

Klinická zkušenost s užitím kresby v diagnostice bolesti hlavy dětí

Mgr. Jana Pejčochová

Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno

V příspěvku se zaměříme na naše vlastní zkušenosti s metodou kresby bolesti hlavy u dětí, která dle vzoru Stafstroma a kolegů (2002) na málo strukturovaném zadání analyzuje sdělované příznaky bolesti hlavy a behaviorální změny. Kromě představení zmíněné metody stručně uvedeme širší kontext problematiky (vývoj kresby a subjektivního vnímání bolesti u dětí na základě vývojové zralosti myšlení) a také konkrétní obrázky z naší praxe, které mohou být návodem a povzbuzením pro rozšíření této nenákladné a pro děti atraktivní metody.

Klíčová slova: bolest hlavy, dětský věk, kresba.

Clinical experience with the use of drawings in diagnosing headache in children

In this article, we will focus on our own experience with children headache drawing, which is based on Stafstrom et al.'s (2002) low structured administration and analysis of headache symptoms and behavioral changes. Apart from the presentation of this method, we will briefly mention the broader context of the topic (the development of drawing and the ability to perceive pain depending on cognitive maturity in childhood) and the real pictures we have obtained. It can be seen as an instruction and an encouragement to distribute this inexpensive method, which is popular with children.

Key words: headache, childhood, drawings.

Úvod

Prevalence dětských bolestí hlavy se dle kritérií populačních studií různí od 4% v předškolním věku po 11% v mladším školním věku. Až 75% dospívajících si stěžuje na bolest hlavy. První ataka migrény se většinou objeví v dětství nebo dospívání (Muchová, 2009). Nejedná se tedy o zřídka-vý problém v ambulancích dětských neurologů a pediatriů. Mezi etiologicky převládající skupinu patří migréna společně s tenzními bolestmi hlavy. V dětském věku je za nejčastější považována migréna, v dospělém věku bolest hlavy tenzní. Při diferenciální diagnostice zejména těchto dvou jednotek neexistuje přesná pomocná vyšetřovací metoda. Na straně vyšetřujícího při posuzování kritérií hraje roli i klinická zkušenost a subjektivní hledisko. Na straně dětského pacienta vidíme také několik limitací.

Specifika dětského věku

První z nich je odlišnost klinického obrazu dětské migrény od dospělých, je nutná jistá modifikace kritérií. Ve zkratce shrnuto: bývá snížena délka trvání a počtu atak, méně často obsahují vizuální auru, dále není nutnou podmínkou lateralizovaná bolest, avšak častěji bývá vegetativní doprovod, fotofobie a fonofobie. Klinický obraz se také mění s dospíváním dítěte.

Dalším limitem je také snížená schopnost verbalizovat své pocity při bolesti, ať už z důvodu nedostatku jiných zkušeností, ke kterým by bylo možné přirovnat tento prožitek, ale také přirozeně

nižšího rozsahu slovníku. Významným faktorem je také zvýšená sugestibilita v dětském věku, kdy diagnostickými otázkami můžeme dítě přivést k souhlasu s námi předkládaným popisem.

I přesto, že klinické zkušenosti i literární praxe poukazují na fakt, že zejména mladší děti mají problém sdělit symptomy verbálně, potíže vyjádření prožitku bolesti se týká i staršího školního věku. Při spontánním popisu bolesti hlavy děti ve věku 9,5 až 16 let mají potíže vystihnout více než jeden příznak (Seshia et al., 2002). K ostatním kritériím musí být dotazovány a znovu se setkáváme s otázkou validity takto získaných informací.

Jednou z pomocných metod při diferenciální diagnostice migrény je také kresba bolesti. Mladší děti jsou samozřejmě limitovány jak ve verbálním vyjádření, tak i v dovednostech kreslit, avšak mnohdy ochotněji komunikují skrze obrázky, zejména jedná-li se o poměrně abstraktní úkol, jakým je sdělení prožitku bolesti hlavy (Rae, 1991).

Samotná kresba je pro děti přirozeným nástrojem ke sdělení a vyjádření vnitřních stavů. Po desítky let byla užívána v psychologii a psychiatrii k reflexi emocí, pro které doposud dítě nemá citlivý slovník, nebo ke sdělení závažných traumatických událostí.

Vývoj kresby a vnímání bolesti

Kresba ukazuje na způsob dětského nazírání reality, na úroveň zralosti jeho myšlení. Lze ji vnímat jako jednu ze symbolických funkcí, v níž

se projeví tendence zobrazit skutečnost tak, jak ji dítě chápe, které znaky jsou při posuzování prioritní (Piaget, 1966). Kresba lidské postavy se objevuje po třetím roce a odráží dětské pojetí tělesného schématu. Pro dítě je v tomto vývojovém stadiu nejvýznamnější lidský obličej, který diferencuje ve směsici podnětů již v raném věku. Po přidání jednoduchých končetin dochází k primárnímu zobrazení lidské postavy jako hlavonožce. Trup se objevuje později, v návaznosti na rozvoj poznávacích procesů. Na konci předškolního věku se kresby stále více podobají skutečnosti, dítě již spíše kreslí to, co vidí. Děti v tomto věku jsou velmi dobře schopny do zdařilé, realitě blízké kresby postavy zaznamenat

Obrázek 1. Kresba migrenózní bolesti (pulzující bolest, fotofobie a fonofobie)



Obrázek 2. Kresba migrenózní bolesti (pulzující bolest, fotofobie, fonofobie, zvracení)



lokalizaci bolesti, mohou vystihnout i některou ze změn, které na sobě vnímají – například nevolnost, potřebu ulehnout. V tomto věku děti neodlišují příčinu a následek, bolest pojmají popisně „je v hlavě, nechci ji“.

Dle Piagetova rozdělení stadií vývoje inteligence se dítě dostává přibližně od 7 let do fáze konkrétního logického myšlení, které lze rovněž charakterizovat jako fázi dětského realizmu. Kresba je propracovanější, děti také dokáží na základě nabytých zkušeností srovnání a tedy vystihnout parametry bolesti, jako například délku trvání, kvalitu, diferencují intenzitu.

Kolem desátého roku se zobrazení lidské postavy ustálí na určité standardní úrovni, která odpovídá pojetí kresby lidské postavy u dospělého člověka (tj. vyspělé syntetické zobrazení). Od 11 let, tedy s nástupem formálního logického myšlení, jsou děti schopny o bolesti uvažovat introspektivním a abstraktním způsobem.

Kresba bolesti hlavy

Kresba bolesti hlavy jako pomocný diagnostický nástroj je v praxi užívána poměrně zřídka. Několik autorů publikovalo své zkušenosti s využitím kresby zaměřené na specifické příznaky, například vizuální auru (Lewis et al., 1996) nebo intenzitu bolesti (Kurylyszyn et al., 1987).

Kresbu jako komplexní metodu posouzení publikovali jako první Stafstrom a kolegové (2002). Srovnali klinické výsledky 226 dětí vyšetřených pro bolesti hlavy s typickými znaky v kresbě. Dle četnosti stanovili spolehlivé znaky pro odlišení migrenózních bolestí od skupiny

Obrázek 3. Migrenózní bolest (fotofobie, fonofobie, potřeba ulehnout)



ostatních nemigrenózních bolestí, kterou dále dělí na bolesti tenzního původu a jiné, zejména symptomatické bolesti. Autory udávaná shoda klinické a kresebné diagnostiky bolesti migrény je 87%. Dále zdůrazňují vysokou pozitivní prediktivní hodnotu pro diskriminaci bolestí migrenózního původu – v případě vyjádření fokálních neurologických příznaků a periorbitální bolesti se jedná o migrénu vždy. Vizuální příznaky a potřeba ulehnout/spát dosahují pozitivní prediktivní hodnoty 90%. Pulzující charakter bolesti a silná bolest jsou často považovány za přesvědčivé znaky migrenózní bolesti. Autoři upozorňují na nižší prediktivní hodnotu právě těchto dvou znaků, ačkoli jsou znázorňovány u většiny dětí s migrénou, také falešně pozitivně u dětí s bolestí klinicky hodnocenou jako tenzní. Mezi další specifické znaky kresby migrény patří nauzea/zvracení, foto a fonofobie, zhoršení bolesti pohybem nebo fyzickou námahou, zmatenost nebo jiné stavy vědomí, unilateralita bolesti nebo dalších neurologických příznaků. Dle Wojaczyrské-Stanek a kolegů (2008) je nepřesvědčivější známkou migrény právě znázornění ostrých prvků způsobujících bolest.

Abychom eliminovali vliv informací, které zazní při hovoru s rodičem i dítětem samotným, kresbu dítěti zadáme ještě před rozбором současných obtíží. Dítě požádáme, aby namalovalo obrázek sebe sama, když ho bolí hlava. Kde ho hlava bolí? Jak bolest cítí? Jsou také nějaké další příznaky, které cítí před nebo v průběhu bolesti hlavy?

Instrukci je možné i lehce poupravit, v souladu s přirozeným slovníkem vyšetřujícího. Wojaczyrská-Stanek a kolegové (2008) navrhuji: „Nakresli tvoji bolest hlavy. Jak cítíš bolest hlavy?“

Děti se účastní ochotně, v případě mladších školáků je někdy nutné dítě lehce podpořit. Mnoho dětí k obrázku spontánně doplňuje popis-

Obrázek 4. Kresba fokálních neurologických příznaků – jiskřičky v levé polovině zorného pole



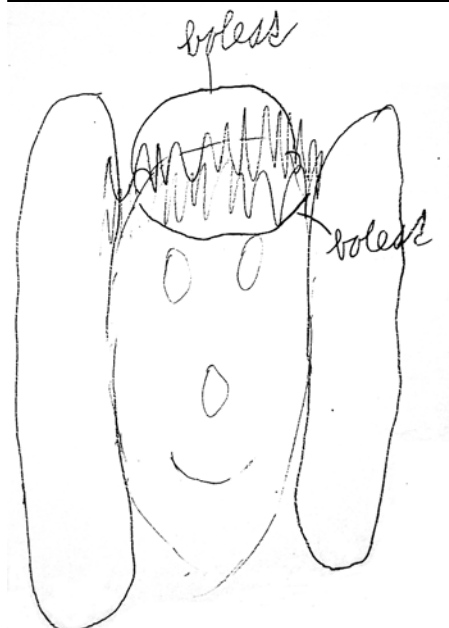
Obrázek 5. Migrenózní bolest hlavy (vysoce signifikantní periorbitální lokalizace bolesti)



Obrázek 6. Migrenózní bolest; přesné vystižení parétezií kontralaterálně ke znázorněné bolesti hlavy



Obrázek 7. Kresba tenzní bolesti: „hlava jako ve svěráku“



ky. Doposud jsme se nesetkali s případem, že by dítě kresbu odmítlo. Spíše naopak je úkolem zaujato, po překonání počátečního ostychu kresbou vyplní velkou část papíru. Díky volnému tempu práce bez časového stresu, který pro dítě nastane v případě kladených otázek, si může během kresby spontánně vybavit co nejvíce informací. Děti také v průběhu tvorby často komentují, že si ještě na nějaké informace vzpomněly a následně je doplňují. Pokud dítě mívá odlišné typy bolesti hlavy (například migrenózní i tenzní), požádáme jej, aby obě bolesti namalovalo zvlášť.

Obrázek 8. Kresba bolesti hlavy u somatoformní poruchy (znázornění emocí, nespecifické příznaky, víř)



Obrázek 9. Sekundární bolest hlavy - sinusitida



Příklady kresby

Migrenózní bolesti tedy mohou být znázorněny jako pulzující a bodající bolest pomocí kladiv, baseballových pálek, kameny, údery lahví, holí, pěstí (obrázek 1, 2). Ostrá bolest je naznačena nožem, hřebíkem, podpatkem ap. Nejtěžší bolest je znázorněná explozí hlavy, kráterem, dekapitací. Bolest je znázorněná jako přicházející zvenčí nebo zevnitř hlavy, často šipkami, směry úderů. Vizuální příznaky zahrnují blesky, jiskry, ohňostroje (obrázek 4). Děti snadno vystihnou i rozmazané vidění v průběhu ataky tak, že před

atakou jsou objekty v jeho blízkosti ostré, posléze rozmazané. Fotofobie je nejčastěji znázorněována zavřením očí, přeškrtnutými zdroji světla, zataženými závěsy. Fonofobie bývá obdobně zaznamenána jako nelibost při poslechu zvuků, dítě si může zakrývat uši, nakreslit přeškrtnuté rádio nebo hovořící osobu (obrázek 1, 2, 3).

Gastrointestinální příznaky nejsou znázorněvány často. Pokud však jsou zaznamenány, jsou nepřehlédnutelné, dítě maluje přímo zvracení (obrázek 2), nevolnost vlnkami v oblasti žaludku (žaludek jako na vodě), drží se za břicho.

Lokalizace bolesti není v dětské kresbě spolehlivým diferencujícím znakem. Zatímco u dospělých je typická migrenózní bolest unilaterální, u dětí je častěji bilaterální. Z naší zkušenosti lze říci, že děti, které bolest vnímají jednostranně, tuto skutečnost vždy v kresbě vystihnou (obrázek 5).

Potřeba lehnout si je zmiňována často, děti namalují sami sebe v ležící nebo spící v posteli (obrázek 3).

Pokud jsou přítomny parestezie, obvykle děti malují jehličky a špendlíky na polovině obličeje, ruce. Za zmínku stojí i přesné stranové vnímání příznaků kontralaterálně k bolesti hlavy (obrázek 6).

Skupina nemigrenózních bolestí může být také namalována poměrně expresivně, avšak neosahuje žádný z typických příznaků. K bolesti tenzního typu patří i doslovné znázornění tenze (obrázek 7). Děti malují hlavu utáženou opaskem, mačkání, lisování, tlak. Celkově je tenzní bolest hlavy kreslena jako difuzní, nediferencovaná. Pokud jsou přítomny ostré předměty, tak většínou protínají hlavu ve spáncích (šíp). Zajímavé zjištění učinili Wojaczyńska-Stanek a kolegové (2008), když srovnali ostré elementy přítomné v kresbě migrenózní a tenzní bolesti. V případě migrenózní bolesti jde ostrá bolest z hlavy ven, děti s bolestí tenzní v 10,6% posuzovaných obrázků také nakreslily ostrou bolest, resp. ostré předměty způsobující bolest (jehly, šíp, hřebíky),

avšak jsou cíleny vždy zvnějšku do hlavy, což spíše imituje tlakovou bolest.

Mezi nespecifické znaky patří zaznamenání emocí, jako je například smutný výraz obličeje nebo pláč. Lewis a kolegové (1996) označují vyjádřenou bezmoc, vztek a pláč jako příznak depresivní nálady. Také dle naší zkušenosti se znázornění negativní emoce pojí spíše k problematice psychiatrického charakteru, tedy celkově vyšší obavnosti, osobnostní senzitivě, depresivní náladě. Zvláštní specifitu má znázornění víru v hlavě (obrázek 8), dle Wojaczyńska-Stanek a kolegu (2008) se jedná o somatoformní poruchu.

Symptomatická bolest hlavy může být z mnohých příčin, které jsou také na obrázku zaznamenány. Mezi časté patří počínající virový infek, sinusitida (obrázek 9), malfunkce shuntu, malovaná jako bublina v hlavě. Obvykle se neobjevují žádné z typických znaků pro migrenózní či tenzní bolest.

Závěr

Kresba bolesti hlavy je pro děti zajímavou metodou, která může být prospěšná při diferenciální diagnostice zejména migrenózních bolestí hlavy od bolestí tenzního původu. Autoři původní metody komplexního hodnocení kresby uvádí znaky kresby migrény s vysokou pozitivní prediktivní hodnotou, což se nám v klinické praxi ověřilo. Samotná kresba je nejen cenným diagnostickým

přínosem, ale i prostředkem navázání dobrého terapeutického kontaktu s dětským pacientem.

Literatura

1. Lewis D, Middlebrook M, Mehallick L, Rauch T, Deline C, Thomas E. Pediatric headaches: What do the children want? *Headache* 1996; 36: 224–230.
2. Kurylyszyn N, McGrath PJ, Cappelli M, Humphrey P. Children's drawings: What can they tell us about intensity of pain? *Clin J Pain* 1987; 2: 155–158.
3. Muchová M. Migréna v dětství a adolescenci – epidemiologie, specifika, terapie. *Remedia* 2009; 5: 355–361.
4. Piaget J. *Psychologie inteligence*. Praha: SPN 1966.
5. Rae WA. Analyzing drawings of children who are physically ill and hospitalized, using the ipsative method. *Child Health Care* 1991; 20: 198–207.
6. Seshia SS, Wolstein JR, Adams C, Booth FA. International Headache Society criteria and childhood headache. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36: 419–428.
7. Stafstorm CE, Rostasy K, Minster A. The Usefulness of Children's Drawings in the Diagnosis of Headache. *Pediatrics* 2002; 3: 460–472.
8. Wojaczyńska-Stanek K, Koprowski R, Wróbel Z, Gola M. Headache in Children's Drawings. *Journal of Child Neurology* 2008; 2: 184–191.

Článek je převzatý z
Neurol. prax 2012; 13(3): 165–168.

Mgr. Jana Pejšochová

Klinika dětské neurologie
LF MU a FN Brno
Černopolní 9, 613 00 Brno
jpejsochova@fnbrno.cz