



UNIwersytet
MEDYCZNY
W ŁODZI



OPERACJA

I N T E G R A C J A

Psychiatria dzieci i młodzieży cz. II

Arkadiusz Jasek

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży



Przygotowanie merytoryczne seminariów w formie prezentacji przypadków klinicznych w ramach projektu „Operacja - Integracja!” Zintegrowany Program Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (POWR.03.05.00-00-Z065/17) współfinansowany z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Priorytet III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju. Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych

Zaburzenia zachowania – opis przypadku

Pacjent w wieku 5 lat i 6 miesięcy zgłoszony z obojgiem rodziców na konsultację lekarską z powodu narastających zachowań problemowych objawiających się głównie nieuzasadnionym oporem, wybuchami złości, krzykiem, napadami szału z uderzaniem głową o podłogę i ściany oraz niekontrolowaną agresją w stosunku do każdego, kto w tej sytuacji stanie mu na drodze. Pacjent cechuje się narastającą odmową wykonywania poleceń rodziców, opiekunów w przedszkolu i innych osób, które okresowo sprawują nad nim opiekę. Pacjent, gdy mu się pozwoli bawić, jak chce, i nie jest mobilizowany do wykonywania czegokolwiek, na co nie ma ochoty, jest spokojny, uśmiechnięty i – jak mówią rodzice – „kochany”. Rodzice oceniają, że wybuchy złości i opór zawsze występowały u pacjenta, ale od kilku miesięcy narastają i występują w sytuacjach, które tego nie uzasadniają.

Zaburzenia zachowania – opis przypadku

Rodzice pacjenta nie potrafią znaleźć przyczyny narastania takich zachowań. Dlatego starają się unikać takich sytuacji, „schodząc pacjentowi z drogi”, przyznając mu rację w sytuacjach, kiedy jej nie ma lub zwyczajnie unikają wydawania poleceń i zakazów, aby uniknąć krzyku dziecka, które w chwilach pobudzenia i „ataku” (jak to nazywają rodzice) czasami traci oddech i sinieje lub blednie w obrębie ust – raz zasłabł. Pacjent ma tendencje do manipulowania faktami w celu uzyskania tego, co chce, nigdy nie przyznaje się do winy nawet w obliczu kilku świadków, nadmiernie się obraża. Nie stwierdzono innych objawów psychopatologicznych afektywnych czy psychotycznych.

W badaniach laboratoryjnych wykonanych 3 tygodnie temu podczas diagnostyki chorób tarczycy nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego. Nigdy nie wystąpiła utrata przytomności, zatrucie czy poważne urazy głowy. Rodzice konsultowali pacjenta neurologicznie, gdzie nie stwierdzono odchyień, podobnie jak w wykonanym EEG.

Opis przypadku - badania

Badania

- Badania podstawowe, TSH, fT4, żelazo, badania w kierunku niedoborów pokarmowych
- Badania w kierunku pasożytów
- EEG
- Opinia z przedszkola
- Opinia z PPP
- Opinia psychologa

Diagnoza różnicowa

Depresja

Zaburzenia lękowe

Schizofrenia

Padaczka

Zaburzenia emocjonalne

Diagnoza

Zaburzenie opozycyjno-buntownicze.

Postępowanie – opis przypadku

Leczenie opiera się głównie o wdrożenie postępowania wychowawczego ze wsparciem psychologa. Zaleca się terapię behawioralną lub behawioralno poznawczą, czasem rodzinną. Oddziaływania wychowawcze muszą być nacechowane konsekwencją rodzicielską z transparentnym systemem nagród i konsekwencji z naciskiem na te pierwsze.

Należy rozróżniać bycie bezwzględnie konsekwentnym od bycia bezwzględny!

Terapia trwa kilka miesięcy, mogą występować okresowe pogorszenia zachowania. Przy skrajnym nasileniu napadów szału lub zagrożenia dla siebie lub innych osób (agresja) dopuszcza się stosowanie neuroleptyków (np. haloperidol) w małych dawkach, hydroksyzyny lub innych zależnie od rozpoznania podstawowego.

Zaburzenia zachowania

A. Powtarzalny i utrwalony wzorzec zachowań antysocjalnych, trwający przez co najmniej 1 rok, przy czym każdy z co najmniej 3 wymienionych niżej objawów trwa przez co najmniej 6 miesięcy:

Typy zaburzeń zachowania

Zaburzenie opozycyjno-buntownicze

Spełnione kryterium A oraz 4 pozycje z listy, ale nie więcej niż 2 z pkt. 9-23.

Objawy:

Objawy zaburzeń zachowania według ICD-10 (na pdst. PSYCHIATRIA DZIECI I MŁODZIEŻY, I. Namysłowska-red., str. 226, PZWL 2005)

1. Niezwykle częste lub gwałtowne, jak na okres rozwojowy dziecka, wybuchy złości
2. Częste kłótnie z dorosłymi
3. Częste jawne sprzeciwianie się dorosłym
4. Częste, celowe działania sprawiające innym przykrość
5. Częste zrzucanie winy i odpowiedzialności za własne złe zachowanie na innych
6. Nadwrażliwość, obrażanie się
7. Częste złoszczenie się i poczucie krzywdy
8. Mściwość

...cdn

Objawy

9. Częste kłamstwa, niedotrzymywanie obietnic, aby coś uzyskać bez zobowiązań
10. Częste wszczynanie bójek (nie dotyczy bójek z rodzeństwem)
- 11. Używanie narzędzi mogących zranić innych**
12. Częste pozostawianie poza domem po zmierzchu, wbrew zakazom rodziców (jeśli rozpoczyna się przed 13 rokiem życia)
- 13. Częste okrucieństwo fizyczne wobec innych**
14. Okrucieństwo wobec zwierząt
- 15. Rozmyślne niszczenie przedmiotów należących do innych (nie obejmuje podpalania)**
- 16. Rozmyślne podpalania w celu spowodowania zniszczenia**
17. Kradzieże przedmiotów mających wartość, w domu lub poza domem
18. Częste wagary, rozpoczynające się przed 13 rokiem życia
19. Ucieczki z domu (co najmniej dwie, lub jedna dłuższa niż na jedną noc; nie obejmuje ucieczek w celu uniknięcia kary)
- 20. Przepęstwa w konfrontacji z ofiarą (wymuszania, wyrywanie toreb)**
- 21. Zmuszanie innych do zachowań seksualnych**
22. Dręczenie innych
- 23. Włamania do mieszkań, domów lub samochodów**

Szczególne kryteria

- Rozpoznanie oparte jest na stwierdzeniu co najmniej trzech objawów od 9 do 23, przy czym 11, 13, 15, 16, 20, 21 i 23 mogą wystąpić tylko raz
- Zburzenia te mogą ograniczać się tylko do środowiska rodzinnego. Mogą wiązać się z nieprawidłowymi relacjami z rówieśnikami, ale także może występować prawidłowa integracja z grupą.

Podział

- **Zaburzenie zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji.**

Spełnione kryterium A oraz 3 pozycje z listy i 3 lub więcej pkt. 9-23. Relacje rówieśnicze pozostają prawidłowe.

- **Zaburzenie zachowania z nieprawidłową**

Spełnione kryterium A oraz 3 pozycje z listy i 3 lub więcej pkt. 9-23. Relacje rówieśnicze pozostają nieprawidłowe- izolacja, odrzucenie, brak relacji.

- **Zaburzenia zachowania ograniczone do środowiska rodzinnego**

Zaburzenia zachowania i emocji

W przypadku współistnienia zaburzeń zachowania z zaburzeniami depresyjnymi czy z cechami dwubiegunowości, gdzie komponenta emocjonalna wydaje się odpowiadać za część zachowań problemowych lub nasila je, możemy rozpoznać zaburzenia zachowania i emocji. Inne jest tu rokowanie i postępowanie.

Np. Depresyjne zaburzenia zachowania

Opis przypadku

Do diagnozy został zgłoszony chłopiec w wieku 7 lat, który zgłosił się w asyście matki. Od początku wizyty lekarskiej matka wyręcza chłopca w wielu prostych czynnościach, jak np. zdjęcie kurtki. Jak twierdzi, jest to jedną z przyczyn zgłoszenia się z dzieckiem na wizytę. Matkę niepokoi funkcjonowanie pacjenta, na tle klasy pacjent funkcjonuje, jakby nadal był w przedszkolu. Mimo że zbliża się koniec roku szkolnego I klasy szkoły podstawowej, pacjent „nie zaadaptował się” do warunków panujących w szkole. Na lekcjach się bawi, rozmawia, śpiewa, nie reaguje na zwracane mu uwagi lub obraża się i krzyczy. W takich sytuacjach również w domu okazuje się, że pacjent mimo wielogodzinnej nauki nie potrafi odtworzyć tej wiedzy. Pacjent nadal nie poznał wielu liter i na tle klasy jest jednym ze słabszych uczniów. Podobnie z czytaniem i zadaniami z matematyki. Jest sympatycznym chłopcem, który garnie się do dzieci, ale te często odrzucają go wybierając innych kolegów do zabawy, ponieważ sposób zabawy pacjenta – podobnie jak jego zainteresowania – odpowiadają dzieciom 4-5-letnim. Taką tendencję obserwuje się również w zabawie poza szkołą. Tam woli bawić się z dziećmi młodszymi. Pacjenta cechuje szybka męczliwość psychiczna podczas wykonywania zadań szkolnych, niska motywacja oraz porzucanie zadań przy najdrobniejszych próbach niepowodzenia.

Opis przypadku

Z powodu trudności edukacyjnych i problemów z „nerwami” był konsultowany neurologicznie i miał wykonane badania laboratoryjne i EEG. Wszystkie w/w nie wykazały odchyłeń, ale z wywiadu wczesnodziecięcego wynika, że pacjent rozwijał się z niewielkim opóźnieniem. Siadał w wieku 6 miesięcy, ale chodzić zaczął w wieku 18 miesięcy, miał obniżone napięcie mięśniowe, mówić w wieku 3,5 roku. Do przedszkola poszedł w wieku 4 lat, bo matka uważała, że nie da sobie rady. Nie jadł samodzielnie w tym czasie, miał trudność z wykonywaniem poleceń. Szkoła skierowała również pacjenta do poradni psychologiczno-pedagogicznej celem oceny funkcjonowania chłopca. W przeprowadzonych badaniach uzyskano wyniki świadczące o poziomie intelektualnym chłopca poniżej normy dla wieku. W teście Wechslera uzyskał wyniki: skala słowna 71, skala bezsłowna 62, skala pełna 67.

Diagnoza różnicowa

Dysleksja i inne specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych

Zaburzenie opozycyjno-buntownicze

Zaburzenia aktywności i uwagi (ADHD)

Depresja

Autyzm

Diagnoza

Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim

Opis przypadku - badania

Badania

- Badania podstawowe, TSH, fT4, żelazo, badania w kierunku niedoborów pokarmowych
- EEG
- Opinia z przedszkola
- Opinia z PPP
- Opinia psychologa

Opis przypadku – postępowanie

Dostosowanie nauki do możliwości ucznia:

- W klasie integracyjnej
- W trybie powszechnym z nauczycielem wspomagającym
- Obniżyć wymagania szkolne
- Opieka psychologa

Upośledzenie umysłowe

Obniżenie sprawności intelektualnej istotnie poniżej przeciętnej + Istotne obniżenie możliwości adaptacyjnych

Rzeczpospolita: Rozpowszechnienie: 1-2% populacji ogólnej $M : K = 2 : 1$ UU w stopniu lekkim bardziej rozpowszechnione w niższych warstwach społecznych.

Wynik przeciętny 85-115 pkt.

$IQ (II) = (\text{wiek umysłowy} / \text{wiek kalendarzowy}) \times 100$

Upośledzenie umysłowe

upośledzenie	II	Wiek Rozwojowy (lata), % przypadków	Poziom edukacyjny	Pomoc	możliwości
lekkie	69-50	12-9 lat 85%	Szkoła podstawowa	wsparcie	„wyuczalni”, Umiejętności szkolne do poziomu ~ 6 klasy, najczęściej zdolni do samodzielnego życia
umiarkowane	49-35	6-9 lat 10%	Szkoła specjalna	pomoc	„możliwi do wytrenowania”, Umiejętności szkolne do poziomu II klasy,
znaczne	34-20	5-3 lat 3-4%	Szkoła życia	Ciągła opieka	Szkoła życia, Częsta towarzysząca niesprawność fizyczna
głębokie	19-0	<3 lat 1-2%	---	instytucje	Stała opieka

Zaburzenia współwzraszające

- 25% osób z UU pozostających pod opieką medyczną ma problemy psychiatryczne
- Odsetek zaburzeń w badaniach populacyjnych: 10-15%
- Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych 3-4 razy większe niż w populacji ogólnej
- ADHD, Zaburzenia nastroju, Całościowe zaburzenia rozwojowe, Stereotypie ruchowe, Zaburzenia zachowania

Etiologia

W ~ 50% ustalona przyczyna

W większości przypadków uu w stopniu lekkim przyczyna pozostaje nieustalona

Poza tym patologia ciąży, urazy okołoporodowe, zatrucia, czynniki infekcyjne i inne biologiczne mogące wpływać na płód, FAS, zaniedbania medyczne w ciąży, nikotynizm w ciąży, używanie substancji psychoaktywnych w ciąży, zespoły genetyczne.

Pamiętaj

Rozpoznanie UU nie musi być rozpoznaniem na całe życie!

Opis przypadku

Pacjent lat 10 w IV klasie szkoły podstawowej zgłoszony z rodzicami za sugestią psychologa z powodu narastających trudności edukacyjnych. Pacjent od początku szkoły i nawet w przedszkolu unikał nauki, niechętnie pisał i czytał od pierwszej klasy. Wielokrotnie popełnia te same błędy, z dyktand zawsze dostaje złe oceny. Podczas pisania zamienia litery, skraca wyrazy, nie przestrzega zasad poprawnej pisowni i – nawet gdy się bardzo stara – „zawsze popełni głupi błąd”. Powoduje to narastającą frustrację rodziców i pacjenta, który odmawia wykonywania prac domowych i coraz częściej nie pisze w zeszytach na lekcjach. Jest chłopcem wesołym, spokojnym, bardzo lubianym w klasie. Posiada ponadprzeciętną wiedzę o piłkarzach europejskich lig oraz o kosmosie. W codziennym funkcjonowaniu jest samodzielny, bystry, „obrotny”. Poza nauką nie ma problemów. Wychowywany w rodzinie pełnej o dobrym poziomie integracji i wsparcia. Mówi, że lubi chodzić do szkoły, ale nie lubi się uczyć.

Opis przypadku

Pacjent osiąga przeciętne i dobre wyniki w z matematyki zależnie od motywacji i wkładu pracy. Gdy się skupi na zadaniu, zawsze je rozwiąże poprawnie. Z łatwością prowadzi rozmowy z dziećmi i dorosłymi na różne tematy, jest swobodny w kontaktach międzyludzkich.

Diagnoza różnicowa

Upośledzenie umysłowe

Zaburzenia zachowania typu opozycyjno-buntowniczego

Diagnoza

Specyficzne zaburzenie czytania i analizy dźwiękowo-literowej – Dysleksja

Opis przypadku – postępowanie

Dostosowanie nauki do możliwości ucznia:

- W klasie integracyjnej
- W trybie powszechnym z nauczycielem wspomagającym
- Obniżyć wymagania szkolne
- Opieka psychologa

Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych

Dotyczą ok 5% uczniów.

Dysleksja rozwojowa obejmuje problemy związane przede wszystkim z nauką czytania, pisania i liczenia, przy czym nie są one związane z wolniejszym rozwojem umysłowym czy niskim ilorazem inteligencji. Z badań wynika, że dysleksja rozwojowa dotyka od 10 do 15 procent populacji.

Objawy:

trudności z zapamiętywaniem nazw, nazwisk, szeregów nazw, mylenie liter, pomijanie liter, wolne tempo pisania i czytania.

Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych

- dysleksja – trudności w czytaniu
- dysortografia – trudności w opanowaniu poprawnej pisowni
- dysgrafia – trudności w opanowaniu czytelnego pisania
- dyskalkulia – trudności w uczeniu się matematyki

Opis przypadku

Pacjent lat 7 na pierwszej konsultacji psychiatrycznej w asyście rodziców z powodu występujących od pary tygodni nagłych, nieprzewidywalnych skurczów mięśni twarzy, które pojawiły parę dni się przed rozpoczęciem II klasy szkoły podstawowej. Rodzice obserwowali w tym czasie wzmożone napięcie emocjonalne u pacjenta, które wiązali z powrotem do szkoły i trudnościami pacjenta z tym związanymi. Początkowo pacjent pociągał nosem i chrząkał. Otrzymał z tego powodu syrop „na gardło” i odbył wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, gdzie nie wykazano odchyień od stanu prawidłowego. Z czasem pojawiło się odchylenie głowy do tyłu z dociąganiem żuchwy, a potem grymasy w obrębie twarzy, które dotyczą m.in. mrużenia oczu, zaciskania ich, szczyrzenia zębów, zamykania jednego oka. Rodzice zauważyli, że gdy pacjent jest zajęty np. Zabawą, objawy znikają zupełnie lub niemal zupełnie.

Opis przypadku

Grymasy nasilają się w chwilach, które pacjent ocenia jako stresujące. Pacjent mówi, że próbuje się powstrzymać i czasami mu się to udaje, ale częściej jest tak, że przymus wykonania danego grymasu przychodzi samoistnie, bez jego wiedzy i kontroli, lub nie może go dłużej powstrzymać i jest świadom wykonywania ich, ale nie panuje nad tym. Niepokoi się, bo koledzy w szkole pytają go, dlaczego tak robi, a on sam tego nie chce. Mrużenie oczu przeszkadza mu coraz bardziej w codziennym funkcjonowaniu, a zwłaszcza w nauce. Poza stwierdzonymi objawami nie obserwuje się innych trudności w codziennym funkcjonowaniu. Pacjent dużą wagę przywiązuje do pozytywnych ocen, szkoła go stresuje.

Nie stwierdzono odchyień w badaniach laboratoryjnych, badaniu neurologicznym.

Diagnoza różnicowa

Kompulsje

Pląsawica

Padaczka

Stereotypie

Zaburzenia psychotyczne

Diagnoza

Tiki przemijające.

Opis przypadku - badania

Badania

- Badania podstawowe, TSH, fT4, żelazo, badania w kierunku niedoborów pokarmowych
- Badania w kierunku pasożytów
- EEG
- Opinia z ze szkoły
- Opinia z PPP
- Opinia psychologa

Opis przypadku – postępowanie

- Psychoterapia behawioralna, behawioralno-poznawcza, rzadziej rodzinna
- Farmakoterapia tylko w skrajnym nasileniu tików: haloperidol, risperidon, arypiprazol

Tiki

- Tiki są ruchami lub wokalizacjami mimowolnymi, nagłymi, szybkimi, nawracającymi, nierytmicznymi i stereotypowymi. Początek przed 18 r.ż.
- Wyróżniamy:
- Tiki przemijające (<12 m-cy)
- Przewlekłe tiki ruchowe lub głosowe (wokalne)
- Zespół tików głosowych i ruchowych (zespół Gilles de la Tourette) } >12 m-cy
- Inne tiki
- Tiki, nie określone

Opis Przypadku

Chłopiec 4,5-letni zgłoszony do pierwszej konsultacji psychiatrycznej z powodu powtarzających się „dziwnych zachowań” związanych z jedzeniem. Dziecko okresowo zjada niejadalne produkty np. plastelinę, kredę, kredki, farby do malowania, ciastolinę. Nie potrafi odpowiedzieć, czemu to robi. Rodzice nie zauważyli, aby działo się to w konkretnych sytuacjach, dziecko nie jest złośliwe, nie robi tego w sposób demonstracyjny. Takie sytuacje mają miejsce niemal codziennie, co spowodowało, że chłopiec jest niemal pod stałą kontrolą opiekuna. Chłopiec jest czasem drażliwy i łatwo się obraża, poza tym nie występują inne zachowania, które niepokoją rodziców. W przedszkolu pacjent funkcjonuje poprawnie, nie wyróżnia się szczególnie swoim zachowaniem poza opisanymi epizodami zjadania niejadalnych produktów. Bawi się z innymi dziećmi, nie płacze, z radością wita rodziców, gdy go odbierają z przedszkola. W badaniach laboratoryjnych, w tym w kierunku pasożytów, uzyskano wyniki w normie.

Opis przypadku – diagnoza

Pica

Opis przypadku – diagnoza różnicowa

Zaburzenia zachowania typ opozycyjno-buntowniczy

Bulimia

Zaburzenia psychotyczne

Choroby pasożytnicze przewodu pokarmowego

Opis przypadku - badania

Badania

- Badania podstawowe, TSH, fT4, żelazo, badania w kierunku niedoborów pokarmowych
- Badania w kierunku pasożytów
- EEG
- Opinia z przedszkola
- Opinia z PPP
- Opinia psychologa

Pica

Kalendarzowy i umysłowy wiek dziecka wynosi co najmniej 2 lata.
Co najmniej dwa epizody w tygodniu zjadania niespożywczych substancji.
Czas trwania powyżej miesiąca.

Moczenie mimowolne nieorganiczne (enuresis)

Kalendarzowy i umysłowy wiek dziecka wynosi co najmniej 5 lat.

U dzieci <7 r.ż dwa epizody w miesiącu u dzieci >7 r.ż. Jeden epizod w miesiącu.

Nie wynika z budowy anatomicznej lub innej choroby np. padaczki.

Czas trwania > 3 m-cy

Może być pierwotne lub wtórne – po 6 miesiącach prawidłowego oddawania moczu

Choroby somatyczne z moczeniem:

Wady układu moczowego, infekcje układu moczowego, niedokrwistość sierpowata i skaza sierpowato komórkowa, guzy płata czołowego, uszkodzenia rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych, cukrzyca, moczówka prosta, padaczka, infekcje układu moczowego.

Nie ma dowodów na zależność moczenia z fazą snu.

Leczenie

Techniki behawioralne:

Dużo pić w ciągu dnia, często oddawać mocz, nie pić przed snem, budziki,
terapia behawioralna, rodzinna

Farmakologiczne:

Oksybutynina – zmniejsza napięcie mięśni gładkich, działanie rozkurczające
Imipramina (klomipramina?) – leki sptycające sen

Zaburzenia odżywiania się w niemowlęctwie i dzieciństwie

Różnorodne przejawy tego zaburzenia są specyficzne dla niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa. Polega ono głównie na odmowie przyjmowania pokarmów i krańcowym wychudzeniu przy dostatecznej ilości pokarmu, w obecności rozsądnego, kompetentnego opiekuna i przy braku choroby organicznej. Zaburzeniu temu może, ale nie musi, towarzyszyć ruminacja (ponowne połykanie zwróconego pokarmu) bez wymiotów lub choroby przewodu pokarmowego.

- Problemy zdrowotne związane z jedzeniem, ruminacje lub brak przyrostu/spadek masy ciała, Zaburzenie przeżuwania w dzieciństwie
- Początek przed 6 r.ż.
- Brak innych zaburzeń psychicznych

Zanieczyszczanie się kałem nieorganiczne (encopresis)

Powtarzające się, celowe lub mimowolne, popuszczanie kału, zazwyczaj o normalnej konsystencji, w miejscach do tego nieprzeznaczonych i wbrew wymaganiom opiekunów. Może być kontynuacją nietrzymania kału w niemowlęctwie, może wynikać z braku kontroli zwieraczy już po jej osiągnięciu lub może być umyślnym oddawaniem stolca w miejscach nieodpowiednich, pomimo prawidłowej kontroli. Może być zaburzeniem izolowanym lub występować w przebiegu innego zaburzenia np. emocjonalnego lub zaburzenia zachowania .

Może być czynnościowe lub psychogenne.

Zanieczyszczanie się kałem nieorganiczne (encopresis)

Kalendarzowy i umysłowy wiek dziecka wynosi co najmniej 4 lata.

Może być wtórne do przepełnienia jelit w przebiegu czynnościowego zatrzymania stolca (wstrzymywanie).

Co najmniej jeden epizod w miesiącu przez 6 m-cy.

U podłoża zaburzenia nie leżą stany organiczne.

Może być pierwotne lub wtórne.

Leczenie

Techniki behawioralne:

Trening czystościowy, terapia behawioralna, rodzinna