

PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ

F91 Poruchy chování

Poruchy chování jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým obrazem dissociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Ojedinelé dissociální nebo kriminální činy nejsou samy o sobě důvodem pro tuto diagnózu, která vyžaduje, aby charakter takového chování byl trvalý. Porucha chování se často sdružuje s nepříznivým psychosociálním prostředím, včetně neuspokojivých vztahů v rodině a selhávání ve škole. Je častěji podchycena u chlapců. Odlišení od emoční poruchy je jasné, odlišení od hyperaktivity je méně jasné a porucha chování se s ní často překrývá. Při posuzování, zda je přítomna porucha chování, by se měl brát v úvahu vývojový stupeň dítěte. Např. výbuchy zlosti jsou normální součástí vývoje tříletého dítěte a pouhá jejich přítomnost by neměla být důvodem pro diagnózu. Příklady chování, na nichž je diagnóza založena, zahrnují nadměrné rvačky nebo tyranizování slabších, krutost k jiným lidem nebo zvířatům, závažné ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, opakované lhaní, chození za školu a útěky z domova, mimořádně časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovité provokativní chování a trvalou silnou neposlušnost.

F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině

Dissociální nebo agresivní chování je úplně nebo téměř úplně omezeno na domov a nebo na interakce se členy rodiny. Může se projevat krádežemi věcí z domova, úmyslným destrukčním chováním, často zacíleným na určité členy rodiny, např. rozbíjením hraček nebo ozdob, trháním šatů, vyřezáváním do nábytku nebo jiným ničením cenného majetku. Patří sem i násilí vůči členům rodiny a úmyslné zakládání ohně omezené na domov. Tato diagnóza vyžaduje, aby se nevyskytovala žádná výrazná porucha chování mimo rodinu a aby sociální vztahy dítěte mimo rodinu byly normální. Ve většině případů tyto specifické rodinné poruchy chování vznikají v souvislosti s narušením vztahu dítěte k jednomu nebo několika členům rodiny. Například může tato porucha vzniknout v souvislosti s konfliktem s novým nevlastním rodičem. Tyto vysoce specifické poruchy chování obvykle mají dobrou prognózu.

F91.1 Nesocializovaná porucha chování

Tento typ poruchy chování je charakterizován kombinací trvalého dissociálního nebo agresivního chování s výrazným rozsáhlým narušením vztahů jedince k ostatním dětem. Narušené vztahy s vrstevníky se hlavně projevují izolací od ostatních dětí a nebo odmítáním

nebo neoblibou u ostatních dětí a nedostatkem blízkých přátel nebo trvalých empatických, vzájemných vztahů k jiným dětem stejné věkové skupiny. Vztahy k dospělým bývají poznamenány neshodami, nepřátelstvím a vzdorem. Někdy se mohou vyskytnout i dobré vztahy k dospělým, avšak obvykle jim chybí důvěrnost. Často, ale ne vždy, je přidružena nějaká emoční porucha. Pacient typicky páchá přestupky samostatně. Charakteristické chování zahrnuje tyranizování slabších, nadměrně mnoho rvaček a u starších dětí vydírání nebo násilnosti, přílišnou neposlušnost, hrubost, nespolupráci a odmítání autority, těžké výbuchy zlosti a nekontrolovaný vztek, ničení majetku, zakládání ohňů a krutost k druhým dětem a ke zvířatům. Nicméně některé osamělé děti páchají přestupky ve skupině. Obvykle se porucha projevuje ve všech situacích, ale nejvíce bývá zřejmá ve škole.

F91.2 Socializovaná porucha chování

Tato kategorie se hodí pro poruchy chování, zahrnující trvalé dissociální nebo agresivní chování u jedinců, obvykle dobře zapojených do skupiny svých vrstevníků. Hlavním rozlišujícím rysem je přítomnost přiměřeného trvalého přátelství s vrstevníky zhruba stejné věkové skupiny. Často, ale ne vždy, se skupina vrstevníků skládá z mladých lidí, kteří jsou zapleteni do delinkventních nebo dissociálních aktivit (v tomto případě může být chování dítěte, které neschvaluje společnost, schváleno skupinou vrstevníků a regulováno prostředím, do kterého patří). Dítě také může být členem nedelinkventní skupiny vrstevníků a samo se může mimo ni chovat dissociálně. Pokud dissociální chování zahrnuje tyranizování, mohou být vztahy k obětem nebo jiným dětem narušeny. Vztahy k dospělým autoritám bývají špatné, ale k některým dospělým může mít dítě vztah dobrý. Emoční poruchy jsou obvykle minimální. Porucha chování může zahrnovat i rodinné prostředí.

F91.3 Porucha opozičního vzdoru

Tento typ poruchy chování je charakteristický výskytem u dětí ve věku do 9 či 10 let. Podstatným rysem této poruchy je 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. Děti s touto poruchou mají často sklon vzpírat se požadavkům dospělých a pravidlům a úmyslně trápit druhé. Obvykle mají tendenci být zlostné, podrážděné a snadno rozzlobené druhými, které obviňují ze svých vlastních chyb a nesnází. Obecně mají nízkou frustrační toleranci a snadno ztrácejí duševní rovnováhu. Jejich vzdorovitost má typickou provokativní kvalitu,

takže podněcuje konfrontace a obyčejně projevuje nepřiměřenou míru hrubosti, nekooperativnosti a odporu k autoritě. Často je toto chování nejevidentnější v interakcích s dospělými nebo vrstevníky, které dítě dobře zná.

F92 Smíšené poruchy chování a emocí

Tato skupina poruch je charakterizovaná kombinací trvale agresivního, dissociálního a vzdorovitého chování se zřejmými a výraznými příznaky deprese, úzkosti a jiných emočních výkyvů.

F92.0 Depresivní porucha chování

Tato porucha je kombinací poruchy chování v dětství s trvalou a zřejmou depresivní náladou, která se projevuje nadměrným smutkem, ztrátou zájmu a radostí z běžných činností, pocity viny a beznaděje. Mohou být přítomny též poruchy spánku a chuti k jídlu.

F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství

V dětské psychiatrii se tradičně odlišovaly emoční poruchy specifické pro dětství a dospívání od neurotických poruch dospělých. Pro tuto diferenciaci jsou čtyři hlavní důvody.

1. Výsledky výzkumu se shodují v tom, že většina dětí s emočními poruchami je v dospělosti normální. Pouze menšina má v dospělosti neurotické poruchy. Obráceně se zase jeví, že mnoho neurotických poruch dospělých začíná až v dospělosti, aniž by jim předcházely výrazné psychopatologické prekurzory v dětství.
2. Zdá se, že mnohé emoční poruchy v dětství představují spíše přehnané normální trendy ve vývoji než fenomény, které jsou samy o sobě kvalitativně abnormální.
3. V souvislosti s předešlou úvahou často existuje teoretický předpoklad, že nemusí být zasaženy stejné duševní mechanismy jako u neuróz dospělých.
4. Emoční poruchy v dětství jsou méně zřetelně vymezeny do specifických entit, jakými jsou fobické stavy nebo obsedantní poruchy.

F93.0 Separační úzkostná porucha v dětství

U batolat a předškolních dětí je normální, že se objevuje určitá úzkost, když jsou odloučeny nebo jim hrozí odloučení od osob, ke kterým mají citovou náklonnost. Od normální separační úzkosti se liší stupněm závažnosti a je spojena s výrazně narušenou sociální funkcí. Klíčovým diagnostickým rysem je nadměrná úzkost, soustředěná na

odloučení od těch osob, kterým je dítě emočně nakloněno (obvykle rodiče nebo jiní členové rodiny). Dítě může mít nereálnou obavu, že se něco stane emočně nejbližším osobám nebo že odejdou a už se nevrátí, že nějaká nepříjemná událost odloučí dítě od emočně nejbližší osoby, např. že se dítě ztratí, bude uneseno, přijato do nemocnice nebo zabito. Patří sem trvalé váhání nebo odmítání chodit do školy vzhledem ke strachu z odloučení (spíše než z jiných důvodů, jako je např. strach z dění ve škole), trvalé váhání nebo odmítání jít spát, pokud by dítě nebylo blízko emočně nakloněné osoby, trvalý bezdůvodný strach být ve dne doma bez přítomnosti emočně blízké osoby, opakující se noční můry se vztahem k odloučení, opakovaný výskyt tělesných příznaků (nauzea, bolesti žaludku, bolesti hlavy, zvracení atd.) v situacích, kdy dochází k odloučení dítěte od emočně blízké osoby, např. při odchodu z domova do školy, nadměrný, opakující se strach, projevující se úzkostí, pláčem, výbuchy vzteku, utrpením, apatií nebo sociálním odtažením, při předpokládaném odloučení od emočně blízké osoby nebo bezprostředně po něm.

F93.1 Fobická úzkostná porucha v dětství

U dětí, podobně jako u dospělých, se může rozvinout strach, který se zaměřuje na celou řadu předmětů nebo situací. Některé z těchto strachů (nebo fobií) nejsou normální součástí psychosociálního vývoje. To se hodí např. na agorafobii. Některé strachy jsou jen výrazem zvláštností vývojové fáze a vznikají do určité míry u většiny dětí. To lze aplikovat např. na strach ze zvířat u dětí v předškolním věku.

F93.2 Sociální úzkostná porucha v dětství

Ostražitost před neznámými lidmi je normálním jevem ve druhé polovině prvního roku života a určitý stupeň sociální obavy nebo úzkosti je během raného dětství, kdy se děti setkávají s novými, neznámými nebo sociálně hrozícími situacemi, normální. U dětí s touto poruchou se projevuje stálý nebo navracející se strach z cizích lidí a nebo vyhýbání se jim. Takový strach se může vyskytnout při styku s dospělými, vrstevníky nebo všemi. Vyhýbání se sociálním stykům nebo strach z nich je takového stupně, že se vymyká normální hranici pro určitý věk dítěte a je sdružen s klinicky významným narušením společenské aktivity.

F93.3 Porucha sourozenecké rivality

U velké části nebo dokonce u většiny malých dětí se objevuje určitý stupeň emoční poruchy obvykle po narození bezprostředně mladšího sourozence. Ve většině případů je porucha mírná, ale rivalita nebo žárlivost, ke které došlo v období po narození mladšího

sourozence, může být pozoruhodně trvalá. Sourozenecká rivalita nebo žárlivost se může projevat nadměrným soutěžením se sourozenci o pozornost a lásku rodičů. Aby se to mohlo pokládat za abnormální, mělo by to být spojeno s neobvyklým stupněm negativních pocitů. V těžších případech to může být doprovázeno otevřeným nepřátelstvím a tělesným ubližováním sourozenci nebo zlomyslnostmi vůči němu. V lehčích případech se porucha projevuje silnou neochotou dělit se o něco se svým sourozencem, nedostatkem kladného vztahu a vzácností přátelských interakcí.

Emoční poruchy mohou mít různé formy. Často zahrnují jistou regresi se ztrátou dříve získaných dovedností (např. kontrolu vyprazdňování) a sklon k miminkovskému chování. Dítě chce také často batole napodobovat v některých činnostech (např. krmení), aby získalo pozornost rodičů. Často vzrůstají neposlušnost nebo opoziční chování vůči rodičům, výbuchy vzteku a dysforie projevující se nějakou formou úzkosti, pocitu neštěstí nebo sociální odtažitosti. Může být narušen spánek a často je zvýšený tlak na pozornost rodičů, např. v době ukládání ke spánku.

F94 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci

Jedná se různorodou skupinu poruch. Jejich společným rysem jsou odchylky sociální funkce. Začínají během vývojového období. Obvykle je přítomno vážné narušení prostředí nebo strádání, čemuž se v mnoha případech připisuje rozhodující etiopatogenetická úloha. V pohlaví nejsou rozdíly.

F94.0 Elektivní mutismus

Dítě v některých situacích plně projevuje svou schopnost řeči, ale v jiných není schopno mluvit. Nejčastěji se tato porucha prvně projeví v raném dětství. Vyskytuje se přibližně stejně často u obou pohlaví. U mutizmu je obvyklé sdružení s výraznými rysy osobnosti, zahrnujícími sociální úzkost, odtažitost, zvýšenou citlivost nebo vzdorovitost. Typické je, že dítě hovoří doma nebo s blízkými přáteli, ale ve škole nebo ve styku s cizími lidmi je němé. Mohou se však vyskytnout i jiné klinické obrazy, včetně opačného výběru. Některé děti s elektivním mutizmem mají v anamnéze zpoždění ve vývoji řeči, nebo problémy s artikulací. Ve velké většině případů jsou přítomny i jiné sociálně emoční problémy. U těchto poruch není patrný stálý klinický obraz, ale obvyklé jsou abnormální povahové rysy, zvláště společenská citlivost, úzkostnost a odtažitost. Běžné je opoziční chování.

F94.1 Reaktivní porucha přichylnosti v dětství

Tato porucha se vyskytuje v útlém věku a v dětství a je charakterizována trvalými abnormitami v sociálních vztazích dítěte, které jsou spojeny s citovou poruchou a které jsou reakcí na změny v životních podmínkách. Charakteristické jsou bázlivost a zvýšená ostražitost, neovlivnitelné uklidňováním. Typická je chudá sociální interakce s vrstevníky, velmi častá je agrese vůči sobě i jiným. Obvykle je dítě nešťastné a v některých případech se vyskytuje zpomalený tělesný růst. Syndrom vzniká pravděpodobně jako přímý důsledek hrubého zanedbávání, zneužívání nebo špatného zacházení ze strany rodičů. U malých dětí s tímto syndromem se vyskytují silně protichůdné nebo ambivalentní sociální reakce, které jsou nejvýraznější v době setkání, rozloučení a znovu setkání. Děti útlého věku se mohou přibližovat s odvráceným zrakem nebo se dívat upřeně jinam, když je někdo vezme do náruče, nebo mohou na osoby, které o ně pečují, reagovat se směsicí snahy navázat kontakt, vyhnout se mu a odmítání konejšení. Emoční porucha se projevuje zřejmým strádáním, nedostatečnou emoční reaktivitou, odtažitými reakcemi, dítě se např. vrhne na podlahu. V některých případech se vyskytuje bázlivost a nadměrná obezřetnost (někdy popisovaná jako „ztuhlá ostražitost“), nereagující na konejšení. Ve většině případů mají děti zájem o interakce s vrstevníky, avšak sociální hře brání negativní emoční reakce. V některých případech je porucha vztahu doprovázena špatným tělesným prospíváním a poruchou tělesného růstu. Porucha je charakterizována abnormálním druhem nejistoty, projevované značně protichůdnými sociálními reakcemi, které u normálních dětí běžně nevidíme. Abnormální reakce nastávají v různých sociálních situacích a nejsou omezeny na dyadický vztah k jedné určité osobě, která o dítě pečuje. Dítě nereaguje na konejšení a je přidružena emoční porucha ve formě apatie, trápení nebo bázlivosti. Děti s reaktivní poruchou přichylnosti mají normální schopnost sociální vzájemnosti a vnímavosti, zatímco děti s pervazivními poruchami tuto schopnost nemají. Za druhé, i když nenormální struktury sociálních reakcí jsou při reaktivní poruše přichylnosti zpočátku obecným rysem chování dítěte v různých situacích, dítě se značně zlepší, když je přemístěno do prostředí s normální výchovou, která poskytuje trvalou citovou péči. Za třetí, i když u dětí s reakční poruchou přichylnosti může být narušen vývoj řeči, neprojevují se abnormální komunikací, charakteristickou pro autismus. Za čtvrté, na rozdíl od autismu, reaktivní porucha přichylnosti není spojena s trvalými těžkými defekty kognitivních funkcí, které se nemění při změně prostředí. Za páté, rysem reaktivní poruchy přichylnosti nejsou omezené opakující se stereotypní

způsoby chování, zájmy a činnosti. Reaktivní poruchy přichylnosti vznikají téměř vždy v souvislosti s velmi nevhodnou péčí o dítě. Ta může mít formu psychického zneužívání nebo zanedbávání. Pro to svědčí tvrdé trestání, trvalá neschopnost reagovat na přátelské přiblížování dítěte nebo velmi nevhodné jednání rodičů. Přítomno může být trvalé přehlížení základních tělesných potřeb dítěte, opakované úmyslné ubližování nebo nedostatečné zajišťování výživy.

F94.2 Dezinhibovaná přichylnost v dětství

Je zvláštní druh abnormálního sociálního zapojování, který vzniká během prvních 5 let života a který, má sklon přetrvávat i když se životní podmínky výrazně mění. Kolem věku 2 let se obvykle projevuje přítulností a rozptýlenou, bez výběru zaměřenou náklonností. Kolem 4. roku zůstává náklonnost rozptýlená, ale přítulnost bývá nahrazena vyžadováním pozornosti a nekriticky přátelským chováním. Ve středním a pozdějším dětském věku vynucování pozornosti často přetrvává a obvykle mívá dítě potíže s vytvořením blízkého, důvěrného vztahu k vrstevníkům. Podle okolností může být přidružena porucha citů nebo chování. Syndrom byl nejčastěji prokázán u dětí, které byly od útlého dětství vychovávány v ústavech, ale vzniká i za jiných okolností. Předpokládá se, že k němu dochází částečně vlivem nedostatku příležitostí k rozvinutí selektivních vztahů v důsledku příliš časté změny osob, které o dítě pečují.

F95 Tikové poruchy

Syndromy, které se převážně projevují nějakou formou tiků. Tik je mimovolný, rychlý, opakující se nerytmický pohyb nebo hlasová produkce s náhlým začátkem, která neslouží žádnému zřejmému účelu. Postižení nemohou tiky ovládat, ale obvykle je mohou na různě dlouhé časové období potlačit. Jak motorické, tak vokální tiky se mohou klasifikovat buď jako jednoduché, nebo komplexní. Mezi obvyklé jednoduché motorické tiky patří mrkání, trhavé pohyby šíje, pošukávání rameny a grimasy v obličeji, mezi jednoduché vokální tiky patří pokašlávání, poštekávání, popotahování a syčení. Obvyklým komplexním motorickým tikem je poplácávání, skákání a poskakování, komplexním vokálním tikem je opakování zvláštních slov a někdy užívání slov společensky nepřijatelných obvykle obscénních (koprolálie) a opakování vlastních zvuků a slov (palilálie). Mizí obvykle během spánku. V závažnosti tiků jsou nesmírné rozdíly. V jednom extrému je tento fenomén téměř normální, snad u jednoho z 5 nebo 10 dětí se někdy objeví přechodné tiky. Druhý extrém představuje Tourettův syndrom, což je neobvyklá chronická zneschopňující porucha. Tikové poruchy se

vyskytují podstatně častěji u hochů než u dívek a běžně se objevují v rodinné anamnéze. Tiky se často vyskytují jako izolovaný projev, ale nezdědka jsou sdruženy s mnoha druhy emočních poruch, nejvíce snad s obsedantními a hypochondrickými projevy.

F95.0 Přejchodná tiková porucha

Splňuje všeobecná kritéria pro tikovou poruchu, ale tiky netrvají déle než 12 měsíců. To je nejběžnější forma tiky. Vyskytuje se nejčastěji kolem věku 4 nebo 5 let a tiky se obvykle projevují mrkáním, grimasováním nebo pošubáváním hlavou. V některých případech se vyskytují jako jednotlivé epizody, ale jindy remise a relapsy trvají po dobu několika měsíců.

F95.1 Chronická motorická nebo vokální tiková porucha

Splňuje všeobecná kritéria pro tikovou poruchu, u níž se vyskytují motorické nebo vokální tiky, které mohou být buď jednotlivé, nebo mnohočetné a trvají déle než rok.

F95.2 Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha

Tourettův syndrom je porucha, u které jsou mnohočetné motorické tiky a jeden nebo více vokálních tiků. Téměř vždy začíná v dětství nebo v adolescenci. V anamnéze motorické tiky obvykle předcházejí tikům vokálním. Příznaky se často zhoršují v adolescenci a porucha obvykle přechází do dospělého věku. Vokální tiky jsou často mnohočetné s explozivním opakovaným vokalizováním, pokašláváním, chrochtáním a užíváním obscénních slov nebo frází. Někdy je přidružena echopraxie gest, která může být též obscénní povahy (kopropraxie). Podobně jako motorické tiky, mohou se tiky vokální na krátkou dobu vědomě potlačit, mohou se zhoršit stresem a zmizet během spánku.

F98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci

F98.0 Neorganická enuréza

Porucha charakterizovaná bezděčným pomočováním se ve dne a nebo v noci, které je pro mentální věk jedince nenormální a které není důsledkem neurologické poruchy, epileptických záchvatů nebo nějaké strukturální anomálie močového traktu. Enuréza může být přítomna od narození nebo může vzniknout po určitém období již osvojeného ovládnání měchýře. Varianta pozdějšího začátku (sekundární) začíná obvykle kolem 5 až 7 let. Enuréza může být monosymptomatická nebo může být sdružena s širší poruchou citů nebo chování. Emoční problémy mohou vzniknout jako druhotný důsledek nesnázi nebo stigmatu, které

vyplývají z enurézy. Enuréza by se obvykle neměla diagnostikovat u dítěte mladšího 5 let nebo u jedince s mentálním věkem pod 4 roky. U dítěte se občas rozvine přechodná enuréza jako následek cystitidy nebo polyurie (např. u cukrovky).

F98.1 Neorganická enkopréza

Opakovaná volní bezděčná defekace normálně nebo skoro normálně konzistentní stolice v místech, která v pacientově sociokulturním prostředí nejsou určena k tomuto účelu. Tento stav může být abnormálním pokračováním normální inkontinence v útlém dětském věku nebo může znamenat ztrátu kontinence a úmyslnou defekaci na nevhodných místech navzdory normální fyziologické schopnosti vyprazdňování ovládat. U takto postiženého může chybět přiměřená výchova k udržování čistoty nebo přiměřená reakce na výchovu (v anamnéze je trvalý neúspěch v osvojení kontroly vyprazdňování). Nebo tento stav může odrážet psychologicky podmíněnou poruchu, při které existuje normální fyziologická kontrola defekace, ale z určitého důvodu je neochota řídit se společenskými normami a vyprazdňovat se na přijatelných místech. Může také vznikat z fyziologického zadržování stolice což má za následek zácpu s druhotným přeplněním a defekací na nevhodných místech. Takové zadržování může vzniknout jako následek bojů mezi rodičem a dítětem, pokud jde o nácvik vyprazdňování, zadržování stolice vzhledem k bolestivému vyprazdňování (např. v důsledku anální fisury) nebo z jiných důvodů. V některých případech může být enkopréza doprovázena rozmazáváním stolice po těle nebo po vnějším okolí a méně často se může vyskytnout strkání prstů do řiti nebo masturbace. Obvykle je přidružen určitý stupeň emoční poruchy. Enkopréza a enuréza bývají sdruženy. K enkopréze může někdy dojít po anální fisuře nebo infekci gastrointestinálního traktu.

F98.2 Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku

Zahrnuje odmítání jídla a mimořádnou vybíravost při přiměřeném podávání jídla schopnými osobami rozumně pečujícími o dítě, kdy není přítomno žádné organické onemocnění. Může nebo nemusí být přítomna ruminace, znamenající opakovanou regurgitaci bez nauzey nebo bez onemocnění gastrointestinálního traktu. Menší potíže s příjmem jídla bývají v útlém věku a v dětství velmi běžné ve formě vybíravosti, domnělého nedostatečného příjmu jídla nebo přejídání. Tyto projevy by se samy o sobě neměly považovat za známky poruchy. Od této poruchy je důležité odlišit stavy, kdy dítě ochotně přijímá potravu od jiných

dospělých než těch, kteří o něj obvykle pečují, dále organická onemocnění, která dostatečně vysvětlují odmítání jídla, nebo potíže při krmení v souvislosti se špatným zacházením.

F98.3 Pika v útlém a dětském věku

Vytrvalé požívání nestravitelných látek např. hlíny, barviv, hoblovaček atd. Může se vyskytnout jako jeden z mnoha příznaků, které jsou součástí širší psychiatrické poruchy jako je autismus, nebo jako poměrně izolované psychopatologické chování. Tento fenomén je nejobvyklejší u mentálně retardovaných dětí. Pika se však může vyskytnout také u dětí s normální inteligencí, obvykle u malých dětí.

F98.4 Poruchy se stereotypními pohyby

Volní, opakované, stereotypní, nefunkční (a často rytmické) pohyby zahrnují pohupování tělem nebo hlavou, vytrhávání vlasů, kroucení vlasů, manýry rýpání prstem a pleskání rukama. Stereotypní sebepoškozující chování zahrnuje tlučení do hlavy, plácání obličeje, šfouchání do očí a kousání do rukou, rtů nebo jiných částí těla. Všechny tyto stereotypní poruchy se nejčastěji vyskytují ve spojení s mentálním poškozením. Šfouchání do oka je zvlášť běžné u dětí s postiženým zrakem.

F98.5 Kocktavost (zadrhávání)

Řeč je při kocktavosti charakterizována častým opakováním nebo protahováním zvuků nebo slabik a slov, nebo častým váháním a přestávkami, které narušují rytmický tok řeči. Mírné dysrytmie tohoto typu se vyskytují v raném dětství dosti často jako přechodná fáze. Mohou se přidružovat časově shodné pohyby obličeje a nebo jiných částí těla s opakováním, protahováním nebo pauzami v toku řeči. Kocktání by se mělo odlišovat od breptavosti a od tiků.

F98.6 Breptavost

Zrychlené tempo řeči s porušením plynulosti bez opakování nebo zaváhání, a to takového stupně, že se řeč stává až nesrozumitelnou. Řeč není rytmická, je s přeřikáváním, s rychlým trhavým proudem slov, což obvykle navozuje chybné struktury

F98.8 Jiné specifikované poruchy chování a emocí, začínající obvykle v dětství a v adolescenci

Zahrnují deficit pozornosti bez hyperaktivity, nadměrnou masturbaci, kousání nehtů, vybírání „holubů“ z nosu a cucání palce.