

Psychosomatické poruchy v dětském věku

Jana Pejčochová

Klinika dětské neurologie

LF MU a FN Brno

Obsah

- Dělení psychosomatických nemocí
- Diferenciální diagnóza
- Specifika dětského věku
- Vyšetření
- Vybrané syndromy
- Chronicky nemocné dítě
- Psychoterapie

Psychosomatické poruchy

- Nepřesně ohraničená skupina
- Na každém onemocnění se podílí vlivy somatické (heredita, vulnerabilita systémů) a psychické (+sociální)
- Každé onemocnění v širším smyslu „psychosomatické“ - tj. chřipka i neuróza
- Okamžitý stav imunity jedince je ovlivňován dlouhodobým i aktuálním psychickým stavem
- Proto jako kategorie z klasifikačních systémů vyřazeno

Vymezení psychosomatických poruch I.

- V užším smyslu psychosomatické
 - Tělesné onemocnění s definovaným poškozením funkce, případně struktury orgánu nebo systému
 - Poruchy vnitřních orgánů nebo systémů, které nepodléhají volní kontrole, předpokládán patofyziologický mechanismus
 - V etiologii a/nebo udržování hraje rozhodující roli interakce faktorů organických (orgánová dispozice, imunita) s faktory psychosociálními (typicky žaludeční vřed)

Úrovně etiologicky významných faktorů

- **Orgán a organismus**
 - (imunita, alergie)
- **Psychika**
 - (struktura osobnosti, ovládání a vyjadřování emocí, učení)
- **Sociální**
 - (rodina, širší prostředí - škola, zaměstnání)

Teorie psychosomatických poruch

- Dlouhá historie zájmu, od 40. let, předpokládána poruchy zvládnání emocí
- Emoce - vždy složka fyziologická/biologická a psychologická
 - Koncepce stresu (Cannon, Selye) - životní události, nespecifická stresová reakce (vulnerabilita - místo nejmenšího odporu)
 - Psychoanalytické a hlubinné teorie (Alexander) - specifický intrapsychický konflikt
 - Alexithymie (Nemiah, Sifneos)
 - Způsob chování (Friedman, Roseman, Baltrusch) - typ A...
 - Behaviorální teorie - teorie učení (nápodoba, klasické i operantní podmiňování, sekundární zisky)
 - Rodinné směry (Minuchin) - „psychosomatická rodina“ - propletenost vztahů, potřeb, strnulost, nepružnost, neřešení konfliktů
 - Psychoneuroimunologie (psychofyziologické směry)

Psychosomatické rodiny (Minuchin, 1978)

- Propletené vztahy, splývání identit a rolí, nejsou jasně odděleny city a potřeby jednotlivých členů, každý mluví za každého, hyperprotektivita vůči všem členům
- Rodiny strnulé, nepružné, bránící se změnám, neschopné řešit běžné konflikty
- Nedostatek nezávislosti, chybí otevřené vyjadřování emocí
- Rodina se skrytým manželským konfliktem - hrozí-li otevření, onemocní dítě, konflikt je odsunut stranou a zůstává neřešen
- Konflikt nemizí a fyziologické známky stresu přetrvávají
- Popsán u dětí s astmatem a dívek s MA
- Chaotické rodiny, dezorganizované, s vysokou mírou konfliktů, neposkytují dítěti dostatečný pocit bezpečí, chybí vzájemnost
- Problém přechodu rodiny do jiné fáze, například odpoutání dítěte od rodičů ve fázi dospívání - nemoc dítěte pomůže v zachování dosavadního stadia vývoje rodiny

Vymezení psychosomatických poruch II.

- V širším smyslu psychosomatické
 - Poruchy u nichž také dochází ke změnám funkce vnitřních orgánů nebo fyziologických systémů nepodléhajících volní kontrole; psychofyziologický mechanismus je předpokládán, ale není jasně určen
 - Somatizační poruchy (mnohočetné měnlivé symptomy)
 - Somatoformní vegetativní dysfunkce (psychogenní kašel, dysurie, dráždivý tračník)
 - „Psychogenní bolesti“ - bolesti v zádech, hlavy, břicha - např. pouřazové, postinfekční
 - Přetrvávání symptomů i po odstranění původní příčiny nemoci, obtížné odlišení pouze psychické a psychosomatické příčiny

MKN 10

- F54 + somatické onemocnění
 - „psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami a nemocemi klasifikovanými jinde“
 - astma, ekzémy, vředové choroby, hypertenze, migréna, únavový syndrom...
- F68.0 Zpracování somatických symptomů z psychických důvodů
- F45.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce
- F45.0 Somatizační porucha

Psychosomatické poruchy u dětí

- Větší propojenost tělesných a psychických funkcí (menší diferencovanost emocí)
- Poruchy často přechodné, lepší prognóza
- Neznamená nutně odchylku osobnostního vývoje, častá přítomnost úzkosti nebo deprese
- Nejčastěji
 - Bolesti hlavy (tenzní a migrenózní) - méně vyhraněný klinický obraz
 - Bolesti břicha (až 1/2 BB psychosomatický charakter)
 - Subfebrilie
 - U malých dětí neprospívání

Vývoj emotivity

- Postupná diferenciacie emocí
 - Nepročleněné prožívání organismu - složitá struktura vyšších citů
 - V souvislosti s kognitivním a motorickým vývojem
- Postupné narůstání druhů a odstínů
 - Integrace a stabilizace v rámci vyvíjející se osobnosti
 - Od autocentrického k allocentrické (láska)
- Podněty vyvolávající emoční reakci
 - Proměna cílového podnětu v průběhu vývoje
 - Selektivní odpověď
 - Desenzibilizace

- **Kojenecký věk**

- Emoce signalizují biologické potřeby, od narození lze odlišit příčinu pláče (bolest, hlad) x klid
- 2/3m radost ze sociální interakce (schéma obličeje)
- 6m přesun k libým emocím (při sociálním kontaktu, nápodobě emocí, činnosti, změně podnětů...)
- 6m anticipační úzkost -strach, později očekávání/zklamání
- 9m nadšení, náklonnost k dospělým, posléze k dětem
- Výraz emoce motorikou celého těla

- **Batolecí věk**

- Labilita emocí, afektivní výbuchy nepatrného trvání a hloubky
- Rozšíření prožívání vztahu k druhým osobám (diferenciace, separační úzkost, procvičování až k individuaci)
- Uvědomování sebe (projev i negativismem), odraz v řeči

- **Předškolní věk**

- Sebevědomí na základě vlastnictví
- Žárlivost, škodolibost, počátek soucitu
- Ke konci období zvýšená emocionalita, magické myšlení
- Prožívání hry, živé emocionální zpracování pohádek
- Cit pro spravedlnost, povinnost (drobné úkoly)

- **Školní věk**

- Převaha pozitivních nálad a stenických emocí
- Rozvoj mravních citů (smysl pro čest)
- Koncept smrti - 8-10let, univerzalita a nezvratnost
- Smysl pro nevšední, radost z poznávání
- Snaha o nejlepší výkon - hrdost, sebevědomí na podkladě výkonu
- Výkonová úzkost 8-12 let
- Soucit, vcit'ování
- Obecně city malé hloubky (přechodná přátelství na základě blízkosti)

- **Prepubeta a puberta**

- Tendence k dysforickým náladám, zvýšená dráždivost
- Labilita sebecitu, sebekritika - sebeláska - komplex méněcennosti (pozorování chování ostatních)
- Nadšení pro ideály, boj za spravedlnost, svědomí
- Intimní přátelství, občas samotářství
- Cit pro krásu, vztah k přírodě a umění, radost z tvoření
- Diferenciace vyšších citů v souvislosti se změnami v hierarchii hodnot

- **Adolescence**

- Bouřlivé období, střetávání protichůdných impulzů, na konci realistické ideály, autonomní morálka, stupnice hodnot
- Diferencovaná schopnost introspekce, reálné sebehodnocení
- Potřeba estetických prožitků, poznávat a samostatně řešit otázky
- Silné přátelské vztahy, erotické city, emocionální nezávislost na rodičích, trvalost citových vztahů
- Osobní zklamání z rozporu mezi představou, ideálem a skutečností

Diagnostika psychosomatických obtíží

- Kvalitní kontakt, důvěra
 - Předchozí vyšetření, stigmatizace, obvinění - dítě simuluje, selhání jako rodič
 - Příklad běžného psychosomatického symptomu (bolest hlavy při stresu, tělesný prožitek trémy - není pod volní kontrolou)
 - Úvahu o možných opačných vlivech somatopsychických (důsledky tělesné nemoci na psychický stav - zklamání z omezení a změny plánů, mohou být i pozitivní sekundární zisky)
 - Zakázka na řešení jiných problémů

Funkční analýza






- Povaha symptomů, jak je dítě samo prožívá a komunikuje
- Dítě a rodič nezávisle na sobě
 - frekvenci a intenzitu obtíží
 - vztah k různým situacím
 - denní doba
 - fyzická x psychická zátěž
- Akt. výpovědi snaha přecenit, navíc ovlivněno současným stavem
- Mapování a záznam symptomu
 - míru narušení běžného fungování - ve škole, mezi vrstevníky, v herních aktivitách
 - dítě vizuální škály
- První příznaky, případně časová (ne kauzální!) souvislost s životními událostmi (i 6m zpět)
- Co dítěti pomáhá, co dělá, aby obtíže zvládlo, co dělají rodiče

- Co se v rodině změnilo od počátku nemoci
- Jak se změnilo chování dítěte samotného
- Jak jsou omezeny aktivity dítěte
- Teorie etiologie poruchy (rodičů)
- I u menších dětí jejich vlastní pojetí nemoci (i neverbálně - kresbou, modelováním, v konstruktivní hře)
- Způsob prezentace obtíží
 - Bohatý afektivní doprovod, snaha poutat pozornost
 - „La belle indifférence“
- Popírání vlivu stresu a negativních emocí na projevy nemoci
 - psychosociální faktory hrají větší roli v udržování

Vizuální hodnotící systémy

Daily activities

During the past 2 weeks...
How much difficulty have you had doing your usual activities or tasks, both inside and outside the house because of your physical and emotional health?

No difficulty at all		1
A little bit of difficulty		2
Some difficulty		3
Much difficulty		4
Could not do		5

Dartmouth COOP Functional Assessment Charts/WONCA
Copyright © Trustees of Dartmouth/COOP Project 1995

Social activities

During the past 2 weeks...
Has your physical or emotional health limited your social activities with family, friends, neighbours or groups?

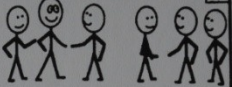



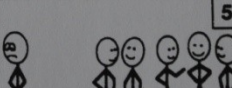
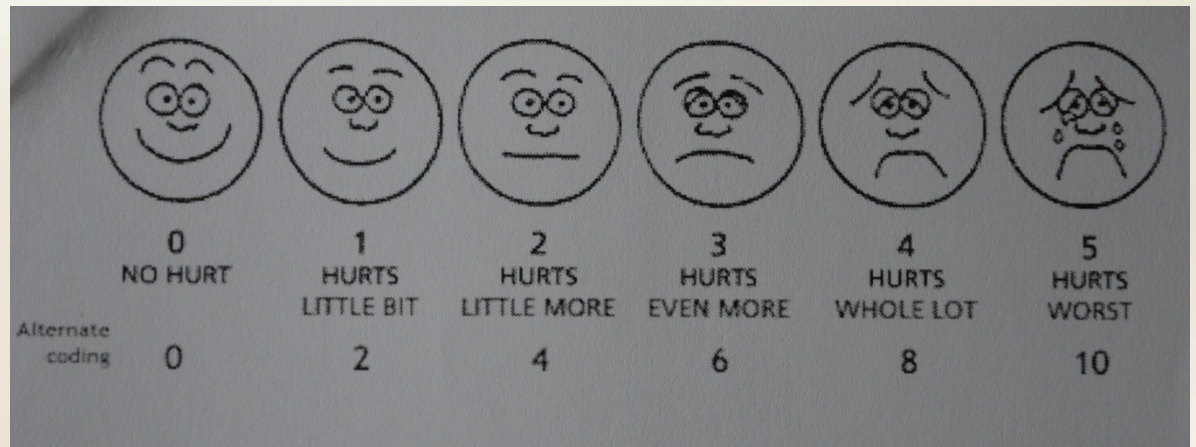
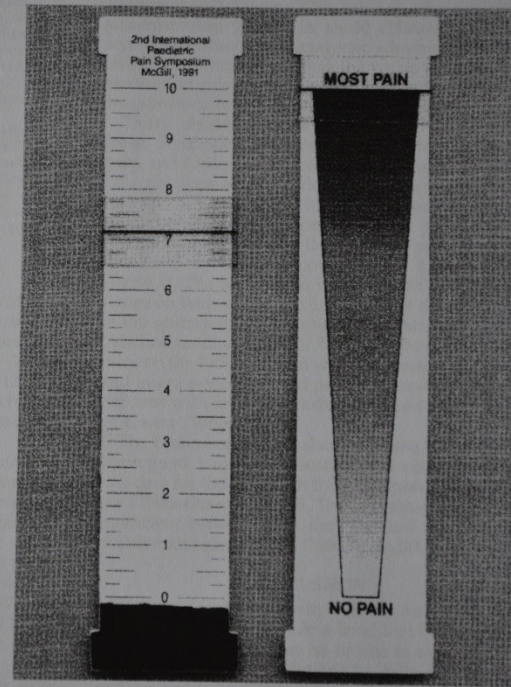
Not at all		1
Slightly		2
Moderately		3
Quite a bit		4
Extremely		5

Fig 1. The CAS. (Reprinted with permission from McGrath PA, Seifert CE, Speechley KN, et al. Color analog scale. *Pain*. 1996;64:435-443.)



Vyšetření

- **Osobnosti**
 - Emoční charakteristiky dítěte, vyjadřování a zvládání emocí, intrapsychické konflikty, zvládání aktuálních vývojových úkolů přiměřených věku
- **Podíl učení na vzniku a udržování obtíží**
 - Sekundární zisky, sociální učení nápodobou, komunikace pomocí tělesných symptomů v rodině, podmiňování - vázanost symptomu na situaci
- **Rodinný systém**
 - Komunikace, strukturální charakteristiky, vývojové stádium rodiny, zvládání vývojových přechodů a krizí
- **Míra stresu v rodině**
 - I v okolí, dostupnost sociální opory

- **Rodinná anamnéza**

- Zdravotní stav ostatních členů rodiny, zejm. chronické onemocnění
- Otázka naučeného získávání pozornosti symptomy, komunikovat takto vlastní problémy či negativní prožitky
- Posouzení rodinného systému jako celku, úroveň stresu v rodině, závažné životní události, vztahy mezi jednotlivými členy
- Úroveň stresu v rodině
- Posuzuje dítě a rodič

Vyšetření osobnosti

- Pozorování a projektivní metody; lépe než sebeposuzovací
- Dítě s psychosomatickou poruchou častěji nevědomě potlačuje negativní prožitky, nedokáže popsat vlastní pocity
- Alexithymie (Torontská škála alexithymie)
- Chronické stresory (školní zátěž - prospěchové obtíže - vyšetřit intelekt, školní dovednosti, srovnat aspiraci rodičů a nadání dítěte)
- Vrstevnické problémy - rodiče nemusí být ani informováni
- Pravděpodobnost psychosomatických poruch je zvýšena u dětí s jakýmkoliv chronickým onemocněním
 - vyšší zranitelnost organismu
 - příležitost dítěte k psychosomatickému učení
 - celkově vyšší úroveň stresu díky nemoci
- Hyperprotektivní postoje brání rozvoji autonomie, v dospívání interferují se zvládáním nových vývojových úkolů

Diferenciální diagnóza

- Úzkostné poruchy (separační úzkost, školní fobie)
- Dětská deprese, maskovaná deprese
- Posttraumatická stresová porucha
- Obtížné odlišení čistých forem
- Nutná pozitivní diagnostika
 - vztah aktuálních symptomů k specifickým konfliktům určen jasně a jednoznačně (porozumění funkce symptomu v rodinném systému nebo nalezení souvislosti mezi specifickými problémy dítěte a aktuálním symptomem)
- Chybné posouzení jako psychogenní - chybí adekvátní terapie, ztráta důvěry k lékaři
- Nadměrné zdůrazňování organické příčiny - fixace

Konverzní a disociační poruchy

- Psychické poruchy se somatickou manifestací
- Symptom nerespektuje základní fyziologická a anatomická pravidla
- Mívá symbolický význam - vyjádření konfliktu klinickým obrazem
- Pokusem o řešení nevědomého intrapsychického konfliktu

Hypochondrie

- Častá v dospívání, projev i v dětském věku
- Hledá vysvětlení a ujištění
- Dominuje strach z nemoci, „checking“
- Běžným tělesným projevům připisuje chorobný význam, nedochází k závažným poruchám fyziologických funkcí

Somatizační porucha

- Vyžaduje vlastní léčbu nemoci, chronický problém
- Trvání déle než dva roky, mnohočetné měnlivé symptomy, v čase kolísají, spontánně neustupují
- Obtíže líčí s bohatým afektivním doprovodem, vyžaduje pozornost, dramaturizuje
- Vedou k narušení běžného života a sociálních vztahů
- Jednoznačně odmítají jakýkoliv psychogenní podíl, přesvědčení o čistě somatické povaze
- Obvyklý začátek v mladé dospělosti, neúplné obrazy jsou i poměrně časté v dospívání nebo i školních dětí

Simulace / agravace

- Simulace

- Cílem vyhnout se nepříjemným situacím, rodiče prohlédnou účelovost, nedostává se do psychologické péče
- T: Otevřený rozhovor rodiče s dítětem, zeptat se na reálné obavy, nebagatelizovat
- U starších dětí, zejm. chronicky nemocných - osvojí si chování v roli nemocného
- T: Podpora zvládání a pozitivních kompetencí v rámci sebehodnocení, řešit základní vztahový problém

- Agravace

- Vědomé zveličování zdravotních obtíží
- Obavy z návratu do školy po delší absenci
- I charakter „volání o pomoc“

Předstíraná porucha Münchhausenův syndrom

- Dospívající, může se objevit už i v prepubertě, disharmonický osobnostní vývoj
- Převaha dívky, 70%
- Cílem předstírání nemoci je obvykle potřeba získat pozornost a péči, obdiv v roli trpitele
- Není zřejmý sekundární zisk jako u simulace
- Sebepoškozování (otravy, zanášení infekce do běžných ranek)
- Ochotni podstoupit i nepříjemná a invazivní vyšetření, nápadné indiferentní chování
- Odhalena obvykle s minimálně ročním odstupem
- V anamnéze četně chronické nebo akutní onemocnění, fascinovány zdravotnictvím (profesní plány)
- Emočně prázdné, chudé
- Po odhalení mění zdravotnické zařízení, PST děti ani rodiče neakceptují
- Prognóza příznivější u mladších dětí, s krátkou dobou trvání nemoci, prosté vyrábění příznaků (málo sofistikované), spolupracující rodina
- „nevysvětlitelné příznaky“
- Münchhausenův syndrom by proxi (týrání dítěte rodičem nebo pečovatelem)

Vybrané psychosomatické poruchy

Astma bronchiale

- 4% populace, 60% z nemocných dětí ve věku do 17 let, 40% v dospívání úzdrava nebo značné zlepšení
- Etiologie - alergická, imunitní, infekční a psychická (zejména udržování a důsledky nemoci)
- Onemocnění život ohrožující, při záchvatech extrémně silná úzkost, narušuje život celé rodiny - paroxysmální výskyt, nečekaně
- Farmakoterapie - nepříjemné nežádoucí účinky (vzhled, poruchy spánku, paměti, depresivní stavy)
- V dospívání - nutnost přijetí nemoci a začlenění do osobní identity
- Významné jsou vlivy rodinné - vysoká míra úzkosti a stresu v rodině, zvýšená kritičnost, hyperprotektivní postoj rodičů - udržování nemoci, při pobytu bez rodičů zlepšení („parentektomie“)
 - Častá behaviorální reakce na vědomě neakceptovatelné, ale vnitřně prožívané odmítání jakkoli nemocného dítěte)

- Děti jsou častěji úzkostné, nižší sebehodnocení, specifické vlastnosti nalezeny nebyly (zmiňována závislost, pasivita i hostilita a agresivní tendence)
- Psychoanalýza - specifický konflikt, potřeba závislosti a péče, hůře tolerují vlastní emoce hněvu, které vzhledem k vysoké potřebě lásky a závislosti nemohou vyjádřit; ochranu a péči jim zajišťují symptomy
- Emoce nejsou projevovány přímo, ale signalizovány zhoršením dechových potíží
- U emočně inhibovaných - čím více úzkosti, tím více nároků na léčbu, častější dušnost
- Zhoršování školních výkonů (absence, léčba) x svědomité, prospívající lépe než jiné chronicky nemocné děti
- Věrohodná simulace, naučné způsoby manipulace s prostředím pomocí symptomů (dokáže si je snadno vyvolat - účelové vyhnutí se škole apod.)

- Záchvat lze snadno vyvolat sugescí, relaxací zmírnit (uvolnění spasmu dýchacích cest)
- Hypnosugestivní terapie krátkodobě účinná, efekt u dušnosti psychogenně precipitované
- Záchvaty vyvolané stresem - náznak dechových obtíží vede ke zvýšení úzkosti, hyperventilace při úzkosti provokuje bronchospasmus
- Obtížné odlišení záchvatů astmatu od panických atak - dítě nedokáže popsat rozdíl
- Úzkostně precipitované záchvaty - T systematickou desenzibilizací
- Udržování symptomů i sekundárními zisky (pozornost, vyhnout se zkouškovým situacím, nepřiměřený dráždivý kašel, který je rušivý, zpětně posiluje spasmus dýchacích cest)
- V T nalézt odměňující posilující vlivy, cílenou změnu, v rámci rodiny symptomy neudržovat, podpora zdravého sociálního vývoje dítěte
- Spolupráce ovlivněna stupněm přijetí faktu nemoci, reálného postoje k ní (zvláště obtížné v období dospívání)
- Nadměrné užívání inhalačních látek namísto běžné léčby
- Informovanost dítěte o povaze nemoci, předávání zodpovědnosti za léčbu

Ekzémy

- V etiologii významná složka genetická a alergická
- Reakce na nemoc - nepříjemné svědění, sociální důsledky (odmítání dětmi, bojí se doteku postižených míst)
- Stigma v období dospívání
- Psychický stav ovlivňuje závažnost projevů nemoci, četně neurovegetativní labilita
- Specifický problém závislosti a neschopnost postupného osamostatňování se, utváření vlastních sociálních a emočních vztahů, někdy v důsledku nedostatku pozitivních emočních vazeb v rodině

Bolesti břicha

- 8-12 let, vrchol po nástupu do školy a po začátku druhého stupně
- 10% školních dětí trpí v takové míře, že je to ruší při vyučování, častěji u dívek (u 15% BB organická příčina)
- Dítě je bledé, bolest paroxysmální, trvání asi hodinu, v mezidobí bez obtíží
- Po ránu, v časném dopoledni, bolest lokalizována kolem pupku
- Objektivně přítomna neurovegetativní labilita, zvýšené svalové napětí, orientace na výkon, perfekcionismus, obavy ze školního selhání, úzkost, depresivní ladění, příp. i poruchy spánku
- Jasná psychogenní příčina asi u desetiny
 - (školní fobie, separační úzkost, konverzní charakter).
- U ostatních dětí není nalezena žádná konkrétní pozitivní souvislost - osobnostně dráždivější, napjaté, úzkostné, stydlivé - drobné nespecifické individuální odlišnosti
- „normální funkční bolest“ vývojově podmíněná, stav může být psychosomaticky zpracován

- Alergický podklad bolestí a kombinace vlivů psychogenních (časté a značně rušivé bolesti, potravinové alergie, intolerance laktózy)
- Specifické faktory - individuálně zvýšená citlivost vůči bolesti nebo přítomnost bolesti v rodině (častá nemocnost v rodině, obecně větší zaměření na bolest a zdravotní problémy)
- Sekundární zisky (pozornost, vyhnout se náročným situacím; u menších dětí separace od rodičů, u větších školní výkon)
- Komunikační význam symptomu, někdy posilována úzkostnou reakcí okolí
- Vyšetření: co dítě dělá v případě bolesti, jak ji komunikuje, jak reagují rodiče; pojetí nemoci v rodině, případné obavy z vážné nemoci
- Do jaké míry syndrom ovlivňuje život dítěte, „syndrom rekurentních bolestí břicha“ - bolest je ohnisko života

Abdominální migréna

- Bolest břicha vždy spojena s nauzeou a zvracením, četně i s BH
- Fonofobie, zvýšená teplota, bledost
- Vyjíměčně stresový precipitující faktor (cestovní horečky)
- Menší děti (5-7 let, event.3-10)
- V RA klasické migrény
- Před záchvatem změna chování (útlum, neklid)
- Ataka až 13 hodin

Bolesti hlavy

- 40% školních dětí, 70% dospívajících
- Chronické u 15% dětí do 15 let, před psychologickým vyšetřením nutné vyloučit org. příčinu
- Organické - extrakraniální (záněty zubů, poruchy krční páteře), intrakraniální (infekce CNS, mozkové nádory)
 - Většinou u dětí do 3 let je org příčina
- Migrenózní - 2-5% dětí do 15 let, třetina chronických bolestí hlavy, častější jsou v dospívání, zejména u dívek; hereditární zátěž, příčina vazomotorická, parosysmální charakter pulzující bolest, ostřejší, nauzea zvracení, zmatenost, vertigo, fotofobie, fonofobie, aura vyjimečně
- Tenzní - nejčastější typ, nespecifické symptomy (část hlavy nebo generalizovaná bolest, bolest je důsledkem kontrakce svalů hlavy a krku, významně koreluje s mírou stresu, vede k vyššímu svalovému napětí, bolesti tlakové, tupé, v odpoledních hodinách - ke konci školy nebo po vyučování)
- Smíšené - oba typy bolesti hlavy nebo je klinický obraz nevyhraněný, změny v průběhu vývoje

- Vyšetření: otevřené otázky, kresba, reakce rodičů na obrázek
- Co pomáhá od bolesti, co dělá, když ho bolí hlava, vlastní hypotéza o bolesti
- Vedení pravidelných záznamů bolesti (frekvence, hodnocení na škálách), frekvence často přeceňována, vliv stavu posledních dnů
- Sebepojetí dítěte, zdroje stresu v rodině i mimo ni
- Těžké chronické, denní bolesti zejm. u jiných chronických onemocnění, závažné vlivy vnějšího stresu
- Migrenozní, tenzní i smíšené - vlivy psychosomatické -např. zhoršení po nástupu do první třídy, poté ústup na původní frekvenci
- Vyloučit jiné poruchy - deprese, úzkost, školní fobie
- Jasně vysvětlení příčin (svalové napětí, vazomotorika), psychosomatické působení (význam vlivu zátěže je obvykle snadno akceptován)
- Účinná je systematická svalová relaxace, psychoterapie - kde je zřejmý vliv stresu na vzniku a udržování

Kresba BH jako diagnostický nástroj

- Prevalence dětských bolestí hlavy se dle kritérií populačních studií různí od 4% v předškolním věku po 11% v mladším školním věku
- Mezi převládající skupinu patří migréna společně s tenzními bolestmi hlavy
- Neexistuje přesná pomocná diferenciální metoda
- Děti ve věku 9;5-16 při spontánním popisu potíže vystihnout víc než 1 příznak
Seshia et al. (2002)
- Spolupráce s dětským pacientem je specifická
 - odlišnost klinického obrazu dětské migrény, nutnost modifikace kritérií
 - klinický obraz se také mění s dospíváním dítěte
 - snížená schopnost verbalizovat své pocity při bolesti, ochotněji prožitek sdělují kresbou
 - nedaří se přirovnat subjektivní prožitek při bolesti k jiným zkušenostem
 - přirozeně nižší slovník
 - zvýšená sugestibilita v dětském věku

Migrenózní a nemigrenózní BH

- Unilateralita bolesti
- Fokální neurologické příznaky, zejména vizuální (dále parestezie apod.)
- Periorbitální bolest
- Potřeba ulehnout, spát
- Pulzující bolest, velmi silná bolest
- Nausea a zvracení
- Fotofobie, fonofobie
- Zhoršení fyzickou námahou
- Obručová bolest hlavy
- Tlak na hlavu
- Emoční výraz v kresbě (smutek, pláč)
- Diplopie
- Bublina v hlavě (hydrocefalus a malfunkce shuntu)

Stafstrom a kol. The Usefulness of Children's Drawings in the Diagnosis of Headache. Pediatrics, 109: 3 (2002)

Chronická únava a subfebrilie

- Precipitovány akutním somatickým onemocněním
- Obraz podobný chronickému únavovému syndromu u dospělých
- Únava déle než 2 měsíce, lehčí BH, svalů, kloubů, bolesti v krku, zvětšení mízních uzlin, subfebrilie, bolesti břicha
- Zhoršení pozornosti, pocit „jako v mlze“, stížnosti na poruchy paměti bez prokázaného kognitivního zhoršení
- Minimální zátěž vede ke zhoršení, odpočinek nepřináší úlevu
- Prognóza příznivá - u většiny dojde k uzdravě do 4 let (efekt prázdnin, poté se stav znovu horší, ale vzestupný trend ve skocích)
- Častější u dívek, téměř nikdy u dětí předškolních (při běžných somatických nemocech spíše paradoxní projev vyčerpání hyperaktivitou, ale ne útlumem)
- Zhoršení kvality života s omezením sociálních aktivit a zájmových činnosti
- Etiologie: patologická imunitní reakce na infekční onemocnění u dítěte zvýšeně zranitelného, chybí imunologický nález

- U třetiny -obraz maskované deprese, snížení nálady je přítomno (odlišit premorbidní ladění od adaptace na nemoc)
- Emočně odtažené, uzavřené, se sklonem k sociální izolaci, hladina úzkosti není podstatněji zvýšena
- Školní problémy zpočátku nebývají, ale s chronickým průběhem se pro absence u většiny dětí objeví, na udržování se podílí sekundární zisky
- Vyloučit konverzní poruchy (symptom předchozí infekce modelem pro pozdější konverzní projevy)
- Podíl dysfunkčního učení - cyklus stále více vyhýbavého chování (všechny své symptomy připisuje nemoci, mění svůj životní styl, syndrom naučené bezmocnosti)
- Pokles energie a aktivity vede ke stupňování pocitů únavy, narůstající závislosti na rodině a izolaci od vrstevníků (následně nezvládá věku přiměřené vývojové úkoly - separace od rodiny), návrat k původnímu fungování je obtížný
- Pokud připustí vlivy stresu, úspěšnější a rychlejší léčba
- Odmítání ze strany lékařů (simulant), hyperprotektivita/hostilita rodičů a obviňování z lenosti, někde vliv dysfunkční rodiny
- Terapie a RHB se stupňováním zátěže

Chronické svalové bolesti

- Dospívající děvčata, mírné depresivní ladění, u 20% dg. D oprávněná, poruchy spánku, jiné emoční nebo behaviorální problémy (agrese - jako sy deprese s dráždivostí)
- Přítomny i BB a BH
- U 40% předchází psychické trauma
- Zvýšená citlivost vůči bolesti, model bolesti v rodině
- Inkongruence mezi udávanou bolestí a výrazem emocí (verbalizují silnou bolest, klidné, veselé, velká snaha vyhovět - předvedou pohyb, který dlouho nemohly pro bolesti)
- Konverzní charakter u 15% případů
- Obtíže v rozpoznávání a vyjadřování vlastních emocí, bolest může být vyjádřením negativních emocí
- Nápadná snaha udělat radost druhým, perfekcionismus a vysoká úroveň aspirací
- Psychofyzilogický mechanismus poruchy v důsledku přetížení sympatiku (Sherry et al., 2001)

- Rodiny vysoce kohezní, při nástupu potřeby autonomie vzniká tenze, obdobně při obtížích při plnění vysokých nároků
- Rodiny chaotické, i rodiče sami cítí vysoký stres, konflikt vzniká v okamžiku, kdy dítě není schopné udržet klid nebo je přetíženo ambivalencí vůči rodičům
- Přítomny mohou být i jiné typy zátěže - stres déleodobě před vznikem nemoci
- Symptomy - upoutání pozornosti, snižují nároky na pacienta ze strany rodiny, přerušují rodinný konflikt
- Obdobné symptomy (z přetížení sympatiku) u dětí po úrazech
- Růstové bolesti (ruší spánek, zpracování psychické, základ fyziologický)

Funkční záchvaty

- Imitují skutečné epileptické paroxysmy, jimiž dítě trpí, odlišení obtížné i pro lékaře (velmi věrohodné, respektují anatomické i fyziologické zákonitosti)
- Mohou být i klinicky odlišné od epi PA
- EEG záznam bez paroxysmální aktivity
- Nevědomé učení a naučená neuronální cesta, za stresu nebo v důsledku vnitřních konfliktů aktivována psychickými faktory
- Precipitující faktory: rozmanité, sekundární separace v dospívání, neuspokojená potřeba pozornosti, zvýšená celková zátěž, není specifická osobnostní struktura
- Kontinuum od zhoršování vlastní nemoci vnějšími stresy nebo psychickým stavem až po čisté konverzní/disociační záchvaty u dětí, které epilepsii nemají (PNES)

Poruchy příjmu potravy

- U malých dětí - nechutenství nebo extrémní vybíravost
 - spíše než psychosomatický, tak problém interakce v rodině, od kojeneckého věku menší než průměrná potřeba jídla, rodiče tendence do jídla nutit
- Symptom i u jiných duševních poruch - deprese, úzkosti
- Extrémní vybíravost i důsledkem opakovaných konfliktů v otázkách jídla, projevem obecných adaptačních potíží dítěte na nové situace
- Symptom obecnějších poruch chování v rodinách chaotických, rodiče nestrukturují, nejsou hranice chování; jídlo je příležitost pro nevhodné chování a upoutání pozornosti
- Atypické syndromy - fobie z jídla (sama zmínka vyvolá nechutenství a emoční reakci)
- Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu
 - úbytek hmotnosti, porucha nálady (nesplňuje kritéria pro depresi), není přítomna snaha hubnout, ani zabývání se vlastní postavou
 - dítě má strach, že mu bude špatně, strach z nákazy špatným jídlem, nebude schopné jídlo spolknout...

- Neprospívání bez organické příčiny v útlém věku - při déleodobějším trvání může ohrožovat tělesné a psychické zdraví, vývoj dítěte (malnutrice vliv na NS)
- Na straně rodičů
 - Ztrácí jistotu v mateřské roli
 - Deficit v rodičovských dovednostech (v oblasti krmení i celkově) - dítě nemá odpočinek mezi sáním, krmí dítě příliš rychle
 - Zanedbávající rodiny, slabší socioekonomické zázemí (program rané péče)
 - Deprivační vlivy
- Na straně dítěte
 - Těžší tělesné postižení - DMO
 - Orální motorická dysfunkce, dysfunkce hypothalamická
 - V batolecím věku - boj o moc (extrémní vybíravost, až zvracení), záchvaty zlosti, rodiče reagují nepřiměřeně a nedůsledně, napětí rodičů se přenáší na dítě a ještě více tlumí jeho chuť k jídlu
- Vyšetření: vývojová úroveň, úroveň sociálních dovedností, deprivační vlivy, analýza interakce rodičů s dítětem (volná hra i řízená činnost); pozorování rodiny v situaci jídla, odlišný vztah k jídlu u dětí nedonošených
- Význam jídla v dané rodině (tloušťka známky zdraví), náhlé omezení apetitu (prořezávající se zuby) naruší vědomí rodičovských kompetencí
- Intergenerační přenos, problémy s jídlem mohou sloužit i jiným účelům - neotvírat a neřešit manželský konflikt

Mentální anorexie

- Extrémní ztráta tělesné váhy v důsledku úmyslného omezování příjmu potravy (BMI pod 17,5)
- Intenzivní strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle jako vtíravá, ovládavá myšlenka, sám sobě ukládá povinnost mít nízkou váhu
- Narušené vnímání vlastního tělesného schématu (při extrémní vyhublosti má pocit tloušťky, zejména v „problematických“ partiích)
- Hubnutí - omezováním příjmu potravy, zejm. kalorických jídel, nadměrným cvičením, vyvolávaným zvracením, zneužíváním projímadel, diuretik
- Rozsáhlá endokrinní porucha; ztráta menstruace či primární amenorhea; poruchy hypothalamických funkcí a jiné
- Častější u dospívajících děvčat a mladých žen, vzácněji i u prepubertálních dětí (do 12 let asi 5% nemocných)
- Poměr chlapců 1:10-20
- Dlouhodobá podvýživa vede k vážným zdravotním komplikacím, ke smrti
- Etiologie nejasná - multifaktoriální

- Nikdy nejde o nechutenství! Přemáhání hladu a redukce příjmu potravy ve snaze snížit hmotnost, zvýšený zájem o jídlo, recepty, vaření pro ostatní
- V rozporu s vyhublostí jsou aktivní, nabití energií
- Depresivní ladění příp. klinická deprese
- Povahově: svědomité, zaměřené na výkon, konformní; až do propuknutí nemoci poslušné a vzorné (ve škole, úspěšné v mnoha mimoškolních aktivitách)
- Aktivní odmítání jídla - kontrastuje náhlé odmítání poslušnosti
- Tendence manipulovat s druhými, popírá zvracení, záměr hubnout, schovává jídlo
- Nedostatek osobní autonomie a nadměrná sociální konformita brání dosažení samostatnosti a odpoutávání od rodiny v době, kdy je to sociálně očekáváno
- Nezralost, infantilita - MA umožňuje uchovat prepubertální status či se k němu vrátit (ztráta sexuálních funkcí, sekundárních pohlavních znaků, sexualita je odmítána)
- Intelektuální vyspělost, často nadprůměrná inteligence - specifický kognitivní styl s konkrétním, iracionálním myšlením - informace nezapadající do vytvořeného schématu jsou odmítány
- Oslabeno sebehodnocení
- Obsedantně kompulzivní projevy (ritualizované cvičení, monitorování), štihlost obsesí

- Rodiny dívek s MA - nadměrně kohezní, s propletenými vztahy, nedostatečnou komunikací individuálních potřeb a citů, problémy v separačně individuačním procesu v období puberty
- Matky nejsou dostatečně citlivé k potřebám dítěte, myslí za dítě, potřeby jednotlivých členů nejsou odděleny
- Děti během dospívání nejsou schopny ustavit a prožít vlastní identitu, stupňují se pocity méněcennosti, odmítání jídla je prostředkem k získání identity a ujmutí se vlády nad sebou
- Prepubertální děti - porucha vzácná, ale přítomno záměrné hubnutí, zabývání se otázkou jídla a postavy a poruchy hodnocení vlastního tělesného schématu
- Vlivy rodinné významnější než u starších pacientek, chlapci určité femininní rysy (u ¼ homosexuální zkušenost)

- Rizikové faktory rodinné, osobnostní a traumatické zkušenosti z dětství (sexuální zneužívání a týrání)
- Častější výskyt u dětí silně nedonošených a zejména hypotrofických
 - tělesná dispozice - hypotalamická dysfunkce i reakcí rodičů (hyperprotektivita, nadměrná péče a současně nedostatečná senzitivita vůči dítěti)
- Diff dg: vyloučit somatická onemocnění (nádory, onemocnění střeva)
- Atypické formy - přítomna deprese, OCD, dítě popírá úmyslné hubnutí
- V dětském věku pod 10 let - restriktivní chování (radikální diety, excesivní cvičení), bulimické symptomy zřídka
- DG: infantilní mentální anorexie, emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu, syndrom vybíravosti v jídlu

Mentální bulimie

- Zabývání se jídlem, touha po jídle, epizody přejídání s konzumací velké dávky jídla během krátké doby, někdy navazuje na předchozí období anorektické
- Chorobný strach z tloušťky, přehnaná kontrola vlastní váhy (stanoví si nižší práh, než je premorbidní váha), porucha vnímání tělesného schématu nemusí být přítomna
- Snaha snížit výkrmný účinek jídla zvracením, zneužíváním laxativ, anorektik, diuretik, thyreoidními preparáty, obdobím hladovění
- Častější u dospívajících dívek a mladých žen, v prepubertě vyjímečně (asi 4% studentek)
- Perfekcionistické rysy, křehká narcistická rovnováha, závislost na hodnocení druhými
- Větší schopnost sociálního prosazení a autonomních postojů oproti přizpůsobivým restriktérským anorektičkám
- Cení si sebeovládání - pocity vzteku, viny a studu za porušení režimu bulimickými epizodami
Snížené sebehodnocení, vyšší hladina úzkosti, dívky jsou pasivní, vyhubavé (až sociální izolace - většinu času tráví kolem jídla)
- Přítomny i další obtíže regulace impulzů - krádeže, alkohol
- Predisponující faktory - předchozí sexuální zneužití nebo jiné traumatické zážitky v dětství
- Rodina: častěji zachycena rodičovská patologie, zneužívání alkoholu nebo jiných drog, rodiny chaotické, dítě pocit nedostatku rodičovské péče a lásky

Etiopatogeneze PPP

- Etiologie multifaktoriální (doba, osobnost, rodina, vývojový úkol)
- Sociokulturní kontext - rodinné fungování a osobnost dítěte
- Častější výskyt v západních zemích - důraz na osobní individualitu, úspěch, výkon, příslušnost ke střední a vyšší třídě
- Spouštěče: specifické vývojové požadavky a úkoly adolescence - separace individuace, upevnění vlastní identity a ženské role, akceptace sexuality
- Udržující faktory: syndrom hladovění, změny v endokrinní oblasti, oslabené ego fungování, sekundární zisk z nemoci
- U MA i MB základní důraz na sebekontrolu a sebeovládání
 - U MA extrémně dodržovaný
 - U MB patologicky porušovaný s pocity viny a selhání
- Problematická rodinná komunikace
 - MA: uzavřené, rigidní rodiny s důrazem na perfekcionismus a výkonnost
 - MB: dezorganizace

Poruchy spánku

- Děti disponované - temperamentově, nedostatek pozornosti v průběhu dne?
- Sekundárně - ADHD, PTSD, symptom poruch neurotických (separační porucha - vývoj konceptu smrti, jiná úzkostná porucha, deprese)
- Menší děti deficitem spánku netrpí, kompenzují denním spánkem, sekundárně narušen jejich vztah s rodiči
- Školní děti - nepříznivé důsledky na učení i chování dítěte, zhoršení nálady, klesá vitalita, pozornost a další kognitivní funkce
- Častěji u dětí s perinatálními riziky (1/3 z nich má jiné další postižení, onemocnění), nedonošené - dráždivější, rodiče vedeni lékařem, aby dítě nenechali plakat - to si zvyká na konejšení a pozornost
- Obtíže posilovány interakcí s rodiči, prostředkem boje o moc, důsledkem nedostatečné organizace rodinného života nebo obecnější dysfunkce rodičovských dovedností
- Parasomnie - fyziologická nezralost nervové soustavy, horší se při nadměrné zátěži, negativní psychosociální faktory
- Analýza rituálu usínání a spaní v rodině, strukturace činnosti dítěte v době usínání, jasné ukončení rutiny, kterou dítě nesmí protahovat
- Záznamy - frekvence, vzorce denního spánku, denního rytmu, dosavadní pokusy

Druhy poruch spánku

- **Poruchy usínání**
 - Dítě nemá naučené strategie sebeuspávání, vyžaduje přítomnost, doba usínání se prodlužuje (posilováno pozorností)
 - Silná separační anxieta (vývojově normativní)
 - Přejídný nárůst úzkosti v době magického myšlení ve 4-5 letech
 - V 8-10 letech plné pochopení faktu smrti (nezvratnost a univerzalita)
 - Maladaptivní stereotypy (houpání, tlučení hlavou...), přeúčení na jiný
- **Časté noční probouzení (6x a více za noc)**
 - 20% 1-2 letých dětí, vyžaduje pozornost, uklidňuje se sáním
 - Cílem pomoci není, aby se dítě nebudilo, ale aby nerušilo rodiče
- **Noční můry**
 - Živé sny s děsivým obsahem, reakce na aktuální zátěž, somatické onemocnění; časté a trvalé - nadměrný stres nebo emoční přetížení
- **Parasomnie**
 - Noční děsy /pavor nocturnus/ v průběhu spánku se zvedá s křikem, otevřenýma očima, nereaguje, po probuzení amnézie na celou příhodu
 - Vázán na fázi hlubokého nREM spánku, neurofyziologická dispozice dítěte
 - Vyloučit epileptický ekvivalent
 - Somniloquie (mluvení ze spaní), somnambulismus (chození ve spánku)

Příbuzné poruchy s tělesnou manifestací

- Tikové poruchy, enurézy, enkoprézy, balbuties
- Interakce vlivů organických/biologických s vlivy psychosociálními, žádný z faktorů sám o sobě v etiopatogenezi nepřevažuje
- Narušeny funkce, které jsou za normálních okolností pod volní kontrolou

Tikové poruchy

- Repetitivní bezúčelné pohyby nebo zvuky, frekvence kolísá během dne, mění se v prostředí, v závislosti na činnosti, zevní teplotě a stresu
- Zvýraznění při úzkosti, strachu, rozrušení, únavě, prosté relaxaci
- Potlačení při plné koncentraci na činnost, adaptaci na novou situaci, rebound fenomén
- Individuálně odlišené modifikující faktory
- Varovné nutkání, sugestibilita
- V dětství výskyt u obou pohlaví stejný, v dospělosti převažují muži
- Komorbidní poruchy - HKP, OCD

Druhy tiků

- **Jednoduché motorické**
 - Nejčastěji v oblasti mimického svalstva, grimasování, mrkání, pošukávání obočí, krčení nosu, potrhávání hlavou, záškub rameny...
- **Jednoduché vokální/fonační**
 - Krátké zvuky jako frkání, chrochtání, pošťkávání, odkašlání, mručení, vyražení slabik či souhlásek, syčení, pohvizdování...
- **Komplexní motorické**
 - Dotýkání se, předklánění, poplácávání, točení, poskakování až opakované sebezraňování (úderý, kousání) nebo obscénní pohyby (kopropaxie)
- **Komplexní fonační**
 - Komplex zvuků, slov, frází buď indiferentního nebo obscénního charakteru (koprolalie) či opakování vlastních (palilalie) nebo slyšených slov (echolalie)
 - Obvykle odlišnou intonací či barvou hlasu, než je běžná mluva

Druhy tiků

- Mentální tiky

- jsou mentální operace se slovy nebo představami, které však narušují od kompulzí neslouží k neutralizaci obsedantní myšlenky, nemají nádech negativních emocí a jsou hravější
- jedná se většinou o vypočítávání číselných řad, hledání rýmu na slyšené slovo, asociční řetězce dle nějakého předem určeného kritéria (blízké například slovní kopané)

Klasifikace tiků

- Vokální x motorická
- Přejídná a chronická (do 12 měsíců, více než 1 rok)
 - Motorické a vokální tiky nejsou nikdy přítomny ve stejnou dobu
 - Sociálně handicapující, emoční zátěž
- (Kombinované formy)
- Tourettův syndrom
 - Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha
 - Undulující průběh od dětství do stáří
 - Z hlediska sociálního dopadu nejzávažnější (koprolálie, kopropaxie)
 - Chlapci/dívky 9:1

Manifestace tiků v dětském věku

- Obvyklý nástup kolem 4-6. roku, nejčastější výskyt mezi 7.-11. rokem
- 5-24% dětí školního věku (Malá, 2000), od staršího školního věku převažují chlapci nad děvčaty 2:1, v adolescenci chlapci převažují 3-4:1, v dospělosti 6-9:1
- Výskyt v dětství 5-12x častější než v dospělosti
- Maturace CNS - spontánní úprava
- Kolísavý průběh /remise, relapsy/
- Neurotické známky
- Onychofagie, enuréza, balbuties
- Komorbidity - OCD, HKP (HA i porucha pozornosti)
- Dlouhé usínání
- Dopad do dospělého věku - sociální izolace až fobie, úzkostné poruchy, snížené sebehodnocení, deprese

Funkční enuréza

- Opakované pomočování bez organické příčiny
- Denní
 - ve věku volní kontroly - od chronol. věku 4-5 let, mentálního 4 let
- Noční
 - pomočení 2x měsíčně ve věku 5-6 nebo 1x měsíčně u dětí starších
- Denní - po 3-4 letech věku
- Primární (bez suchého intervalu), sekundární (suchý interval alespoň 1 rok)
- Primární noční enuréza častý problém - v 5 letech 15-20% dětí, v 10 letech 5%
- Denní enuréza je méně častá - v 6 letech 3%, u poloviny souběžně i enuréza noční
- Více chlapci 2:1, u starších dívek horší prognoza, bývá přítomno více emočních problémů, někdy kombinace s funkční enkoprézou

- Etiologie: faktory genetické, drobné funkční odchylky močového ústrojí (menší kapacita močového měchýře, jeho zvýšená dráždivost), odchylky hormonální regulace (nedochází ke snížení vylučování v průběhu noci, Adiuretin), nezralost nervové soustavy (koincidence s LMD)
- Na bázi drobných biologických odchylek dochází k dysfunkčnímu učení
- U disponovaných dětí, v rodinách chaotických, s nižší socioekonomickou úrovní, celkově vyšší úrovní stresu
- Nadměrná hloubka spánku není potvrzenou příčinou
- Psychogenní faktory nehrají u primární enurézy rozhodující roli, mohou se podílet na jejím udržování
- Sekundární enuréza: faktory biologické (stavy po opakovaných infekcích močových cest, urologických operacích), zvýšena i pravděpodobnost psychogenní etiologie
- Vyšetření: podrobná anamnéza, frekvence pomočení, kapacita - močení během dne, urgencye, dosavadní pokusy o zvládnutí problému, motivace k léčbě

- Nejsou typické osobnostní rysy, přítomnost dalších emočních nebo behaviorálních problémů je častá
- U starších dětí je důsledkem poruchy oslabené sebepojetí, dítě se za problém stydí (odmítá o něm hovořit, vnějškově jej bagatelizuje), ve skutečnosti je to hlavní zdroj stresu, významné jak rodiče na problém reagují - sekundární interakční a vztahové obtíže
- Vlivy rodinné - mohou se podílet na vzniku a udržování, zejména nedostatek pozitivních emocí- dítě zažívá citový chlad, v rodinách nedostatečné sdílení potřeb a citů, sourozenci soupeří o lásku rodičů
- Výskyt jako adaptační problém (narození sourozence), spont. úprava
- T: behaviorální (režimové úpravy, cvičení svěračů, nácvik pomocí budícího aparátu)

Funkční enkopréza

- Spodní věková hranice 4 roky (mentální věk také 4 roky), dochází k vyměšování mimo k tomu určené místo alespoň 1x za měsíc po dobu nejméně 6 měsíců
- Primární
- Sekundární - čistý interval alespoň rok
- Častěji ve dne, vzácně noční
- Často spojena s enurézou (zácpa při retenci interferuje s normální funkcí močového měchýře)
- Odlišit odmítání vyměšování v batolecím věku (mezi 2,5-4 roky), nácvik močení byl zvládnut, odmítá chodit na stolicí
 - Sklon k zácpě a bolestem při vyměšování - může být příčinou i důsledkem
 - Dítě již nenosí pleny, o plenku si řekne nebo čeká na noc, vhodnou příležitost doma
 - Vyměšování plně vůlí ovládá, odmítá se vyměšovat na určeném místě - může vést k retenční enkopréze

3 základní typy enkopréz

- Retenční
 - Zácpa, úmyslné držení, snaha vyhnout se bolesti při vyměšování, odmítá cizí prostředí (toalety v MŠ), tuhá stolice vytváří „zátku“, střevo se roztahuje a ztrácí normální funkci (megakolon, útlum střevní motility), dlouhodobé - až organické poškození střeva
 - Tekuté složky stolice prosakují kolem zátky, dochází ke špinění
- Chronický průjem (syndrom dráždivého tračníku)
 - Průjem se objevuje v přímé souvislosti se stresem
 - Nalezení zdrojů tenze, konfliktů - psychoterapie
- Manipulační špinění
 - Enkopréza k manipulaci s okolím, symptomem vyjadřuje pocity, které přímo vyjádřit neumí nebo nesmí (zlost, hostilita)
 - U dětí s vývojovými poruchami, MR, emočně deprivovaných, týraných, zneužívaných

Chronicky nemocné dítě

- Dlouhodobý stres pro dítě i rodinu (bolest, narušení režimu, vývoje vztahů...)
- Spolupráce při léčbě
 - Léčitelné, ale ne vyléčitelné = chronické
 - Chybí přímý negativní důsledek nespolupráce
 - Odpovědnost za léčbu rodiče, v průběhu dospívání na dítě
 - Subjektivní význam nemoci pro dítě i rodiče
- Faktory zvládnání:
 - Typ nemoci (viditelnost, nároky na péči, omezení funkce, průběh v čase, prognoza)
 - Individuální charakteristiky dítěte (osobnost, věk, dosavadní zkušenosti)
 - Prostředí (rodina, stres, opora)
 - Odborníci, specifické programy

Vývojové aspekty chronických onemocnění

- **Kojenecký a batolecí věk**
 - Separace, strach z cizích lidí, event. změna chování rodičů při strachu o dítě
- **Starší batolecí a předškolní věk**
 - Pohybové omezení (iniciativa), hledání viny (nezralé pojetí nemoci), strach z bolesti - vznik fobií
- **Školní věk**
 - Izolace od vrstevníků, potřeba výkonu oproti inferioritě
- **Dospívání**
 - Tělesný vzhled, sexuální otázky, později pak i sociální a pracovní uplatnění, výhledy do budoucna

Programy zvládání nemoci a bolesti

- Zaměřené na rodinu
 - Přítomnost rodiče (i při zákrocích)
 - Informace
 - Rodiče - nácvik dovedností u dítěte
 - Rodičovské a svépomocné skupiny, event. rodinná terapie
- Zaměřené na dítě
 - Informace (video, model - hra na lékaře)
 - Snížení úzkosti (relaxace, odpoutání pozornosti, imaginace)
 - Možnosti kontroly nad situací - aktivní spolupráce
 - Obohacení prostředí, stimulace aktivity dítěte
 - Event. psychoterapie

Terapie

- **Terapeutické využití psychofyziologických mechanismů**
 - Nespecificky - soustavné vytváření stavů duševní pohody harmonizuje průběh všech tělesných funkcí
 - Specificky - ovlivňující právě činnost narušených funkcí a orgánů, působit na celkové regulační soustavy organismu (nervové, humorální, imunitní), nebo dílčí funkce a orgány (oběhu, dechu, svalové činnosti, kůže, zažívání, vyměšování)
 - Možnost ovlivnit i ty funkce, které nepodléhají přímému volnému vedení - fyziologické změny přímým prožitkem určité kvality a určitého obsahu (tíže, lehkost, teplo, chlad, napětí uvolnění)
- **Vedení terapeutem x pacient si stavy navozuje sám**
 - Sugescí působivého prožitkového stavu nebo situací, v nichž se žádaný stav vyskytuje, přímou sugescí žádoucího průběhu tělesné funkce tak, jak jej pacient dokáže vnímat
 - Pacient - vlastní aktivitou se učí ovládat vybrané složky tělesného dění pomocí vhodných představ a vhodného zaměření pozornosti, které požadované změny reflexivně vyvolávají
 - Zpětnovazebné vnímání pocíťovaných změn v tělesném dění, dále se učí cíleně řídit jejich další průběh

- Autogenní trénink - uvolnění a harmonizace v oblasti vegetativního řízení funkcí organismu, prohloubené svalové uvolnění, úprava prokrvení a cévní dynamiky v oblastech periferních cév, vnitřních orgánů a hlavy, zklidnění a zpravidelnění spontánního průběhu srdeční činnosti a dechu
- U dětí (zejm. do školního věku) využíváme příběhy, bajky... dle zralosti myšlení
- Spontánní návrat porušených funkcí ke zdravému průběhu, zvyšuje odolnost dítěte vůči tělesné i duševní zátěžit

- **Zvířátko**
- *(klíčové okamžiky s dítětem cvičíme)*
- *Na vesnici žil jeden pejsek, říkejme mu Punt'a. Jednou ráno si Punt'a vyběhl na vycházku, že se podívá, co je kolem. Jen co vyšel za vrata, protáhl se. Nejprve přední nožičky, potom i ty zadní a celé tělo, jako by všem chtěl ukázat, jak je dlouhý. Běžel do kopce za vesnici a byla to dlouhá cesta. Po chvíli už měl unavené nohy, zastavil se, díval se kolem, jak je tam pěkně. Tu ale uviděl za stromem kočku a úplně zapomněl, že byl unavený. Rozběhl se za kočkou, už už ji chytal! Ale ona byla rychlejší a schovala se na strom. Punt'a ještě chvíli běhal kolem stromu, ale zdálo se, že se kočky nedočká. Rozhodl se, že si na ni počká a u toho si trochu zdřímne. Našel si pěkné, suché a vyhřáté místo na louce a tam se třikrát otočil dokola, jak to pejskové před usnutím dělají. Schoulil se do klubíčka, ještě jednou se protáhl a už si lehl. Chtělo se mu tak moc spát, protože cesta na kopec byla dlouhá. Jen si tak ležel v trávě, poslouchal, jak vítr šustí s vysokou trávou a kolem bzučí včelky. Ležel a na kožíšku cílit teplé paprsky slunce, jako by ho po hlavě, zádech i nožičkách hladily. Lehce foukal mírný větřík a všude bylo takové ticho...*

Biologická zpětná vazba

- Sledovat fyziologickým měřičem, co se v ovlivňované oblasti děje (vodivost kůže, teplota, napětí, tepová frekvence, dech, elektrická aktivita mozku)
- Úkolem je počínat si tak, aby se zpětnovazební signál měnil v určitém směru, pokusem a úspěchem rozpoznává takové duševní a tělesné nastavení, které žádanou fyziologickou změnu navozuje
- Učí se vnímat průběh vlastního tělesného dění, vlastní aktivitu a v jeho ovlivňování - a tím se učí přímým volným chtěním neovladatelné funkce měnit v žádoucím směru
- Souběžně terapeuticky působit i na psychogenní složky poruchy a léčby - snížit citové přetížení, řešit motivační konflikt, zamezit odměňování příznaků tělesného onemocnění, nahradit jejich komunikační a mocenskou úlohu vhodnější možností

Interpersonální vztahy

- Jádrem určité poruchy je patogenní vývoj v uspořádání vztahů dítěte s jeho bezprostředním okolím, zejm. v rodině, ve školním kolektivu, skupině vrstevníků
- Individuální porucha dítěte je důsledkem nezdravého způsobu vztahového uspořádání, nezdravého způsobu interakce
- Porucha vyvolaná sociálním přetížením dítěte se stává nástrojem patologické komunikace a vlivu, v tomto prostředí jsou zdravější způsoby málo účinné
- Rozbor struktury a dynamiky interpersonálního dění, individuální a skupinová patologie - jednotný okruh příčin a následků, léčba zaměřena k oběma pólům
- Rodinná terapie (porucha dítěte podmíněna narušením vztahů a interakcí v rodinném soužití), skupinová terapie (problematika poruch ve vrstevnických vztazích)

Interakční přístupy

- Rozbor, jak interakční vzorce plní svou praktickou (fyzickou) a symbolickou (komunikační) funkci
- Práce se členy skupiny - hledá patologické a patologické vzorce interakce, příznačné, lze srozumitelně uvést do příčinného vztahu s poruchou dítěte
- Navenek patrné jako opakující se sledy „výměn“ sdělení a činů mezi členy skupiny
- Mají účelnou úlohu pro komunikující jedince, případně i pro způsob existence dané skupiny jako celku.
- T hledá účely, jimž patologie dítěte příp. existence dítěte jako nemocného slouží, překážky, které stojí v cestě prosazení zdravějších, všestranně výhodnějších způsobů, hledá a zmobilizuje zdroje, které lze využít k překonání patologické rovnováhy a k vytvoření vztahů, které umožňují účelnější dosahování cílů všem členům skupiny a nebrání skupině i členům v dalším přirozeném vývoji
- T změny individuální, změny vztahové a systémové (ovlivňující způsob a obsah interakce v celé skupině - učit dítě i druhé lépe chápat, více důvěřovat, jasněji komunikovat, účinněji uspokojovat vzájemné potřeby, vhodněji vyvolávat a zpevňovat žádoucí chování, lépe řešit vzájemné problémy, překonat překážky

Strukturní přístupy

- Patologické vztahy, dítě začleněno se svou poruchou, diagnostika trvalejší skladby skupinových vztahů: jak se vnitřně člení a navenek vystupuje, těsné/rozvolněné, vyvážené/narušené jsou vztahy, vyvážené/narušené vazby mezi různými členy, ustavené vztahy regulují interakci citovou, mocenskou, praktickou, pravidla ve skupině (co je požadováno, přípustno, zakázáno)
- D přetíženo z nevyvážených nároků a možností, které mu struktura vztahů a pravidel ve skupině přisuzuje
- Patologické situace dítěte v rodině - „náhradní partner“ - nepřiměřená role poskytování citové opory rodiči, koalice proti druhému rodiči - vnitřně rozporná norma - od dospívajícího se vyžaduje poslušnost dítěte, ale i dospělá samostatnost a odvaha při řešení rodinných problémů
- Porucha - dává možnost neúnosným nárokům situace se vyhnout, jejím prostřednictvím dosáhnout náhradního naplnění svých aktuálních vývojových potřeb
- Onemocnění si vynutí respekt, přizpůsobí se mu pravidla a vztahová struktura - výskyt příznaků a jejich vymizení se stanou důležitým prostředkem regulace uplatňování moci, citové blízkosti, rozdělení pozornosti a péče.
- Onemocnění/problémové chování slouží rodině i dítěti k aktuálnímu překonávání kritických vztahových momentů i za cenu, že stav dítěte se zhoršuje

- Vývoj vztahové struktury - důležité terapeutické vodítko - dítě se vyvíjí, s ním celá skupina, mění se individuální i vzájemné potřeby, možnosti a způsoby, jimiž se uplatňují a naplňují
- Doposud vyhovující vztahy se stávají příčinou porušení souladu a funkceschopnosti jednotlivců i skupiny, pokud se včas nepřizpůsobí
- Úkoly a problémy příznačné pro určité vývojové stadium rodiny lze zvládnout jen v rámci vztahů, které nárokům stadia odpovídají - T je dopomoc skupině k vytvoření žádoucích nových vztahů
- T zasahuje formou experimentů a úkolů -vyvolávají změnu doposud přijímaných pravidel soužití, dělby moci a zodpovědnosti, ověřování nových způsobů vzájemného působení
- Vyproštění skupiny vč. narušeného dítěte z nevyhovujících vazeb a vytvoření vhodnějších zbavuje dítěte vztahové patogenity a dává možnost jeho individuální poruchu překonat - ta už není vynucována jako následek patogenního přetížení, ani jako nejúčinnější prostředek dosahování nouzového vyrovnání v oblasti potřeb - napraví se spontánně nebo v rámci individuální terapie

