

## PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU U DETÍ

Často vývin dieťaťa nie je v zhode s normou, ktorá by mala zodpovedať danému vývinovému obdobiu z rôznych príčin, tak biologického ako aj sociálneho charakteru a vtedy prichádza k rôznym odchýlkam vo vývine. Čím skôr sa podarí nežiadúci jav u dieťaťa identifikovať a prijať opatrenie na nápravu, tým menší dopad bude mať na ďalší priebeh jeho vývin.

Všetci vieme, človek neprichádza na svet s hotovými vlastnosťami, ale len s určitými predpokladmi, ktoré sa môžu, ale nemusia rozvinúť. V priebehu jeho života sa objavuje niečo nové a niečo stráca alebo mení svoju podobu. Vývin človeka, jeho psychiky je výsledkom zložitej interakcie rôznych podmienok. Je výsledok hybných síl, ktoré pôsobia z vnútra organizmu či už biologického /dedičnosť/ alebo aj psychologického /osobnosť/ charakteru a vplyv rodiny a ďalšieho sociálneho prostredia.

### Činitele vzniku a vývinu psychických odchýliek a porúch:

Často sa vedie diskusia, aký je podiel, vplyv jednotlivých činiteľov na vývin človeka. Na základe existujúcich koncepcií môžeme predpokladať že:

- elementárne funkcie ako sú napríklad zraková ostrosť, motorické, grafické prejavy, sú väčšmi determinované geneticky, kým komplexnejšie psychické funkcie sú väčšmi determinované vonkajšími činiteľmi
- v priebehu vývinu sa relatívne znižuje váha biologickej determinácie a väčší vplyv nadobúdajú vonkajšie faktory vývinu
- vlastnosti vykazujúce krajnú mieru prejavu, či už vysokú alebo nízku sú determinované väčšinou geneticky
- v procese dosahovania väčšej autonómie osobnosti sa ťažisko vekom presúva z biogenetických a vonkajších vplyvov na stále vyšší podiel psychologických hybných síl, k stále vyššiemu podielu vlastného ja.

### Vnútorne činitele vývinu

1. Genetické predispozície – u jednotlivých porúch je rôzne vysoká dedičnosť (najvyššia u mentálnych retardácií a psychóz, najnižšia u neuróz a porúch správania) – zmeny v génoch (Downov syndróm), zdedené predispozície k určitému psychickému ochoreniu, poškodenia telesných orgánov a mozgu, metabolické poruchy (fenyketonúria, mozgová lipidóza).
  
2. Peri, pre a postnatálne vplyvy
  - negatívne vplyvy v tehotenstve (lieky, alkohol, cigarety, vírusové ochorenie matky)
  - pretrahovaný pôrod (asfyxia dieťaťa), pôrod CS, kriesené dieťa
  - vysoké teploty v útlom detstve, novorodenecká žltáčka,
  - úrazy hlavy, narkóza v detstve
  - febrilné kŕče

## Vonkajšie činitele vývinu

Medzi vonkajšie činitele patria faktory prírodného prostredia a faktory sociálneho prostredia, ktoré sú pre psychický vývin človeka dôležitejšie, ako faktory prírodného prostredia. V procese socializácie sa človek mení z biologickej jednotky na psychologickú, spoločenskú bytosť.

V procese socializácie majú veľký vplyv socializačné činitele, ktoré majú rôzny charakter. Sú to:

- a) Všeobecné sociokultúrne vplyvy, ktoré pôsobia na všetkých jednotlivcov danej spoločnosti a prostredníctvom nich si osvojujú normy, hodnoty, spôsoby uvažovania a správania, ktoré spoločnosť hodnotí pozitívne a ktoré vyznáva.
- b) Veľká sociálna skupina alebo vrstva, prostredníctvom ktorej sú jednotlivcovi istým spôsobom interpretované a sprostredkované všeobecné sociokultúrne vplyvy.
- c) Malá sociálna skupina, z ktorých je najvýznamnejšia rodina a jej výchova, ktorá špecificky a individualizovane sprostredkuje dieťaťu sociokultúrnu skúsenosť.

### Poruchy duševného vývinu u detí:

#### 1. MENTÁLNA RETARDÁCIA (DUŠEVNÉ ONESKORENIE)

MR je stav zastaveného alebo neúplného duševného vývinu, charakterizovaný narušeným vývinom všeobecných schopností (poznávacích, rečových, pohybových, sociálnych). Retardácia sa môže vyskytnúť spoločne s inou duševnou alebo telesnou poruchou alebo samostatne. Diagnostikuje sa znížená úroveň intelektových schopností, ktorá vedie k zníženej schopnosti prispôbiť sa denným požiadavkám sociálneho prostredia.

- ľahká mentálna retardácia (debilita) IQ=50-70
- stredne ťažká mentálna retardácia (imbecilita) IQ=35-49
- ťažká mentálna retardácia (idiocia) IQ=20-34
- hlboká mentálna retardácia IQ pod 20

Je veľmi dôležité u detí v predškolskom veku odlišiť MR od sociálnej retardácie, ktorá je zapríčinená nedostatočnou sociálnou stimuláciou dieťaťa v pôvodnej rodine (rómske osady), aby dieťa nebolo nevhodne zaradené do špeciálneho školstva.

#### 2. PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVINU

Majú spoločné rysy – začiatok v útlom detstve, narušenie alebo oneskorenie vývoja psychických funkcií súvisí s biologickým zrením CNS, priebeh je stály bez remisí a relapsov.

Postihnutie sa týka vo väčšine prípadov reči, vizuálne priestorových schopností a motorickej koordinácie. Charakteristické je, že postihnutie sa postupom času znižuje (dorastaním detí) aj keď, mierne deficity pretrvávajú do dospelosti. V anamnéze je oneskorenie vývinu od ranného veku. Väčšina týchto porúch sa vyskytuje niekoľkokrát častejšie u chlapcov než u dievčat.

Podobné alebo príbuzné poruchy sa vyskytujú u príbuzných v rodinnej anamnéze (dôležitá rola genetických faktorov). Patria sem aj poruchy, kde spočiatku existovala fáza normálneho vývinu.

- špecifické vývojové poruchy reči a jazyka (porucha artikulácie reči, expresívna porucha reči, receptívna porucha reči – chápanie jazyka, , získaná afázia, dyslália)
- špecifické vývinové poruchy učenia (dyslexia, dysgrafia, dysortografia, dyskalkúlia, dyspraxia) dieťa zaostáva v špecifických aspektoch vzdelania v pomere k ich inteligencii. Môžu byť v spojení s inými poruchami – ADD/ADHD, DMO, poruchy reči a pod..
- pervazívne vývinové poruchy – charakterizované kvalitatívnym zhoršením spoločenských interakcií, spôsobu komunikácie, obmedzeným repertoárom záujmov (detský autizmus, atypický autizmus, Rettov syndróm, elektívny mutizmus apod..)
- Aspergerov syndróm – poddiagnostikovaný u nás – dieťa s normálnym až nadpriemerným intelektom, ktoré má podobné symptómy ako autista – nebýva postihnutá reč, sú ohraničené záujmy, poruchy sociálnej interakcie, chýba empatia, neschopnosť chápania sociálnych situácií (psychopatia v detstve).

### 3. PORUCHY SPRÁVANIA A EMÓCIÍ SO ZAČIATKOM OBVYKLE V DETSTVE A V ADOLESCENCII

Do týchto kategórií nie sú zaradené tie poruchy, ktorých začiatok nie je viazaný výlučne na obdobie detstva a môžu sa vyskytovať v priebehu celého života (napr. drogové a iné závislosti, úzkostné poruchy, poruchy príjmu jedla, poruchy spánku alebo patologické hráčstvo).

- hyperkinetické poruchy – ťažko ovládané správanie, výrazná nepozornosť, neschopnosť sústrediť sa na danú úlohu. Vznikajú vždy v rannom detstve, sklon prechádzať od jednej aktivity k druhej, zle organizovaná, zle regulovaná a nadmerná činnosť, oneskorenie vývinu reči a motoriky. Druhotné komplikácie – disociálne správanie, zvýšená agresivita, ŠVPU.
- Poruchy správania – charakterizované trvalým a opakujúcim sa obrazom disociálneho, agresívneho a vzdorovitého správania. Môžu byť symptómom aj inej psychiatrickej diagnózy (porucha správania vo vzťahu k rodine, nesocializovaná porucha správania, porucha opozičného vzdoru)
- Zmiešané poruchy správania a emócií – trvale agresívne, disociálne správanie v kombinácii so zrejmyými a výraznými príznakmi depresie, úzkosti a iných emočných výkyvov.
- Emočné poruchy so začiatkom špecifickým pre detstvo – väčšina detí s emočnými poruchami sa v dospelosti stáva normálnymi.
  - separačná úzkostná porucha v detstve
  - fobická úzkostná porucha v detstve
  - sociálna úzkostná porucha v detstve
  - porucha súrodeneckej rivality
- poruchy sociálnych vzťahov so vznikom špecifickým pre detstvo a adolescenciu - elektívny mutizmus, reaktívna porucha prítulnosti v detstve (odmietanie blízkych – týrané deti, zanedbávané, tvrdo trestané...), desinhibovaná prítulnosť v detstve (bezvýberová náklonnosť, prítulnosť, vynucovanie pozornosti...)
- tikové poruchy

- iné poruchy správania a emócií - enuréza, enkopréza, poruchy príjmu jedla, pika (pojedanie nestráviteľných látok), poruchy so stereotypnými pohybmi (sebapoškodzovanie), koktavosť, nadmerná masturbácia, obhrýzanie nehtov, cucanie palca apod..

## Deti a psychosomatické poruchy

Deti sú oveľa viac „psychosomatické“ ako dospelí. Je dôležité rešpektovať, že ide o telesnú poruchu, že tá má vedľa somatických koreňov i korene psychické, a že vznik a trvanie psychosomaticky podmienenej poruchy býva takisto podmienený udalosťami v dôležitých sociálnych vzťahoch dieťaťa – v rodine, v škole, v detskom kolektíve.

Ochorenia, pri ktorých je psychosomatický prístup nepostrádateľný:

1. záchvatové ochorenia, hlavne kolapsové stavy a svalové kŕče bez straty vedomia
2. poruchy termoregulácie – subfebrilita a febrilné stavy
3. poruchy cievnej dynamiky, hlavne migrenózne bolesti hlavy
4. poruchy funkcie rečového ústrojenstva – koktavosť
5. poruchy látkovej výmeny – mentálna anorexia, bulímia, obezita
6. záchvatové ochorenie dýchacieho ústrojenstva – astma, psychogenný kašeľ
7. poruchy funkcie tráviaceho ústrojenstva – bolesti brucha
8. poruchy vylučovania bez poruchy nervovej a orgánovej – enuréza, enkopréza
9. ochorenia kože – atopický ekzém, bradavice

8-10% zo všetkých vyšetrených detí v ambulanciách pediatrov predstavujú psychosomatické ochorenia. Najčastejšie sťažností sú na bolesti hlavy u dievčat a bolesti brucha u chlapcov. Malé dieťa hovorí viac telom, čo je podľa Kannerovej „orgánom rodinnej psychopatológie“.

### *Bolesti brucha a tráviace ťažkosti*

Psychogénne zvracanie: najčastejšie u detí mladšieho školského veku, deti sú zvýšene fixované na matku. Tiež u detí pred zubným vyšetrením, pri pohľade na krv, biely plášť sa objavuje zvracanie ako jeden zo symptómov zvýšenej anxiety u precitlivých detí s hyperprotektívnou výchovou.

### *Bolesti hlavy*

Vyskytujú sa u 2-5% detí. Až v 80% prípadov je prítomná vegetatívna labilita, úzkosť a napätie.

Čisté psychogénne bolesti – majú charakter „zvierajúcej obruče“, trvá hodiny, rôzne kolísajú, vrátane pocitov úzkosti a závratí

Vazomotorické bolesti – sú charakteristické bolesťami v spánkoch, temena a čela, večer býva ich intenzita najväčšia

Migréna – 60% hereditárna záťaž, deti si sťažujú na difúzne bolesti hlavy tepavého charakteru, neexistuje väzba na dennú dobu, je niekoľko záchvatov do týždňa alebo do roka. Trvanie bolesti je obmedzené na hodiny. U viac ako 50% detí je spojená s nauzeou a zvracaním, u 30% s fotofóbiou, u 70% s fonofóbiou. Pred záchvatom sú prítomné až u 60% poruchy videnia.

Pre praktickú psychoterapiu psychosomatických porúch u detí je príznačná „dvojkoľajnosť“

súčasne starostlivosť biologickú i psychologickú, ale aj „dvojkoľajovosť“ v rámci psychoterapie. Jedná stránka tu predstavuje odstraňovanie poruchy, druhá stránka súčasné vytváranie zdravých spôsobov orgánovej a organizmickej funkcie. Osobnostnej regulácie a vývinu a sociálnej interakcie. /Hoschl, 2002, Říčany, 1995/