

Dětské neurózy

Základní charakteristika a etiologie neuróz. Specifické projevy neurotických onemocnění v dětském věku a dospělosti. Věková variabilita a podmíněnost, osobnostní faktory. Neurotické dítě a školní prostředí.

Neuróza:

- porucha, u které bývá dominujícím faktorem úzkost, jsou podle MKN 10 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40 – 49)
 - není postiženo jádro osobnosti
 - neuropatizace hrozí u těch, kteří v raném dětství zažili několikrát neurotickou situaci, což se odrazilo v období zrání, došlo k určitému narušení, a je tedy zvýšená pravděpodobnost, že v další podobné situaci se neuróza rozvine
- ⇒ funkční psychické poruchy, které jsou ve velké míře psychosociálně podmíněné a projevují se specifickými psychickými i somatickými příznaky a není nález v oblasti nervové či v organickém systému

- dochází k narušení subjektivního prožívání (změně emocí)

Termín „**neuróza**“ poprvé použil **W. Cull** v roce 1780, dnes je tento pojem kritizován, ale jeho používání přetrvává. MKN 10 užívá „neurotická porucha“ a DSM IV „úzkostná porucha“.

- změna prožívání (pod vlivem nerušení emocí se mohou měnit i fyziologické reakce, uvažování a chování)
- objevuje se pocit ohrožení, dysforie (pocit napětí, strachu, úzkosti) to vyvolává obranné mechanismy, obranné reakce, které jsou ale maladaptivní
- chování může být nápadné a neobvyklé, neporušuje sociální normy, není porušeno hodnocení reality a většinou si odlišnost svých projevů uvědomuje
- důsledkem neurotické poruchy je snížená výkonnost, životní energie, omezení radosti ze života

ETIOLOGIE

- komplexnější, interakce vrozených dispozic a vnějších, psychologických vlivů
- **vrozené dispozice**
 - dědičnost polygenního typu – vrozené temperamentové znaky, stabilita psychických reakcí a funkcí vegetativního systému, individuální rysy prožívání
 - rizikový faktor: funkční nezralost CNS
- **signály:**
 - pocity nejistoty, snadný vznik zábran, problémy v kontaktu s lidmi, snížená tolerance k zátěži, častý pocit rozladěnosti, dráždivost, labilita, nižší výkonnost, zranitelnost a sklon k vegetativním potížím (bolesti hlavy, poruchy spánku)
- **vlivy vnějšího prostředí** – běžné vlivy prostředí se mohou jevit subjektivně nezvládnutelné – převažuje emoční složka

Vznik úzkostných a obsedantně-kompulzivních poruch, průběh

- **premorbidní osobnost** – lze pozorovat podobné rysy osobnosti a tendence, i když ještě méně vyjádřené, a tudíž i méně nápadné
- **riziko onemocnění úzkostnou poruchou** – je větší u lidí, kteří mají zvýšený sklon reagovat úzkostně, jsou přecitlivělí, nejistí, trpí stálými obavami, jež se vztahují jak k okolnímu světu, tak k nim samým; očekávají katastrofy – netroufnou si riskovat; tendence vyhýbat se odpovědnosti za řešení různých problémů
- určité osobnostní rysy mohou signalizovat zvýšenou dispozici ke vzniku obsedantně-kompulzivní poruchy – zvýšená nejistota a z ní vyplývající sklon k opatrnosti, nadměrné

svědomitosti, k puntičkářství a k perfekcionismu, to se projevuje silnou potřebou kontroly, např. plynu, zámků, kvality vlastní práce; rigidita a ulpívavost, zvýšená potřeba plánování, disciplinovanost a důraz na dodržování norem; emoční ladění - převládá sklon k nespokojenosti, špatné náladě, omezená schopnost prožívat radost a uspokojení

- **rozvoj tohoto onemocnění:**

- obvykle pozvolný
- některé potíže se objevují už v dětství a mohou přetrvávat do dospělosti (např. fobie či obsedantní poruchy)
- jiné se mohou rozvinout v adolescenci či v mladé dospělosti (17. – 30. rok)
- po 40. roce obvykle nevznikají
- první problémy obvykle vyvolává nějaká větší zátěž, na niž člověk reaguje nepřiměřenou úzkostí nebo se objeví nepříjemné vtíravé myšlenky či nutkavé jednání – podobná reakce se pak opakuje vždycky, když se dostane do podobné situace
- postoj k léčbě bývá pozitivní, přestože bývají nemocní skeptičtí

Způsob zpracování různých zátěží ovlivňuje:

- aktuální psychický stav člověka a jeho zkušenosti a individuální vlastnosti
- aktuální a minulá sociální situace, sociální role – neurotické potíže je třeba posuzovat ve vztahu k sociálnímu prostředí v němž člověk žije - podstatný je vliv zpětné vazby, která často udržuje maladaptivní reakce, to u ostatních vyvolává určité reakce, které toto chování mohou zpětně posilovat (poruchy řeči, tiky, obsedantní chování)
- aktuální somatický stav člověka – únava vyčerpání, tělesná slabost nebo somatické onemocnění zvyšují riziko neurotických reakcí
 - neurotické p. se mohou projevit i v somatické oblasti, různé poruchy tělesných funkcí

Prognóza

- je příznivější pokud vznikly neurotické p. následkem zjevné závažné vnější zátěže, jinak pokud jde spíše o vrozené dispozice jsou terapeuticky hůře ovlivnitelné
- generalizovaná úzkost – riziko chronifikace potíží
- fobická porucha – závisí na tom, zda se objevila už v dětství, nebo v dospělosti; později vzniklá porucha a izolovaná fobie má lepší prognózu
- panická porucha – méně příznivá prognóza
- O-K P – potíže často přetrvávají i po léčbě, mívají tendenci k chronickému remitujícímu průběhu, ale ve 2/3 dochází ke zlepšení

Neurotická porucha (dále jen NP) signalizuje fixaci a kumulaci nevyřešených zátěží, jde o důsledek primární změn prožívání, projev nedostačivosti nebo selhání obecně.

NEUROTICKÉ PŘÍZNAKY:

1) Psychické symptomy :

- poruchy emocí – strach, fobie, úzkost, deprese
- poruchy myšlení – obsese, poruchy hodnocení a sebehodnocení
- poruchy paměti – poruchy koncentrace , snadná unavitelnost
- porucha autoregulace, kompulze (nutkavé jednání)
- poruchy spánku(somnambulismus, somnolokvie, noční děsy (už i poruchy vědomí)

2) Somatické symptomy:

- třes, bolest,
- poruchy zažívání (poruchy příjmu potravy: anorexie, bulimie, pica)
- poruchy vyměšování (eneuróza , enkoporéza)

- poruchy řeči – koktavost, mutismus (elektivní, absolutní,...)
- **tiky** – různé zvukové a pohybové projevy, které přinášejí člověku určité momentální uvolnění napětí
 - někdy se stávají reziduem předchozí fáze neurózy
 - v akutní situaci jsou velké a bizarní
 - často součást neurologických poruch (Turnerův syndrom)

Rozdělení podle MKN 10:

1) Fobické úzkostné poruchy

Agorafobie

Sociální fobie

Specifické fobie

2) Jiné úzkostné poruchy

Panická porucha

Generalizovaná úzkostná porucha

Směšaná úzkostně depresivní porucha

3) Obsedantně kompulzivní porucha

4) Reakce na stres a poruchy přizpůsobení

Akutní reakce na stres

Postrumatická stresová porucha

Poruchy přizpůsobení

5) Dissociativní poruchy

6) Somatoformní poruchy

Somatizační porucha

Somatoformní vegetativní dysfunkce

Hypochondrická porucha

Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha

7) Jiné neurotické poruchy

Neurastenie

Depersonalizační a derealizační syndrom

Úzkostné a O-K P v dětském věku

- poruchy jsou charakteristické nadměrným a nepřiměřeným prožitkem úzkosti a strachu
- jako poruchu lze hodnotit takové projevy, které mají určitou intenzitu a přetrvávají alespoň po dobu šesti měsíců
- **důsledek projevů** – nezvládnutí běžných sociálních požadavků nebo narušení dalšího rozvoje dětské osobnosti
- **konkrétní projevy úzkosti a strachu** jsou závislé na aktuální vývojové úrovni dítěte – z jednotlivých období vývoje vyplývají určité situace spojené s úzkostí a strachem a záleží na tom, zda je dítě adekvátně zvládne a posune se na vývojové linii dále nebo se pro něj stanou kritické
 - druhá pol. kojeneckého věku – úkolem je zvládnutí separační úzkosti

- předškolní věk – vývojově podmíněné obavy – např. strach ze tmy, ze zvířat, z nadpřirozených bytostí, strach ze zavržení a opuštění rodiči, event. z toho, že by se jim mohlo něco stát
- nástup do školy – strach z odloučení, obavy z vlastní nedostačivosti a ze selhání vzhledem ke škole či vrstevnické skupině
- střední šk. věk – strach ze smrti
- dospívání – obavy spojené s pocitem existenciálního ohrožení, nejistoty vlastní pozice ve světě
- úzkostnou poruchou trpí cca 5 – 7 % dětské populace
- výskyt jednotliv. variant se v průběhu vývoje mění, v závislosti na dosažené aktuální úrovni
- faktory, vedoucí ke vzniku, jsou stejné jako u dospělých – kombinace genetické dispozice a kumulace různých, subjektivně zatěžujících vlivů prostředí, jako je způsob výchovy, postoj rodičů, kteří mohou být příliš nároční nebo nepřiměřeně úzkostní
- úzkostné poruchy se i v dětském věku člení na základě převažujících příznaků do několika kategorií:

1. *patologická úzkost*

- nadměrná, přetrvávající a interferující s běžným fungováním dítěte, brzdí-li jeho další vývoj v jedné či více vývojových oblastech
- v batolecím a předškolním věku se projevuje buď inhibicí (stáhnutí se, pasivita), nebo naopak nadměrným neklidem (často chybně diagnostikovány jako ADHD) - nadměrné reakce na stres
- může se manifestovat i poruchami jídla, spánku (poruchy usínání, noční můry a děsy) a tzv. „neurotickými návyky“ (cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů či nadměrná masturbace – tyto aktivity slouží k uvolnění tenze; sankce z okolí zpětně hladinu tenze zvyšuje)

2. *generalizovaná úzkostná porucha*

- projevuje se trvalejší, celkově zvýšenou úzkostí, která není vázána na konkrétní situace
- postihuje cca 2 – 3 % populace
- vznik – nejčastěji v dospívání, převážně dívky
- zvýšená vnitřní tenze, nebo změna aktivační úrovně (až celková inhibovanost), nebo naopak nadměrný neklid
- úzkostné prožívání – podrážděnost, zvýšené množství různých, obvykle neurčitých obav i anticipací budoucího ohrožení – což stimuluje vegetativní potíže – např. poruchy spánku a jídla, pocity únavy a celkové nepohody
- ovlivňuje uvažování – pesimismus, zkreslené očekávání, nízké sebevědomí, sebeobviňování
- příznaky – záleží na dosažené vývojové úrovni:
 - v prvních letech života až do předškolního věku jsou projevy velmi nespecifické – jde hlavně o nápadnosti v chování – např. dumání palce, okusování nehtů, škrábání kůže; poruchy spánku a jídla
 - ve školní věku – děti dovedou lépe vyjádřit své pocity, ale děti s touto poruchou se vyjadřují o svých pocitech neurčitě, nedovedou popsat, co je trápí; obava z opuštění, selhání, z ohrožení sebe samých i blízkých lidí; mohou se objevit depresivní příznaky; obranou je jim buď pečlivost, perfekcionismus nebo naopak odkládání požadavků a izolace, což má za následek nedostatečný sociální rozvoj, rozvoj komunikace, což zpětně posiluje nejistotu a obavu z lidí

3. vyhýbavá porucha

- silný strach z cizích lidí, který by měl za normálních okolností nejpozději do 3 let ustoupit – pokud přetrvává, děti se pak vyhýbají nebo až aktivně brání každému kontaktu s neznámými lidmi
- v rodině a mezi blízkými lidmi děti nemívají obtíže
- u většiny dětí se porucha během vývoje (zejména v pubertě) pozvolna upravuje
- u některých se může vystupňovat až do podoby sociální fobie nebo může vést k rozvoji elektivního mutismu; jindy přetrvává výrazná sociální úzkost i v dospělosti ve formě sociálně úzkostné (vyhýbavé) poruchy osobnosti

4. fobická úzkostná porucha

- původně neurčité obavy mohou nabývat konkrétnější podobu, a pokud jsou nepřiměřené intenzity, stávají se fobiemi
- trpí tím cca 3 % dětí, prognóza je dobrá
- v předškolním věku – fobie ze zvířat, z nadpřirozených bytostí, ze tmy
- pro dětský věk jsou typické tři druhy fobií:
 - a) separační úzkost
 - nadměrný strach z odloučení od matky, resp. rodičů – jako porucha jen tehdy, pokud má nepřiměřenou intenzitu a přetrvává příliš dlouho (ještě na počátku školního věku), nebo objevuje-li se i v běžných situacích, které nelze považovat za ohrožující
 - nepřiměřené obavy, že by se rodičům mohlo něco stát, že by je mohly z nějakého důvodu ztratit
 - b) školní fobie
 - nepřiměřený strach ze školy – např. strach z výkonového selhání, bojí se určité osoby (učitel, spolužák), strach ze „špatných“ známek
 - často jsou to děti úspěšné, mají dobrý prospěch a objektivně není žádný důvod k obavám
 - signálem bývají vegetativní potíže objevující se tehdy, má-li jít dítě do školy
 - může posilovat vyhýbavé chování – útěk ze školy jako panická reakce
 - potíže v době víkendů a prázdnin mizí, event. se redukuje
 - c) sociální fobie
 - strach z lidí, především cizích; může mít charakter sociální úzkostné poruchy – patologické přetrvávání obav z neznámých osob, které by měly vymizet již v předškolním věku; vznik po 6. roce = sociální fobie
 - vyhýbání se sociálním kontaktům, náročným sociálním situacím, strach z vystupování na veřejnosti, ze situací, kde jsou středem pozornosti, strach ze selhání, kritiky, odmítání
 - v jim nepříjemných situacích se objevují vegetativní reakce – třes, červenání, pocení, zadržávání v řeči apod. a posiluje se tendence k únikovému chování
 - nejistota, nízké sebehodnocení, nedostatečná sebedůvěra
 - opoždí se rozvoj v soc. oblasti v důsledku vyhýbání se urč. situacím – s tím souvisí i nedostatečná komunikační kompetence (krajním případem je mutismus, či elektivní mutismus)

5. disociativní a konverzní porucha

- u dětí je propojení tělesného a duševního dění obecně větší než u dospělých a při vysoké míře emoční zátěže či silných intrapsychických konfliktech děti snadno

reagují tělesným symptomem – ať již (častěji) spíše „psychosomaticky“, či „konverzně“ (symptom je především symbolickým vyjádřením základního emočního konfliktu či pokus o jeho řešení – různé typy obrn, psychogenní bolesti či poruchy citlivosti)

- osobnostní struktura dítěte nemusí být nutně vážněji narušena, obvyklá je ovšem současně zvýšená hladina úzkosti, eventuálně i depresivní ladění dítěte

6. somatizační porucha

- mnohočetné a dlouhodobé nejrozličnější somatické stížnosti se na druhé straně častěji rozvíjejí u dětí se zřetelnými nápadnostmi osobnostního vývoje, tedy na bázi disharmonického vývoje osobnosti, nejčastěji jde o histriónský charakter osobnosti s nápadnou afektovaností a egocentrismem
- tělesné symptomy (bolesti, dechové obtíže, poruchy hybnosti) bývají dítětem líčeny dramaticky, dítě v průběhu celého vyšetření nápadně usiluje o upoutání pozornosti, je rádo středem zájmu
- bohatá fantazijní produkce (i v kresbách); porucha obvykle posilována rodinou, časté změny lékařů, opakované zákroky – nemotivovanost pro psychoterapii

7. obsedantně-kompulzivní porucha

- objevuje se v dětství a přetrvává do dospělosti
- postihuje 1 až 2 % prepubertálních dětí, až 4 % adolescentů; chlapce i dívky postihuje stejně, nejčastěji mezi 12. a 14. rokem
- klinické projevy jsou stejné jako v dospělosti:
 - emoční prožívání – dítě je ochuzené o schopnost prožívat radost, převažuje úzkost, napětí a pocity ohrožení, může se objevit i depresivní ladění
 - poruchy kognitivních fcí – projevují se obtížemi ve zpracování info; objevuje se specifický paměťový deficit, zejména pro běžné každodenní činnosti, který může souviset s potřebou opakovat určité aktivity; přetrvává infantilní magické myšlení; snížená sebedůvěra a nejistota se projevují větší potřebou sebekontroly (neschopnost rozhodování a zvýšené pochybnosti o sobě samém spojené s pocity viny)
 - změny v chování – opakované, z hlediska pozorovatele nesmyslné úkony slouží jako obrana proti očekávanému ohrožení; dítě tuto aktivitu prožívá jako nepříjemnou, ale zároveň nezbytnou (není schopné účelnějších a zralejších obran; projevuje se to nadměrnou pečlivostí a snahou o dokonalost)
 - důsledky – zhoršení školního výkonu a narušení vztahů s různými lidmi; v důsledku zaměstnání rituály není dítě schopné plnit ani základní sociální požadavky

Léčba a resocializace

- léčba úzkostných poruch je kombinovaná:
 - **farmakologická léčba** – zaměřena na redukci úzkostných stavů, deprese, event. na celkové zklidnění pacienta
 - **psychoterapie** – např. podpůrná psychoterapie, relaxační techniky, hypnóza, kognitivní terapie, terapie orientovaná na vhled, behaviorální terapie
 - z hlediska kognitivní terapie je důležité spojení pocitů úzkosti s určitými způsoby její interpretace
 - behaviorální terapie – pomáhá při zvládání úzkosti (techniky vedoucí k uvolnění a oslabení vlivu spouštěcích mechanismů)

- **terapeutická práce s rodinou** – velmi důležitá; přispívá k uvolnění napětí v rodině, k porozumění úzkostným potížím nemocného a ke spolupráci ve prospěch úpravy jeho stavu; uvažuje se o podnětech a situacích, které úzkostné reakce stimulují; důležitá práce se všemi členy rodiny – naučit je, jak se k nemocnému chovat, jak s ním zacházet,...
- **socioterapie** je zaměřena na dosažení dostupného společenského začlenění nemocného, na jeho opětovné zařazení do školy či do zaměstnání, na zvládnutí běžných sociálních požadavků

Literatura:

Vágnerová. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál, 2004.

Říčan, P., Krejčířová, D. Dětská klinická psychologie. Praha, Grada, 2006.