

## Poruchy spánku u dětí

Mohou být symptomem:

a, **emoční poruchy v dětství**, která má být diagnostikována a léčena

b, (pokud pouze) **izolovaný problém** – jsou tyto poruchy až do mladšího školního věku časté. Rodiče trpí spánkovým deficitem, dítě netrpí (eventuálně jej kompenzuje delším denním spánkem). Sekundárně – narušeny vztahy s rodiči.

**Etiopatogeneze** – častější u dětí s perinatálními riziky. Zpravidla interakční vliv – nedonošené dítě dráždivější, plačtivé, obtížněji uklidnitelné. Rychle navykají na časté chování a houpání při uklidňování. Hypnotika v útlém věku mají často paradoxní účinek.

**1. Poruchy usínání** – batolecí a předškolní věk

a, nejčastěji – dítě nemá vytvořeny přiměřené strategie sebeuspávání. Vyžaduje přítomnost někoho z rodičů, doba usínání se neúměrně prodlužuje, bdění je posilováno pozorností rodičů.

b, někdy – pozdní usínání projevem silné separační úzkosti! Spánek je psychologická separace.

c, někdy – symptom emočního přetížení nebo přechodného nárůstu úzkosti

d, zejména v období mezi 8.- 10. rokem, kdy se dítě musí vyrovnávat s plným pochopením faktu smrti. Obávají se, že by oni nebo někdo blízký mohl zemřít.

**2. Časté noční buzení** (6x a vícekrát za noc)

a, nutná analýza rituálu a usínání v rodině. Většina dětí s poruchami spánku má individuálně nižší potřebu. Kolem druhého roku již tyto děti nespí přes den vůbec. Velké množství dětí předškolního a mladšího školního věku se v případě nočního buzení přesouvá do postele rodičů.

b, problémy spánku mají obvykle interakční původ a také samy rodinný život ovlivňují. Dítě v posteli rodičů jako účinná antikoncepce.

**Terapie:**

a, pokud problém spánku izolovaný – behaviorální terapie

b, pokud generalizovaný při vztahových obtížích nebo výchovných problémech – rodinná terapie

**3. Noční můry** = živé sny s děsivým obsahem = reakce na akutní zátěž (nemusí být nadměrná), ale i na somatické onemocnění. Jen pokud jsou velmi časté, signalizují susp. nadměrný stres nebo emoční přetížení.

**4. F 51 – Noční děsy** (pour nocturnus) – je něco jiného než můra. Dítě si nepamatuje sen, v průběhu spánku se zvedá s intenzivním křikem, rozevřenýma očima, nereaguje na podněty. Na tyto příhody má úplnou amnézii. V etiologii těchto poruch hraje roli neurofyziologická dispozice dítěte (pravděpodobně vývojově podmíněná; porucha aktivace v průběhu spánku). Mohlo by jít ale výjimečně i o epileptický záchvat. Mělo by být doporučeno orientační neurologické vyšetření. Při zvýšení zátěže a vlivem vnitřních nebo interpersonálních konfliktů k němu může docházet. Jsou tím významnější, čím je dítě starší.

Podobný význam jako pour nocturnus:

**F 51.3 Somnambulismus** (chození ve spánku)

Až do školního věku nejsou signálem žádné poruchy ani patologie prostředí dítěte. Spíše projevem fyziologické dráždivosti nebo nezralosti CNS.

## Poruchy příjmu potravy

ICD 10 – **F 9 – Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství**

**F 98.2 – Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku** (odmítání jídla eventuálně mimořádná vybíravost)

- bez přítomnosti organického onemocnění
- může, ale nemusí být přítomná ruminace = opakovaná regurgitace bez nausey
- u malých dětí – nedosahují předpokládaných váhových přírůstků; obtíže s krmením; častější u dětí s perinatálními riziky, časté u dětí vývojově opožděných nebo postižených (zejména DMO) – porucha orální motoriky
- nejčastěji – vlivy interakční (v případě hospitalizace se váhový stav upraví)
- hrají roli tyto faktory:
  - chování rodičů (neadekvátní technika krmení, deficit rodičovských dovedností)
  - chování dítěte (sociální reaktivita, dráždivost)
  - chybné postoje rodičů (názory na správnou výživu)
  - situace celého rodinného systému (sociální opora, stres; zanedbávání dítěte v dysfunkčních rodinách)
  - často u mírně opožděných dětí – nutné citlivě informovat rodiče + pracovat s nimi (redukovat pocity viny)
  - po přechodu do batolecího období se oblast jídla stává prostředkem boje o moc – období vzdoru jídlo pak budí úzkost u dětí a rodičů, maladaptivní chování je posilováno a mizí až v pubertě zpravidla
  - vyloučit depresi a úzkostné poruchy!

### 1. Odchyly chování dítěte a rodičů v situaci jídla

- chybné techniky krmení, nedostatek dovedností dítěte (kousání a polykání); interakce v jiných oblastech v normě > přímý nácvik techniky krmení - indikované

### 2. Poruchy interakce generalizované (v jiných oblastech)

- rodiče nejsou dostatečně citliví k signálům dítěte; interakční terapie indikovaná

### 3. Silně dysfunkční rodiny

- neprospívání dítěte = jeden ze základních signálů vztahové patologie
- nutný komplexní rozbor celého případu. Tam, kde je zachycena individuální psychopatologie, alkoholismus, drogová závislost rodičů = nutné se terapeuticky soustředit na tyto problémy; ostatní = cílená pomoc sociální s paralelní psychoterapií pro děti i rodiče, které umožní změnu interakce

**F 98.3 – Porucha; pika v útlém a dětském věku**

- vytrvalé požívání nestravitelných látek (hlína, barviva, hoblovačky, atd.)
- mohou být součástí širší psychiatrické poruchy (např. autismu) nebo je izolované psychopatologické chování (pouze ve 2. případě se takhle kódují)
- je nejobvyklejší u mentálně retardovaných dětí (pak kódujeme F 70 – 79). Může být i u dětí s normálním IQ, obvykle u malých

**Nechutenství – děti předškolního a mladšího školního věku**

- -jen u malé části – symptom emoční či behaviorální poruchy (deprese či úzkostná porucha)
- -obvykle problém interakční (přesvědčit, že dobré rodičovství se projevuje především dobrou výživou dítěte) – dítě má konstitučně menší potřebu jídla – úzkostní nebo

hyperprotektivní rodiče je nutí – stupňují tlak – při prožívaném napětí – nechut' k jídlu narůstá; některé děti – extrémně vybíravé

- pokud potíže nejsou extrémní, samy se upraví v období puberty (růst, větší autonomie). Pokud vážnější – krátkodobá rodinná terapie, poradenské vedení. Pokud se potíže generalizují – potřebná systematictější práce s rodinným systémem

## **F 50.0 – Poruchy příjmu jídla**

F 50-59 – Behaviorální syndromy s fyziologickými a somatickými faktory

### **Mentální anorexie + mentální bulimie**

- v posledních letech centrem zájmu tělo, vzhled, štíhlost; ohrožené adolescentní dívky a mladé ženy (někdy sportovci, manekýny, apod.)
- někteří autoři berou jako dva různé syndromy, jiní jako jedno onemocnění (chronická varianta MA se u 30% - 50% pacientů vyvine v bulimii)

### **Mentální a norexie**

=extrémní ztráta váhy v důsledku úmyslného omezování příjmu potravy, je spojena s intenzivním strachem z tloustnutí a narušeným vnímáním tělesného schématu

**1. Tělesná váha 15% pod** předpokládanou BMI (= body mass index) = je méně než 17,5 = váha kg: výška m<sup>2</sup>

**2. Snížení váhy si pacient způsobuje sám** (vyhýbá se jídlům, po kterých se tloustne), užívá vypracované zvracení, defekace, anorektik, diuretik, nadměrné cvičení

**3. Je přítomna specifická patologie** – strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, apod.

**4. Endokrinní porucha následně = amenorhea** u žen, ztráta sexuálního zájmu a potence u mužů

**5. Jestliže počátek onemocnění před pubertou – puberta opožděna**

### **Anorektičky:**

- dívky premorbidně hodné – perfekcionistické, hodné, konformní, vzorné; mají v sobě bazální destruktivitu (odmítání jídla jako vzdor – kontrastuje to), OCD rysy!
- předstíraná zralost – vnitřně infantilní, nezralé
- tendence manipulovat druhými, předstíraná spolupráce
- obtíže v separaci, hypotéza o odmítání sex. role a dospívání
- rodiny: nadměrně kohezivní, matka „myslí za dítě“ a není citlivá k jeho potřebám > dítě pak není schopné jasně prožívat svou identitu, jídlom získává kontrolu nad sebou
- někdy i následek ho zneužívání a týrání
- vrchol výskytu – 13.-14. a 17.-18. rok
- u anorexie nejde o nechutenství, ale o přemáhání hladu
- časté zneužívání projímadel, záměrné zvracení
- v rozporu s vyhublostí bývají velmi výborné ve škole, v zájmech, velmi mnoho cvičí v adolescenci
- jídelní patologie se projevuje v rodinném kontextu, u dětí v předchozích vývojových obdobích „nadměrně přizpůsobených“ – probíhají separačně-individuační procesy obtížněji – anorektičky výrazně přizpůsobivé premorbidně, odpovědné, perfekcionistické; s rozvojem jídelní patologie – konflikty s rodiči – lžou, podvádějí, snahu o změnu vnímají jako intruzi – reagují vztekem, lítostí. Rodiče se dostávají navzájem do konfliktů, pacientka je rozděluje, váže se většinou na matku, otce odmítá – kritizuje

Různé názory na etiopatogenezi: anorexii

1. biologická hypotéza = primární hypotalamická dysfunkce
2. Určitá forma deprese – suicidální potenciál MA
3. Obsedantně-kompulzivní porucha
4. Psycho-biologické krize dospívání (nejsou schopni zvládnout sexuální dospívání; drží nízkou váhu a tím pádem nemenstruují)
5. Následek traumatu sexuálního zneužití (nyní moderní)

### **Mentální bulimie**

1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, epizody s přejídáním (velké dávky jídla během krátké doby)
2. Pak vyprovokované zvracení nebo zneužívání laxativ, střídavé období hladovění, užívání anorektik, diuretik apod.
3. Patologický strach z tloušťky

### **Bulimičky:**

- -premorbidně méně přizpůsobivé, ale také mají perfekcionistické rysy, závislé na hodnocení druhých, bývají také pasivní a vyhýbavé, mívají problémy s kontrolou impulzů nejen v jídle (krádeže, alkohol), nedostatečně autonomní fungování
- -v rodinách častěji patologie rodičů, alkohol, drog, chaotická matka, deprivace lásky
- -rodinný kontext poruchy – symbolika hltání a zvracení jídla, které vaří matka

### **Charakteristiky rodin pacientů s jídelními poruchami**

#### **1. Anorektičky**

- rodiny s poruchami hranic v subsystémech, nadměrně ochraňující, rigidní, bez dostatečné schopnosti vyjadřovat přímo emoce a konflikty
- separační procesy = ohrožení těchto rodin. Tento typ rodin spíše u restriktivních anorektiček
- a: oddalují se od vrstevníků, pocity vlastní neefektivnosti

#### **2. Bulimičky**

- méně organizované a uspořádané rodiny, transparentnější problémy
- b: schopnost většího sociálního prosazení, důraz na sebekontrolu stejný jako u A, u bulimiček však patologicky porušovaný s pocity viny a selhaní
- 20 – 30% pacientek s poruchami příjmu potravy jsou poruchy chronické
- MA – nechtějí se samy léčit
- bul: aktivně vyhledávají pomoc častěji
- 6-20% mortalita!!!

### **Terapie**

- hospitalizace zejména u mladších pacientek, lépe na psychiatrických odděleních než na interních (školený personál)



## **5 Psychosomatická onemocnění v dětství**

- duševní vlivy mají podstatný podíl na vyvolání poruchy, která se projevuje především v oblasti tělesné. U někoho více podmíněno fyzicky u někoho psychicky.
- poruchy v jejichž etiologii hraje rozhodující roli inte