

Poruchy chování, dětská delikvence, toxikománie

Definice, diagnostické členění a diferenciacie, příčiny a projevy, zdroje v osobnosti, v sociálním prostředí, dětská delikvence, její nejčastější projevy, možnosti prevence, toxikománie u dětí a v adolescenci, možnosti prevence, suicidiální chování.

PORUCHY CHOVÁNÍ (F91)

Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., Dětská a adolescentní psychiatrie, 2000

Poruchy chování a emocí představují jeden z nejčastěji se vyskytujících problémů v ordinacích pedopsychiatrů a psychologů. Disharmonický vývoj osobnosti u dětí obvykle předchází různé podoby specifických poruch osobnosti, tak jak je známe u dospělých. Mnoho *dospělých delikventů mělo v dětství poruchy chování*, a naopak mnohé poruchy chování u dětí a adolescentů by byly trestné činy, pokud by pachatelé byli dospělé osoby.

Při diagnostikování poruch chování z hlediska dětské a dorostové psychiatrie je nutné diagnostické rozvahy podřídit *vývojovému pohledu*.

Epidemiologie

Mezi dětmi školního věku má 5 – 20% určité poruchy chování. Poměr chlapců k dívkám je udáván široce 4 – 12: 1.

Etiologie

Poruchy chování jsou podmíněny **vzájemnou interakcí faktorů** genetických, konstitučních, temperamentových a organických. Působením různých faktorů ze zevního prostředí dochází buď k zesílení, nebo zmírnění projevů. Z praktického hlediska se poruchy chování dělí na poruchy s dobrou prognózou, které jsou tranzitorní a maturací spíše mizí, a na poruchy se špatnou prognózou, kontinuálně přecházející do poruch osobnosti s výskytem sociálně negativních jevů.

Poruchy chování se projevují u **10 – 15% dětí a adolescentů**. Často jsou spojeny se společenskou kohezí, socioekonomickou úrovní a disharmonickým rodinným prostředím (poruchy chování u rodičů, antisociální a kriminální chování rodičů, nezaměstnanost, alkoholismus, rozvody, rodina s velkým počtem členů, striktní nebo příliš permissivní výchova bez kontroly a strukturace volného času). Počet rizikových faktorů je zásadní a kumulace zvyšuje riziko poruchy. Jsou mnohem častější u chlapců a u potomků antisociálních psychopatických dospělých. *Predisponujícím faktorem* k disharmonickému vývoji osobnosti může být drobné organické poškození CNS a specifické poruchy čtení (ve smyslu dyslexie).

Poruchy chování zahrnují dva zásadně odlišné typy diagnózy: poruchy se špatnou prognózou a poruchy s lepší prognózou.

Diagnostická kritéria

- A) Opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých. Během uplynulého roku musí být přítomny tři a více symptomů s jedním symptomem trvale přítomným v posledním půlroce. Patří sem
- Agrese k lidem a zvířatům (šikana, rvačky)
 - Destrukce majetku a vlastnictví (zakládání ohně, ničení věcí jiných lidí)
 - Nepoctivost nebo krádeže (loupeže, lhaní, krádeže)
 - Vážné násilné porušování pravidel (toulání, záškoláctví)

- B) Poruchy chování významně zhoršující školní a pracovní fungování

- C) Je-li jedinec starší 18 let, tak nejsou splněna kritéria pro stanovení diagnózy disociální porucha osobnosti (F60.2)

Poruchy se špatnou prognózou

Poruchy se špatnou prognózou jsou víceméně trvalé a kontinuální. Kontinuita poruchy jde od poruch chování v předškolním věku, přes disharmonický vývoj osobnosti s nesocializovanou poruchou chování v adolescenci do disociální psychopatie v dospělosti.

Faktory **kontinuity antisociálních poruch** chování od dětství do dospělosti:

- manifestace v útlém dětství
- chování nemění se změnou prostředí s častou frekvencí, stabilně se opakující
- špatné vztahy k vrstevníkům
- poruchy pozornosti, impulzivita a hyperaktivita
- dysfunkční rodina s patologickou interakcí a komunikací

Perzistující agresivní chování u dětí vede často v dospělosti k poruše osobnosti nebo psychóze. Jednou tváří delikvence je také zneužívání návykových látek. Děti s diagnózou dezinhibovaná porucha přichylnosti mohou již kolem šesti až sedmi let patřit mezi čičače (sniffing) nebo ochutnávat alkohol, kouřit cigarety i marihuanu.

Disharmonie osobnostního vývoje je dána fixací a petrifikací určitých osobnostních rysů (jako např. explozivity, agresivity, impulzivity, citové chladnosti, malé empatie). V každém vývojovém období je při vzniku specifické symptomatiky důležitý *souhrn vnitřních (osobnostních) faktorů, organického postižení (výrazný precipitující faktor) a zevních vlivů (rodinně-sociálních)*.

Poslední výzkumy ukazují, že ne všechny přítomné symptomy jsou nutně prediktem kontinuity poruch chování a fixace antisociálních rysů do osobnostní struktury. Vypovídající hodnotu trvání poruchy má spojení tří symptomů – rvaček, šikany a lží. Na druhou stranu část dospělých souzených pro antisociální činnost nemá v anamnéze poruchu chování v útlém dětství.

Šikana je speciální forma agrese a výrazně negativní společenský fenomén. Deformuje mezilidské vztahy. Její následky jsou dlouhodobé a projevují se i v dospělosti. V poslední době stoupá jak výskyt šikany (zvláště v nižších věkových skupinách), tak agresivita šikany (až do trestných činů vydírání nebo ublížení na zdraví). Ačkoliv je odsuzována jako nemorální, více než 17 svědků šikany se chová pasivně. Znaky šikany u školních dětí:

- jde o přímou agresi (tváří v tvář), spočívající ve fyzickém násilí nebo v jeho hrozbě, v krutém posměchu a ponižování
- oběť je předmětem agrese opakovaně
- oběť není schopna účinné obrany

Dezinhibovaná přichylnost v dětství (F94.2)

Porucha vzniká během prvních pěti let života. Všechny poruchy chování v tomto věku jsou definovány tolerancí rodiny nebo společenství, kde se dítě pohybuje, k jeho projevům. Diagnóza zde z největší části spočívá na percepci a sdělení o chování dítěte rodičem nebo vychovatelem. Poruchy chování u dítěte v předškolním věku vždy ukazují na „problémy“ v rodině. Často se velice obtížně zjišťuje, co hraje hlavní roli v rodinné interakci a jak je těžké vyjádřit ostatní rodinné problémy. Asi 3% tříletých dětí má poruchy řeči a u poloviny z nich jsou též přítomny poruchy chování ve srovnání se 14% poruch chování v celé populaci. Rozvoj řeči a jazykových schopností je u dětí s poruchami chování signifikantně opožděn. Stres během fetálního života a perinatální komplikace bývají jedním z etiologických faktorů

při vývoji poruch chování od nejútlejšího věku – často jsou spojeny s hyperkinetickými poruchami.

U dezinhibované přichylnosti nacházíme *abnormní sociální zapojování*, které má úzkou vazbu ke specifickým rodičovským vztahům. Prematurita, nemoc dítěte nebo matky negativně interferuje s možností vytvoření kladného vztahu a úspěšného zvládnutí prvního vývojového období. V něm je řešena otázka, zda dítě bude okolní svět vnímat jako zlý, ohrožující nebo dobrý, akceptující. Děti s poruchami chování a pozdější delikvencí – proti kontrolní skupině – mají v signifikantně vyšším procentu „rozbitý“ domov, nepřítomného otce a nepříznivé ekonomické rodinné poměry. Jsou nechtěné, neplánované, nemanželské, často se matka opakovaně pokoušela o interrupci.

Nevytvoření láskyplného vztahu mezi rodičem (vychovatelem) a dítětem vede k selhání v dalším vývojovém úkolu – v *separaci*. Objevuje se přítulnost bez milovaného objektu, bez výběru zaměřené náklonnosti. Dítě se nenaučí navázat jeden stabilní, bezpečný vztah, což se později projeví neschopností navázat vztah k vrstevníkům. Kolem čtvrtého roku je tato disperzní náklonnost nahrazena vyžadováním pozornosti a tzv. *nenasytitelností lásky* („věší se na každého“). Syndrom ústavního dítěte (častý následek citové deprivace) a počátky citově chladné anetické psychopatie jsou charakterizovány *nevytvořením selektivního citového vztahu*. Typická je vztahová rozptýlenost bez zaměřené náklonnosti, chudé sociální interakce, nedostatečné situačně specifické projevy, neschopnost důvěrného vztahu jak k vychovatelům, tak k vrstevníkům.

Nesocializovaná porucha chování (F91.1)

Zahrnuje poruchu chování samotářského agresivního typu a nesocializovanou agresivní poruchu. Jde o trvale *disociální* chování. Dochází ke kumulaci všech druhů antisociálního chování. Typickými znaky jsou agresivita k druhým, rvačky, vydírání, násilnosti, neposlušnost, hrubost, krutost nejen k lidem, ale také ke zvířatům, opouštění domova v noci, útěky z domova, záškoláctví, zakládání ohně, vandalismus. Krádeže jsou motivovány získáním věcí nebo peněz, u adolescentů jde i o padělání podpisů, smluv atd., časté je vykrádání aut, bytů, chat, obchodů. Pokud při krádeži dojde ke konfrontaci s obětí, dochází k agresivnímu vynucování. U disharmonicky se vyvíjející osobnosti často dominuje předčasná sexuální zralost (vyhledávání různých sexuálních aktivit až po znásilňování). Při obzvláště těžké poruše se agrese kumuluje (bez pocitů viny) – vážná ublížení na zdraví, loupežná přepadení se všemi druhy násilí. Násilník užívá více tyčí, nožů, želez, řetězů a ostatních druhů zbraní, včetně střelných, než přímého boje.

Pro diferenciální diagnostiku jsou důležité trvale narušené vztahy k vrstevníkům, izolace, neoblíbenost, nedostatek přátel, jedinec je bez jakékoliv empatie k jiným dětem, vrstevníkům, lidem a ke všemu živému. Vzácně může mít i k někomu celkem dobrý vztah, ale vždy chybí důvěrnost. Tato porucha obvykle v dospělosti krystalizuje do amorální, antisociální disociální *poruchy osobnosti* (F60.2) nebo do explozivní, impulzivní *agresivní emočně nestabilní poruchy osobnosti* (F60.3).

Porucha opozičního vzdoru (F91.3)

Tato diagnostická kategorie se používá u poruch chování mladších školáků ve věku do deseti let.

Obecná charakteristika: opakující se trvalý obraz *porušování sociálního chování*, které odpovídá dosaženému věku. Často se vyskytuje „rozbitý domov“, nevhodné a nestimulující sociální prostředí, selhávání ve škole. Převažuje u chlapců a bývá spojena s hyperkinetickou poruchou. Většinou s věkem přechází do nesocializované poruchy chování, část může přejít i do socializované poruchy chování a malé procento dětí nemá v adolescenci s chováním problémy.

Symptomy: provokace, vzdor, neposlušnost, neovladatelnost; nepřátelství, trápení druhých, obviňování druhých; hrubost, nekooperativnost, odpor k autoritám; zlost, podrážděnost, snížená frustrační tolerance. Bývají přidružené poruchy nálady, hádky, odmítání požadavků a nařízení dospělých (např. domácích úkolů, pomoci doma), přecitlivělost na kritiku, dráždivost, podezřívavost, mstivost. Dítě někdy kleje a mluví obscénně.

Poruchy s lepší prognózou

Poruchy s lepší prognózou jsou buď reakcí na určitá prostředí, např. porucha chování ve vztahu k rodině, nebo vznikají při skupinových aktivitách (socializované poruchy chování).

Porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0)

Obecná charakteristika: Musí se opakovat stejné vzorce chování, trvale stejný obraz v kontextu interpersonálních vztahů v rodině.

Symptomy: agresivní či disociální chování omezené na domov, krádeže, destrukce cenností nebo všech věcí patřících určité osobě doma, zakládání ohně v bytech, chatách a prostorách, patřících rodině.

Důležitým faktorem pro diferenciální diagnostiku jsou normální sociální vztahy mimo rodinu. Prognóza je docela dobrá, jen vzácně dochází v adolescenci k rozšiřování patologických vzorců chování a vztahů i mimo rodinu a porucha se pak vztahuje k nezdrženlivé, nezralé, pasivně agresivní poruše osobnosti (F60.8).

Socializovaná porucha chování (F91.2)

Obecná charakteristika: zapojení do skupiny přibližně stejného věku s určitým přátelstvím, rituály a strukturou organizace. Skupina nemusí vykazovat vysloveně delikventní aktivitu, i když nejčastěji ano.

Symptomy: zapojení do skupiny, špatné vztahy k autoritám (k některým vybraným dospělým mohou být dobré), doma mohou být celkem dobré vztahy, ale vždy je specificky negativní vztah ke škole; krádeže s druhými, přečiny s partou (i týrání v partě), záškoláctví; agrese nebývá často, též emoční instabilita nebo emoční poruchy nebývají přítomny.

Terapie

Jde minimálně o terapii v medicínském slova smyslu. Terapie zde znamená úsilí expertů z různých oborů vedoucí ke zmenšení, zmírnění nebo odstranění problému. U dětí a mladistvých s touto diagnózou je nutná celá řada intervencí cílených jak na ně, tak na rodinu a sociální okolí. Je vypracováno mnoho psychoterapeutických intervencí (individuální a skupinová psychoterapie se specifickými programy, kognitivně behaviorální terapie, rodinná terapie, socioterapie včetně změny prostředí, multisystemická terapie), ale zatím žádná z nich není v terapii poruch chování klíčovou. Někdy jsou nutná represivní opatření ve formě ústavní nebo ochranné výchovy.

DELIKVENCE U MLADISTVÝCH

- jako delikventní chování je označováno chování porušující zákonné nebo jiné normy chování- má širší význam než kriminalita (ta je „jen“ proti zákonu, delikvence i proti společnosti jako takové)
 - o v SPPG se liší dětská delikvence (do 15 let) a juvenilní (15 – 18 let)
 - o v kriminologii- do 15 delikvence, 15-18 kriminalita mladistvých
- mladistvý: mladistvým je ten, kdo v době spáchání **provinění** (u dospělého by se mluvilo o trestném činu) dovršil patnáctý rok a nepřekročil osmnáctý rok svého věku (218/2003 Sb. O odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže))

Delikvence (nějaký poznámky)

- delinkvence = delinquere = provinit se, chybovat
 - antisociální činy, trestná činnost
 - trestní zodpovědnost od 15 let, úplná od 18 let
 - **juvenilní delikvence** do 15 let = nižší trestní sazby, bez doživotí
 - **mladí dospělí** = do 26 let = u prvopachatelů nižší tresty, ještě se vyvíjejí
- nejčastější projevy: Mládež a delikvence (Matoušek, Kroftová)- z policejních statistik za rok 1996 (srovnáno dle četnosti)
- krádeže věcí z aut
 - krádeže aut
 - maření výkonu úředního rozhodnutí (tzn. nechoděj k soudům, neplněj alternativní tresty apod.)
 - vloupání do chat, aut
 - násilí na veřejném činiteli
 - pohlavní zneužívání (pozn. Pooky- to souvisí s časnějším pohlavním životem, hranici 15 let moc neřeší- je to klasifikováno jako pohl. zneužívání, ale většinou to není proti vůli ani jednoho z nich)
- projevy na základě mých zkušeností
- krádeže všeho druhu (vykrádání aut, kapesní krádeže)
 - jízda bez řidičského průkazu
 - jízda pod vlivem návykových látek
 - výroba, držení, požívání a distribuce návykových látek- to je fakt hodně častý

Poznámky loňských

Delikvence mladistvých má multifaktoriální podklad. Vytváří ho sama společnost (její normy, odcizení, média, socioekonomické prostředí, dostupnost kriminálních podkladů, drog), rodina (její klima, vztahy, psychopatologie, abúzus), škola a vrstevníci spolu s osobnostními faktory.

U delikventní mládeže je častá komorbidita, která podle své povahy vyžaduje specifické intervence. Z poruch, které znamenají zvýšené riziko antisociálního jednání, jsou to zejména poruchy chování, hyperaktivní syndrom (ADHD), abúzus drog. V nich jsou disociálně antisociální dispozice inherentně obsaženy. Jako komplikující faktory mohou být tyto dispozice a projevy aktivovány dalšími poruchami – například psychotickými, adolescentní mánii, ale i depresí.

Zkušenosti ukazují, že pokud nějaký, je to nejspíše multisystemicky orientovaný přístup a terapie, které mají naději na uspokojivější výsledek. Důležitou součástí takových přístupů je poznatkové a intervenční pole dětské a dorostové psychiatrie, které tak může významně ovlivnit účinnost preventivních programů.

Prevence (dle Pooky)

- plyne z příčin → prevence je práce s rizikovými rodinami (sanace rodiny, asistence sociálně slabým rodičům)
- strukturace času- to jejich rodiče většinou nejsou schopni, takže jsou OK volnočasové kroužky, sport (slouží i jako vybití energie, agrese)
- programy rozvíjející sociální dovednosti

TOXIKOMANIE

Hort, Hrdlička, Kocourková, Malá a kol., Dětská a adolescentní psychiatrie, 2000
Závislost na návykových látkách (F1x.2)

Trvání příznaků je nejméně měsíc nebo se opakují v nejdéle dvanáctiměsíčním časovém úseku. Jsou přítomny nejméně tři ze šesti znaků ve stejné době:

- silná touha nebo puzení požívat látku
- zhoršená kontrola při užívání látky (co se začátku, ukončení i množství týče)
- somatický odvykací syndrom
- růst tolerance na účinky látky
- zůžené zaměření na požívání návykové látky, zanedbávání jiných zájmů apod.
- trvání vzdor škodlivým následkům, které jsou postiženému známy

Poznámky loňských

V materiálech Světové zdravotnické organizace se používá pojem „problémy působené alkoholem“ a podobně lze hovořit o „problémech působených jinými návykovými látkami“. Jedná se o pojem podstatně širší než například závislost. K nejčastějším příčinám smrti u dětí a dospívajících patří **úrazy, otravy a sebevraždy**. Na všech těchto příčinách se návykové látky podstatně podílejí a u naprosté většiny postižených se nejedná o závislost, ale o **akutní intoxikaci nebo škodlivé užívání návykových látek**.

Patologické hráčství se podobá závislostem v některých rysech, jako je zhoršená sebekontrola, zanedbávání jiných oblastí života, intenzivní puzení ke hře (obdoba *cravingu* - - bažení u závislosti). Patologické hráčství však MKN-10 řadí mezi návykové a impulzivní poruchy, nejedná se tedy o závislost. Tím méně lze hovořit o závislostech v případě náruživého věnování se například počítačovým hrám, i když rovněž v tomto případě lze uvažovat o podobnostech s některými znaky závislosti a je možné využívat některé postupy používané při léčení závislostí (práci s motivací, rodinnou terapii, některé kog.-behav. postupy).

Terapie a prevence

Primární prevence u normální populace

Zásady efektivní prevence: program odpovídá věku (s čím mladšími dětmi – tím méně je program zaměřen na specifické látky a tím je ve vztahu k ochraně zdraví obecnější), je nenáročný a interaktivní, zahrnuje podstatnou část dětí, zaměřuje se na získávání relevantních sociálních dovedností a dovedností potřebných pro život, bere v úvahu místní specifika (např. látky, které se vyskytují v okolí), využívá pozitivní modely, týká se legálních i nelegálních návykových látek, zahrnuje snižování dostupnosti návykových rizik i snižování poptávky, je soustavný a dlouhodobý.

Léčba návykových nemocí

- rodinná terapie s rodiči: důležitá pro citovou i materiální závislost dětí a adolescentů na rodičích
- učení se dovedností potřebných pro život: častá opožděnost při jejich získávání (pracovní a studijní návyky, zvládání zátěže, komunikačních dovedností, zvládání negativních emocí...)
- otázky životního stylu a sítě sociálních vztahů
- poradenství podle specifických potřeb
- psychoterapie

SUICIDALITA V DĚTSTVÍ

Jiří Koutek, Jana Kocourková, Sebevražedné chování (2003)

- vzestupná tendence suicidality v dětském a adolescentním věku
- do 15 let vzácný letální konec, ten narůstá ve věkové skupině 15-19 (ale: snížil se celkový počet adolescentů, počet zemřelých tímto způsobem zůstal prakticky stejný)

- Suicidální chování zahrnuje suicidální myšlenky a tendence, suicidální pokus a konečně dokonané suicidium. Suicidální chování v žádné své formě **nepředstavuje samostatnou psychiatrickou nozologickou jednotku**, lze je označit za syndrom a teprve podrobné vyšetření umožní eventuální diagnózu stanovit. Existují spory o tom, zda existuje tzv. biická sebevražda, která nemá patický charakter, nebo zda každé suicidium je projevem duševní poruchy.
- *Suicidium* je definováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít.
- *Suicidální pokus* je každý život ohrožující akt, s úmyslem zemřít, avšak s nikoli letálním koncem.
- *Suicidální myšlenky a tendence* jsou charakterizovány verbálními či neverbálními projevy toho, že jejich nositel se zabývá myšlenkami na sebevraždu. Úmysl zemřít však nemusí být jednoznačný, mohou být přítomny ambivalentní postoje ke smrti a suicidálním činem je dáván život v sázku. Postoje ke smrti mohou být vědomé i nevědomé a mohou být vyjádřeny charakterem, a tedy často i výsledkem suicidálního jednání.
- *Parasuicidium* bývá definováno jako suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít, jde tedy spíše o sebepoškození. I to však může skončit letálně.
- Pokud se dva lidé domluví, že společně spáchají sebevraždu, hovoříme o *suicidální dohodě*.
- *Rozšířené suicidium* je takové suicidální jednání, kdy nemocný v psychotické motivaci před vlastní sebevraždou usmrtí blízkou osobu, například motivován ochránit ji před zlem tohoto světa.

V mezinárodním srovnání nejvyšší sebevraždnost vykazuje Maďarsko, skandinávské státy, Švýcarsko, Německo a Japonsko, ve všech věkových kategoriích více než 25 na 100 000. nízkou suicidalitu vykazuje Španělsko, Itálie, Irsko a Nizozemsko – méně než 10 na 100 000 obyvatel. V ČR byl počet dokonaných suicidií udáván na 15,7 na 100 000 obyvatel, přičemž trend je s různými výkyvy spíše sestupný. U dětí do 15 let je suicidální chování s letálním koncem relativně vzácné. V roce 1998 suicidovalo celkem 9 dětí tohoto věkového období, z toho 5 chlapců a 4 dívky. K prudkému nárůstu pak dochází ve věkovém období 15-19 let, kdy v roce 1998 suicidovalo celkem 57 osob, z toho 46 chlapců a 11 dívek.

Suicidálních pokusů je přirozeně mnohem více než dokonaných suicidií, odhady hovoří, odhady hovoří o 10-20násobku, přičemž mnohem větší rozdíl je u dívek oproti chlapcům.

Suicidální chování u dětí před desátým rokem nebývá časté. Otázkou je, jak toto chování hodnotit, když teprve mezi 9.-11. rokem věku dítě definitivně pochopí smrt jako něco nevratného. Mladší dítě může smrt považovat za reverzibilní. Přitom je však známé suicidální jednání již kolem sedmého roku věku, velmi vzácně i dříve.

Presuicidální syndrom – konkrétní představy průběhu suicidálního činu, suicidální myšlenky, dysforická nálada; jedinec se cítí smutný, nemocný, unavený; bývají psychosomatické potíže (např. poruchy spánku), změna jídelního chování, vegetativní změny

K nejčastějším motivům suicidálního jednání patří rodinné konflikty, partnerské problémy a problémy s vrstevníky. U dětí do 14 let následují problémy školní, u dospívajících erotické.