.

Jako 4-latek zaczął uczęszczać do przedszkola, początkowo często chorował. Nie uchwycono ponadnormatywnych trudności socjalizacyjnych na początkowym etapie edukacji. Od dziecka przejawiał jednak cechy fobii społecznej, zauważane głównie podczas nawiązywania kontaktu z nową grupą rówieśniczą oraz publicznych występów. Trudności sprawia mu także zrobienie zakupów i interakcja z ekspedientką, nawet przy obecności jednego z rodziców.

Rodzice podają uchwytne początek problemu z kaszlem – okres przygotowań do pierwszej komunii świętej w kościele katolickim (3. klasa szkoły podstawowej), kiedy to ich syn został wytypowany do powiedzenia krótkiego wiersza przed całym zgromadzeniem wiernych w czasie uroczystości. Kiedy rozpoczęły się przygotowania do występów (kalendarzowa wiosna) u chłopca pojawił się uporczywy kaszel. Miał charakter ciągły, ustępował jedynie w nocy oraz

– co ciekawe – w trakcie majsterkowania z dziadkiem. Pacjent nie wykazywał innych cech infekcji. Nie spełniał kryteriów zaburzeń tikowych. Rodzice po 3 dniach i wyczerpaniu naturalnych metod leczniczych (syrop z cebuli, syrop z załążków sosny) udali się do lekarza rodzinnego. Ten przeprowadził szczegółową diagnostykę somatyczną, głównie pod kątem infekcji, ale nie znalazł żadnego wyjaśnienia objawu. Następnie skierował chłopca na diagnostykę szpitalną. Pacjent kolejno przebywał na pediatrycznych oddziałach: alergologii, gastroenterologii, pulmonologii oraz laryngologii. Nie wykazano odchyłań od normy w żadnym z wymienionych obszarów. Lekarz rodzinny postawił tezę etiologii psychogennej i zlecił obfite nawadnianie, regularne przyjmowanie preparatów do ssania nawilżających śluzówkę gardła oraz hydroksyzynę 25 mg trzy razy dziennie. Pozwoliło to na uzyskanie wyraźnego złagodzenia objawów, co umożliwiło chłopcu wzięcie czynnego udziału w uroczystości kościelnej. Objawy ustąpiły dwa dni po wydarzeniu. Przez kilka miesięcy nie odnotowano kaszlu u chłopca.

Kolejny rzut objawów rodzice zarejestrowali po upływie około pół roku, kiedy chcąc zmotywować chłopca do uzyskania jak najlepszych ocen na świadectwie szkolnym, obiecali mu prezent w postaci laptopa pod warunkiem zdobycia świadectwa z czerwonym paskiem. Po kilku dniach od rozmowy chłopiec znów zaczął kastać w identyczny sposób jak poprzednio – nie wykazywał cech infekcji, kaszel miał charakter przewlekły, ale ustępował w nocy. Lekarz rodzinny skierował rodziców po pomoc do psychiatrii. Na kilka dni przed umówioną wizytą (czas oczekiwania 2 miesiące) objaw kaszlu jednak ustąpił. Rodzice powiązali ten fakt z rozmową, w trakcie której usunięto warunek uzyskania świadectwa z czerwonym paskiem, by chłopiec otrzymał własny komputer. W gabinecie pacjent nie prezentował zaburzeń tikowych ani objawu kaszlu. W wywiadzie nie uchwycono innych objawów psychopatologicznych. Chłopiec w trakcie badania wielokrotnie podkreślał, jak bardzo liczy się dla niego uznanie ze strony ojca. Prezentował cechy osobowości lękowej. Opowiadał, że ma wielu kolegów, jednak z trudem przychodzi mu nawiązywanie nowych znajomości. Nadal sytuacje związane z wystąpieniami publicznymi wzbudzają w nim napięcie i za wszelką cenę próbuje ich unikać. Nadmienił, że chciałby mieć tak dobre wyniki w nauce jak starsza siostra, jednak chociaż wkłada w to więcej wysiłku, jego oceny nie są tak dobre jak jej. Ojciec konfrontowany z sytuacją podkreślał, że nie wywiera presji na synu. Chce jednak, aby ten w życiu miał dobry start

i kieruje się przede wszystkim jego dobrem. Z uwagi na obszerny wywiad w kierunku diagnostyki internistycznej i całość obrazu klinicznego wskazującą na etiologię psychogenną kaszlu z wyraźnym podłożem lękowym zalecono niezwłoczne objęcie opieką psychologiczną wraz z diagnostyką neuropsychologiczną. Podjęto też decyzję o włączeniu selektywnego inhibitora zwrotnego wychwyty serotoniny – fluoksetyny – w dawce docelowej 20 mg/dobę w celu redukcji objawów lękowych. Zaplanowano wizyty kontrolne kolejno po 2 i 5 miesiącach.

Na pierwszej wizycie kontrolnej pacjent był wyraźnie swobodniejszy w kontakcie, chętnie opowiadał o swoich sukcesach szkolnych. Tydzień wcześniej został wytypowany do udziału w szkolnej akademii i z oporem, ale się zgodził. Nie odnotowano epizodu kaszlu. Diagnostyka neuropsychologiczna nie wykazała odchyłań od normy. Druga wizyta kontrolna została zaplanowana.

Kaszel psychogeny a zespół Tourette'a

Zespół Tourette'a jest rodzinnie występującym zespołem objawów tikowych dotykającym ok. 1% populacji dziecięcej na świecie [10]. Obraz kliniczny to złożone połączenie tików (ruchów mimowolnych) o charakterze ruchowym: mruganie oczami, zaciskanie powiek, grymasy twarzy, wzruszanie ramionami i szarpanie głową; oraz głosowym: chrząkanie, pokąsływanie, szczekanie, jęczenie, krzyki i in. [11]. Może przybierać także bardziej złożone formy, będące sekwencją potoczonych ruchów z nałożeniem wokalizacji. Co ważne, pacjent potrafi je powstrzymać, jednak po okresie zaprzestania wzmaga się ich siła. Zazwyczaj objawy nasilają się w przypadku rozmowy dotyczącej zaburzenia oraz w godzinach wieczornych [12]. Zespół z reguły cechuje współwystępowanie z takimi zaburzeniami, jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, depresja lub zaburzenia lękowe [13]. Z reguły postępowanie terapeutyczne dotyczy zaburzeń współistniejących.

Podsumowanie

Każdy pacjent pediatryczny w gabinecie lekarskim jest wyzwaniem [14]. Młody człowiek z reguły nie potrafi precyzyjnie nazwać objawów. Niezwykle ważny jest wywiad rodzinny i środowiskowy. Diagnostyka kaszlu psychogennego zazwyczaj jest stawiana poprzez wykluczenie innych możliwych przyczyn [15]. Jedną z głównych cech jest nieobecność kaszlu podczas snu pacjenta [16]. Należy jednak zachować

szczególną ostrożność, ponieważ istnieją rozpoznania (np. choroba refluksowa przełyku czy chroniczne zapalenie oskrzeli), w których objaw fluktuuje dobowo w podobny sposób [17]. Niezbędna jest więc rzetelna diagnostyka internistyczna. Dziecko z uwagi na niedojrzałość kory przedczołowej dopiero uczy się kontroli i wyrażania emocji [18]. Czasem na poziomie nieświadomym istnieją konflikty powodujące wewnętrzne napięcie, którego wyrażenie jest niezwykle trudne. Stres powoduje wzmożone wydzielanie m.in. gruczołów oskrzelowych, co z kolei pobudza układ wegetatywny i tym samym wywołuje odruch kaszlu [19]. Obserwujemy więc „wykastanie” emocji, powodujące w efekcie redukcję emocji. W wielu systemach rodzinnych piętzą się napięcia wewnętrzne.

Zbyt wysokie oczekiwania, niewspółmierne do zasobów dziecka, generują presję sprostania im, by zastąpić na akceptację. W przypadku rodzin wielodzietnych konkurencja między rodzeństwem jest czymś naturalnym, a rodzicom z reguły trudno uniknąć porównań. Należy jednak pamiętać, że emocje, takie jak lęk czy złość, nie znikają [20]. Jeśli nie nauczymy dzieci zdrowych mechanizmów sublimacji, a rodziców akceptacji i adekwatnego stawiania wymagań swoim potomkom, trudno mówić o rodzinie bez napięcia [21]. Należy także wspomnieć, jak ważny jest odchodzący obecnie do lamusa wielopokoleniowy przekaz wartości i tradycji, będący spoiwem struktury rodzinnej [22]. Jak się okazuje, mamy więc perspektywę, że będzie coraz więcej zdrowych, ale kaszlących dzieci.

Piśmiennictwo

1. Faniran AO, Peat JK, Woolcock AJ. Measuring persistent cough in children in epidemiological studies. *Chest* 1999; 115: 434-439. DOI: 10.1378/chest.115.2.434.
2. Charlton A. Children's coughs related to parental smoking. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 288: 1647-1649.
3. Morice AH, Fontana GA, Sovijarvi ARA i wsp. The diagnosis and management of chronic cough. *Eur Respir J* 2004; 24: 481-492. DOI: 10.1183/09031936.04.00027804.
4. Vertigan AE. Somatic cough syndrome or psychogenic cough – what is the difference. *J Thorac Dis* 2017; 9: 831-838. DOI: 10.21037/jtd.2017.03.119.
5. Irwin RS, Glomb WB, Chang AB. Habit cough, tic cough, and psychogenic cough in adult and pediatric populations. *Chest* 2006; 129: 1745-1795. DOI: 10.1378/chest.129.1_suppl.1745.
6. Beech MJ. Psychogenic cough. *Med J Aust* 2000; 172: 623-624. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2000.tb124139.x.
7. Linz AJ. The relationship between psychogenic cough and the diagnosis and misdiagnosis of asthma: a review. *J Asthma* 2007; 44: 347-355. DOI: 10.1080/02770900701344330.
8. Erenberg G, Bye MR. Psychogenic cough. *Pediatrics*, 2001; 108: 819-820. DOI: 10.1542/peds.108.3.819-b.
9. Lenkiewicz K, Srebnicki T, Bryńska A. Mechanisms shaping the development of personality and personality disorders in children and adolescents. *Psychiatr Pol* 2016; 50: 621-629. DOI: 10.12740/PP/36180.
10. Stern JS. Tourette's syndrome and its borderland. *Pract Neurol* 2018; 18: 262-270. DOI: 10.1136/practneurol-2017-001755.
11. Jakubowski E, Müller-Vahl K. [Gilles de la Tourette syndrome: symptoms, causes and therapy]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2017; 67: 252-268. DOI: 10.1055/s-0043-103269.
12. Deeb W, Malaty IA, Mathews CA. Tourette disorder and other tic disorders. *Handb Clin Neurol* 2019; 165: 123-153. DOI: 10.1016/B978-0-444-64012-3.00008-3.
13. Efron D, Dale RC. Tics and Tourette syndrome. *J Paediatr Child Health* 2018; 54: 1148-1153. DOI: 10.1111/jpc.14165.
14. Veyckemans F. The new challenging pediatric patient. *Pediatr Anesth* 2012; 22: 553-557. DOI: 10.1111/j.1460-9592.2012.03878.x.
15. Houstěk J, Vyhánek M, Suková B i wsp. [Psychogenic cough]. *Cesk Pediatr* 1983; 38: 405-410.
16. Piedimonte G, Hegele RG, Auais A. Persistent airway inflammation after resolution of respiratory syncytial virus infection in rats. *Pediatr Res* 2004; 55: 657-665. DOI: 10.1203/01.PDR.0000112244.72924.26.
17. Chang AB, Oppenheimer JJ, Kahrilas PJ i wsp. Chronic cough and gastroesophageal reflux in children. *Chest* 2019; 156: 131-140. DOI: 10.1016/j.chest.2019.03.035.
18. Casey BJ, Heller AS, Gee DG i wsp. Development of the emotional brain. *Neurosci Lett* 2019; 693: 29-34. DOI: 10.1016/j.neulet.2017.11.055.
19. Murry T. Chronic cough: in search of the etiology. *Semin Speech Lang* 1998; 19: 83-91. DOI: 10.1055/s-2008-1064038.
20. Ferracci S, Giuliani F, Brancucci A i wsp. Shall I show my emotions? The effects of facial expressions in the ultimatum game. *Behav Sci (Basel)* 2021; 12: 8. DOI: 10.3390/bs12010008.
21. Guillemet I, Jackson B. Teaching family dynamics with children and adolescents in higher acuity settings through 'family sculpting': an experiential intervention for therapy and training. *Acad Psychiatry* 2019; 43: 324-327. DOI: 10.1007/s40596-018-0948-9.
22. Ferring D. The family in us: family history, family identity and self-reproductive adaptive behavior. *Integr Psychol Behav Sci* 2017; 51: 195-204. DOI: 10.1007/s12124-017-9383-9.