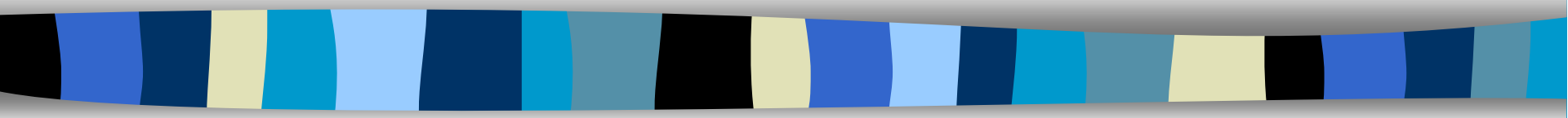


# Klinická psychologie dětí a dospívajících



Milan Pilát  
FN Brno - Dětská nemocnice  
Oddělení dětské psychiatrie a klinické psychologie

FSS MU 2019



# Témata sdělení:

- ❑ **DKP jako profesní zaměření a formální odbornost**  
(systém vzdělávání; zákonné zakotvení oboru; profesní prolínání a spolupráce )
  - ❑ **Klasifikace problematiky DKP**  
(fyziologické a patologické symptomy během vývoje; DKP v MKN 10; poruchy vývojové a pervazivní, pro dětský věk specifické, ostatní se zřetelem na klinický obraz v dětském věku; DKP problematika vývojových etap; kazuistické příklady)
  - ❑ **Klinicko-psychologické vyšetření a diagnostické metody**  
(možnosti a metody hodnocení psychického vývoje; diagnostika inteligence; diagnostika dílčích schopností, znalostí a dovedností; diagnostika osobnosti a rodinných vztahů)
  - ❑ **Psychosomatické nemoci v dětství a dospívání**  
(povaha a zdroje psychosomatických poruch; rodinné aspekty psychosomatických poruch; psychoterapie u psychosomatických onemocnění).
  - ❑ **Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí**  
(rodinný kontext nemoci a reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte; chronicky nemocné dítě; zvládání nemoci a bolesti u dětí)
  - ❑ **Možnosti psychoterapie u dětí a dospívajících**  
(formy, zacílení a zvláštnosti psychoterapie s dětmi)
-



# Atestace z klinické psychologie

- Zákon 96 § 22/2004 Sb. - *Odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví a specializovaná způsobilost k výkonu povolání klinického psychologa*  
*Akreditovaný kvalifikační kurz Psycholog ve zdravotnictví*  
*(Brno, Olomouc, Praha)*
- **Aktuálně:** snaha přejít do Zákona 95 (lékaři)
- délka vzdělávání je **minimálně 60 měsíců** povinné praxe ve zdravotnictví na lůžkovém oddělení nebo v ambulantní praxi pod systematickým vedením školitele

a) povinná praxe na akreditovaném pracovišti **minimálně 12 měsíců**, z toho:

- *1 měsíc* - na lůžkovém dětském oddělení
- *1 měsíc* - na lůžkovém psychiatrickém oddělení
- *1 měsíc* - na lůžkovém oddělení jiných klinických oborů.

b) povinná účast na vzdělávacích aktivitách pořádaných akreditovaným pracovištěm:

povinné jednodenní semináře během specializačního vzdělávání pořádané akreditovaným zařízením,

- *1 x v každém semestru* (3 kredity za každou účast),
- povinný specializační kurz před atestační zkouškou – 1 týden (12 kreditů),
- povinná účast na supervizních seminářích, konaných na akreditovaných pracovištích uvedených v příloze logbooku – *2x do měsíce* (3 kredity za každou účast),
- povinný kurz *Neodkladná první pomoc* – 2 dny (6 kreditů),
- povinný kurz *Základy zdravotnické legislativy* – 1 den (3 kredity),
- *Počet kreditů je upraven v souladu s novelizovanou vyhl. č. 423/2004 Sb*

- atestace – Logbook (seznam požadovaných výkonů), Index
- Zkouška: psychopatologie, somatologie, DKP, KP dospělých, psychodiagnostika, psychoterapie
- [www.ipvz.cz](http://www.ipvz.cz)



# Dětská klinická psychologie

- Od 1. 4. 2006 byl podle zákona č. 96/2004 zaveden nový ***specializační obor dětská klinická psychologie*** - pro klinické psychology (tj. s atestací) se specializací na práci s dětmi

## ***Podmínky:***

- **minimálně 24 měsíců** praxe ve zdravotnictví v **úvazku 1,0** (z toho nejméně 3 měsíce na dětském lůžkovém oddělení, nejméně 3 měsíce v ambulantní praxi)
- Školitel
- Logbook (seznam požadovaných výkonů)
- 150 kreditů
- Zkouška (teorie, praxe)
- Celoživotní vzdělávání (úvazek ve ZZ, NZZ, 40kreditů/10let)
- [www.ipvz.cz](http://www.ipvz.cz)



## **Certifikovaný kurz (*funkční specializace*) v psychoterapii**

Podmínky:

- Atestace z klinické psychologie
  - Psychoterapeutický výcvik (akreditovaný pro zdravotnictví)
  - [www.psychoterapeuti.cz](http://www.psychoterapeuti.cz)
- = poslední na podzim 2018

***Klinický psycholog – Psychiatr - Lékař jiné odbornosti s výcvikem***



# Atestace z psychoterapie

- aktuálně vzdělávání nelze absolvovat
- MZ ČR - návrh Vzdělávacího programu
- předmětem dalšího schvalování
- očekávání schválení 2019 (?)

*Klinický psycholog – Psychiatr - Lékař jiné odbornosti s výcvikem*

# Sazebník výkonů

- dětská psychologie (931)
- klinická psychologie (901)

Výkon	Čas	Body	Dospělí
<b>37061 - KOMPLEXNÍ PEDOPSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ I (A´ 60 MINUT)</b>	4/1 den, 8/1 rok	<b>581</b>	580
<b>37062 - CÍLENÉ PEDOPSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ I (A´ 60 MINUT)</b>	6/1 měsíc	<b>581</b>	580
<b>37063 - KONTROLNÍ PEDOPSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ 1 (A´ 30 MINUT)</b>	6/1 den, 30/1 měsíc	<b>291</b>	291



# Psychoterapie (910)

Výkon	Čas	Body
<b>35520 PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ SYSTEMATICKÁ Á 30 MINUT</b>	4/1 den	<b>347</b>
<b>35650 RODINNÁ SYSTEMATICKÁ PSYCHOTERAPIE Á 30 MINUT</b>	4/1 den 20/3 měsíce	<b>347</b>
<b>37119 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE DĚTÍ DO 8 LET (Á 30 MINUT)</b>	4/1 den	<b>160</b>
<b>37115 KRIZOVÁ INTERVENCE (Á 30 MINUT)</b>	6/1 den 20/1 měsíc	<b>347</b>
<b>37117 RODIČOVSKÁ SKUPINA (Á 30 MINUT)</b>	4/1 den	<b>80</b>



## Specifika DKP

- Dítě → Rodina (terapie i diagnostika bez spolupráce s rodiči prakticky nemožná)
- Vývojové zákonitosti (Freud, Piaget, Erikson)
- Celostní přístup (bio-psycho-sociální)

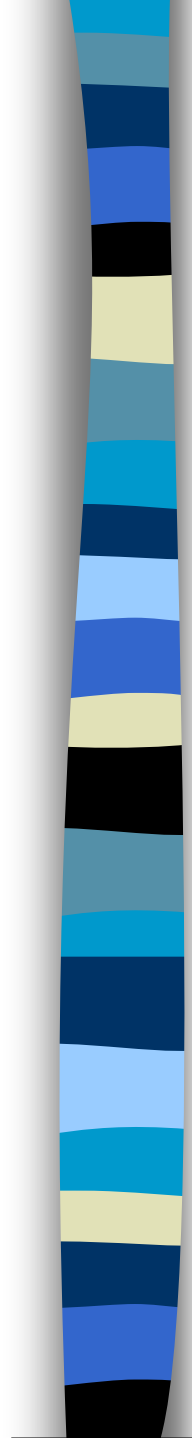


## Specifické nároky na osobu DKP

- Vlastní zkušenost s „obvyklým“ vývojem dětí
  - pedagogická zkušenost
  - volnočasová práce s dětmi
  - vlastní rodina (tj. vývoj a výchova v jejich **celku**)
- Dítě je zkušeností vychováváno (je mi práce potěšením?)

# Základní psychomotorické údaje (variabilita)

	<b>Vývojový úkol</b>
6týden	-První sociální úsměv
3m	-při poloze na bříšku zvedá hlavu -vědomě se usmívá i hlasitě
6m	-přidrží se podaných prstů a přitahuje se do sedu -sed v „žabí pozici“ -uchopí hračku, přendává z ruky do ruky– záměrné opakuji činnost -Žvatlá slabiky
9m	-Velký milník ve vývoji -Samo sedí -Leze - a může se zmocňovat světa -Přesnější uchopování - samo si drží pití -„paci paci“, „pápá“ -Mluví a naslouchající se střídají -Stálost předmětů v čase (matka) - Specifický vztah k jedné osobě – strach z cizích lidí „separační úzkost“ -Pokusy o stání s oporou

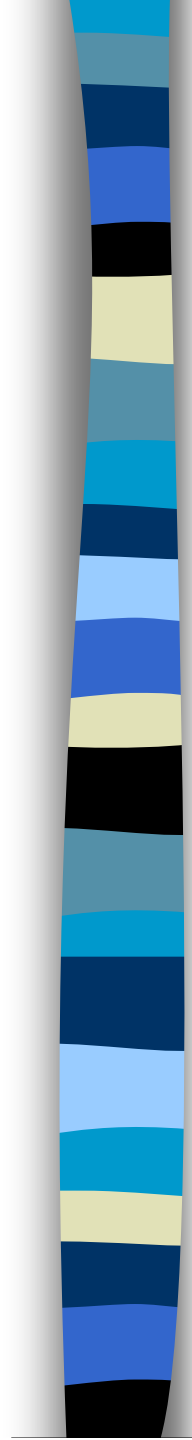


Měsíc (orientačně)	Vývojový úkol
12m	<ul style="list-style-type: none"><li>-Stojí bez opory</li><li>-První samostatné kroky</li><li>-Rozumí zákazu „nesmíš“</li><li>-Asi 6slov</li></ul>
15m	<ul style="list-style-type: none"><li>-Nápadně se zvětšuje slovní zásoba</li></ul>
18m	<ul style="list-style-type: none"><li>-Dřepne si a neupadne</li><li>-Těžkopádně běží</li><li>-20 slov</li></ul>
24m	<ul style="list-style-type: none"><li>-Staví kostky svise i vodorovně</li><li>-Mluví o sobě většinou ve 3. osobě (v 1.os. od 3roku)</li><li>-Vztahy k druhým dětem – osvojení prosociálního chování</li><li>-1-3rok: autonomie – fáze vzdoru (negativizmu)</li><li>-Poznávání sebe sama zrakem</li><li>-Pojem „Já“</li><li>-Napodobování kreslení</li></ul>

# Životní cyklus „normální“ rodiny

Stadium v životním cyklu	Vývojový úkol	Nutné změny
<b>1. Odpoutání se od rodičů</b>	<i>Akceptace oddělení se od rodičů</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Individualizace a diferenciacce dospívajícího</li><li>- vývoj od intimity v rodině k vrstevníkům</li><li>- finanční nezávislost</li></ul>
<b>2. Mladé manželství</b>	<i>Přihlášení se k nové rodině</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- utváření manželství</li><li>- změna vztahu k pův. rod.a k přátelům se zapojením partnera</li></ul>
<b>3. Rodina s malými dětmi</b>	<i>Akceptace nových členů rodiny</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- uvolnění místa dítěti (dětem)</li><li>- přijetí rodičovské role</li><li>- změna vztahu k původní rodině – předefinování rodičovských a prarodičovských rolí</li></ul>

<p><b>4.</b> <b>Rodina s dospívajícími dětmi</b></p>	<p><b><i>Rozšiřovat flexibilitu rodinných hranic</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- změna vztahu rodič-dítě tak, aby bylo dospívajícímu umožněno přicházení a odcházení</li> <li>- důraz na manželství středního věku a kariéru</li> <li>- péče o starší generaci</li> </ul>
<p><b>5.</b> <b>Rozvolnění mezi generacemi</b></p>	<p><b><i>Akceptovat různé odcházení a přicházení</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- potvrzení rodinného systému jako dyády</li> <li>- vývoj „dospělého“ vztahu k dětem a jejich partnerům</li> <li>- změna vztahů – vytvoření místa pro partnery dětí a vnuky</li> <li>- vyrovnání se s nemocí a smrtí vlastních rodičů</li> </ul>
<p><b>6.</b> <b>„Prázdné hnízdo“ – fáze rodiny na sklonku života</b></p>	<p><b><i>Akceptování změny generačních rolí</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- udržení zájmu navzdory biol. a mentálním úbytkům, otevření se novým rod. a soc. rolím</li> <li>- podpora střední generace</li> <li>- udržet prostor pro zkušenosti starší generace</li> <li>- vyrovnání se se ztrátou a smrtí, příprava na umírání</li> </ul>



## Fyziologické (adaptivní) x patologické symptomy? (intenzita, trvání, kontext výskytu)

- Sebeobsluha (pomočování, pokakávání, samostatnost v jídle)
- Separační úzkost
- Zadržávání řeči, patlavost, dyslálie
- Časoprostorová orientace
- Solitérní hra
- Vztek, vzdorovitost
- Smutná nálada
- Poruchové chování (kouření, alkohol)





# Spolupráce klinického psychologa

## ■ ***Profesní prolínání:*** PPP, SPC, MRP

- Psychiatr
- Pediatr
- Neurolog
- Logoped
- Učitel, speciální pedagog
- Internista
- Dle specializace, ad hoc: ARO, onkologie, popáleniny, ORL, chirurgie, kožní, chirurgie, urologie...



# MKN 10

## ■ F70 – F79

Mentální retardace (duševní opoždění)

## ■ F80 – F89

Poruchy psychického vývoje

## ■ F90 – F98

Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci



## F70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)

- F70 Lehká mentální retardace
- F71 Středně těžká mentální retardace
- F72 Těžká mentální retardace
- F73 Hluboká mentální retardace
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace

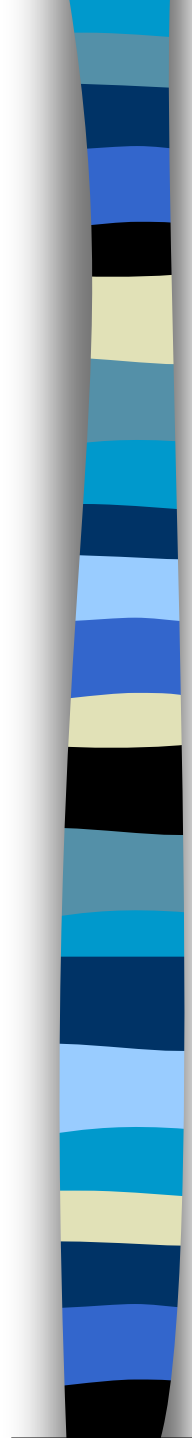
# F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

- **F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka**
  - F80.0 Specifická porucha artikulace řeči
  - F80.1 Expresivní porucha řeči
  - F80.2 Receptivní porucha řeči
  - F80.3 Získaná afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom)
  - F80.8 Jiné vývojové poruchy řeči a jazyka
  - F80.9 Vývojová porucha řeči a jazyka nespecifikovaná
- **F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností**
  - F81.0 Specifická porucha čtení
  - F81.1 Specifická porucha psaní
  - F81.2 Specifická porucha počítání
  - F81.3 Smíšená porucha školních dovedností
  - F81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností
  - F81.9 Vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná
- **F82 Specifická vývojová porucha motorické funkce**
- **F83 Smíšené specifické vývojové poruchy**
- **F84 Pervazivní vývojové poruchy**
  - F84.0 Dětský autismus
  - F84.1 Atypický autismus
  - .10 Atypičnost ve věku vzniku
  - .11 Atypičnost v symptomatice
  - .12 Atypičnost jak ve věku vzniku, tak v symptomatice
  - F84.2 Rettův syndrom
  - F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství
  - F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
  - F84.5 Aspergerův syndrom
  - F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
  - F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná



# F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

- **F90 Hyperkinetické poruchy**
  - F90.0 Porucha aktivity a pozornosti
  - F90.1 Hyperkinetická porucha chování
  - F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy
  - F90.9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná
- **F91 Poruchy chování**
  - F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině
  - F91.1 Nesocializovaná porucha chování
  - F91.2 Socializovaná porucha chování
  - F91.3 Porucha opozičního vzdoru
  - F91.8 Jiné poruchy chování
  - F91.9 Porucha chování nespecifikovaná
- **F92 Smíšené poruchy chování a emocí**
- **F92.0 Depresivní porucha chování**
  - F92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí
  - F92.9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná
  - F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství
- **F93.0 Separační úzkostná porucha v dětství**
  - F93.1 Fobická úzkostná porucha v dětství
  - F93.2 Sociální úzkostná porucha v dětství
  - F93.3 Porucha sourozenecké rivality
  - F93.8 Jiné emoční poruchy v dětství
  - .80 Generalizovaná úzkostná porucha v dětství
  - F93.9 Emoční porucha v dětství nespecifikovaná
- **F94 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým v dětství a v adolescenci**
  - F94.0 Elektivní mutismus
  - F94.1 Reaktivní porucha příchyllosti v dětství
  - F94.2 Dezinhibovaná příchyllost v dětství
  - F94.8 Jiné poruchy sociálních vztahů v dětství
  - F94.9 Porucha sociálních vztahů v dětství nespecifikovaná

- 
- **F95 Tikové poruchy**
    - F95.0 Přejídná tiková porucha
    - F95.1 Chronická motorická nebo vokální tiková porucha
    - F95.2 Kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha (Tourettův syndrom)
    - F95.8 Jiné tikové poruchy
    - F95.9 Tiková porucha nespecifikovaná
  - **F98 Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci**
  - **F98.0 Neorganická enuréza**
    - .00 Pouze noční enuréza
    - .01 Pouze denní enuréza
    - .02 Noční a denní enuréza
  - **F98.1 Neorganická enkopréza**
    - .10 Neschopnost osvojit si fyziologické ovládní stře
    - .11 Přiměřené ovládní stře s normální stolicí, avšak k vyprazdnění dochází na nevhodných místech
    - .12 Zašpinění stolicí sdružené s nadměrně tekutou stolicí
  - **F98.2 Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku**
  - **F98.3 Pika v útlém a dětském věku**
  - **F98.4 Poruchy se stereotypními pohyby**
    - .40 Bez sebepoškození
    - .41 Sebeoškozující
    - .42 Smíšené
  - **F98.5 Kockavost (zadržávání)**
  - **F98.6 Breptavost**
  - **F98.8 Jiné specifikované poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci**
  - **F98.9 Nespecifikované poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a v adolescenci**



## Z00 – Z99 Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami

- Z55 Problémy spojené se vzděláním a gramotností
- Z56 Problémy spojené se zaměstnáním a nezaměstnaností
- Z60 Problémy spojené se společenským (sociálním) prostředím



## Z61 Problémy spojené s negativními životními událostmi v dětství

- Z61.0 Ztráta láskyplného vztahu v dětství
- Z61.1 Odebrání dítěte z domova
- Z61.2 Změněné modely rodinných vztahů v dětství
- Z61.3 Události vedoucí ke ztrátě sebeúcty v dětství
- Z61.4 Problémy spojené s údajným sexuálním zneužíváním dítěte osobou z primární podpůrné
- Z61.5 Problémy spojené s údajným sexuálním zneužíváním dítěte osobou mimo primární podpůrnou skupinu
- Z61.6 Problémy spojené s údajným tělesným týráním
- Z61.7 Osobní děsivá zkušenost v dětství
- Z61.8 Jiné negativní životní události v dětství
- Z61.9 Negativní životní událost NS





## Z62 Jiné problémy spojené s výchovou

- Z62.0 Nedostatečný rodičovský dohled a kontrola
- Z62.1 Nadměrná rodičovská ochrana
- Z62.2 Institucionální (ústavní) výchova
- Z62.3 Nepřátelství k dítěti, dítě – obětní beránek
- Z62.4 Emocionální (citové) zanedbání dítěte
- Z62.5 Jiné problémy spojené se zanedbáním ve výchově
- Z62.6 Nepřiměřený tlak rodičů a jiné abnormální způsoby výchovy
- Z62.8 Jiné určené problémy spojené s výchovou
- Z62.9 Problémy spojené s výchovou NS



## Z63 Jiné problémy spojené s primární podpůrnou skupinou, včetně rodinných okolností

- Z63.0 Problémy ve vztahu k manželovi(-ce) nebo partnerovi
- Z63.1 Problémy ve vztahu k rodičům a tchánovi a tchyni
- Z63.2 Nepřiměřená rodinná podpora
- Z63.3 Chybění člena rodiny
- Z63.4 Zmizení nebo smrt člena rodiny
- Z63.5 Rozpad rodiny odloučením nebo rozvodem
- Z63.6 Závislý příbuzný, který potřebuje domácí péči
- Z63.7 Jiné stresující životní události působící na rodinu a
- Z63.8 jiné určené problémy spojené s primární podpůrnou skupinou
- Z63.9 Problémy spojené s primární podpůrnou skupinou NS



# T74 Syndromy týrání

- T74.0 Zanedbání nebo opuštění
- T74.1 Tělesné týrání
- T74.2 Pohlavní zneužívání
- T74.3 Psychologické týrání
- T74.8 Jiný syndrom týrání
- T74.9 Syndrom týrání



## Klasifikace duševních poruch v dětství a adolescenci

### A. poruchy vývojové

- pervazivní vývojové poruchy
- mentální retardace
- poruchy učení



## Klasifikace duševních poruch v dětství a adolescenci

### **B. poruchy pro dětský věk specifické** (začínající obvykle v dětství)

- **Hyperkinetické poruchy (ADHD)**
- **Poruchy chování**
- **Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství** (mají lepší prognózu než v pozdějším věku)
- **Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci ( odchylky sociální funkce)** - elektivní mutismus, reaktivní porucha příchyllosti – u zanedbaných, týraných a zneužívaných dětí, desinhibovaná příchyllost v dětství (= ústavní děti)
- **Poruchy řeči**
- **Tikové poruchy**
- **Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci** - neorganická enuresa, neorganická europresa, porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku, koktavost = zadržávání, breptavost, jiné specifikované poruchy chování a emocí (kousání nehtů, cucání palce, nadměrná masturbace, atd.)



## Klasifikace duševních poruch v dětství a adolescenci

### **C. ostatní**

- organické duševní poruchy
- duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- schizofrenie
- poruchy nálady
- neurotické poruchy
- behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami

**Všechny tyto poruchy mohou být diagnostikovány stejně u dětí, jako u dospělých, mají pro všechny věkové skupiny analogické charakteristiky, pouze klinický obraz je vždy v konkrétních projevech, v obsahu atd. závislý na věku dítěte**



# Neurotické poruchy v dětství

- **Vývoj úzkosti a strachu** – je součástí normálního vývoje (2-6let cca 5 výraznějších strachů)
- separační úzkost a strach z cizích lidí – objevuje se kolem 8m, kolem 3. roku by měl ustupovat, mírné formy strachu z cizího a neznámého jsou adaptivní
- **kolem 10ti let** - období zvýšené úzkostnosti. Dítě dospívá k plnému pochopení pojmu smrti – děti se někdy bojí tmy, šramotů, apod.
- úzkostné poruchy v dětství – lepší prognóza než v dospělosti



## F 93.0 – Separační úzkostná porucha

*Obvyklý klinický obraz = nechce chodit do školy*  
(nejčastěji v 1. tř) už večer se obává, ráno bolesti břicha, zvracení a pláč – rozdíl od „školní fobie“: zde konkrétní strach ze specifických situací (konflikty, selhání, učitelé), dobře snáší ostatní separace

■ někdy až mezi 10 –11rokem ve vývojovém období zvýšené úzkostnosti





## F42.0 Obsedantně kompulzivní porucha

- obvykle začíná až v prepubertě, pubertě
- častěji chronická, přechází do dospělosti, klinický obraz obdobný jako u dospělých (hl. znaky: kompulze, obsese)
- nejčastěji nutkavé mytí rukou, dlouhá ranní příprava, příprava do školy, nutkavé počítání, řazení věcí, šlapání na určitá místa, otvírání/zavírání dveří – a jiné nutkavé rituály
- provádění kompulzí je *subj. nepříjemné* (na rozdíl od AS, autismus)



## **F44.8 Disociativní (konverzní) porucha**

- podobná jak u dospělých, ale častěji přechodná, lepší prognóza – nemusí být narušena osobnost - děti celostněji reagují
- přítomny bývají: konverzní obrny, poruchy zraku, hmatové citlivosti, různě lokalizované bolesti
- náhlý začátek i ústup symptomů
- předpokládá se psychogenní etiologie – neřešitelné problémy, interpersonální konflikty, traumata – příznak symbolicky vyjadřuje nevědomý konflikt a je také pokusem o jeho řešení
- somatické symptomy nerespektují anatomické a fyziologické zákonitosti



# Poruchy spánku u dětí

- **A. emoční poruchy v dětství**, která má být diagnostikována a léčena
- **B. izolovaný problém** – do mladšího školního věku časté. Rodiče trpí spánkovým deficitem, dítě (obvykle) netrpí (event. jej kompenzuje delším denním spánkem). Sekundárně – narušeny vztahy s rodiči.



# Poruchy spánku u dětí

## Poruchy usínání – batolecí a předškolní věk

- nemá vytvořeny přiměřené strategie sebeuspávání
- projev silné separační úzkosti (spánek je psychologická separace)
- symptom emočního přetížení nebo přechodného nárůstu úzkosti
- zejména v období mezi 8.-10. rokem - obávají se, že by oni nebo někdo blízký mohl zemřít



# Poruchy spánku u dětí

- **Noční můry** = živé sny s děsivým obsahem
  - reakce na akutní zátěž (nemusí být nadměrná), ale i na somatické onemocnění
  - Jen pokud jsou velmi časté, signalizují susp. nadměrný stres nebo emoční přetížení
- **Noční děsy (*pavor nocturnus*)**
  - **amnézie** - nepamatuje si sen
  - zvedá se s intenzivním křikem, rozevřenýma očima, nereaguje na podněty
  - v etiologii těchto poruch hraje roli neurofyzilogická dispozice dítěte (pravděpodobně vývojově podmíněná; porucha aktivace v průběhu spánku)
  - mohlo by jít ale výjimečně i o epileptický záchvat = mělo by být doporučeno orientační neurologické vyšetření
  - jsou tím významnější, čím je dítě starší



# Poruchy spánku u dětí

- ***Somnambulismus*** (chození ve spánku)
- ***Somnoloque*** (mluvení ve spánku)



# Tiky a záchvatová onemocnění

■ tik [čti „tyk“, fr.] = mimovolný, atypický, rychle se opakující, nerytmický pohyb

A: **jednoduché motorické tiky** – mrkání, pohyby šije, poškubování rameny, motorické grimasy

B: **jednoduché vokální tiky** – pokašlávání, syčení

C: **motorický tik komplexní** – poskakování, poplácávání

D: **vokální komplexní** – opakování slov (koprolálie?)

■ Až 1/3 předškoláků, bývají časté u neurologických onemocnění, často také u LMD, emočních poruch

■ Nejzávažnější mezi 8. - 12. rokem (akutní závažnost nikdy nepredikuje budoucí vývoj!)

■ Etiologie:

- častěji u hochů, objevují se v rodinné anamnéze
- vývoj nepochybně souvisí s celkovým neurobiologickým dozráváním
- Tik = „teploměr zátěže, nálady“



## ■ *F 95.0 – Přejchodná tiková porucha*

- netrvá déle než 12 měsíců
- typické v předškolním věku (4-6 let)

## ■ *F 95.1 – Chronická tiková porucha*

bud' motorické nebo vokální tiky (ne obojí) – trvají déle než rok

## ■ *F 95.2 – Tourettův syndrom*

- mnohočetné motorické a vokální tiky
- téměř vždy v dětství nebo v adolescenci
- motorické tiky předcházejí vokální
- porucha se zhoršuje v adolescenci
- výrazné sociální sekundární problémy
- vhodné déledobé terapeutické vedení které si neklade za cíl poruchu zcela odstranit, podpora rodičovské kompetence, vyhýbání se stresu který to zhoršuje + farmakoterapie u těžších poruch



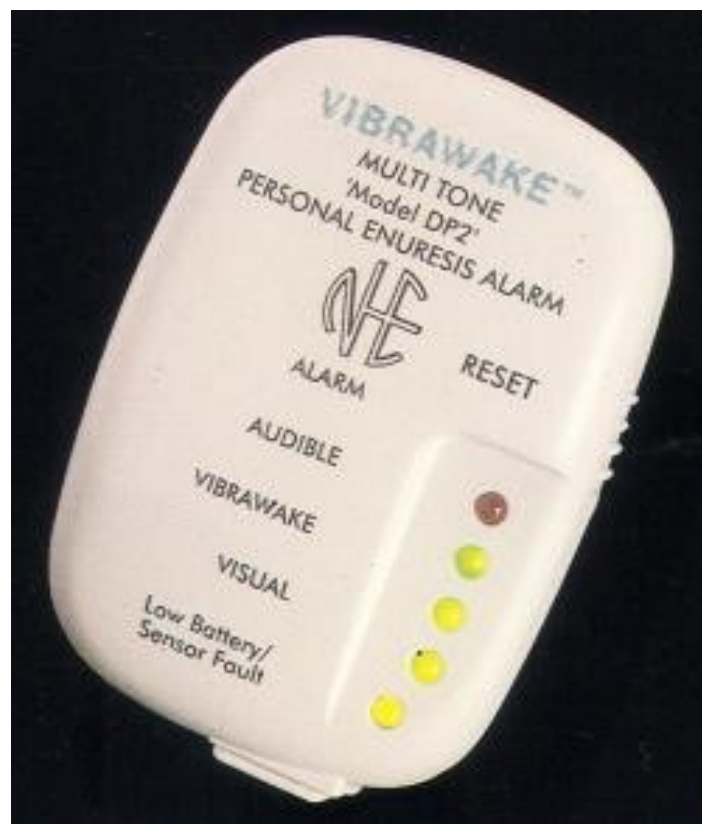


## F 98.0 Neorganická (funkční) enuresa

- *bezděčné pomočování se ve dne nebo v noci, pro mentální věk jedince nenormální a není spojeno s poruchou ovládnání močového měchýře*
- nedagnostikuje se u dětí do 4 let
- přechodná bývá u cystitidy nebo polyurie
- denní (méně častá) x noční
- *primární x sekundární* (kolem 5 – 7 let, suchý interval alespoň 1 rok)
- etiologie: genetika, drobné funkční odchylky močového měchýře, odchylky hormonální regulace a nervové soustavy (častěji u LMD) - na bázi těchto odchylek dochází k dysfunkčnímu učení
- častěji v chaotických rodinách, s nízkou socioekonomickou úrovní, či s vysokou úrovní stresu - tyto vlivy více u sekundární enurézy, u primární méně – spíše udržovací faktory
- oslabené sebepojetí – stydí se za to, významná je reakce rodičů > může vést k sekundárním vztahovým problémům
- diagnostika: podrobná anamnéza, informace o výskytu, pokusech o zvládnutí, názoru rodiny
- (Zdroje stresu dětí: 1. rozvod, 2. hádky rodičů, 3. enuréza)

## F 98.0 Neorganická (funkční) enuresa

- Terapie: u primárních –  
nácvikové (režimové,  
cvičení svěračů, budící  
aparát)
- + Podpůrné vedení rodiny,  
u osobnostních a  
emočních problémů kde je  
enuréza jen symptomem -  
spíše PST resp. RT





## F 98.1 Neorganická (funkční) enkopresa

- bezděčná defekace, od 4 let, často spojena s enurézou, obvykle denní
  - A. *primární* – pokračování normální inkontinence v útlém věku
  - B. *sekundární* – ztráta kontroly vyprazdňování
- 1. *retenční* – spojena se zácpou či úmyslným zadržováním, nahromaděná stolice, přetečení
- 3. *psychogenní průjem* – „syndrom dráždivého tračníku“ – při stresu (důležité nalézt zdroje tenze a konfliktů)
- 2. *manipulační* – úmyslné, k získání výhod / vyjadřování hostilných pocitů (u MR, deprivovaných, týraných)

# Projevy deprese (F 32) u dětí

## ■ Dříve názory:

- dětství šťastné, bezstarostné období
- psychoanalýza – není úplně formované superego – to neumožňuje mít deprese

## ■ Nyní:

- deprese v dětství poměrně časté (prevalence 1-2%), zůstává však často nediodagnostikována
- odlišení reaktivní (vliv událostí které přechází) x endogenní x psychotické
  - reaktivní nemívá tak velkou změny PM tempa, spojena s úzkostí a sebelítostí
  - psychotická – nejčastěji sluchové halucinace, bludy málo – až od dospívání
- etiologicky důležité vlivy: heredita, interakce s depresivním rodičem (či jinak patologickým, často problematika závislosti rodiče), deprivace, časná ztráta blízké osoby, časná separace, dále akutní zátěž (stresy), nedostatek sociální opory, velmi často u dětí s chronickými somatickými chorobami



## Základní projevy deprese (u dospělých i dětí)

- a) depresivní nálada (ztráta zájmů, podrážděnost, beznaděj)
- b) poruchy jídla (nechutenství / přejídání se)
- c) poruchy spánku (nespavost / nadměrná spavost)
- d) pohybový útlum nebo agitovanost
- e) apatie, ztráta zájmu
- f) únava, ztráta energie
- g) ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo pocity viny
- h) zhoršená soustředivost
- i) úvahy o smrti, suicidální myšlenky



# Projevy typické pro určitý věk

- *kojenecký věk* - důsledkem vztahových poruch; pro kojenecký a batolecí věk – typické: anaklitická deprese: (u dětí do 1 roku) jako reakce na separaci od matky
- *batolecí věk* - reaktivní poruchy – jídla, spánku, autostimulační chování, ztráta zájmu o hru, zesílený negativismus, zvýšená závislost na matce, nárůst separační úzkosti, často reakce na ztrátu matky či blízké osoby
- *předškolní věk* - nejsou schopny sdělovat své vnitřní pocity, proto *somatizují* (bolesti hlavy, břicha), také poruchy jídla a spánku, ztráta radosti ze hry, izolace od vrstevníků; někdy zvýrazněné agresivní a destruktivní chování (přítomno ve hře a fantaziích!), bývají již suicidální pokusy, sebepoškozování



# Projevy typické pro určitý věk

- **školní věk** – v tomto věku umí již verbalizovat své pocity – ale konkrétně tyto děti mají problém rozpoznávat a popisovat své emoce (i druhých).
  - **náhlé zhoršení ve škole:** ztráta zájmu o učení, zhoršené soustředění a omezené kontakty se spolužáky
  - tendence k dennímu snění, vždy základem zhoršená nálada, smutek, někdy útlum, častěji neklid, hyperaktivita, zlostné, neposlušné, vzdorovité
  - depresivní témata ve hře (úrazy, smrt, ztráta, odmítnutí, kritika, ostuda)
  - agrese bývá obrácena proti sobě – sebepoškozování x pokud má slabší sebekontrolu projeví se poruchami chování, riziko suicidia
- **puberta a adolescence** - normální tendence ke kolísání nálad a dysforickým rozladám x nutné odlišit od patologické deprese – k ní v tomto věku zvýšená vulnerabilita. Dospívající mnohdy své pocity nikomu nesdělují.
  - klinický obraz analogický depresi dospělých
  - poruchy nálady, snížená energie, únava, tendence k izolaci, slabé sebehodnocení, nezájem o jídlo, hygienu
  - somatické stížnosti (bolesti břicha, hlavy)



# Projevy deprese u dětí a dospívajících

## Obecné:

- - u **chlapců** častěji poruchy chování x **dívky** internalizují – pasivita, útlum
- i u dětí je deprese nejčastější reakcí na ztrátu blízké osoby, ale i na jiné typy akutních či chronických traumatologických zážitků
- vysoká incidence depresí u dětí s poruchami učení = až 60% těchto dětí – (reakce na opakovaná školní selhávání a hyperkritické postoje okolí? / zhoršení ve škole v důsledku deprese? / společný podklad obou poruch?); právě u těchto dětí není jejich deprese včas rodiči ani školou rozpoznána
- komorbidita: poruchy chování, ADHD, úzkostné poruchy, zneužívání návykových látek, AS





# Poruchy příjmu potravy

- ***F 98.2 – Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku*** (odmítání jídla eventuelně mimořádná vybíravost)
  - u malých dětí – nedosahují předpokládaných váhových přírůstků; obtíže s krmením; častější u dětí s perinatálními riziky, časté u dětí vývojově opožděných nebo postižených (zejména DMO) – porucha orální motoriky
  - nejčastěji – vlivy interakční (v případě hospitalizace se váhový stav upraví)
  - často u mírně opožděných dětí – nutné citlivě informovat rodiče + pracovat s nimi (redukovat pocity viny)
  - vyloučit depresi a úzkostné poruchy!
  
- ***F 98.3 – Porucha; pika v útlém a dětském věku***  
= vytrvalé požívání nestrávitelných látek (hlína, barviva, hoblovačky, atd.)
  - obvykle jsou součástí širší psychiatrické poruchy (např. autismu)
  - je nejobvyklejší u mentálně retardovaných dětí (pak kódujeme F 70 – 79), ale může být i u dětí s normálním IQ, obvykle u malých



## ■ F 50.0 – Mentální anorexie

= extrémní ztráta váhy v důsledku úmyslného omezování příjmu potravy, je spojena s intenzivním strachem z tloustnutí a narušeným vnímáním tělesného schématu

- 1. *Tělesná váha 15% pod předpokládnou BMI (= body mass index) = je méně než 17,5 (váha kg: výška m<sup>2</sup>)*
- 2. *Snížení váhy si pacient způsobuje sám (vyhýbá se jídlům, po kterých se tloustne), užívá vypracované zvracení, defekace, anorektik, diuretik, nadměrné cvičení*
- 3. *Je přítomna specifická patologie – strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, apod.*
- 4. *Endokrinní porucha následně = amenorhea u žen, ztráta sexuálního zájmu a potence u mužů*
- 5. *Jestliže počátek onemocnění před pubertou – puberta opožděna*

- Chronická varianta MA se u 30% - 50% pacientů vyvine v bulimii
- MA = psychotické onemocnění (bludné myšlení)?



## F 50.2 - Mentální bulimie

- nutkavé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, epizody s přejídáním (velké dávky jídla během krátké doby)
- pak vyprovokované zvracení nebo zneužívání laxativ, střídavé období hladovění, užívání anorektik, diuretik apod.
- patologický strach z tloušťky



# Disharmonický vývoj osobnosti

- zřetelně abnormní struktura vyvíjející se osobnosti dítěte
- často (ne vždy) v dospělosti přechází v některý typ poruchy osobnosti
- dg. poruchy osobnosti – nejdříve po 15. roce (asociální porucha osobnosti až po 18. roce)



# Disharmonický vývoj osobnosti

## Nejčastější návaznosti

- **F 91 Porucha chování**
- **F 93.2 Sociální úzkostná porucha (vyhýbavá)** – patologické přetrvávání strachu z cizích lidí (konec 3. roku); emoční porucha
- **F 60.7 Vyhýbavá porucha osobnosti** – pocity napětí, obav, strach z kritiky, odmítnutí sociálního světa, přesvědčení o vlastní sociální nešikovnosti
- **Schizoidní porucha v dětství (event. Aspergerův syndrom)** – schizoidní porucha osobnosti – emoční chlad, nevyjadřování citů, lhostejnost k chvále a kritice, uzavřenost, žádní blízcí přátelé; F 60 porucha osobnosti?
- **Porucha identity F 93.8 (hraniční porucha osobnosti)** – narušení – nejasná představa o sobě, o svých vnitřních a sexuálních preferencích, pocity prázdnoty, nestálé interpersonální vztahy
- **Ostatní poruchy osobnosti** – vždy vývoj abnormní struktury osobnosti již v dětství a dospívání, v období dětství však nemusí být vždy hodnoceno jako psychická porucha (diagnosa), abnormní rysy jsou ovšem zřetelné a vztah k rozvoji jiných psychických či psychosomatických poruch je častý (př. rysy paranoidní, anakastické, histrionské aj.)



# Poruchy chování – F 91

opakující se trvalý (6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání vzhledem k věku

1. **socializované F 91.2** (má přiměřené vztahy v rodině i mimo ni)
2. **nesocializované F 91.1** (chybí hlubší vztahy k vrstevníkům)
3. **opoziční F 91.3**

event. další kritérium (př. DSM) – **agresivní x neagresivní**

## **Etiologicky:**

- **sociálně podmíněné poruchy chování** - nepřítomnost psychické poruchy (dg. F 91 není oprávněná), odpovídá očekávání rodinné subkultury (kriminální, delikventní, kulturní vzorec)
- **psychologicky podmíněné** - náhradní uspokojení psychických potřeb dítěte; únik z konfliktní situace; psychická deprivace; disharmonický vývoj osobnosti
- **rodinně** - rodinný interakční styl, „obětní beránek“ – udržuje rovnováhu v rodině
- **projev jiné vážné psychické poruchy** (deprese, schizofrenie)

= *dle etiologie pak forma PST*



## ■ F 91.0 - Porucha chování ve vztahu k rodině

= dissociální a agresivní chování vázané pouze na domov (nikoliv pouze opoziční a vzdorovité, rušivé chování)

- krádeže věcí z domova – peníze, majetek jednoho nebo dvou jedinců, destrukční chování úmyslné, rozbíjení hraček, trhání šatů, vyřezávání do nábytku; násilí vůči členům rodiny, úmyslné zakládání ohně omezené na domov
- nesmí být toto chování mimo rodinu (tam je normální)
- spíše nemívají špatnou prognózu

## ■ F 91.1 - Nesocializovaná porucha chování

= trvalé dissociální nebo agresivní chování s výrazným narušením vztahu jedince k ostatním dětem; narušené vztahy s vrstevníky, izolace, neobliba u ostatních dětí, nedostatek blízkých přátel, trvalých empatických vztahů; někdy s dospělými dobré vztahy, pak většinou páchá přestupky samostatně

- tyranizování slabších, nadměrně mnoho rvaček, vydírání, násilnosti, neposlušnost, hrubost, nespolupráce, odmítání autority, obvykle nejvíce ve škole, ale i v jiných situacích



## ■ F 91.2 – Socializovaná porucha chování

= trvale dissociální nebo agresivní chování u jedinců dobře zapojených ve skupinách vrstevníků; přiměřenost trvalých přátelství s vrstevníky

- někdy skupina – páchá delikventní činnost; někdy s dospělým horší; nejvíce mimo rodinu

## ■ F 91.3 – Porucha opozičního vzdoru

= vzdorovitost, neposlušnost, provokativní chování;

- u dětí ve věku do 9-10 let
- nepřítomnost vážnějších dissociálních nebo agresivních činů
- sklon vzpírat se požadavkům dospělých, pravidlům, úmyslně trápí druhé – mají tendenci být zlostné, podrážděné, nízká frustrační tolerance, snadno ztrácí svou duševní rovnováhu, nejevidentnější v kontaktu s dospělými, které zná





# ADHD (LMD), SPU

■ ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

■ *F 90 – Hyperkinetické poruchy*

- pervazivní vývojová hyperaktivita X situační hyperaktivita (není ADHD!)
  - **Hyperaktivita + impulzivita (H/I)** – více mívají poruchy chování, málo obtíží s motorikou, na něco se soustředí dobře – kde jsou motivováni, ale pozornost nemají vytrvalou, nevydrží sedět, jsou zbrklí, pohybově normální, překvapivě úspěšní ve sportu, nemají dobrou prognózu
  - **Porucha pozornosti (ADD (Attention Deficit Disorder))** - problémy se školou, poruchy jemné motoriky, poruchy soustředěné a selektivní pozornosti a rychlosti zpracování informací
  - je přítomna hyperaktivita, ale hlavní problém je s pozorností, jemnou motorikou, ve škole špatný prospěch neodpovídající nadání, dobře reagují na stimulancia a mají dobrou prognózu
  - **Kombinovaný (C)** - obecně těžší, často poruchy hrubé motoriky, problémy s rovnováhou (přidružená VKP), problémy s učením a jiné vývojové poruchy, nízká výdrž pozornosti, odklonitelnost pozornosti, selhávají i ve sportu, je zde nejvíce zjistitelných organických poškození, též reagují na stimulancia
- DAMP (Deficits in attention, motor control and perception)



## ■ Prevalence

- 3-5%, převaha chlapců 3-6 : 1, dívky jsou totiž socializovány k internalizaci, proto pak nejsou tak často posílány do poradny „že zlobí“, čili mohou mít stejně vážné poruchy pozornosti, ale jsou méně rušivé

## ■ Komorbidity

- poruchy chování 30-50%, v předškolním věku až 60% - opoziční porucha (více u typu H/I a C)
- poruchy učení 10-25%
- tiky 30%
- úzkostné poruchy 30%
- deprese 15-25%
- poruchy spánku (až 50% poruchy usínání, 20% vstávání)

Významný je zde vztah k rodinným faktorům:

- míra konfliktů rodič-dítě zvyšuje vulnerabilitu dítěte, záleží na tom, zda ho rodič přijímá
- vlivy cirkulární – genetická výbava > vliv na prostředí > rozvoj poruchy > zpětné posilování



## *F 81 – Specifické vývojové poruchy školních dovedností (čtení, psaní, počítání, smíšené)*

*(Dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie, dyspraxie, dysmuzie)*

- objeví se až na určitém vývojovém stupni - ne každá porucha čtení, psaní a pravopisu je specificky vývojovou (např. nemoc v kritickém období výcviku čtení; nízká stimulace doma apod.)
- porucha čtení málokdy izolovaně – v kombinaci s poruchou psaní či pravopisu
- na přelomu 2. - 3. třídy asi 60 – 70 slov za minutu = socializovaná úroveň čtení („učit se i bavit“)
- poruchy učení se zpravidla kombinují s poruchami chování
- děti s lehkými vývojovými odchylkami – často předmětem nedorozumění – nesprávné hodnocení v dimenzi „dobro-zlo“
- u SPU často zvýšená anxiozita, depresivita
- náprava by měla být kombinována s psychoterapií



# Poruchy řeči u dětí

## ■ F 80.0 – Specifická porucha artikulace řeči

- porucha osvojování mluvené řeči – vývoj je opožděn a má kvalitativní odchylky (a není vysvětlitelný jinou příčinou např. MR, DMO, deprivací, poruchou sluchu)
- normální schopnost řeči, mluvené zvuky dítě používá pod svojí mentální úrovní
- do 4 let jsou chyby v mluvené řeči běžné, kolem 6-7 let umí dítě již většinu výrazů mluvených > diagnostika do 3 let obtížná!
- odlišit od prostého opoždění vývoje řeči (důsledek opožděného zrání mozku / neadekvátní řečové stimulace / lehkých poruch sluchu)
- dítě tvoří některé fonémy správně, některé nesprávně
- ve školním věku nižší IQV, poruchy čtení a psaní, řeč nemusí být nápadná



## ■ F 80.1 – Expresivní porucha řeči (vývojové afázie / dysfázie – expresivní typ)

*Známky zpoždění: jestliže do 2let neumí jednotlivé slova, kolem 3let neumí dvouslovné věty. Jde-li jen o zpožděný vývoj řeči tak kolem 3 let akcelerace vývoje*

- narušená schopnost užívat expresivního mluveného jazyka na své mentální úrovni nebo pod ni
- žvatlání, broukání v normě, první slůvka včas, ale pak se slovní zásoba nerozšiřuje
- receptivní složka řeči je v normě (nebo mírně pod), dítě rozumí, používá dobře neverbální komunikaci, schopnost komunikace beze slov – také by měla být v normě
- řeč se bude snažit nahradit užíváním gest, mimiky, neverbální vokalizací
- dlouho mívají problém s artikulací a gramatikou, chudé vyjadřování, nižší IQV, častěji SPU

## ■ F 80.2 – Receptivní porucha řeči

- nedostatečné porozumění řeči – pod úrovní mentálního věku a téměř vždy je i zřetelně postižena expresivní řeč
- signifikantní – neschopnost reagovat na běžná slova kolem 1. roku života, neschopnost porozumět běžným instrukcím kolem 2 let
- úzkost, atd.
- kromě vývoje aktivní řeči vážne rozvoj symbolického myšlení (např. názvy barev, vztahové pojmy – velký/malý)
- PAS X projevují adekvátní sociální vzájemnost



### ■ F 98.5 – Koktavost = balbuties (zadržávání)

- narušena plynulost při jinak normálních receptivních i expresivních schopnostech
- časté opakování nebo protahování zvuků, slabik, slov – váhání, pauzy – které narušují plynulý rytmický tok řeči
- koktání je nutné odlišit od breptavosti a tiků
- v 3,5 letech *fyziologická iterace* – normální zadržávání v období prudkého rozvoje řeči, pokud se na to neupozorňuje odezní samo do 6m, pokud ne je nutná náprava (logofobie)
- čistě psychogenní etiologie cca 5% (posttraumatická)
- komorbidity: LMD (ADHD), SPU, zvýšené svalové napětí při stresu

### ■ F 98.6 – Breptavost (*tumultus*)

- zrychlené tempo řeči s porušením plynulosti (bez opakování nebo zadržávání) takového stupně, že se řeč stává nesrozumitelná
- řeč arytmiická, přeříkávání, rychlý, trhaný proud slov; řeč vybuchuje a ustává; redukce počtu slabik; vypouštění koncových hlásek
- svoji poruchu si neuvědomují; etiologie jako u balbuties
- *terapie*: logoped; medikace (neuroleptika); psychologická – zklidnění tempa řeči (relaxací)



## ■ F 94.0 – *Elektivní mutizmus (selektivní mutizmus)*

- v MKN 10 řazen mezi poruchu sociálních vztahů, nejde o poruchu řeči samotné
- emočně podmíněná selektivita mluvení, dítě mluví pouze s některými osobami v určitých situacích a s některými osobami nemluví (nejčastěji ve škole, s cizími apod) – nejde tedy jen o novou situaci (např. nástup do MŠ)
- rysy osobnosti – sociální úzkost, odtažitost, zvýšená citlivost, separační problémy, vzdorovitost, negativismus, též hyperprotektivita rodičů
- normální chápání jazyka, schopnost řečového vyjadřování
- častěji spojení s generalizovanou úzkostnou poruchou, depresí, opoziční poruchou, schizoidními rysy
- dg. zřejmé již po anamnestickém rozhovoru, dif. dg. odlišit – od pervazivních vývojových poruch, dětské schizofrenie (u mutismu někde mluví normálně!, nemluvení je vázáno na konkrétní situace); neverbální hrové techniky
- *terapie*: systematická psychoterapie, kombinace s rodinnou terapií



# Poruchy autistického spektra (PAS)

## F 84.0 - Dětský autismus (Kannerův syndrom; časný infantilní autismus)

Prevalence některé z forem PAS **1-2%** (podle šířky diagnostických kritérií) (vzrůstající tendence)

### **3 základní kritéria:**

(nejpozději do 30-36měs. věku, častější u chlapců 3:1)

- 1) porucha reciprokých sociálních interakcí
- 2) porucha řeči a komunikace
- 3) rigidita, rituály, odpor ke změně, nepružnost myšlenkových procesů

Typické:

- **nedostatečné odpovědi na emoce jiných lidí**
- **chybění sociálně emoční vzájemnosti (reciprocita), neodlišují živé od neživého (s lidmi zacházejí jako s předměty)**
- **chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí**
- **chybí oční kontakt, sdílení pozornosti**
- **nezájem o hru s jinými dětmi, nedostatek tvořivosti a fantazie (ve hře)**
- **narušená kvalita komunikace - nedostačující sociální užívání řeči (řeč a mimiku neužívají ke komunikaci)**
- **echolálie (opakuje slova i věty včetně přesné intonace; „odložené echolálie“)**
- **omezené, stereotypně se opakující chování, rigidita, rutinní chování, negativně reagují na změny, stereotypní hry**





## Poruchy autistického spektra (PAS)

*Opakovaná stereotypní stimulace = aktivace endogenních morfinů = zklidnění (až do stavu závislosti)*

*Zabránění = abstinenční příznaky (jako při detoxu)*

- „Poruchy chování“ - záchvaty vzteku, agrese, sebepoškozovací tendence, strach (fobie), poruchy spánku
- u PAS všechny stupně IQ (50% střední až těžká MR, 25% lehká MR)
- často dyspraktické, koordinační potíže, neudělá složité pohyby (omezení v TV); neumí udělat plán činností; projevy těchto dětí jsou těžko srozumitelné; je s nimi těžké spoluprožívat



# Vývojový obraz dětského autizmu:

## **Kojenec:**

nereaktivní, normální senzomotorický vývoj, často negativní ladění, nereagují na pochování, chybí úsměv, vztah si vytváří ke specifickým předmětům, broukání je dále vývoj řeči nepokračuje – nechtějí mluvit

## **Batole:**

samotářské, ignoruje rodiče, řeč chudá či chybí, nebo echolalická, emoční výbuchy, pohybové stereotypie

## **Předškolní věk:**

nereaktivní, samotářské, stereotypní hry o samotě, nefunkční používání hraček, méně postižené se kolem 5 let začínají mazlit + rozvoj řeči i když abnormní, konkrétní a doslovné myšlení i řeč

## **Školní věk:**

lehčí a dobře vedené mohou mít mírnější symptomy, chybí motivace k učení, neobratné ve vztazích, nedostatek ohledu na okolí, horší neverbální komunikace



## F 84.1 - Atypický autismus („autistické rysy“)

- liší se od typického buď dobou vzniku (abnormální vývoj – patrný až po dosažení věku 3 let), nebo chybí některé jiné ze tří základních kritérií
- Často spojené s nějakou formou MR
- ohrožení vztahu dítěte s matkou- autistické děti nedávají rodičům emocionální odezvu, rodiče nepocítí, že něco dobrého dělají, značí se často jakoby s pocitem do zdi; fungují u nich věcné odměny – ne sociální
- Řeč: rozvinutější pro žádání X sdílení



## F 84.5 – Aspergerův syndrom

- liší se nepřítomností těžké poruchy řeči (ve 2 letech umí slova, ve 3 letech krátké věty), bývají pragmatické odchylky – intonace a hlasitosti, formálně pedantická
- je přítomna porucha sociální interakce
- ostatní složky adaptivního fungování nejsou proti infantilnímu autismu tak narušeny
- intelekt zpravidla v normě, často výrazné dysproporce
- myšlení málo flexibilní, obtíže s porozuměním a abstrakcí
- horší pohybové a vizuomotorické schopnosti, mají lepší verbální paměť
- Specifický zájem (MHD, vlaky, mapy, obvody, vlajky, seznamy, atp.)
  
- etiologie: diskuse kolem očkování – neprokázáno, heredita
- PT, RT: značná náročnost pro rodinu, chybí soc. odezva, odměna (x např. MD, resp. MR), chronické sociální kolize, trapasy



# Mentální retardace

- ***F 70 – lehká (IQ 50 – 69)***
  - ***F 71 – střední (IQ 35 – 49)***
  - ***F 72 – těžká (IQ 20 – 34)***
  - ***F 73 – hluboká (IQ pod 20)***
  - ***F 78 – jiné MR*** – těžké kombinované postižení nebo autismus a stupeň retardace
- jde o kontinuum, dělení je důležité kvůli volbě optim. vzdělávacího a výchovného vedení
  - čísla jsou spíše orientační, důležitá kvalita zvládnutí životních nároků
  - postižení kognitivních funkcí – nerovnoměrné (nejvíce většinou řeč + verb. Intelekt)



## ■ F 70 – Lehká MR (dříve debilita) – IQ 50 - 69

- obvykle se diagnostikuje až v předškolním věku – někdy až v školním
- v 1. roce většinou pohybové dovednosti opožděny mírně nebo v pásmu normy; ani řeč nemusí výrazně zaostávat
- projeví se, až je nuceno řešit složitější úkoly > slabší abstrakce, logické uvažování, stereotypní myšlení (paměť a vizuomotorika bývá dobrá), mívají častěji SPU
- zvládají dobře výuku Spec. ZŠ (ZvŠ), jsou schopni se naučit jednoduchá zaměstnání
- jsou snadno zneužitelné v období dospívání při uvolňování z rodiny
- téměř úplná nezávislost při dobré sociální opoře

## ■ F 71 – Středně těžká MR (dříve imbecilita) – IQ 35 - 49

- většinou již v kojeneckém věku – nejpozději v batolecím – zachyceno opožďování (hlavně pohybu a řeči)
- osvojí si minimální slovní zásobu
- některé děti zvládají výuku v PŠ (základy čtení, psaní, počítání)
- dle školského zákona je předpokládáno právo na vzdělání pro všechny děti (i s těžkou a hlubokou MR) - již nebudou označovány jako „nevzdělavatelné“
- při kvalitním vedení – zvládnou sebeobsluhu a jednoduché pracovní činnosti



## ■ F 72 – Těžká MR – IQ 28 - 34

- ve většině případů – kombinované postižení (pohyb, zrak, sluch)
- mnohé se nenaučí mluvit
- kvalitní stimulace má i zde zřetelné efekty (sebeobslužné dovednosti, porozumění běžným sociálním situacím, méně problémů v chování); pod supervizí mohou vykonávat dílčí pracovní činnosti

## ■ F 73 – Hluboká MR (IQ pod 20 – dříve idiocie)

- většinou MR + velmi těžké pohybové postižení
- nemluví, porozumění velmi omezené
- reagují citlivě na taktilní podněty a zvuky; reakce na zrakové podněty omezené
- komunikace – globální – spokojenost dávají najevo relaxací, úsměvem x nespokojenost – napětí, pláč
- stejně jako u dětí s těžkou MR je cílem maximální naplnění kapacity dítěte, tzn. využití jeho silných stránek



# Dětská mozková obrna (DMO)

- závažné postižení hybného vývoje – podmínkou pre-, peri, postnatálně (časně) – hypoxie, mechanické vlivy porodu, krvácení do mozku, velmi častá mentální retardace
- **Formy:**
  - **1. Hypotonická DMO** – nejhorší prognóza
  - **2. Hypertonická (spastická)** – kvadruparézy, hemi-, diparézy; v případě hemiparéz záleží, která strana je postižena (u levé části cca ½ dětí nejeví kognitivní poruchu, ½ LMR; u pravé části lehce subnomní s převahou verbální složky)
  - **3. Atetoidní** – nejméně postižen intelekt, ale pohybově značně postižené, včetně řeči; hrozí podcenění psychické kapacity!
  - **4. Mozečková** – postižena motorika i intelekt (vzácná); diagnóza z neurologického hlediska jasná obvykle až kolem prvního roku





# Motoricky postižené dítě

- méně mimických a emočních projevů, postihuje i vývoj řeči
- děti si nemohou aktivně vybírat podněty
- opoždování separace
- negativismus dlouho přetrvává
- dráždivé děti – v rodičích to vzbuzuje pocity viny; dítě celkově pro rodiče méně srozumitelné
- děti s motorickým a smyslovým postižením – riziko v interakci s rodiči
- ve vývojových škálách je nutné se u motoricky postižených dětí orientovat podle toho, o co se zajímá: zda se v 11ti měsících více zajímá o malé nebo velké předměty - ne podle toho na co sahá, ale podle toho na co se dívá očima
- zkoumat sociální úroveň
- **práce s rodiči:** stres – neplní očekávání rodičů; cvičení – rehabilitace = Vojta (velká emoční zátěž pro rodiče)
- interakce – přizpůsobena v běžném životě chronologickému věku dítěte a ne mentálnímu, svět se pro dítě stává nesrozumitelný!!!
- pro postižené děti, mentálně retardované – systém „PORTAGE“ – stimulace a nácvik novorozence (socializace, soběstačnost a sebeobsluha, vědomosti, řeč, jemná motorika, hrubá motorika) – domácí konzultant 1x týdně v rodině (ideál)



# Dítě ohrožené prostředím

- povaze události – to jak ji dítě vnímá a hodnotí, jak dlouho to trvalo, důsledky pro další život dítěte, míra přímého ohrožení dítěte
- věku, vývojové úrovni a zranitelnosti dítěte – osobnost dítěte, strategie zvládání zátěže (aktivní / vyhýbavé) a flexibilita jejich užití (např. řešení problémů, hledání sociální opory / distancování se, externalizace, internalizace)
- míře sociální opory – v rodině a širším prostředí (přímá fyzická pomoc, otevřená komunikace, pozitivní emoce, zážitek porozumění, pocit stability ) > to vše snižuje u dítěte reakci oběti (adekvátněji hodnotí situaci, nabízí mu možnosti řešení, redukuje význam události apod.) – dítě se pak lépe adaptuje



# Psychická deprivace:

## **1. Sociální hyperaktivita**

snadno a rychle navazují kontakt s dospělými a dožadují se pozornosti, chybí strach z cizích lidí, chybí sociální inhibice; vztahy povrchní, rozptýlené, špatné vztahy s vrstevníky >F 94.2 – **Desinhibovaná přichylnost v dětství**

## **2. Sociální provokace**

od batolecího věku se domáhá pozornosti dospělých provokací – agresivní projevy, demonstrační chování, sexualizované chování, destruktivita; bývají zvýšeně úzkostné, nezralé

## **3. Útlumový typ**

pasivní až apatické děti, plaché, časté bývá náhradní uspokojování citových a sociálních potřeb (jídlo, masturbace apod.)

## **4. „Dobře přizpůsobený“**

asi 20-25% ústavní populace, předškoláci si dobře hrají, škola bez nápadností, selhávají při přechodu do „normálního“ života

## KP problematika v jednotlivých vývojových obdobích + psychodiagnostika

Batole	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>DMO</b></li><li>• <b>Dětský autismus</b></li><li>• <b>(nedonošené děti)</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gessel (<b>20. léta</b>) – <b>1 měsíc – 3 roky</b></li><li>• Vývojová škála Baylleyové (<b>30. léta</b>) (BSID II)</li><li>• ADOS, ADI-R, CARS II</li></ul>
Předškolní věk	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Poruchy řeči</b></li><li>• <b>Těžší MR</b></li><li>• <b>Tiky</b></li><li>• <b>Poruchy spánku</b></li><li>• <b>Aspergerův syndrom</b></li><li>• <b>Fobie, úzkosti</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SB IV (2-18)</li><li>• Terman – Merrillova</li><li>• SON-R (2;6-7)</li><li>• IDS-P (3-5let)</li><li>• IDS (5–10 let)</li><li>• Kresba</li><li>• ROR</li><li>• Scénotest</li></ul>



Školní věk	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>ADHD</b></li><li>• <b>SPU</b></li><li>• <b>LMR</b></li><li>• <b>Separační úzkostná porucha</b></li><li>• <b>Školní fobie</b></li><li>• <b>Tiky</b></li><li>• <b>Enuréza</b></li><li>• <b>Enkopréza</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• WISC III (6-17)</li><li>• IDS (5–10 let)</li><li>• ROR</li><li>• TAT</li><li>• Scénotest</li><li>• Raven</li><li>• CDI</li><li>• Anthony Been</li><li>• CMAS</li><li>• Nedokončené věty</li><li>• Paměť, Pozornost</li></ul>
Pubescence Adolescence	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>PPP</b></li><li>• <b>Suicidalita</b></li><li>• <b>Poruchy chování</b></li><li>• <b>Schizofrenie</b></li><li>• <b>OCD</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• WISC III (WAIS-R)</li><li>• TAT</li><li>• ROR</li><li>• Scénotest</li><li>• Kresba</li><li>• ADOR</li></ul>



# Děkuji za pozornost

Mgr. Milan Pilát

FN Brno - Dětská nemocnice

Oddělení dětské psychiatrie a klinické psychologie

Ambulance klinické psychologie a psychoterapie s.r.o.

*e-mail:* [pilat@mail.muni.cz](mailto:pilat@mail.muni.cz)