

PORUCHY CHOVÁNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN Brno

Článek se souborně zabývá poruchami chování u dětí a dospívajících. Současná definice a třídění těchto poruch je založena na Mezinárodní klasifikaci nemocí, 10. revizi. Poruchy chování vykazují často určitý vývojový trend s počátkem v předškolním věku a v nepříznivém případě končící dissociální poruchou osobnosti v dospělosti. Jednotlivé poruchy chování mají však různou prognózu. Agresivita patří k základním příznakům poruch chování, sama je psychologickým fenoménem a lze u ní rozlišovat různé typy. Etiologie poruch chování je komplexní, podílejí se na ní vlivy sociokulturní, psychologické i biologické. Léčba musí být proto multimodální. Spolehlivě prokázaná farmakoterapie zatím není k dispozici.

Klíčová slova: poruchy chování, agresivita.

CONDUCT DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

The synopsis deals with conduct disorders in children and adolescents. Recent definition and classification of these disorders is based on International Classification of Diseases, 10th revision. Conduct disorders often show certain developmental trend beginning in pre-school age and, in less favourable case, ending in antisocial personality disorder in adulthood. Individual conduct disorders have, however, different prognosis. Aggression is a basic symptom of conduct disorders and it is itself a psychological phenomenon in which different types can be distinguished. The aetiology of conduct disorders is complex, the sociocultural, psychological and biological factors play role. The treatment should be thus multimodal. Evidence-based pharmacotherapy is not available yet.

Key words: conduct disorder, aggression.

Psychiat. pro Praxi; 2007; 2: 85–87

Poruchy chování představují psychiatrickou diagnostickou jednotku a zároveň společenský problém, který sama psychiatrie a ani medicína není schopna vyřešit. To, které chování se považuje za vhodné a žádoucí a které naopak za nevhodné a nežádoucí, určuje společnost. Lidé nemají většínu těchto společenských norem chování vrozenou, nýbrž si je osvojují během života. Pokud se někteří jedinci nejsou schopni těmto normám naučit a trvale je porušují, stávají se ve společnosti nežádoucí a jsou vystaveni buď represivním opatřením, nebo pokusu o nápravu – převýchovu nebo léčbu. V tom případě je nutný komplexní multioborový přístup, na němž se kromě medicíny podílejí další disciplíny jako psychologie, pedagogika, sociologie, sociální služby aj.

Definice

Jedním z nejobtížnějších aspektů při diagnostice poruch chování je, jak odlišit normální agresi a „nepsychiatrické“ problémové chování od trvalejšího a pervazivního problémového chování. Za důvod pro psychiatrickou diagnózu nelze považovat ojedinělé dissociální činy či kriminální činy, vzdorovitě chování, záškoláctví, občasné krádeže a rvačky, i když všechny tyto jevy jsou pro poruchy chování typické. Teprve pokud je takovéto problémové chování přítomno trvale, je extrémní a hrubě překračuje vzory chování typické pro příslušný věk, lze o diagnóze poruchy chování uvažovat.

Diagnostická kritéria dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) jsou následující:

Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem

- dissociálního
- agresivního
- vzdorovitého chování.

Příkladem takového chování jsou nadměrné rvačky, tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo ke zvířatům, závažná destrukce majetku, zakládání ohňů, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví, útoky z domova, mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovité provokativní chování a trvalá neposlušnost.

Při posuzování, zda je přítomna porucha chování, je třeba brát v úvahu vývojový stupeň dítěte.

Vylučujícími kritérii jsou přítomnost schizofrenie, mánie, pervazivní vývojové poruchy, hyperkinetické poruchy a deprese. Porucha chování se často kombinuje s jinými chorobnými stavy. Pokud se současně vyskytují emoční dětské poruchy, diagnostikuje se smíšená porucha chování a emoci, pokud je přítomna hyperkinetická porucha, diagnostikuje se hyperkinetická porucha chování.

MKN 10 poruchy chování dále rozděluje na:

- porucha chování ve vztahu k rodině
- nesocializovaná porucha chování
- socializovaná porucha chování
- porucha opozičního vzoru

Smysluplnost takového dělení není beze zbytku prokázána. Kategorie jsou utvořeny podle různých třídících kritérií – prostředí, kde se poruchy chování

vyskytují, socializace jedince i vývojového období. Jaká je souvislost jednotlivých kategorií, také není přesně známo.

Navíc je syndrom poruch chování přítomen u jiných diagnóz – poruch přízpusobení, poruch sociálních vztahů v dětství a hyperkinetické poruchy chování.

Malá (3) dělí z praktického hlediska poruchy chování na dvě skupiny:

- poruchy s dobrou prognózou
- poruchy se špatnou prognózou.

Špatná prognóza je spojena s kontinuálním vývojem směrem k antisociální poruše osobnosti (dissociální psychopatii) v dospělosti.

Jako prediktory špatné prognózy se uvádí:

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

Mezi poruchy se špatnou prognózou se řadí nesocializovaná porucha chování a porucha opozičního vzoru.

Vývojový aspekt

Předpokládají se dvě vývojové cesty vedoucí k poruchám chování: cesta s časným začátkem a cesta s pozdním začátkem. U časného začátku se objevuje opoziční vzdorovitě chování již v předškolním věku a do období adolescence se rozvine

v závažnější poruchy chování s vysokým rizikem kriminálního vývoje (5). Při pozdním začátku je chování až do středního školního věku bez větších poruch a příznaky poruchy chování se objeví v dospívání. Prognóza tohoto druhého typu je příznivější.

Za vývojovou dráhu se často považuje posloupnost: porucha opozičního vzdoru – porucha chování – dissociální (antisociální) porucha osobnosti. Zatím ale není přesně známo, jaká část dětí s poruchou opozičního vzdoru se touto cestou skutečně vyvíjí, protože porucha opozičního vzdoru zdaleka ne vždy přechází v závažnější poruchy chování a opět jen 30–50% adolescentů s poruchou chování má dále v dospělosti antisociální poruchu osobnosti (5).

Agresivita

Určit míru agresivity, která je patologická, je obtížné. Současné výzkumné práce ukazují, že agresie lze dělit do několika typů. Nejjednodušší dělení je na agresie reaktivní a proaktivní – reaktivní agrese je impulzivní, nepromyšlená, živěná vztekem a frustrací. Proaktivní agrese je předem promyšlená agrese, které se dotyčný jedinec dopouští bez pocitu viny a bez výčitek. Proaktivní agrese je častější ve skupině adolescentů s poruchou chování a její poměr vůči reaktivní agresii predikuje budoucí delikventní vývoj (1, 2).

Sudgen et al. (9) rozlišuje v agresivním chování celkem pět domén (impulzivitu, afektivní instabilitu, úzkost/hyperarousal, kognitivní dezorganizaci a predátorskou agresii) a podle toho rozeznává pět druhů agrese.

Impulzivní agresivita souvisí s neschopností odolat impulzu, puzení nebo pokušení, což vede k rychlé, neplánované reakci na vnitřní nebo zevní podnět. Souvisí s poruchou exekutivních funkcí – pracovní paměti, seberegulace, internalizace řeči a behaviorální analýzy a syntézy. Související mozkové struktury jsou především prefrontální kortex a bazální ganglia (fronto-striatální oblast). Klíčovým neurotransmiterem je serotonin, ale zapojeny jsou i noradrenalin, dopamin, glutamát a GABA. Vhodnou farmakologickou léčbu impulzivní agresivity představují stimulanty, antidepresiva SSRI a stabilizátory nálady.

Afektivní agresivita je založená na afektivní instabilitě, což znamená přehnanou reakci na negativní nebo frustrující podněty. Afektivní agresivita často proběhne rychle a jeví se jako impulzivní, ale liší se předcházející prudkou změnou emočního stavu. Související mozkové struktury jsou orbitofrontální kortex, amygdala, přední cingulum a mozeček. Vhodnou farmakoterapii představují atypická antipsychotika a stabilizátory nálady.

Úzkostná agresivita souvisí s úzkostí a nadměrným nabuzením (hyperarousal). Úzkost představuje emoční odpověď na ohrožující podnět. Je-li ale přílišná, vede k nadměrné stimulaci a po přesazení individuální tolerance může úzkostné nabuzení spustit nesprávně zaměřenou agresii proti sobě nebo druhým a tento agresivní akt pak vede k úlevě. Bývá to typické pro děti s posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), u poruch autistického spektra, neurovývojových poruch a mentálních retardací. Klíčovou roli hraje osa limbický systém – hypothalamus – hypofýza – nadledviny a ji ovlivňující struktury, hlavně hippokampus a amygdala. Farmakoterapie je pak založena na antidepresivech modulujících hladinu serotoninu a noradrenalinu.

Agresivita z kognitivní dezorganizace se vyskytuje u psychóz, kde je narušeno vnímání a úsudek. Zvláště významná je paranoidita, která bývá často spouštěčem agresivního chování. Související mozkové struktury jsou stejné jako u schizofrenie a jiných psychóz a klíčovým neurotransmiterem je dopamin. Vhodnou farmakoterapii představují látky blokující dopaminové D2 receptory (antipsychotika).

Predátorská agrese je též označována jako chladnokrevná nebo plánovaná. Typicky se vyskytuje u poruch chování. Ačkoli je zamýšlená a plánovaná, existují pro ni jisté neurobiologické podklady. Související mozkové struktury jsou střední mozek, laterální hypothalamus, thalamus, hippokampus a amygdala. U zvířat vede nadměrná stimulace laterálního hypothalamu k predátorskému typu agrese, která může být potlačena antagonisty D2 receptorů. Výzkumy ukazují, že u dětí vystavených nevhodnému prostředí může docházet k neurobiologickým změnám, které později vedou k antisociálnímu chování (10). Klíčovou roli v modulaci predátorské agrese hraje dopamin.

Jednotlivé diagnostické kategorie

Obecná diagnostická kritéria (3):

A. Opakující se stabilní vzorce chování, ve kterých jsou porušovány sociální normy, pravidla a práva druhých. Během uplynulého roku musí být přítomny tři nebo více symptomů s jedním symptomem trvale přítomným v posledním půlroce. Mezi symptomy se zahrnuje následující chování:

Agrese k lidem a zvířatům:

1. často šikaneje, vyhrožuje nebo zastrašuje druhé
2. často začíná rvačky a bitky
3. jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé
4. projevuje fyzickou agresii a hrubost k lidem

5. projevuje fyzickou agresii a hrubost ke zvířatům
6. krade způsobem, při němž dochází ke střetu s obětí (např. loupežná přepadení, vydírání...)
7. vynucuje si na druhém sexuální aktivitu

Destrukce majetku a vlastnictví:

8. zakládá ohně se záměrem vážného poškození
9. ničí majetek druhých

Nepoctivost nebo krádeže:

10. vloupává se do domů, budov a aut
11. často lže, aby získal prospěch a výhody nebo aby se vyhnul povinností, závazkům
12. krádeže bez konfrontace s obětí (např. v samoobsluze, padělání peněz, listin...)

Vážné násilné porušování pravidel:

13. před 13. rokem opakovaně zůstává přes zákazy rodičů celé noci venku
14. utíká z domova, ačkoli bydlí v domě rodičů nebo jejich zástupců (nejméně 2x) nebo se nevrací po dlouhou dobu
15. časté záškoláctví před 13. rokem.

B. Poruchy chování významně zhoršují školní a pracovní fungování.

Porucha opozičního vzdoru

Tato porucha je charakteristická výskytem u dětí zhruba mezi 6 až 10 lety. Je přítomno výrazné vzdorovité, neposlušné a provokativní chování a zároveň se nevyskytují vážnější antisociální a agresivní činy. Není vyloučeno, že jde o typ poruchy chování, který se od ostatních liší v kvantitě, ale nikoli v kvalitě.

Základním rysem je (dle MKN 10):

– negativistické, nepřátelské, vzdorovité, provokativní a rušivé chování, které je jasně mimo rámec normálního chování pro dítě stejného věku a stejného sociokulturního zázemí a které nezahrnuje vážnější narušování práv druhých.

Je přítomna vzpurnost vůči dospělým, nedodržování pravidel, psychické trápení druhých. Dále je přítomna podrážděnost – tyto děti se snadno rozzlobí, protože mají nízkou frustrační toleranci. Ze svých chyb často obviňují ostatní. Jejich vzdor má výraznou provokativní komponentu, což vede k častým konfrontacím.

Společně s popsánymi projevy je porucha charakteristická nepřítomností porušování práv jiných, porušování zákonů, surovosti, týrání a závažné destrukce majetku. Pokud se tyto druhy chování v pozdějším věku projeví, jedná se již o vývoj směrem k jiným poruchám chování (socializované, nesocializované).

Nejvýrazněji se porucha obvykle projevuje ve vztahu k blízkým dospělým lidem a známým vrstevníkům.

Poruchu obecně řadíme k poruchám se špatnou prognózou.

Porucha chování ve vztahu k rodině

U této poruchy jsou splněna všechna kritéria poruch chování, včetně porušování práv jiných, destrukce majetku, násilí atd. Tím se liší od poruchy opozičního vzdoru. Naopak ani výrazně narušený vztah mezi rodičem (rodiči) a dítětem sám o sobě pro tuto diagnózu nestačí.

Na rozdíl od následujících poruch jsou příznaky víceméně omezeny na domácí prostředí a jsou zaměřené vůči členům rodiny. Mimo rodinu se výraznější problémy neprojevují.

Často souvisí s výrazně narušeným vztahem s některým se členů rodiny (dostí často s novým nevlastním rodičem), vůči kterému jsou alespoň zpočátku projevy poruchy chování zaměřeny.

Porucha má relativně dobrou prognózu.

Nesocializovaná porucha chování

Zde se projevují všechny příznaky poruch chování, včetně těch nejzávažnějších. Navíc je tato porucha spojena se špatným zapojením dotyčného jedince mezi své vrstevníky (špatná socializace). Dotyčný nemívá ve své věkové skupině bližší kamarády, bývá neoblíben, je odmítán. Bližší vztahy s dospělými obvykle postrádají důvěrnost.

Přestupky pacient páchá samostatně, ale není to nezbytnou podmínkou, přestupky mohou být páchané i ve skupině, klíčová je kvalita vztahů jedince. Projevuje se především ve škole, ale je přítomna i v dalších prostředích. Má špatnou prognózu.

Socializovaná porucha chování

I zde se projevují všechny příznaky poruch chování, ale na rozdíl od předchozí jednotky je pacient schopen navazovat trvalé přátelství s vrstevníky. Samotné přestupky pak může páchat spolu s ostatními (v partě) nebo být členem neproblémové skupiny vrstevníků a přestupky páchat sám. Považuje se za poruchu s dobrou prognózou, která odeznívá v pozdní adolescenci a mladé dospělosti.

Etiologie poruch chování

Etiologie poruch chování není jednoznačně známa a zahrnuje celou řadu faktorů, od sociokulturních, přes psychologické až k biologickým. Karnik et al. (4) uvádějí, že na vzniku a rozvoji poruch chování se podílejí následující faktory:

Sociální faktory

Z rodinných faktorů, které přispívají k rozvoji poruch chování, je to kriminální čin v rodinné anamnéze, užívání návykových látek rodiči a konflikty mezi rodiči. Rovněž nedostatečná péče, nedůslednost ve výchově, konfliktní vztah rodič-dítě a nepřátelský vztah rodiče k dítěti jsou prediktory problémového chování. Tyto faktory jsou znásobeny domácím násilím. Zvýšené riziko mají i adolescenti, u nichž se v rodinné anamnéze vyskytuje hyperkinetická porucha, závislosti, psychotické poruchy a poruchy nálady.

S věkem vliv rodinných faktorů klesá, poruchy chování s pozdějším nástupem spíše souvisejí se snahou adolescenta zapojit se do vrstevnické skupiny, která vykazuje antisociální aktivity.

Psychologické faktory

Rizikovými psychologickými faktory jsou hyperaktivita, kognitivní deficity a jazyková bariéra. Často je přítomno v anamnéze trauma vedoucí k posttraumatické stresové poruše.

Biologické faktory

Popisovány jsou deficity v autonomním nervovém systému. Některé studie popisují souvislost mezi tíží poruch chování a sníženou hladinou kortizolu. U delikventních dospívajících je 20x častější výskyt záchvatových onemocnění než v běžné populaci. Neurotransmitterové abnormality se týkají aktivity dopaminu a noradrenalinu, je přítomna i serotoninová dysregulace.

Genetické faktory se intenzivně zkoumají, někteří autoři odhadují jejich podíl až na 71 % (8). Lze ale předpokládat, že klíčová je souhra mezi faktory prostředí a genetickou vlohou.

Protektivní faktory

Ochrannými faktory jsou dobrý vztah s rodiči, docházka do školy, která podporuje pocit pospolitosti

a posiluje jednotlivce, a dále přátel s prosociálními zájmy. Menší riziko vývoje do poruch chování mají rovněž adolescenti, kteří jsou inteligentní, školsky úspěšní, sociálně zapojení a kteří mají mimoškolní zájmy.

Léčba poruch chování

Ideální léčba poruch chování by měla být interdisciplinární a zapojit nejen samotného pacienta a zdravotníky, ale také rodiče, učitele, vychovatele a sociální služby.

U mladších dětí by léčba měla začínat nefarmakologickými metodami. Ideálně se doporučuje kombinace rodičovského tréninku, kde se rodiče učí zvládat problémové chování dítěte, dále pak individuální psychoterapie dítěte, která je učí zvládat vztek, rodinná terapie ke zlepšení komunikace a nácvik sociálních dovedností u dítěte. Někdy je vhodná změna školy, aby byl pacient oddělen od problémových vrstevníků.

U dospívajících je strategie léčby podobná, jen více zaměřená na konkrétní problémové oblasti jejich života.

Zdá se, že psychofarmaka mohou mít pozitivní roli v léčbě poruch chování. Tradičně a dlouhodobě jsou u nás v léčbě používána, důkazy o jejich účinnosti a bezpečnosti v této populaci však nejsou dostatečné. Pro pacienty s poruchami chování také není oficiálně schválen žádný lék. Medikace však může pomoci ke snížení především agresivního chování. Zatímco u nás se obvykle dává přednost antipsychotikům, americká doporučení považují za nejlepší začínat se stabilizátory nálady (valproát, lithium), a teprve při jejich neúčinnosti přistoupit k antipsychotikům, na jejichž nežádoucí účinky bývají děti a dospívající zvýšeně citliví (4).

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: ptheiner@fnbrno.cz

Literatura

1. Blair RJ. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2001; 71(6), 727–731.
2. Blair RJ. Neurobiological basis of psychopathy. *Br J Psychiatry*, 2003; 182, 5–7.
3. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E. Dětská a adolescentní psychiatrie, Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 496 s.
4. Karnik NS, McMullin MA, Steiner H. Disruptive Behaviors: Conduct and Oppositional Disorders in Adolescents. *Adolescent Medicine Clinics*, 2006; 17 (1), 97–114.
5. Loeber R. Antisocial behavior: more enduring than changeable? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1991; 30 (3), 393–397.
6. Loeber R, Wung P, Keenan K, Grioux B, Stouthamer-Loeber, M. et al. Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 1993; 5, 103–133.
7. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Přeloženo z angl. orig.) Praha, Psychiatrické centrum 1992. 282 s.
8. Slutske WS, Heath AC, Dinwiddie SH, et al. Modeling genetic and environmental influences in the etiology of conduct disorder: a study of 2, 682 adult twin pairs. *J Abnorm Psychol*, 1997; 106 (2), 266–268.
9. Sugden SG, Kile SJ, Hendren RL. Neurodevelopmental pathways to aggression: A model to understand and target treatment in youth. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2006; 18 (3), 302–318.
10. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A. et al.: The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*, 2003; 27, 33–44.