

Klinický přístup k dítěti.

**Hyperkinetická porucha,
ADHD
a poruchy chování**

Alena Fiřová

20. 2. 2014

OBSAH PŘEDNÁŠKY

KLINICKÝ PŘÍSTUP K DÍTĚTI

PROBLEMATIKA HKP/ADHD

- Terminologie a srovnání MKN-10 a DSM-V
- Tzv. klinický obraz
- Základní údaje
- Modely poruchy
- Diagnostika a terapie

PROBLEMATIKA PORUCH CHOVÁNÍ

- Typologie poruch chování, kritéria, souvislosti
- Diagnosticko terapeutický přístup

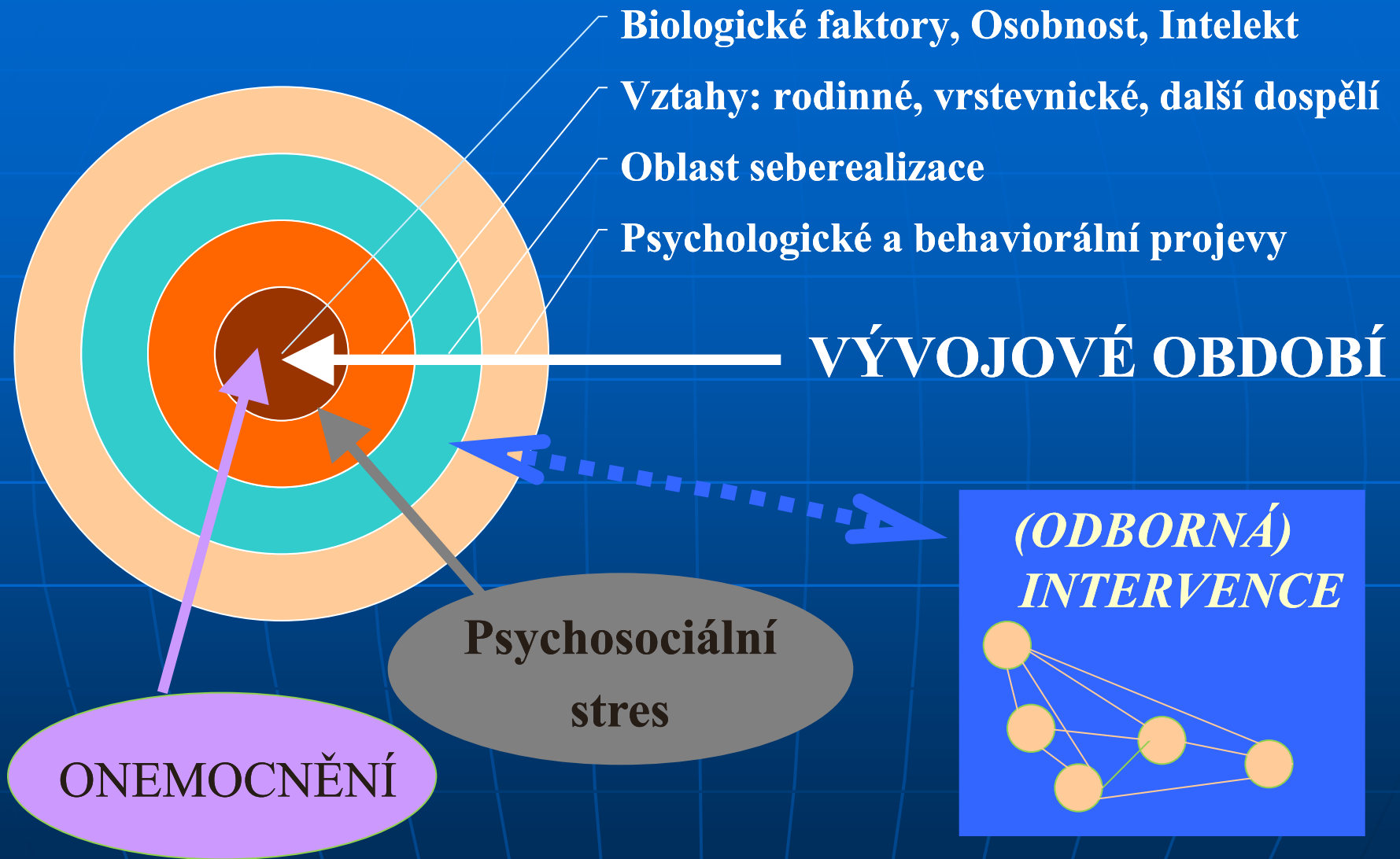
KAZUISTIKA

DĚTSKÁ KLINICKÁ PSYCHOLOGIE:

Dítě v nemoci

Dítě s primárně psychickým
a/nebo
somatickým onemocněním
a/nebo
psychosomatická onemocnění

PRACOVNÍ MODEL PROBLEMATIKY



Komplexní klinický přístup k dítěti nebo dospívajícímu v nemoci:

Faktory:

- bio-psycho-sociální
- vrozené + prostředí
- Vývojová úroveň, vývojové úkoly
- Přechodné x trvalé onemocnění
- Vratné x nevratné změny

<p>Biologické: Genetika, somatika komplexně, somatická onemocnění</p>	<p>Psychologické: Osobnost Intelekt</p>	<p>Sociální: Rodina, Škola Vrstevníci Zájmová činnost</p>
<p>Vrozené (projevy jsou v různé míře dále formovány prostředím): Tělesná konstituce, intelekt, temperament.</p>	<p>Prostředí (v různých fázích vývoje): pre, peri, postnatální působení): např. infekce, onemocnění, výživa, úspěchy, vztahy, traumata,...</p>	
<p>Vývojová úroveň: rovina somatická (zralost CNS, tělesný vývoj), psychologická (kog. fce, emotivita, seberegulační mechanizmy,...), sociální (vývojové stadium rodiny, vrstevnických vztahů). Vývojové úkoly. Akcelerace x retardace vývoje. Harmonie vývoje jednotlivých aspektů.</p>		
<p>Onemocnění: primárně somatické x psychické x tzv. psychosomatické, vrozené x získané, onemocnění x vyyíječící se osobnost a intelekt, vliv onemocnění v biopsychosociální rovině, vratné x nevratné změny</p>		

Klasifikace nemocí užívaná ve zdravotnictví

Deskriptivní přístup

U nás: Mezinárodní klasifikace nemocí
MKN-10 (ICD-10)

V USA: Diagnostic and Statistical Manual
of Mental Disorders (DSM-5)

PŘEHLED PSYCHICKÝCH ONEMOCNĚNÍ DLE MKN-10

- Mentální retardace (F70-F79)
- Poruchy psychického vývoje (F80-F89)
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (F90-F98)
- Psychické poruchy obvyklé u dospělých s výskytem v dětství
(diagnózu stanovuje psychiatr)

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

- **F80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka**
- F80.0 Specifická porucha artikulace řeči
 - .1 Expresivní porucha řeči
 - .2 Receptivní porucha řeči
 - .3 Získaná afázie s epilepsií-Landau-Kleffnerův syndrom
 - .8 jiné vývojové poruchy řeči nebo jazyka
 - .9 Vývojová porucha řeči nebo jazyka nespecifikovaná
- **F81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností**
- F81.0 Specifická porucha čtení
 - .1 Specifická porucha psaní a výslovnosti
 - .2 Specifická porucha počítání
 - .3 Smíšená porucha školních dovedností
 - .8 Jiná vývojová porucha školních dovedností
 - .9 vývojová porucha školních dovedností nespecifikovaná

- F82 Specifická vývojová porucha motorických funkcí
- F83 Smíšené specifické vývojové poruchy
- F84 pervazivní vývojové poruchy

F90-F98 Poruchy chování a emocí

- **F90 Hyperkinetické poruchy**
- F90.0 Porucha aktivity a pozornosti
- .1 Hyperkinetická porucha chování
- .8 Jiné hyperkinetické poruchy
- .9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná
- **F91 Porucha chování**
- F90.0 Porucha chování vázaná na vztahy v rodině
- .1 Nesocializovaná porucha chování
- .2 Socializovaná porucha chování
- .3 Opoziční vzdorovité chování
- .8 Jiné poruchy chování
- .9 Porucha chování nespecifikovaná

F90-F98 Poruchy chování a emocí

- **F92 Smíšené poruchy chování a emocí**
- F92.0 depresivní porucha chování
- .8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí
- .9 Smíšená porucha chování a emocí, NS
- **F93 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství**
- .0 Separační úzkostná porucha v dětství
- .1 Fobická anxiózní porucha v dětství
- . 2 Sociální anxiózní porucha v dětství
- . 3 porucha sourozenecké rivality
- . 8 jiné dětské emoční poruchy
- . 9 dětská emoční porucha nespecifikovaná

F90-F98 Poruchy chování a emocí

- **F94 Poruchy sociálních funkcí se začátkem v dětství a v dospívání**
- F94.0 Elektivní mutismus
 - .1 Reaktivní porucha příchylnosti
 - .2 Porucha desinhibovaných vztahů u dětí
 - .8 Jiné dětské poruchy sociálních funkcí
 - .9 Porucha dětských sociálních funkcí nespecifikovaná
- **F95 Tiky**
- F95.0 Přejídná tiková porucha
 - .1 Chronické motorické nebo vokální tiky
 - .2 Kombinovaná tiková porucha vokální a mnohočetná motorická (de la Tourette)

F90-F98 Poruchy chování a emocí

- **F98 Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání**
- F98.0 Neorganická enuréza
 - .1 neorganická enkopréza
 - .2 poruchy jedení v kojeneckém a dětském věku
 - .3 Pika kojenců a dětí
 - .4 Stereotypní pohybové poruchy
 - .5 Kuktavost
 - .6 Brebtavost
 - .8 Jiné určené poruchy chování a emocí
 - .9 Neurčené poruchy chování a emocí

Doporučená literatura-základní

Dětská klinická:

- P. Říčan, D. Krejčířová a kol. (2006) *Dětská klinická psychologie*. (4. vydání)
- Speciální otázky dětské diagnostiky. In: M. Svoboda, (ed.). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (pp. 399–746). Praha: Portál.
- Langmeier, J. Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. (2. vydání).
- V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, E. Malá a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.

Klinická se zaměřením na psychiatrii:

- Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*, Praha: Grada.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy* (2. vyd.). Praha: Maxdorf.

+doporučená literatura k tématům

Doporučená literatura

Hyperkinetická porucha a poruchy chování

- Krejčířová, D. (2006). Poruchy chování u dětí. In. P. Říčan, D. Krejčířová a kol. *Dětská klinická psychologie*. (4.vydání) (pp. 240-244)
- Vágnerová, M. (2001a). Specifické poruchy chování. In M. Svoboda, (ed.). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* (pp. 665–679). Praha: Portál.
- Malá, E. (2000). Hyperkinetické poruchy. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková, E. Malá a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie* (pp. 307–314). Praha: Portál.
- Drtílková, O. Šerý, et al. *Hyperkinetická porucha ADHD* (pp. 217–226). Praha: Galén.
- Paclt, I. a kol. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- Munden, A., ■ Arcelus, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- ? Prekopová, J., ■ Schweitzerová, Ch. (2008). *Neklidné dítě* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Barkley, R.A. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment (3rd ed). New York, London: The Guilford Press.

Hyperkinetická porucha

TERMINOLOGICKY (řada historických nebo nepřesných hovorových označení)

- „ hyperaktivní děti“, „psychomotorická instabilita“, „neklidné děti“,...
- součást historického konceptu LMD
- částečnou srovnatelnost s americkou klasifikací (DSM-V): ADHD „Attention-deficit hyperactivity disorder“ podle
 - x Hyperkinetická porucha (HKP) podle MKN-10podobná kritéria, částečně se překrývající diagnostické kategorie

Definice ADHD/HKP II

■ Triáda hlavních příznaků:

- 1) NEPOZORNOST
- 2) HYPERAKTIVITA
- 3) IMPULZIVITA

-projevy jsou:

- trvalé (dg.: nejméně 6 měsíců)
- objevují se ve více situacích
- jejich míra je nepřiměřená mentálnímu věku dítěte
- vznikají vždy v raném stadiu vývoje (do 7 let věku, dle DSM V nově do 12 let)

(Lze diagnostikovat i zpětně.)

ADHD a HKP v DSM-IV a MKN-10

HKP (MKN-10)

- přítomnost všech 3 „jádrových“ příznaků
- **2 subtypy** (rozdělení dle přítomnosti poruchy chování)
— užší dg. kategorie, zahrnuje p.chování

ADHD (DSM-V)

- sloučení příznaků do dvou dimenzí
- přítomnost alespoň 1 dimenze :
Inattention
Hy-Imp
- **3 subtypy** (rozdělení dle přítomnosti dimenze „jádrových“ příznaků)

Srovnání HKP a ADHD (přeloženo podle Swansona et al., 1998, s. 264)

MKN–10 a DSM–IV, hlavní kritéria pro ADHD/HKP		
Nepozornost (6 nebo více)	Impulzivita (1 nebo více)	Hyperaktivita (3 nebo více)
Nepozornost (6 nebo více)	Hyperaktivita–impulzivita (6 nebo více)	
1. Obtížně koncentruje pozornost na detaily	1. Vyhrkne odpověď bez přemýšlení	
2. Má potíže s udržením pozornosti	2. Nedokáže čekat než na něj přijde řada	
3. Vypadá, jakoby neposlouchal	3. Přerušuje ostatní	
4. Nedokončuje úkoly	4. <i>Extrémně mnohomluvný (v MKN–10)</i>	4. <i>Extrémně mnohomluvný (v DSM–V)</i>
5. Obtížně si organizuje úkoly		5. Neposedný, vrtí rukama nebo nohama
6. Vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí		6. Ve třídě nevydrží sedět na místě
7. Ztrácí věci		7. Pobíhá nebo leze všude kolem
8. Je vyrušitelný vnějšími podněty		8. Má problém hrát si tiše
9. Je zapomnětlivý		9. Stále v pohybu

Rozdíly v klasifikaci HKP a ADHD

MKN- 10

Hyperkinetické poruchy (HKP)

1. Porucha pozornosti s hyperaktivitou
2. Hyperkinetická porucha chování

DSM

ADHD

1. Typ s poruchou pozornosti
2. Hyperaktivně impulzivní typ
3. Kombinovaný typ

0 ↔
0 ↔

↔
↔ 0

(pro DSM-IV, cit dle Drtílková, 2007)

ADHD - aktualizace

- V květnu 2013 oficiálně zveřejněn nový manuál Americké psychiatrické asociace – DSM 5
- U ADHD zavádí několik novinek
- Beze změny zůstává:
 - 9 kritérií pro nepozornost
 - 9 kritérií pro hyperaktivitu/impulzivitu
 - Podtypy – nepozorný, hyperaktivně impulzivní a smíšený
 - Postižení je patrné ve více prostředích

ADHD - aktualizace

- Změna:
 - ADHD zařazeno mezi „Neurovývojové poruchy“
 - Některé příznaky musí být patrné před 12.rokem věku (dříve před 7.)
 - U pacientů nad 17 let stačí 5 kritérií z 9 (u mladších 6)
 - Je možná komorbidity s poruchami autistického spektra

HKP-základní údaje

- Neurovývojová porucha
- Biologicky: prefrontálně – striato-talamo -krotikálního okruh
- Multifaktoriálně podmíněná etiopatogeneze
- Výskyt: dle různých studií: 5-8%, (MKN-10: 1-3%, DSM-IV: 4-19%, častěji u chlapců: 10:1 až 2,5: 1)
- Časté tzv. komorbidní diagnózy

Klinický obraz

- Kognitivní deficit
- Poruchy motoricko-percepční
- Hyperaktivita
- „Porucha“ motivace, volných procesů
- Emoční labilita, zvýšená iritabilita, explozivita
- Impulzivita v jednání
- Sociální maladaptace
- Negativní sebepojetí
- Riziko disharmonického vývoje osobnosti
- Ovlivněn častými komorbidními poruchami.

Komorbidní poruchy

- Žádná (cca 60 %)
- Porucha opozičního vzdoru (33%)
- Úzkostné poruchy (25%)
- Poruchy učení (25%)
- Poruchy emocí, zejm. deprese (20%)
- Tiky (15 %)
- ? Komorbidní porucha nebo sekundární příznak

(Drtílková, 2007)

Etiopatogeneze

- multifaktoriálně podmíněna
- podíl **vrozených i získaných** faktorů
- biologické faktory:
 - genetické (studie rodin, dvojčat, molekulárně genetické)
 - negenetické:
 - prenatální (alkohol a nikotin v graviditě, FAS, olovo)
 - perinatální komplikace (porod.traumata, nízká porod.váha)
 - ? vliv toxických látek v ovzduší, ? barviva a arómata v potravinách
- Psychosociální
 - nepříznivé psychosoc.podmínky (psychopatologie rodiče, disharmonické vztahy, nižší soc-ekon.status)

Biologické koreláty

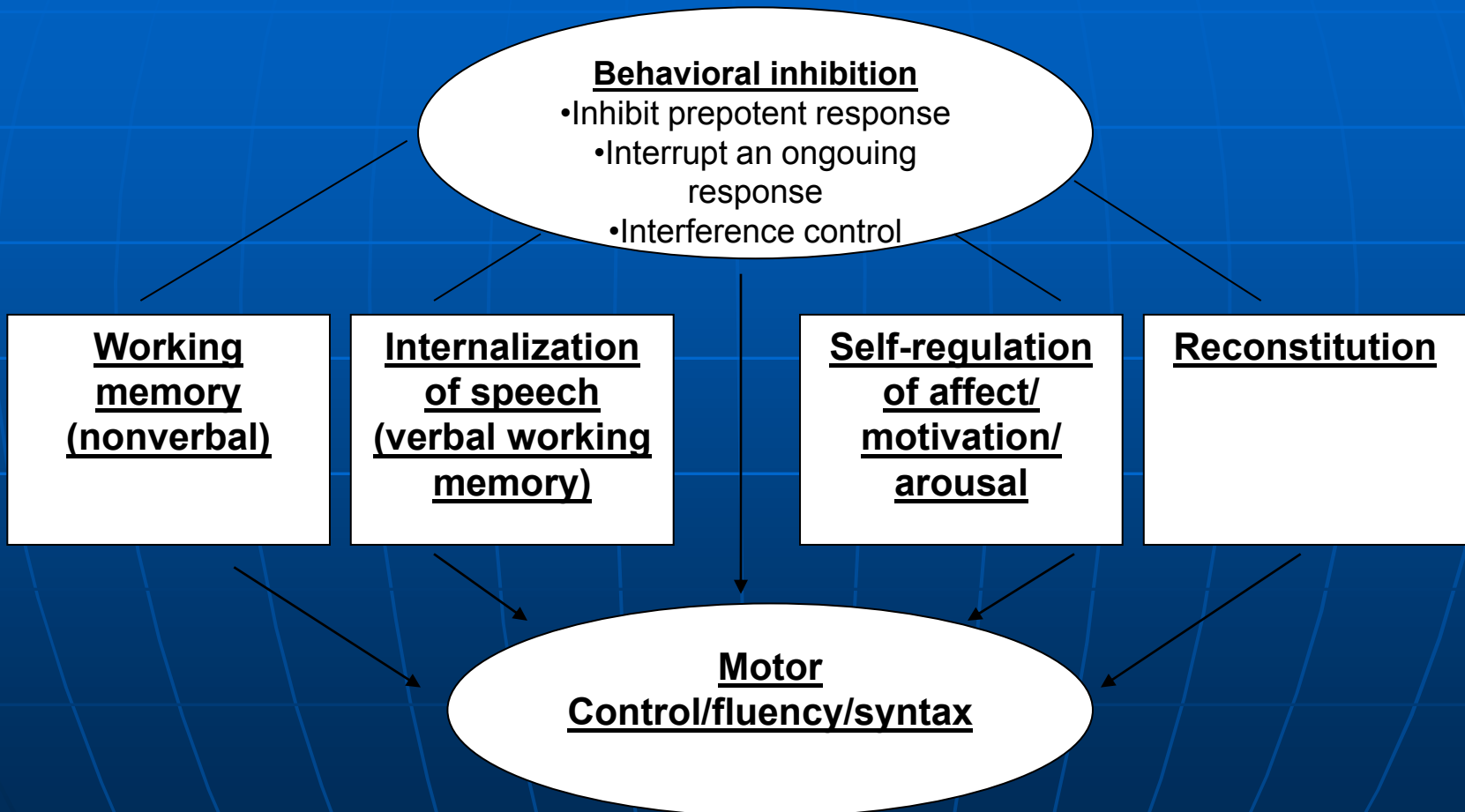
- Neuroanatomické: menší objem mozku, mozečku, bazálních ganglií (vpravo), corpus callosum (vpravo)
- Neurofyziologické: odchylky v metabolismu dopaminu a noradrenalinu
- Porucha prefrontálně – striato-talamo – kortikálního okruhu
- EEG-změny svědčí pro nezralost CNS + hypo nebo hyperarousal některých struktur

Povaha primárního deficitu HKP

Různé teorie:

- Deficit rozdělené, zaměřené a udržované pozornosti
- Deficit exekutivních funkcí
- Deficit regulace energetického stavu
- Averse k odkladu

Hybridní model exekutivních funkcí a vztahu těchto čtyř funkcí k behaviorální inhibici a systému motorické kontroly (podle R. A. Barkleyho, 2005, 2006)



Kognitivně energetický model



(Sergeant, 2000, p. 8, Kulišťák, 2003, s. 93)

Teorie averze k odkladu

(Sonuga-Barke, 2005)

- Abnormity v okruhu odměny (narušení signalizace zpoždění odměny)
 - > Impulzivita > selhání > negativní emocionální reakce > vyhýbání se situaci >
- A) upřednostnění okamžité odměny
- B) redukce vnímání času zaměřením na jiné podněty (In, Hy)
 - > další negativní sociální posílení
 - > redukovaná zkušenost s využitím času

Prognóza HKP

- Přetrvává u 30-50%
- Mnohé projevy přetrvávají v pozměněné podobě do dospělosti
(p. inhibice pracovní paměti exekutivních fcí, hyperaktivita v projevech motorického neklidu či mnohomluvnosti, p. soustředění, zapomínání věcí,...)
- Osobnostní vývoj a akademická a sociální úspěšnost
- Častěji: Rizikové aktivity, abúzus psychoaktivních látek, u těžších forem nižší socioekonomický status než by odpovídal nadání

Diagnostická kritéria pro ADHD v dospělosti podle DSM-IV (převzato z Drtílková, 2007i; Paclt a kol., 2007)

- Pocit, že **výkon neodpovídá** schopnostem
- Neschopnost **organizovat** každodenní drobnosti (zapomínají schůzky, termíny, ztrácejí stvrzenky, lístky, šeky)
- **Odkládají** řešení, mají obavy něco začít
- **Mnoho věcí dělají současně**
- Nevhodné poznámky, sklon **říci, co je právě napadne**
- Hledání **stále nových podnětů**
- Často se nudí, mají **stále nové zájmy**, ale netrvají dlouho
- Snadno **zneklidní, ztratí pozornost, jsou nedůslední**
- Kreativní, intuitivní, vyšší IQ
- Problémy s vžitými postupy, prosazování vlastních postupů
- **Netrpělivost**
- **Impulzivita** slovní, akční (utrácí bez rozmyslu, mění plány)
- Sklon **trápit se nepotřebnostmi, budoucností, kontrast s nevšimavostí k reálnému nebezpečí**
- Pocity hrozící záhuby a nebezpečí se střídají se **vzrušením z rizika**
- **Poruchy nálady, deprese**
- **Neklid** (bubnování prsty, změny pozice na židli, přecházení)
- Sklon k **závislosti** (drogy, alkohol, hry, nákupy, jídlo, práce)
- Problémy se **sebeúctou**
- Problémy se **sebehodnocením**
- V **rodinné anamnéze** poruchy nálady, poruchy ovládní, různé typy závislostí

Důvody hledání klinické intervence

- Mnozí pouze v péči PPP-problémy v učení
- ! Diagnózu stanovuje lékař (dětský psychiatr)
- Nadměrné projevy jádrových příznaků: rušivé projevy chování nebo školní selhávání: péče psychiatra-žádost o vyšetření kognitivních funkcí
- Vztahové problémy: rodinná terapie
- Další adaptační problémy (poruchy chování nebo emoční problémy a úzkostnost): často péče psychologa a psychiatra psychologické vyšetření (někdy diferenciální diagnostika) psychoterapie individuální a rodinná.

Psychologická diagnostika I

Kognitivní funkce

(výkonnost x nadání, specifický deficit, přidružené deficity, silné stránky)

Není jeden specifický test pro dg. HKP/ADHD

intelekt, výkonnost, projevy kognitivního deficitu ADHD:

- WISC-III, S-B-IV
- Testy pozornosti: Test diskriminace tvarů, d2, TMT, číselný čtverec, CPT, SART (Sustained attention to response task)
- Test kognitivní impulzivity: TE-NA-ZO, CPT
- Paměťové testy: PTU, R-Ofig,
- Testy exekutivních funkcí (WCST, TMT-B, R-Ofig, TOL, Bludiště...)

Komplexní vyšetření funkcí souvisejících s SPU

WISC-III: 13 subtestů, specifika u ADHD a

SVPU		Celkový IQ											
Verbální IQ						Performanční IQ							
INDEX KONCENTRACE (IKO)		INDEX SLOVNÍHO POROZUMĚNÍ (ISP)				INDEX PERCEPČNÍHO USPOŘÁDÁNÍ (IPU)				INDEX RYCHLOSTI ZPARCOVÁNÍ (IRZ)			
OČ	POČ	VĚD	POD	SLO	POR	DO	ŘO	KOS	SKL	KÓD	HS	BL	

Kvalitativně:

- Projevy kognitivní impulzivity zejm. v **performančních testech n. POČ a OČ**
- Projevy poruchy sekvenčních schopností: **ŘO, OČ, KÓD**
- Kolísání motivace a intrasubtestový rozptyl ve **verbálních testech**
- Problematická selekce podstatných detailů u komplexních obrázků: **DO, ŘO**

Psychologická diagnostika II

■ **Osobnost a vztahy**

(disharmonie, zralost vývoje, sebepojetí, subj. spokojenost ve vztazích, role dítěte v rodině)

- projektivní metody
- U starších dotazníky
- Posuzovací škály
- Přímá diagnostická práce s rodinou

Východiska z dětské diagnostiky:

Rorschachův test u ADHD -vodítka pro klin. použití

- Sklon ke zjednodušování podnětového pole
(do 10-11let převaha hrubých W, později D s nedostatečnou integrací)
- Ochuzený typ prožívání
- Jednoduché odpovědi (často zvýš. T%)
- Obvykle normální počet P
- Zvýšené Xu
- Bez závažných poruch myšlení
- Jako sekundární projevy soc. selhávání:
 - Méně čisté H, méně COP a AG
 - Narušené sebehodnocení, vzdor a zlost
 - Někdy rozvoj depresivní symptomatiky
(Krejčířová, 2007)

POUŽITELNOST METOD U ADHD

- Výsledky často ovlivněny hlavní deficiem:
 - Výkonnost x intelekt
 - výpovědní hodnota verbálního projevu a odpovědí u manipulačních projektivních technik => je třeba ověřit význam
- Často neradi kreslí a neradi píší, často omezená výpovědní hodnota projekce v kresbě
- Zvýšeně unavitelní
- Netrpěliví

Terapie

- Často kombinovaná:
- Pedagogicko-psychologické poradenství
- Psychoterapie (KBT, Rodinná, další přístupy)
- Farmakoterapie (nejčastěji: stimulancia, atomoxetin, risperidon)
- Méně standardní nebo doplňkové metody

Poruchy chování

- Přítomnost opakujících se a stabilních vzorců chování, ve kt. jsou porušovány: sociální normy
pravidla a práva druhých
- 5-20% školní populace; chlapci:dívky 4-12:1
- 3 a více symptomů, 1 přítomen trvale v posledním půl roce:

Poruchy chování-symptomy

- **Agresivita k lidem a zvířatům:**
 - často šikanoje, vyhrožuje nebo zastrašuje druhé
 - často začíná pranice a bitky
 - jako zbraň používá předměty, které mohou těžce zranit druhé
 - projevuje fyzickou agresi a hrubost k lidem
 - projevuje fyzickou agresi a hrubost ke zvířatům
 - krade způsobem při němž dochází ke střetu s obětí
 - vynucuje si na druhém sexuální aktivitu
- **Destrukce majetku a vlastnictví**
 - zakládá ohně se záměrem vážného poškození
 - ničí majetek druhých
- **Nepoctivost nebo krádeže**
 - vloupává se do domů, budov, aut
 - často lže, aby získal prospěch nebo výhody nebo aby se vyhnul povinností, závazkům
 - krádeže bez konfrontace s obětí
- **Vážné násilné porušování pravidel**
 - před třináctým rokem opakovaně zůstává přes zákazy rodičů celé noci venku
 - utíká z domova, ačkoliv bydlí v domě rodičů nebo jejich zástupců (nejméně dvakrát) nebo se nevrací po dlouhou dobu
 - časté záškoláctví před třináctým rokem

Formy poruch chování dle MKN-10

- Porucha chování vázaná na vztahy v rodině
- Nesocializovaná porucha chování
- Socializovaná porucha chování
- Opoziční vzdorovité chování
- Depresivní porucha chování

DALŠÍ KRITÉRIA:

- Míra agresivity
- Vázanost na prostředí
- Začátek v dětském věku/v adolescenci (10.rok věku)

Porucha chování podle etiologie

(podle Krejčířové, 2006)

1. Psychologicky podmíněné:

- Náhradní uspokojení potřeb
- Emoční deprivace
- Na bázi disharmonického vývoje osobnosti
- Volání o pomoc
- Projev jiné závažné psychické poruchy (schizofrenie, deprese)

2. Rodinně podmíněné poruchy chování

- Morální normy rodiny
- Dítě jako obětní beránek

Náhradní uspokojení potřeb

- potřeba pozornosti, uznání, hledání vlastní identity
- VI. cíl je nevědomý, neumí činy zdůvodnit
- Nejčastěji substituční krádeže

Emoční deprivace

- Dlouhodobá citová deprivace, často také SPU+HKP, impulzivní chování, problém v navazování hlubších citových vztahů, nedůslednost výchovy

Na bázi disharmonického vývoje osobnosti

- chybí schopnost navazovat vřelé vztahy, k druhým lidem, neprožívají lásku ani pocity viny
- Impulzivní, silné agresivní tendence
- Zaměření na okamžité vlastní uspokojení
- Obratné plánování činu, někdy zvýšení nervozity, chybí neurotická úzkost
- Dokáží se chovat mile a zdvořile, slibují nápravu

Volání o pomoc

- V tíživé situaci, často silná úzkost či deprese
- Neumí vysvětlit důvod činu
- Chování pomáhá uniknout z tíživé situace

Projev jiné závažné psychické poruchy

Porucha chování podle prognózy

(Malá, E., 2000)

A. Poruchy se špatnou prognózou:

- Kontinuita antisociálních poruch:
manifestace v útlém dětství
v různém prostředí, častá frekvence, stabilní opakování
špatné vztahy k vrstevníkům
p.pozornosti, impulzivita, hyperaktivita
Dysfunkční rodina s patologickou interakcí a komunikací
- Častá osobnostní disharmonie (explozivita, agr, impulzivita, citový chlad, nízká empatie)

Nesocializovaná porucha chování (=>disoc. P. osobnosti, agr. Emočně nestabilní p. O.)

Porucha opozičního vzdoru (do 10 let)
(=>ne/soc. p. chov., nebo pasivně agres. P.o)

+ Dezinhibovaná příchýlnost v dětství

B. Poruchy s lepší prognózou

Reakcí na prostředí

nebo vznik ve skupinových aktivitách

Porucha chování ve vztahu k rodině

Agresivní n. disociální chování omezené na domov

Schopnost vytvářet normální sociální vztahy

(vývojem se upravuje, někdy: pasivně agresivní
nezralá, nezdrženlivá osobnost)

Socializovaná porucha chování

Schopnost vytvářet plastické sociální vztahy

Zapojení do skupiny, špatné vzt. k autoritám, ke
škole, časté poruchy v rámci party

Psychologická diagnostika I

Zjištění souvislostí aktuálních obtíží

a) Kontext obtíží

b) Vztahy a osobnost

- kvalita vztahů v rodině
- role dítěte v rodině
- struktura a dynamika rodiny
- problém dlouhodobý/krátkodobý-nové události v rodině
- kvalita vztahů s vrstevníky
- Sebepojetí, subjektivní spokojenost ve vztazích
- disharmonie osobnostního vývoje

Psychologická diagnostika II

! Často vhodné užití externalizace v rozhovoru

Přímá diagnostická práce s rodinou

Projektivní metody

Posuzovací metody

U starších dotazníky

c) Orientačně intelekt + případné
přidružené kognitivní deficity

Terapie

Podle etiologie

- Psychoterapie
- Sociotrapie
- Výchovné poradenství
- Preventivní programy
- Farmakoterapie (pouze podpůrně, neuroleptika)