

Úzkostné poruchy u dětí.

Sebepoškozování v dětství a
adolescenci.

Alena Fil'ová

6. 3. 2014

Úzkost a strach v dětství

Mají adaptivní funkci

Úzkost x strach

Norma x porucha

- Separační úzkost-8.m.-3. rok
- Anticipační úzkost-2.pol.1.roku života
- Dětské fobie-3.r-6r. (zvířata, zloději, těl.poškození)
-8.r.-10.r (tma, číhající nebezpečí, šramot)
- „dospělé fobie“ adolescence (klaustrofobie, agoraf., sociální f.)

(přehled dle Krejčířová, 2006)

Patologická úzkost

Rysy:

- Nadměrnost
- Přetrvávání
- Interference s běžným fungování
- Brždění vývoje

Projevy:

Batolecí a předškolní věk: difúznější povaha
různé:

- a) Inhibice (stažení, pasivita, nedostatek iniciativy)
- b) Hyperaktivita (x odlišení od hyperkinetické poruchy)
- c) Poruchy jídla, spánku, neurotické návyky)

(přehled dle Krejčířová, 2006)

I. Úzkostné poruchy specifické pro dětství podle MKN-10

- Separační úzkostná porucha v dětství (F93.0)
- Fobická anxiózní porucha v dětství (F93.1)
- Sociální anxiózní porucha v dětství (F93.2) (vyhýbavá porucha)

II. Úzkostné a další neurotické poruchy vyskytující se i u dospělých dle MKN-10

Úzkostné poruchy:

- Panická porucha (F43.1): rozporné údaje, cca 18% uvádí výskyt před 10r., 7 % mezi 10.-15.r
- Generalizovaná úzkostná porucha (F43.1)
- Fobické poruchy (F43.2)

Další tzv. neurotické poruchy

- Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)
- Posttraumatická stresová porucha (F 43. 1)
- Poruchy přizpůsobení (F 43.2)
- Disociativní (konverzní) poruchy (F44)
- Somatoformní poruchy (F 45)

Separační úzkostná porucha v dětství- projevy

- Nadměrná úzkost při (očekávaném) odloučení od blízké osoby, ke kt. má citovou náklonost
- Obavy, že se toto stane
- Odmítání situací (škola, spánek), vystupňování úzkosti před nimi (např. neděle večer, pondělí ráno)
- Strach být sám doma
- Doprovod tělesných příznaků (nauzea, zvracení, bolesti břicha, hlavy)
- Děti často trpí řadou dalších obav, často inhibované, perfekcionistické, mohou mít dobrý výkon ve škole

Separáční úzkostná porucha v dětství: etiopatogenze a prognóza

- Výskyt: 3,5-5,4 %
- Zvýšené riziko: závažná změna (stěhování, úmrtí blízké osoby), závažné somatické onemocnění dítěte nebo psychické onemocnění v rodině
- Rodiče často hyperprotektivní, bezradní, často sami úzkostní, někdy sami špatně snášejí separaci, význam v rámci rodinného kontextu (např. narušení přirozených hranic v rodině)
- Lepší prognóza: rychlý nástup, mladší věk, mírné příznaky

Separáční úzkostn porucha v dětství: diagnostika

Odlien od:

- **prostého záškoláctví** (nechuť chodit do školy, bez prznak úzkosti, častější v dospívání: v part, doma na PC,...)
- **koln fobie** (strach ze školnho prostředí: zkoukov situace, šikana, ostrakizace apod.)

Podrobn explorace situace a jejích souvislostí (kdy se úzkost rozvíjí, jak probíhá odchod do školy, s kým jde dt do školy, zpsob zvládání, diagnostika rodinného systému, porozumění vztahům s nejbližšími osobami, souvislosti prvního objeven symptomů: nhl událost,...)

- Pozn: pri vyhýbání se škole me být kombinace více faktorů

Separáční úzkostn porucha v dětství- terapie

- Nutn spolupráce s rodinnou (může být zahrnut širší rodiny nebo i dalších osob, spolužák)
- Vhodné navázání spolupráce se školou (tř. učitel, školní psycholog, pro dítě důvěryhodn osoba)
- Nutný návrat dítěte do školy
- Zpočátku možné kratší pobyty ve škole, doprovod neutráln osoby, někdy možný odchod do školy z nemocnice)
- Rodinn PT, KBT, psychodynamické prvky ind. PT, relaxační techniky
- Někdy podpůrně farmaka

Fobická anxiózní porucha v dětství

- Začátek a obsah může být přiměřený vývojovému období, ale vedou k nevhodnému, vyhýbavému chování=>snížení sch. adaptace na běžné požadavky okolí
- Explorace souvislostí vzniku fobie (spojitost s negativní zkušeností?, naučené jednání?...)
- V čem fobie vadí, jak na projevy chování reaguje okolí?
- Psychoterapie: nejčastěji KBT, podpůrně: anxiolytika, antidepresiva

Sociální anxiózní porucha v dětství

- Věku nepřiměřený stálý nebo navracející se strach z cizích lidí nebo vyhýbání se jim
- Často vede k vyhýbání se sociální kontaktům=>narušení sociálního fungování, osvojování si sociálních dovedností, rozvoji vztahů a sekundárně/recipročně i narušení osobnostního vývoje
- Vzniká před 6.r., většinou potíže odezní
- Možný rozvoj: elektivní mutismus, sociální fobie, vyhýbavá porucha osobnosti

OCD

Většinou až po 8. roce (nejčastěji střední školní věk a adolescence)
někdy lze vysledovat spouštěcí faktory (psychosociální stres v rámci rodiny, ztráta blízké osoby nebo obsah masmédií), medicínsky nutno vyloučit infekci

V etiologii vysoký podíl dědičnosti

Obsese a/nebo kompulze (dle MKN-10):

- Uznává jako své vl. myšlenky nebo nutkání (!u dětí obtížněji rozlišitelné, může se zpočátku jevit jako popis halucinace, imaginace) nutná podobná explorace
- Min. 1 myšlenka nebo čin, kt. se bezúspěšně brání
- Myšlenka n. provedení činu nesmí být samo o sobě příjemné
- Musí se nepříjemně opakovat

Symptomy se mohou proměňovat

Vývojově může přetrvat do dospělosti (stále ego-dystonní) nebo někdy přecházet v anankastickou poruchu (ego-syntonní)

OCD-osobnostní rysy (dle Kocourková 2006)

- Předčasný rozvoj ego-funkcí
- Přetrvávání magického myšlení
- Omnipotence myšlenek se zesíleným pocitem odpovědnosti za druhé lidi
- Ambivalenncce k blízkým osobám
- Predispozice: psychastenické rysy a depresivní reaktivita
- Děti: nejisté, úzkostné, perfekcionistické, bez humoru, pseudodospělé

Specificky u dětí:

- Úzkostné obsahy bývají spojeny s příslušným vývojovým obdobím
- V případě ml. dětí mohou být přítomny pouze kompulze
- Častými kompulzemi je mytí, rituály typu přerovnávaní, kroků, opakování slov
- U mnohých problematičtější o tom komunikovat (stydí se za ně a popírají je nebo nejsou plně uvědomovány- u ml.)
- V rodině: rodina může rituálům bránit
 - Dítě může rodinu zatahovat do rituálů, omezovat rodinné příslušníky
 - Spouštěče v rodině?
 - Psychoterapie : KBT, rodinná psychodynamická
 - Farmakoterapie

Specifika dalších tzv. neurotických poruch

(Krejčířová, 2006)

Disociativní porucha

Výraznější k tělesné reaktivitě na zátěž dispozice než u dospělých

U dětí nepředpokládáme specifické narušení vývoje osobnost. struktury (nutno odlišit od psychosomatické poruchy, vždy spolupráce s lékařem!)

Somatizační porucha

Častěji nediferencovaná

Mnohočetné a dl. Různé somatické stížnosti

Častěji na bázi disharmonického vývoje osobnosti (egocentrismus, afektovanost, potřeba poutat pozornost, bohatší fantazijní produkce)

DG + PT: význam symptomů v sociálním kontextu

Sebepoškozování v dětství a v adolescenci

....častý fenomén v klinické praxi

...v ČR méně časté téma odborných publikací,

ale aktuální:

Kriegelová, M. (2008): Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci, Praha: Grada.

Platznerová, A. (2009): Sebepoškozování. Aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby.

Kocourková, J., Koutek, J. (2008). Sebepoškozování v adolescenci-narůstající problém, Čs.Psychologie, 52, 6., 609-614.

I. Záměrné sebepoškozování

= přímá a záměrná (?) destrukce nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru

- Přes 30 způsobů sebepoškozujícího se chování **v širším slova smyslu**

- kulturně akceptované formy:

tělo modifikující techniky (tetování, piercing,...), body-art

I. Související termíny

- Automutilace (záměrnost?)
- Syndrom záměrného sebepoškozování
- Syndrom pořezávaného zápěstí
- Rizikové chování (přímé?)
- X suicidální chování

Typy:

- Jednorázové x Periodické
- Impulzivní x Kompulzivní
- Sebezraňování x Sebetrávení

I. Nejčastější formy záměrného sebepoškozování

- Sebeřezání se vyřezávání nápisů a symbolů
- Pálení si kůže žhavými předměty, chem.žíravými roztoky
- Sebeopařování
- Škrábání
- Škrábání/dření/řezání/odstraňování vrchní vrstvy kůže
- Sebekousání
- Kousání se do vnitřních tkání úst
- Propichování kůže
- Drásání si ran, narušování jejich léčebného procesu
- Vytrhávání si vlasů, řas a obočí
- Silné „sebetlučení“ s cílem vytvoření modřin, zlomenin
- Svazování si krku, rukou, nohou s cílem zabránit průtoku krve
- Požití malého množství toxické látky s cílem diskomfortu
- Umísťování ostrých předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů

(cit. dle Kriegelová, 2008)

II. Výskyt

- **Psychiatrickí pacienti:** 4% (řezání se)
50 x častěji než v běžné populaci
u drogově závislých 10-30 %
- Častěji popsáno u adolescentních dívek (výskyt?)
- Většinou mírné
- Riziko sociální nákazy (různá zařízení, vrstevnické skupiny, internet)
- Nejčastěji: pořezání zápěstí, paží, nohou
- Častá osobnostní patologie (vždy?)

II. Etiologie-popsané kauzální faktory

(volně dle Suttonové, 2005, cit. dle Kriegelová 2008)

- **Zneužívání** (Dlouhodobé v dětství, Znovuobnové vzpomínky, popření zneužívání významnou osobou) a/nebo **Znásilnění**
- **Významná pečující osoba** (odloučení, ztráta, nedostatek fyzického kontaktu, opakovaná zrada, týrání, zanedbávání, zneužívání, alkoholismus, depresivní porucha)
- **V rámci rodiny** (rozvod rodičů, zneužívání jako „pěšáka“ pro řešení manželských problémů rodičů)
- **Náhradní nebo ústavní péče** (nutnost prosazovat a bránit se)
- Dlouhodobá nezaměstnanost
- **Vlastní pocity** (popírání vl. identity, pohlavní identita?, devalvace identity okolím, sebenenávist, nedostatek vl. kontroly, kontrola druhými, neslyšen vl. okolím, časté uvězení ve smutku a pláč, zadržování silných emocí, p. nejistoty, neschopnosti, vnitřní prázdnoty a osamělosti, nízká sebeúcta, sebehodnocení a sebevědomí, narušené sebevnímání)

II. **Etiologie**-specifičnost faktorů

Popsané kauzální faktory senzitivní, ale ne specifické... souhra faktorů?

Podmíněnost

- Psychosociální (osobnost, události)
- Biologická

==> různé psychické poruchy

II. Biologické faktory

(cit. dle Platznerová, 2009)

Genetická podmíněnost ?: výskyt v rodinách, u monozygotních dvojčat

Opiátový systém:

- ? Habituační na zvýš. koncentrace endogenních opiátů v dětství (rekurentní expozice těl./sex. násilí)
- ? zvýš. potřeba vyšší koncentrace endorfinů pro redukci bolesti
- ? nestabilita koncentrace endogenních opiátů vedoucí k dysforii)
- Závislost na endogenních opioidech (závislost na sebepoškození i bez přítomnosti aktuální psych.krize)

Odchytky v metabolismu serotoninu (zvýš. pohotovost k impulzivitě a agresivitě)

Dopaminový systém

II. (Bio-) psychosociální faktory

Disharmonie osobnostního vývoje

- Hraniční typ emočně nestabilní osobnosti
- Histriónská porucha osobnosti
- Disociální porucha osobnosti

Psychické poruchy

- Posttraumatická stresová porucha
- PPP
- OCD
- disociativní porucha
- P. vyvolané užívání psychoaktivních látek, p. kontroly impulzů, BAD, depresivní epizoda, schizofrenie,...

II. Funkce sebepoškození

Individuálně specifické

Nejčastěji tyto kategorie:

- **Regulace afektu:** nalezení rovnováhy ve víru rušivých emocí, potvrzení vnitřní bolesti, uspokojení z tělesných prožitků, únik z disociace nebo její navození
- **Komunikace:** nepřímý vliv na druhé, nelze vyjádřit jinak adaptivně
- **Trest:** sebetrestání s odstraněním pocitů viny, znovuprožití traumatu, smlouvání a magické myšlení

III. Specifika v dětství a adolescenci

- Specifika vývojového období (zejm. v adolescenci)
- Význam vrstevnické skupiny
- Větší význam primární rodiny
- Specifika psychopatologie

⇒ význam pro diagnostiku a léčbu

III. Adolescence a sebepoškozování I

Psychofyzické zvláštnosti

- tělesná proměna, hormonální disbalance
- Emoční labilita, senzitivní vztahovačnost, labilní sebehodnocení
- Formální operace a hypotetické myšlení
- Nové kompetence

III. Adolescence a sebepoškození II

Vývojový úkol: hledání vlastní identity

- Oblast postojů, zájmů, zaměření na vzhled, pohlavní identita,...
- Vymezení se vůči rodině
- Fáze skupinové identity, fáze vl. identity
- Zkoušení hranic, experimentování

VZTAH SEBEPOŠKOZOVÁNÍ K PSYCHOFYZICKÝM ZMĚNÁM I VÝVOJOVÝM ÚKOLŮM...

III. Význam vrstevnické skupiny

- Nápodoba
- Hledání skupinové identity (různé styly)
- Komunikační význam? (volání o pomoc, manipulace, příslušnost ke skupině)...

III. Význam primární rodiny

- Význam v etiopatogenezi osobnosti (genetika, vztahy, ...reciprocita)
- Aktuální význam vztahů
- Komunikační význam příznaku ?
- Motivace pro léčbu (kdo chce, proč,...)
- Právní faktor u nezletilých, odpovědnost rodičů

III. Specifika adolescentní psychopatologie a SP

- Disharmonie osobnostního vývoje, ne porucha osobnosti (osobnostní organizace x akcentace rysů x porucha osobnosti)
- Nižší odolnost os. struktury vůči zátěži
- Akcentace léčby příznaků dané poruchy
- Komunikační význam příznaků Vývojový a rodinný kontext příznaků
- Příležitost probíhajícího vývoje osobnosti

III. Disharmonický vývoj hraniční osobnosti

- „raná porucha“-primitivní obranné mechanismy (splitting, PI, primit.idealizace, popření), možné prchavé psychot. prožitky
- Dětství: snížená frustr.tolerance, zvýš. úzkostnost, instabilita, temperamentní, expanzivní
- Později: nestálost ve vztazích, problém s (pohl.) identitou (rozporuplné a neslučitelné představy o sobě) a o světě, poruchy chování
- Chronické pocity prázdnoty
- Vymezování se vůči sobě a okolí
- Častá sebedestruktivita, riziko suicidálního jednání

(cit dle. <http://mala.karolin.sweb.cz>)

IV. Terapeutické postupy

- Porozumění problému
- Cíle psychoterapie
- Různé přístupy-aplikace
- Specifika
- Rizika

IV. Porozumění problému I

Porozumění funkci sebepoškozování

Porozumění jeho významu v rámci:

- Osobnosti
- Vztahů
- Aktuálně řešených problémů

IV. Porozumění problému II

- Kdy k SP dochází?
- Co předchází, jaký je průběh SP, co následuje?
- Co SP přináší?
- Nechat si ukázat jizvy
- Kdo o něm ví? Jak na to reaguje?
- Kdy k němu došlo poprvé?
- Jak jej/ji to napadlo?
- Jaká byla představa?
- Zná někoho, kdo se poškozuje?
- Jaké formy SP používá a proč?
- Chce se jej zbavit a proč? (chce to někdo druhý x klient, vzhled, společenská neadekvátnost,...)

IV. Cíle Psychoterapie

Dle motivace, časových a kapacitních možností v rámci PT vztahu

- Zbavit se příznaku ? (nutná motivace obou)
- Pomoc ve zvládnání aktuálních problémů
- Podpora zdravých copingových strategií pro zvládnání budoucích problémů
- Řešení aktuálních problémů v rámci osobnosti a vztahů (rodina, vrstevníci,..)
- Systematická PT zaměřena na optimalizaci osobnosti

IV. Různé přístupy

Psychoterapie

- Obecné terapeutické postupy napříč směry
- Různá délka PT dle možností a dohody

Farmakoterapie

- Spolupráce s psychiatrem
- Antidepresiva, stabilizátory nálady, u poruchy osobnosti někdy neuroleptika

IV. Principy PT

- **Bezpečné prostředí**, strukturovanost, důslednost, akceptace
- Pro opakovaný kontakt je důležité vytvoření dobré **PT aliance** =>

u nezletilých pozor na koalici s rodičem, otázky jeho zahrnutí do PT

- Reflektovat vlastní pocity ke klientovu SP
- Neuposilovat SP následnou zvýšenou péčí
- Lépe ambulantně, Hospitalizace krátkodobá
- Vycházet z **porozumění** funkce SP pro kl.

IV. Specifika u adolescentů

- Role PT jiná než vůči dospělému a dítěti (respekt k formující se identitě a zodpovědnosti, současně respektovat hranice nezletilosti)
- 1. úspěchem je zaujmout pro PT
- Dohodnout pravidla PT, vyjasnit roli rodiče
- Uvědomovat si význam SP a jeho důsledků v rodinném kontextu, ve vrstevnické skupině a jeho vztahu vývojovým úkolům

IV. Supervize, intervize

- Práce výrazně zatěžující
- Reflektovat svůj vztah ke klientovi (zvýšený pocit odpovědnosti, vyhýbavost, skrytá agrese,...)
- Supervize týmu, kt. výrazně zatížen