

## **14. PSYCHICKÉ PORUCHY U DĚTÍ**

### **1. PORUCHY CHOVÁNÍ**

**Příznaky** jsou velmi **různorodé**, jsou modifikovány věkem dítěte a socioekonomickým prostředím, ve kterém dítě nebo mladistvý žije. Při posuzování zda jde o poruchu chování, je třeba **přihlížet k vývojovému stupni dítěte** – například výbuchy zlosti jsou normální ve třech letech věku, ale patologické u starších dětí. Pro diagnózu svědčí opakující se, trvalé disociální, agresivní a vzdorovité chování – jedná se často o nadměrné rvačky, tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo ke zvířatům, ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví, útoky z domova, první pokusy s drogami, předčasné sexuální zkušenosti atd.

Vznik poruch chování u dětí a mladistvých je pravděpodobně podmíněn kombinací faktorů genetických s nepříznivými vlivy prostředí.

#### **a) Poruchy chování ve vztahu k rodině**

Týkají se převážně mladších dětí, u kterých se doma opakovaně objevuje například agresivita, krádeže peněz, ničení věcí, zapalování rodinného majetku. Toto chování může být specificky zaměřeno proti některým členům rodiny.

#### **b) Porucha opozičního vzdoru**

Porucha je diagnostikována u dětí do deseti let, v popředí bývá neposlušnost, hrubost, odpor k autoritám, odmítání plnit příkazy a běžné povinnosti, zvýšená dráždivost, nepřátelské postoje. Jejich vzdorovitost má typickou provokativní povahu.

#### **c) Socializovaná porucha chování**

Jde o poruchy chování v rámci skupiny vrstevníků – jedná se o různé přečiny s partou, často disociálního nebo i delikventního charakteru, záškoláctví, krádeže v účasti s druhými, ničení majetku. Bývá negativní vztah k autoritám a ke škole, zatímco k mladistvým přibližně stejného věku dotyčný dokáže navázat pozitivní, emoční vztah.

#### **d) Nesocializovaná porucha chování**

Jde o poruchu chování samotářského, agresivního typu. Dítě nebo mladistvý páchá přestupky samostatně, v chování bývají typicky projevy agresivity a krutosti. Objevuje se tyranizování mladších, vydírání a násilností, šikanování, nekontrolovatelný vztek, krutost ke zvířatům.

Léčba – psychoterapeutická péče a práce s rodinou.

### **2. EMOČNÍ PORUCHY SE ZAČÁTKEM SPECIFICKÝM PRO DĚTSTVÍ**

Některé typy úzkosti jsou společné pro dětský i dospělý věk, například v projevech generalizované úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, posttraumatické stresové poruchy a panické poruchy nejsou mezi dětmi a dospělými významnější rozdíly, rovněž některé typy specifických fobií nejsou vázány na věk.

#### **a) Separační úzkostná porucha v dětství**

Základním příznakem je nadměrná úzkost, která vzniká při odloučení od blízkých osob (obvykle od rodičů, nejčastěji od matky). Při odloučení (skutečném nebo hrozícím) se mohou vyskytovat tělesné příznaky jako zvracení, bolesti břicha nebo hlavy.

#### **b) Fobická úzkostná porucha v dětství**

Podobně jako u dospělých se může u dětí vyskytnout iracionální strach z určitých konkrétních předmětů a situací. Obvyklé fobie v dětství – živočichové, oheň, špína, výšky, hmyz, uzavřené prostory, cizí lidé, krev, kočky, psi, hadi, pavouci, tma. Některé strachy jsou podmíněny vývojovou fází a do určité míry vznikají u všech dětí.

### **c) Sociální úzkostná porucha v dětství**

Pro sociální úzkostnou poruchu však svědčí opakovaný nepřiměřený strach ve styku s dospělými nebo i s vrstevníky, přitom vztah k blízkým osobám nebývá spojen s problémy. Dochází k vyhýbání se sociálními situacím (například dítě se schovává nebo zamkne v pokoji před návštěvou), strach dosahuje takového stupně, že se vymyká normální hranici pro určitý dětský věk a vede k narušení společenské aktivity.

### **Léčba**

Je používána řada psychoterapeutických technik, pro starší děti lze modifikovat některé verbální techniky používané u dospělých, u menších dětí jsou používány spíše neverbální metody, například psychoterapie hrou. V behaviorální terapii u fobických poruch je obvykle používána technika systematické desenzitizace. Základním principem je expozice obávaným situacím nebo předmětům, probíhající buď ve fantazii nebo ve skutečnosti a pod vedením terapeuta probíhá při opakovaných sezeních nácvik ve zvládnání úzkosti.

## **3. PORUCHY SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ SE VZNIKEM SPECIFICKÝM PRO DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI**

### **a) Elektivní mutismus**

Mutismus znamená ztrátu řeči z psychogenních příčin, může být totální nebo elektivní, vázaný jen na určité situace. U dětí se vyskytuje elektivní mutismus, většinou vázaný na školní prostředí. V domácím prostředí dítě komunikuje normálně, ve škole musí být zkoušeno jen písemnou formou, nemluví s učiteli, vychovateli, neznámými lidmi, výjimečně ani s vrstevníky.

### **b) Reaktivní porucha přichylnosti v dětství**

Porucha se vyskytuje především u malých dětí, pravděpodobně jako přímý důsledek špatného zacházení nebo týrání. Projevuje se trvalými abnormitami v citových projevech, bývá přítomna zvýšená ostražitost, bázlivost, chudé vztahy k vrstevníkům, projevy heteroagrese a autoagrese, někdy je přítomno i špatné tělesné prospívání a zpomalený růst. Porucha je často diagnostikována společně se syndromem týraného a zneužívaného dítěte (CAN).

### **c) Desinhibovaná přichylnost v dětství**

Někdy bývá označována jako „syndrom ústavního dítěte“, může vzniknout v prvních pěti letech života u dětí, které neměly příležitost vytvořit pevné citové vazby, které například střídaly dětské domovy, vychovatele, pěstouny. Projevuje se povrchní přítulností a náklonností, vyžadováním pozornosti a nekriticky přátelským chováním. Problémy s vytvářením pevných citových vazeb mohou přetrvávat do dospělosti, někdy se mohou připojit poruchy chování.

### **d) Porucha sourozenecké rivality**

Často se po narození mladšího sourozence mohou u staršího dítěte projevovat pocity žárlivosti s obavou o ztrátu lásky a zájmu rodičů. Aby mohla být diagnostikována porucha sourozenecké rivality, musí být tyto projevy nadměrné intenzity a vytvářet problémy v rodině. Může se objevit nepřátelství a tělesné ubližování sourozenci, zlomyslnosti, neochota se dělit. U staršího sourozence se může objevit regresivní chování (odpovídající nižšímu věkovému stupni).

### **e) Neorganická enuréza**

Pomočování, ačkoli samo o sobě není závažnou poruchou, může sekundárně u dětí způsobovat pocity méněcennosti, strach z prozrazení poruchy, může dojít k trapným, traumatizujícím příhodám ve škole, na letním táboře apod.

Na vzniku enurézy se podílí více faktorů. U těchto dětí byl zjištěn častější výskyt stresových faktorů (separace od matky, úmrtí nebo rozvod v rodině, narození mladšího sourozence, stěhování, hospitalizace, úrazy atd.). Značný význam mají i dědičné faktory.

U nočního pomočování je možno použít techniku nácviku nočního probouzení a upravit pitný režim.

#### **f) Neorganická enkopréza**

Dochází k mimovolnímu odchodu stolice, bez souvislosti se somatickým onemocněním u dětí ve věku, ve kterém se již předpokládá udržování hygienických návyků. Podobně jako enuréza, může i enkopréza dítě stigmatizovat, vyvolat posměch vrstevníků a dostat je do společenské izolace. Vyskytuje se méně často než enuréza, častěji u chlapců. Podle některých názorů je enkopréza reakcí na nevhodné výchovné přístupy, někdy lze tušit i protestní postoje.

#### **g) Porucha příjmu potravy v útlém a dětském věku**

U malých dětí se může objevit odmítání jídla nebo nepřiměřená vybíravost.

#### **h) Pika**

Jedná se o pojídání nestravitelných látek, například hlíny, kamínků, textilu, papíru. Výjimečně se objevuje jako samostatný příznak (u malých dětí), obvykle bývá spojena s další závažnou psychopatologií.

#### **i) Poruchy se stereotypními pohyby**

Projevují se například jako kývavé pohyby trupu nebo hlavy, pohupování a různé poplácávání. Závažnou formou jsou stereotypní automutilační (sebepoškozující) pohyby, jako je tlučení hlavou do zdi, kousání rukou, rtů nebo jiných částí těla.

Obvykle se objevují u dětí s mentálním postižením a těžce deprivovaných dětí v ústavech s omezenou možností komunikace.

#### **j) Tikové poruchy**

Tiky jsou mimovolní, rychlé, nerytmické, opakované pohyby (nebo hlasová produkce), které neslouží žádnému účelu a nejsou podloženy neurologickou poruchou. Mezi jednoduché motorické tiky patří nejčastěji tiky mimické, mrkání, krčení nosu, grimasy, mezi jednoduché tiky vokální patří různé nepříjemné zvuky, jako například hekání, pokašlávání, syčení a podobně. Ke komplexním motorickým tikům patří složitější projevy jako poskakování, osahávání, dřepy, ke komplexním tikům vokálním se řadí vyřazení slabik, slov i celých vět, často s obscénním obsahem (koprolalie).

Podle klinických projevů, průběhu a závažnosti se rozlišují:

- a) **Přechodná tiková porucha** – tiky bývají nejčastěji jednoduché, motorické, onemocnění netrvá déle než rok.
- b) **Chronická motorická nebo vokální tiková porucha** – vyskytují se jednoduché i komplexní tiky motorické i vokální, průběh je chronický.
- c) **Kombinovaná vokální a mnohočetná tiková porucha (Tourettův syndrom)** – s mnohočetnými, většinou komplexními tiky motorickými i vokálními, obvykle se současným výskytem, s proměnlivou intenzitou, s častým výskytem koprolalií, echolalií, echopraxie. Onemocnění se objevuje zpravidla v dětství, nejčastěji ve věku sedmi let, a často trvá po celý život.

U některých dětí narůstá frekvence a intenzita tikových dyskinéz při psychické zátěži, například ve škole, v období rodinných konfliktů nebo při únavě. V průběhu puberty a dospívání může tento handicap přispět k pocitům méněcennosti a k fobickým reakcím v sociálních interakcích.

### **4. SCHIZOFRENIE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI**

Schizofrenie v dětství se svými příznaky podobá schizofrenii dospělých, jednotlivé příznaky jsou však modifikovány věkem a úrovní intelektového vývoje.

Pro schizofrenii v dětství svědčí následující příznaky:

- Abnormální pohyby a postoje, s bizarními motorickými projevy.
- Dezorganizace řeči.
- Poruchy myšlení a vnímání – halucinace jsou méně časté než u dospělých, bludy jsou přítomny častěji u adolescentů.

- Nepřiměřené, úzkostné reakce na běžné situace.
- Porucha sociálního fungování – narušený vztah k lidem, neschopnost empatie, nepochopení sociálních situacím.

Schizofrenie v dětství se vyskytuje velmi vzácně.

### **Schizofrenie v adolescenci**

Při vzniku schizofrenie v adolescenci dochází často k náhlé nebo postupné změně v chování, k sociálnímu stažení a izolaci, spolu s poruchami myšlení a vnímání se často objevují i méně specifické příznaky jako pokles výkonnosti, soustředění, únava, depresivní ladění, pocity prázdnoty a lhostejnosti.

## **5. AFEKTIVNÍ PORUCHY V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI**

Diagnostika depresivních poruch v dětství je obtížnější než u dospělých, protože příznaky bývají modifikovány věkem a výsledný klinický obraz se často značně liší od symptomů popisovaných u dospělých.

### **a) Deprese v dětství a adolescenci**

Čím je dítě mladší, tím obtížněji je schopno vyjádřit své vnitřní prožitky a popsat svůj psychický stav. U malých dětí je často nutno rozhodnout podle neverbálních příznaků deprese, z jejich výrazu, psychomotoriky, změny chování apod. U školních dětí se může deprese skrývat za různými somatickými příznaky, bývá přítomna emoční labilita, úzkostné ladění, nesoustředění s odporem k učení, problémy ve vztazích s dospělými i vrstevníky, pocity viny, únava a podrážděnost. U dětí školního věku se relativně často objevují psychotické příznaky (sluchové halucinace, bludy).

U adolescentů se objevuje omezení společenských aktivit a zájmů, selhávání ve škole, pocit nudy, beznaděje, únava, hypersomie, sebevražedné myšlenky a pokusy.

### **b) Bipolární afektivní porucha v dětství a adolescenci**

Podobně jako u dospělých, u adolescentů se objevují s různou frekvencí a v různém poměru manické a depresivní fáze, které mohou být spojeny s psychotickými symptomy (bludy, halucinacemi). Během depresivní fáze je vysoké riziko sebevražedného jednání.

## **6. SUICIDÁLNÍ CHOVÁNÍ DĚTÍ A ADOLESCENTŮ**

Sebevražedné tendence u dítěte jakéhokoli věku jsou indikací k okamžitému vyšetření a posouzení funkčnosti rodiny a její schopnosti poskytnout přiměřené citové zázemí a dohled. U dětí jsou hlavním motivem sebevražedného jednání problémy rodinné a školní.

Aby bylo možno u dětí diagnostikovat sebevražedné chování, měla by být splněna podmínka, že dítě chápe pojem smrti, což předpokládá určitou schopnost abstraktního myšlení. Chápání pojmu smrti dozrává obvykle mezi osmým a devátým rokem věku.