

Emoční poruchy v dětství a v dospívání

Neurotické a úzkostné poruchy

- Úzkostné poruchy se začátkem specifickým pro dětství
- Generalizovaná úzkostná porucha
- Fobie
- Obsedantně - kompulzivní porucha
- Disociativní (konverzní) poruchy
- Panická porucha
- Somatoformní poruchy
- Poruchy přizpůsobení
- Postraumatická stresová porucha

Úzkostné poruchy se začátkem specifickým pro dětství

- úzkost a strach patří mezi fyziologické a adaptivní vývojové jevy (úzkost x strach)
- pro každý věk je typický určitý soubor podnětů, vzbužujících strach nebo úzkost, souvisí to s vývojovými úkoly daného období
 - konkrétní projev je dán biologickými a psychosociálními dispozicemi, zkušenostmi, prostředím, učením(např. separační úzkost a strach z cizích lidí v kojeneckém a batolecím věku)
- úzkost se stává patologickou:
 - je nepřiměřeně intenzivní
 - má příliš dlouhé trvání
 - narušuje běžné fungování (brzdí vývoj dítěte)

Separáční úzkostná porucha v dětství (F93.0)

- 6.,8. měsíc – 3 roky: fyziologická úzkostná reakce na skutečné odloučení od matky, její intenzita postupně klesá (ve 3 letech děti zvládnou krátkodobé odloučení od matky, MŠ)
- u některých dětí je vývoj separace zpomalen a trvá patologicky silná separáční úzkost i v pozdějším věku
- ve školním věku mívá charakter „školní fobie“

Klinický obraz:

- nadměrná úzkost při odloučení od osob, ke kterým má dítě citovou náklonnost
- nereálné obavy, že se té osobě něco stane, že už se nevrátí
- odmítání docházky do školy, uléhání ke spánku (pokud tato osoba není nablízku), objevují se noční můry (s obsahy týkající se odloučení)
- trvalý strach být sám doma
- při pokusu o separaci se vyskytují tělesné příznaky (zvracení, bolesti břicha, hlavy)
- děti jsou tiché, inhibované, dobré známky ve škole, trpí strachem ze selhání, perfekcionisté

Prevence:

- harmonické rodinné prostředí a kvalitní vztah rodičů, mají na dítě dostatek času, vedou je neautoritativně, ale důsledně (vlastní příklad, domluva)

Terapie:

- návrat dítěte zpět do školy (s postupným prodlužováním pobytu)
- nácvik separace od blízké osoby (odvádět dítě do školy neutrální osoba i proti odporu dítěte)
- spolupráce se školou
- farmakoterapie (antidepresiva, anxiolytika)

Fobická úzkostná porucha (F93.1)

- 3 – 6 let: přechodný vznik fyziologických strachů, bohatá fantazie a magické myšlení (strach z hmyzu, zvířat, zlodějů, příšer)
- rychle vznikají a rychle vymizí (pokud nejsou negativními vlivy posilovány)
- v tomto věku vznikají i patologické (silné a neodůvodněné), dlouhodobě trvající strachy a fobie (vznikají na základě jednorázové nebo opakované negativní zkušenosti)

Klinický obraz:

- nepřiměřeně silná reakce strachem nebo úzkostí vyvolaná určitou situací nebo objektem
- obtíže trvají dlouhou dobu, vedou k vyhýbavému chování, snižují schopnost adaptace dítěte na požadavky okolí
- fobie se často váže na strach:
 - ze zvířat (zoofobie), ze psů (cynofobie) a koček (ailurofobie), hadů (ofidofobie), pavouků (arachnofobie), hmyzu (entomofobie), špíny a parazitů (mysofobie), krve (hematofobie), tmy (nyktofobie), klaustrofobie, sociální fobie (v dospívání)

Terapie:

- **kognitivně-behaviorální terapie** (systematická desenzitizace)
- **relaxace**
- **farmakoterapie** (antidepresiva, anxiolytika)

Sociální úzkostná porucha (F93.2)

- kolem 8. měs. – 3 roky: strach z cizích lidí a sociálních kontaktů (do 3 let by měl ustoupit)
- prvně diagnostikována u dětí předškolního věku (dítě se bojí vrstevníků či neznámých dospělých)
- poměrně častá i u dětí školního věku, kde se překrývá se školní fobií (nepřekonatelný strach z učitele, dětského kolektivu, školy)

Klinický obraz:

- stálý nebo navracející se strach z cizích lidí nebo vyhýbání se jim
- strach vzniká při styku s dospělými, vrstevníky nebo všemi (s výjimkou rodičů a známých osob)
- strach je intenzivní a vede k narušení sociálního fungování, brání ve vývoji sociálních vztahů a osvojování sociálních dovedností

- obtíže postupně odeznívají (v době dospívání)
- může dojít k rozvoji elektivního mutismu nebo sociální fobie, v dospělosti ke vzniku sociálně úzkostné poruchy osobnosti

Terapie:

- psychoterapie (rodinná terapie, KBT, relaxační techniky)

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)

Klinický obraz:

- všeobecná, trvalá úzkost, která není omezena na konkrétní situace nebo objekty
- nereálná obava z nedostatečných vlastních schopností, z nevhodnosti svého chování
- nepřiměřené sebeobviňování, zvýšená potřeba uklidňování, neschopnost uvolnit se
- tělesné obtíže bez reálného somatického podkladu (bolesti hlavy, břicha)
- vede ke zhoršení soustředění a poruše usínání
- obtíže se vyskytují celý den, provázené tísní, celkově trvají týdny až měsíce

- objevuje se v dospívání (zvýšené porovnávání s vrstevníky – pocity méněcennosti)
- intenzita obtíží kolísá v závislosti na stresu

Etiologie:

- dědičnost
- výchova (nereálná očekávání, nedostatečná rodičovská péče, imitace úzkostného chování rodičů, zneužívání v dětství, smrt v rodině)

Terapie:

■ psychoterapie

- **rodinná terapie** (reálná očekávání, podpora)
- **individuální** (u starších dětí, posílení sebevědomí, reálné cíle, podpora samostatnosti)
- **KBT** (redukce úzkosti, nácvik řešení běžných denních problémů)
- **relaxace**

■ farmakoterapie (anxiolytika, antidepresiva)

Fobie – Fobické úzkostné poruchy (F40)

- iracionální strach z různých objektů a situací, který vyvolává silnou úzkost (až paniku)
- vyhýbavé chování (omezení kontaktů s kritickým podnětem či situací)
- strach se soustředí na představu důsledků, které mohou nastat (ne na podnět)
- výskyt: 5-10% (častější u žen, na 1. místě)

Etiologie:

- **biologické příčiny** (nespecifikovaná přecitlivělost vegetativního systému)
- **temperament – behaviorální inhibice** (plachost, stažení dítěte v nových situacích)
- **ambivalentní vazba (attachment) mezi dítětem a matkou**

Typy fobických úzkostných poruch

- agorafobie (F40.0)

- soubor strachů z otevřených prostranství a doprovodných okolností (znamenají omezenou možnost úniku)
- aktivuje se při prožitku: být sám, jít sám z domu, být v davu (bojí se vycházet, vstupovat do budov, cestovat)
- u dětí je nejméně rozšířenou fobickou poruchou

- sociální fobie

- specifické fobie

■ sociální fobie (F40.1)

- obavy a strach ze situací, kde přichází v úvahu pozornost jiných lidí
- vede k vyhýbání se takovým situacím a ke zvětšování izolace
- rozlišuje se částečná soc. fobie (vázaná na specifické situace, př. vystoupení na veřejnosti, WC) a generalizovaná forma (fobie jsou široce provázané)
- objevuje se ve věku 11 -15 let (děti mají sníženou možnost vyhýbat se kritickým situacím - musí chodit do školy)
- nejčastěji se děti bojí: číst před třídou, hudební a sportovní výkony, psaní na tabuli, odpovídání na otázky ve třídě, WC, telefonování, školní jídelna)

- specifické fobie (F40.2)
 - váží se na přítomnost (či očekávání) specifického objektu nebo situace
 - vedou k vyhýbavému chování nebo k výrazné úzkostné reakci
 - jsou typické pro dětství (subklinické symptomy, např. separační úzkosti, strach ze tmy, zvířat, vody, bouřek, strach z krve, zranění, injekcí, smrti atd.)
 - obvykle časem ustupují

Obsedantně – kompulzivní porucha (F42)

- charakteristická tenzí, nepohodou, úzkostí, strachem a přítomností obsesí a kompulzí
 - obsese – opakující se nutkavé, vtíravé myšlenky a představy
 - kompulze – nutkavé chování nebo psych. aktivity jako reakce na obsese (rituály, chování podle rigidních pravidel, kontrolování, počítání), zmírňují úzkost, jsou přehnané a nepřiměřené (intenzita, frekvence, trvání)
- výskyt u dětí (po 10.roku) 1-2%, u adolescentů 4%
(nejzranitelnější období – pubescence, raná dospělost)
- často chronická, přechází do dospělosti

Klinické projevy:

- **strach ze znečištění spojený s rituály omývání** (83%, nejčastější forma)
- **patologické pochyby spojené s rituály kontroly** (světlo, plyn, otevírání dveří, oken atd. – bývá spojeno s magickým rituálem specifickým svým počtem, časem nebo vzorcem)
- **neodbytné akty nebo myšlenky sexuální nebo agresivní povahy** (strach, že někomu ublíží, rituály modlení se, počítání a shromažďování věcí, 25%)
- **obsese přesnosti, symetrie, pořádku** (rituály uspořádávání, organizování, urovnávání)
- **primární obsedantní zpomalenost** (provádí rituály celý den, vyřazen z běžného fungování)

Charakteristika dětí s OCD:

- napětí, nejistota, neděckost (jako „malí dospělí“) s divnými zájmy, pocity viny, perfekcionismus, svědomitost, deprese, kognitivně vyspělé (řeč, myšlení), paměťový deficit

Etiologie:

- organický podklad (porodní trauma, toxické a infekční procesy CNS)
- hormonální vlivy
- dědičnost

Terapie:

- KBT (systematická desenzitizace – expozice obávaným situacím)
- farmakoterapie (antidepresiva)

Disociativní (konverzní) poruchy (F44)

- „rozštěpení“ psychické jednoty, porucha integrace intrapsychických funkcí
- poruchy paměti a vnímání (zrak, hmat)
- poruchy motoriky a sebepojetí
- změny vědomí
- psychogenní etiologie (ochrana před traumatickými duševními obsahy, interpersonální konflikty, porucha sociálních vztahů, neřešené problémy)

- příznaky navazují na stresující okolnosti v různém časovém odstupu (okamžitě, po dnech..)
- průběh většinou krátký (ustupují do 3. měs.)
- intenzivní výzkum v souvislosti s válečnými událostmi, přírodními katastrofami apod.
- depersonalizace – oddělení od vlastních duševních pochodů nebo těla, provázené pocitem jejich pozorování
 - pocit neskutečnosti a odcizení
 - provází intenzivní emoce a zneklidnění
 - klinický syndrom – porucha mladých lidí
 - součást psychiatrických poruch (deprese, schizofrenie)
 - terapeuticky málo ovlivnitelná porucha

Klinicky významné disociativní poruchy

- i u dětí, častěji v pubertě, častěji dívky
- průběh u dětí nebývá dlouhý, do 3 měs.
- reakce rodiny ovlivňují symptomatiku i trvání
 - úzkostná reakce
 - chaotická, dezorganizovaná reakce

Disociativní amnézie

- selektivní ztráta paměti na psychologicky významné okolnosti
- začíná a končí náhle, častější u dívek
- psychologické „oddělení se“ od traumatizujícího zážitku
- disociované obsahy se mohou vynořit (noční můry, afekt, vzpomínka)

Disociativní fuga

- vzácná, spíše u mužů
- náhlé odcestování provázené ztrátou paměti na předchozí osobní minulost
- vstup do nové osobní identity (nové bydliště, zaměstnání, vztahy)

Disociativní stupor

- omezení nebo chybění volní pohybové aktivity
- dítě je nehybné, nemluvné, bez reakce sleduje okolí

Trans a stavy posedlosti

- změněná kvalita vědomí a prožívání okolí
- pocit ovládnutí cizí silou, duchem, který kontroluje tělo a psychiku
- živé halucinatorní obrazy a postavy
- amnézie na průběh tranzu
- odborná literatura neposkytuje spolehlivá data o výskytu poruchy

Disociativní poruchy motoriky

- připomíná parézu či ochrnutí
- třes
- ataxie (porucha souměrnosti a souladnosti pohybů)
- abázie (neschopnost chodit z důvodu špatné motorické koordinace)
- astázie (neschopnost chodit i stát)
- afonie (ztráta hlasu)
- dysfonie (zhrublý, zdrsňělý hlas)

Disociativní křeče

- nejčastější disociativní porucha v dětství
- tvoří 15-50% všech disociativních poruch
- klinickými projevy připomíná epilepsii
- obtížné odlišení od skutečného epileptického záchvatu

Mnohočetná porucha osobnosti

- v 1 osobě se proplétají 2 i více osobností
- střídají se v kontrole vědomí
- různý stupeň amnézie na existenci druhých osobností
- objevuje se v adolescenci
- v 90% se váže na výskyt zneužívání v dětství

Ganserův syndrom

- popsán něm. psychiatrem S. Ganserem u trestně stíhaných osob
- připomíná pseudodemenci – postižený dává přiléhavé, ale hrubě nesprávné odpovědi (týden má 3 dny, jsou mu 2 roky...)
- nic si nepamatuje, nepoznává písmena
- chování a vzhled může být normální nebo nápadně dětské
- nejde o simulaci

Terapie disociativních poruch

- psychoterapie
 - metody jsou modifikované podle konkrétního klinického obrazu a osobnosti pacienta
 - u dětí je nutná spolupráce s rodinou
 - hypnóza a sugesce jsou úspěšné

Panická porucha (F41.0)

- opakované ataky intenzivní úzkosti, jejichž vznik je nepředpověditelný a trvání krátké
- náhlý začátek úzkosti, rychle vyvrcholí (během 10 min), odezní během několika minut
- somatické příznaky – u dětí: tachykardie, návaly horka a mrazení, dušnost, pocení, závratě, třes, bolest na hrudi, strach ze smrti, nevolnost, pocity na omdlení, depersonalizace

Průběh a prognóza

- v pedopsychiatrii není k dispozici dostatek údajů

Terapie

- farmakoterapie (antidepresiva, anxiolytika)
- psychoterapie (KBT)

Somatoformní poruchy (F45)

- potřeba vyhledávat lékaře pro tělesné potíže, které nejsou podložené somatickým nálezem
- praktický lékař, vzácně psychiatr
- u dětí jsou diagnostikovány vzácně
- časté stížnosti dětí: bolesti břicha, hlavy, únava, bolesti končetin a svalů
- u dětí je tato problematika málo zmapovaná

Somatizační porucha

- mnohočetné, opakované, proměnlivé somatické potíže různých částí těla
- nemají organický podklad
- chronický průběh, vede ke zhoršení sociální a interpersonální adaptace
- účast genetických a rodinných vlivů
- počátek častý až v mladé dospělosti, u školních dětí neúplná forma, častěji u dívek

- **symptomy u dětí:** bolesti břicha, hlavy, zad, omezení hybnosti, poruchy zraku, sluchu, únava, dušnost, hyperventilace
- **odchyly osobnostního vývoje:** histrionská osobnost s nápadnou afektovaností a egocentrismem n. osobnostně inhibované (deprese, úzkost)
- **obtížná spolupráce s rodiči** (cítí se ohroženi možností psychologických problémů dítěte, snaží se získat somatickou diagnózu)
- hlavním cílem je přesunout pozornost rodičů od zaměření na diagnózu k zaměření na život se symptomy

Poruchy přizpůsobení (F43.2)

- stavy subjektivní tísně, porucha emotivity i chování
- vzniká jako reakce na významnou životní změnu nebo stresovou událost (do 1 měsíce po události, ustupuje do 6 měsíců)
- závisí na subjektivním významu události, osobnostní dispozici se se stresem vyrovnat, na podpoře sociálního prostředí, minulé zkušenosti

- depresivní nálada, úzkost, obavy, pocit bezmoci, regresivní projevy
- klinický obraz je u dětí ovlivněn vývojovými aspekty (regresivní projevy menších dětí, poruchy chování adolescentů)
- riziko suicidálního chování
- maladaptivní reakce je výrazná – ztěžuje fungování dítěte v rodině, ve škole, oslabuje schopnost udržet sociální aktivity a vztahy

Terapie:

- podrobné vyšetření dítěte a jeho rodiny
- zachycení znaků stresoru (intenzita, trvání, subjektivní význam)
- identifikace stresoru a jeho odstranění ze života dítěte nebo jeho zmírnění
- krátká dynamická psychoterapie

Postrauematická stresová porucha (F43.1)

- následek těžkého traumatu (válka, únos, přírodní katastrofy, sexuální zneužití, svědci násilí...)
- pocity hrůzy, strach o život, pocit bezmoci
- začíná po období latence (týdny, měsíce)
- symptomy ovlivněny vývojovou úrovní

Klinický obraz:

- znovuprožívání události (vzpomínky, sny, hra)
- vyhýbání se podnětům n. ustrnutí reagování (regrese u mladších, vyhýbání se místům, myšlenkám u starších)
- zvýšená vegetativní hyperaktivace (poruchy spánku, koncentrace, úlekové reakce, agresivita)

Terapie:

- psychoterapie
 - KBT (přetrvávající projevy úzkosti a strachu)
 - rodinná terapie
- důraz na prevenci vzniku poruchy (po situaci prožití traumatického zážitku)
 - hra, kreslení, vyprávění, hraní rolí
- farmakoterapie (antidepresiva)

Literatura

- Hort, V. a kol. (2000). Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha:Portál
- Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. (2001). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha:Portál
- Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. (2000). Dětská psychoterapie. Praha:Portál
- Vymětal, J. (2004). Úzkost a strach u dětí. Praha: Portál
- Rogge, J.-U. (1999). Dětské strachy a úzkosti. Praha: Portál
- Honzák, R. (1995). Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout. Praha:Maxdorf