

Dg.manuál 0-3 roky

### **Klasifikační systém DC: 0-3 Zero to three**

Egger, H.L., Fenichel, E., Gudeney, A., Wine, B.K., Wright, H.H., 2005

Revize na základě klinických zkušeností s předchozí verzí

1. vydání 1994 - protože u malých D je ICD/DSM těžko použitelné  
ale - nenahrazuje je - pouze doplňuje - více bere v úvahu faktory, které vývoj ovlivňují i význam vývojových rozdílů v raném věku  
cíl - hl. usnadnit komunikaci mezi odborníky, ale i lépe formulovat závěry klinických vyšetření  
- současně i základ pro výzkum

Týmová práce odborníků USA + Evropa, kteří pracují klinicky s malými dětmi, multidisciplinární základ

Stejně jako ICD - nutně jen popisné char. (nezávislost na teoretické škole) - tj. základ jen vzorce symptomů

Celkem 5 os:

I. Primární dg.

II. Klasifikace vztahových poruch

III. Zdravotní a vývojové dg. a stavy

IV. Psychosociální stresy

V. Funkční emoční vývojová úroveň

(= vodítko pro kliniky i výzkumníky na cestě k dg., ale i komunikační nástroj)

Revize - na základě zpětné vazby (znalost limitů a nedostatků, cíl i zlepšit využitelnost v praxi i pro terapii

Výzkumně ale málo publikací a reliabilitě a validitě

V některých bodech byla pův. verze sporná - potřeba revize (ale nedošlo k změně kategorií - ale lépe popsána kritéria (průběh revize - v letech 2003-5, tým)

### **Vztah k ostatním klasifikačním systémům**

= doplněk k nim

DSM - neobsahuje některé klinicky významné symptomy raného věku a dostatečně nezohledňuje vývojové charakteristiky některých poruch

V klinice - často užívána DC 0-3 ještě i pro předškolní věk

V revizi - více snaha o integraci s DSM-IV

- a současně v USA práce na klasifikačním systému pro předškolní děti (= specifikace kritérií

DSMIV pro předškolní věk - pro výzkum i klinickou praxi

x DC 0-3- jiné kategorie, ale dg. kritéria z verze pro předškolní převzata do 0-3 tam, kde to bylo vhodné

Psych. poruchy dle DSM/ICD - hl. primární obtíže klasifikované v 0-3 na ose I

- současně E některé pro děti typické poruchy, které 0-3 neobsahuje - dop. pak použít kat. z ICD a zařadit na ose I pod „jiné“ (př. pica, ruminace nebo OCD)

Současně některé nemoci a zdravotní stavy ovlivňující vývoj dítěte - určit dle OICD a uvádět v 0-3 na ose III

- podobně i dg.-logopedické nebo fyzioterapeutické (př. neurol. CTP)

## Dg. proces

dg.= vždy proces, inf. postupně shromažďovány

Hodnocení indiv. dětí - objasňování poruchy- zde popis poruchy

V klinických nálezech integrováno

= více os - tj. nejen klasifikace poruchy, ale vodítka k postupu dg. procesu a formulace nálezu

První 3 osy = klasifikace poruch

4. a 5.- hodnocení dítěte v kontextu (stresy a úroveň fungování)

Formulace závěrů v raném dětství - důl. zohlednění variability vývoje v normě; význam rodiny - vztahů

Při dg. důl. porozumění aktuální situaci dítěte, při dg. vždy určeny body centrální, jiné relativně opomíjeny (i proto, že chybí dg. nástroje

ale i tyto aspekty mohou být v celostní dg. důl. pro intervenci

V klinice -obv. nutné více sezení (optimum 3-5 v trvání nejméně 45 min); mělo by obsahovat:

- anamnéza s rodiči

- porozumění rod. interakci

- informace o psychickém vývoji dítěte (vývoj i char.chování - z vyšetření i údajů od rodičů)

- informace o sensorickém a motorickém vývoji dítěte

Závěry - ? dg., ale i silné a slabé stránky D i R, význam sociálních i biol. faktorů, plán intervence

obv. je nutná interdisciplinární spolupráce - konzultace (např. o motorice aj.)

5 os- důl. právě pro integraci všech důl. oblastí

Nejasnosti - ev. pro další revizi:

specifikace subtypů - v některých př. u malých dětí sporné (v.s. dosud u dětí poruchy spíše globálnější ?? (př. úzkostné poruchy v předchozí verzi diferencovány nebyly, anal. i deprese nebo smíšené emoční poruchy)

Dále: Porucha regulace sensorického zpracování - i zde subtypy (ale užití kategorie dosud výzkumně nepotvrzeny)

Posttraumatická stresová porucha - také dosud není plně shoda v ? přidružených rysů

Sporná kategorie dále: Multisystémová vývojová porucha

hl. ? autismu - nevyhraněnost do 2 let - v.s. užitečné ponechat

? hodnocení fční úrovně socioemoční - hl. v rodinných vztazích- nutné bude ale zjemnění kritérií

Do budoucna - zvažováno zařazení některých dalších kategorií a os (dtto i jiné systémy)

Kategorie rušivého chování - problém odlišení od norm. přechodných dětských rušivých projevů

X obraz specifického vývojového vzorce (do budoucna dg. poruchy chování atd.) - hl.

hyperaktivita, impulzivita aj., agrese - často i důvod vyšetření. Pak ? - co je ještě normální vzdor, afektivní labilita ap.

U některých D obtíže zvolna ustupují, jinde ale ne - v některých případech proto dop. užití kritéria nediferencované poruchy z DSM

Excesivní pláč - dop. zařadit jeho funkční poruchu regulace - ale dosud málo klinické shody - tj. nakonec zde nezařazen (ale dop. výzkum)

Osa VI - oček. v další revizi - měla by zachytit psychiatrickou zátěž v rodině

- strukturu rodiny a soc. oporu

-kulturu rodiny

to vše pro závěry o D nezbytné

## OSA I: Klinické poruchy

### 100. Posttraumatická stresová poruchy

Po jedné nebo více traumatických událostech nebo chronických stresových situacích ohrožujících život a osobní nebo psychickou/fyzickou integritu dítěte nebo druhých lidí. Terapie je indikována, pokud symptomy dítěte narušují jeho fungování a trvají alespoň 1 měsíc. Nutné zohlednit charakteristiky dítěte, včetně znalosti vývojové úrovně i kontext. Musí být splněno všech **5 kritérií**:

1. Dítě bylo vystaveno traumatické události

2. Je zřejmé, že dítě znovuprožívá trauma -vykazuje alespoň 1 z následujících symptomů:

a) Posttraumatická hra - tj. hra:

1. obsahuje přehrávání některých aspektů traumatu
2. je nutkavá
3. nevede ke snížení úzkosti
4. je spíše perseverativní a méně propracovaná a fantazijní, než je obvyklé

Např. Dítě přehrává pokousání psem s minimálními obměnami. Oproti tomu adaptivní hra po pokousání psem přehrává velmi různé scény s různými psy s různým zakončením

b) Opakované intrusivní vzpomínky na trauma mimo kontext, tj. mluví o něm, ptá se, zdá se být tématem fascinováno, stále se zabývá některými aspekty události (nemusí přitom projevovat známky stresu)

Např. dítě kousnuté psem stále mluví o psech, hledá jejich obrázky v knížkách ap.

c) Opakované noční můry (obsah se může, ale nemusí vztahovat k tématu)

d) Fyziologický stres (patrný v řeči nebo chování) při expozici podnětům vyvolávajícím vzpomínku na trauma.

Např. rodiče uvádějí, že dítěti buší srdce, třese se nebo se potí. Dobře mluvící dítě může tyto nebo i další symptomy uvádět samo (nemůže dýchat, bolí ho břicho).

e) Opakované flashbacky nebo disociace - vracejí se vzpomínky na událost automaticky, bez aktivní účasti dítěte (bez volního záměru). Navenek se může projevovat zárazy (zakoukáváním či „zamrzáním“) dítěte.

Např. Dítě je zaujato hrou s panenkami a nekomentuje zvuk sirény na ulici, ale náhle začne přehrávat rvačku panenek, protože se mu připomněl příjezd sanitky po konfliktu jeho rodičů.

3. U dítěte došlo k změně reaktivity nebo narušení vývoje. Emoční změny nebo vývojové problémy se objevily nebo zvýraznily po traumatu a projevují se alespoň jedním z následujících symptomů:

a) zesílení sklonu k sociální izolaci

b) omezený rozsah emocí

c) nápadně snížený zájem nebo malé zapojení do důležitých aktivit, včetně hry, sociálních interakcí a běžných denních činností

d) snaha vyhybat se činností, místům nebo lidem, které vyvolávají vzpomínky na trauma, včetně snahy vyhnout se myšlenkám, pocitům a rozhovorům spojeným s traumatem

4. Po traumatu může dítě vykazovat známky zvýšené excitace, které se projevují alespoň 2 z následujících:

a) Obtíže ukládání ke spánku (brání se odchodu do postele, těžko usíná nebo se v noci opakovaně budí (ne z důvodu děsivých snů)

b) obtíže soustředění

c) hypervigilita

d) zvýrazněné úlekové reakce

e) zvýšená dráždivost, výbuchy vzteku nebo extrémní plačtivost či záchvaty zlosti

Toto chování trvá alespoň jeden měsíc.

*Přidružené projevy:* Malé děti mohou po traumatické události dočasně ztratit dříve osvojené vývojové dovednosti. Může se objevit agresivita vůči vrstevníkům, dospělým nebo zvířatům. Někdy pozorujeme také sexuální nebo agresivní chování nepřiměřené věku dítěte.

*Poznámka:* Pokud dítě zažilo traumatickou událost a po ní se objevily symptomy uvedené výše, které nebyly přítomny před traumatem, je místě považovat klinickou diagnosu posttraumatické stresové poruchy za primární.

## 150. Syndrom deprivovaného / týraného dítěte

Porucha se objevuje v kontextu deprivace / zneužívání, včetně závažného a dlouhotrvajícího zanedbávání rodiči nebo prokázaného fyzického nebo psychického týrání. K jejímu rozvoji může dojít, pokud má dítě nedostatečnou příležitost vytvořit si selektivní vztahy v důsledku častého střídání primárního pečovatele nebo nedostupnosti vztahové osoby, např. v ústavním prostředí. Ev. může jít o vážné zanedbávání (např. při těžké depresi matky nebo v případě drogové závislosti matky). V takovýchto podmínkách ale nedochází k rozvoji poruchy u všech dětí, ale jen u malé části z nich. Přitom však dítě může mít deprivací symptomy, i když je v daném okamžiku ve vztahu s psychologicky dostupným pečovatelem. V takovém případě má být současný vztah vždy hodnocen na ose II a psychosociální stresy a zátěž z prostředí zapisujeme na osu IV.

Deprivací porucha a důsledky týrání jsou charakterizovány vážně narušeným vztahovým chováním, kdy se dítě neobrací nebo obrací jen minimálně pro uklidnění, oporu, ochranu a péči hlavně k té osobě, k níž má specifický vztah. Výzkumně byly popsány tři hlavní vzorce *Poruchy podmíněné deprivací nebo týráním* a jedna porucha, která je vylučuje:

1. Vzorec emočně odtahovaného nebo izolovaného chování, kdy dítě projevuje vztahové chování vůči dospělému pečovateli jen v minimální míře. Musí být přítomny **nejméně 3** z následujících projevů:

- ve stresu hledá jen zřídka nebo jen ve velmi malé míře uklidnění
- za stresu reaguje jen minimálně na nabídku uklidnění
- omezené množství pozitivních emocí a vysoká míra dráždivosti, smutku nebo strachu
- omezená nebo chybějící sociální a emoční reciprocita (např. málo sdílení emocí, sociálního odkazování, střídání rolí a očního kontaktu)

2. Vzorec nediskriminujícího nebo desinhibovaného chování, kdy dítě projevuje vztahové chování nevýběrově. Musí být přítomny **alespoň dva** z následujících projevů:

- Nadměrně familiární projevy a malý nebo chybějící odstup od cizích lidí
- Když se dítě vzdálí od pečovatele, nevrací se k němu zpět ani v neznámém prostředí
- ochota odejít s cizím dospělým bez jakéhokoliv nebo s minimálním zdráháním

3. Diagnosa smíšené poruchy podmíněné deprivací / týráním vyžaduje splnění **dvou nebo více bodů ze vzorců 1 i 2.**

4. Před stanovením diagnosy deprivací poruchy je nutné vyloučit pervazivní vývojovou poruchu (která by mohla symptomy vysvětlit lépe)

*Přidružené rysy:* Za méně obvyklých okolností může být deprivací porucha spojena s neprospíváním a jinými poruchami růstu, které mají být zaznamenány samostatně na ose III. Diagnostický profil dítěte s poruchou podmíněnou deprivací / týráním má být doplněn informací kódovanou na ose II: Vztahové podmínky

## 200. Poruchy emocí

Poruchy emocí u kojence a batolete se vztahují k obtížím regulace emocí, včetně depresivního ladění, úzkosti /strachu a vzteku. Novější klinické a populační studie ukazují, že poruchy emocí jsou u malých dětí častější, než se předpokládalo. Před stanovením diagnózy je nutné určit, zda jsou symptomy generalizované na různé prostředí a vztahy, nebo zda jsou specifické pro určité situace a vztahy.

## 210. Protrahovaná reakce smutku / truchlení

Ztráta primárního pečovatele představuje pro malé dítě vysoký stres, většina dětí nemá dostatek emočních a kognitivních sil k jeho zvládnutí. Navíc často truchlí i druhý pečovatel dítěte a má tedy také málo sil k tomu, aby adekvátně reagoval na potřebu opory dítěte.

Projevy protrahované reakce smutku / truchlení kterékoli stadiu ze sekvence protest, beznaděj a odpoutání.

Diagnosa protrahované reakce smutku / truchlení vyžaduje splnění **všech tří** následujících kritérií:

1. Dítě vykazuje alespoň tři z následujících symptomů:

- a) Dítě pláče, křičí a hledá chybějícího pečovatele
- b) Dítě odmítá snahu druhých ho uklidnit
- c) Dítě se emočně odtahuje, je letargické, má smutný výraz obličeje a chybí mu zájem o činnosti přiměřené věku
- d) Poruchy jídla
- e) Poruchy spánku
- f) Může dojít k stagnaci vývoje, k regresu nebo ztrátě dříve zvládnutých vývojových mezníků
- g) Dítě má omezený rozsah emocí
- h) Pokud dítěti něco ztrátu připomene, dochází u něj k výrazným poruchám, např. se objeví
  - odtažitost, včetně zdánlivé lhostejnosti vůči věcem, které připomínají pečovatele, jako např. fotografie nebo zmínky o jeho jméně
  - selektivní „zapomínání“, včetně zjevného chybění rozpoznávání připomínek pečovatele
  - extrémní sensitivita vůči připomínkám pečovatele, včetně extrémního stresu, když se věci, které patřily pečovateli někdo dotkne nebo jsou odneseny pryč
  - silná emoční reakce na jakékoliv téma spojené se separací a ztrátou - např. si odmítá hrát hru na schovávanou nebo pláče, když nějaký domácí předmět je přemístěn z jeho obvyklého místa

2. Změna ve fungování dítěte se objevila po ztrátě

3. Symptomy musí trvat po větší část dne a většinu dní v týdnu po dobu alespoň dvou týdnů.

## 220. Úzkostné poruchy v raném dětství

Zachycení úzkostných poruch v raném věku je obtížné z mnoha důvodů:

- Obtížně lze vymezit rozdíl mezi vývojově očekávanou úzkostí nebo strachem a vývojově nepřiměřenou a nadměrnou úzkostí spojenou s úzkostnými poruchami. Např. mezi 7.-12. měsícem věku má mnoho dětí strach z cizích lidí a vykazuje známky stresu v případě separace od pečovatele. Tyto strachy vrcholí mezi 9. až 18. měsícem věku a u většiny dětí ustupují do 2 1/5 let.

- Obtížně lze vymezit rozdíl mezi úzkostným temperamentem a úzkostnou poruchou. Určitou část malých dětí lze charakterizovat jako „inhibované“. Tyto děti reagují na nové lidi, situace a věci strachem a odtahováním se. I když inhibované děti mají zvýšené riziko rozvoje úzkostných poruch v pozdějším dětství, většina z nich ale nebude trpět úzkostnou poruchou.

- Obtížně lze hodnotit míru dětské úzkosti, protože kojenci a batolata mají omezené verbální a kognitivní schopnosti. Ještě ve 3 letech nemusí dítě sdělovat své obavy a strachy rodičům nebo ostatním dospělým.

Přes tyto problémy současné pokroky v nosologii a diagnostice psychických poruch umožňují začít vymezovat hranice mezi normální úzkostí, temperamentovými odchylkami a klinicky významnou poruchou u velmi malých dětí. Dále jsou uvedeny obecné projevy vyžadované pro diagnosu jakékoliv úzkostné poruchy a kritéria pro specifické úzkostné poruchy u malých dětí. Tato kritéria jsou adaptací kritérií DSM-IV-TR a RDP-PA a jsou použitelná u dětí od 2 let. Pokud pozorujete výrazné znaky excesivní úzkosti u dětí do 2 let, doporučujeme použít diagnosu *Úzkostná porucha nespecifikovaná*.

Obecné znaky všech úzkostných poruch. Úzkost nebo strach musí u všech úzkostných poruch splňovat **všechna následující kritéria**, aby mohla být považována za symptom úzkostné poruchy:

- Působí dítěti stres a dítě se vyhýbá činnostem nebo okolnostem, které jsou s ní spojeny.
- Objevuje se během dvou nebo více každodenních činností nebo v rámci dvou nebo více vztahů (je pervazivní)
- Je alespoň po část doby nezvladatelná.
- Zhoršuje a omezuje fungování dítěte nebo rodiny a narušuje očekávaný průběh vývoje.
- Trvá (pozn.: Kritéria pro každou specifickou úzkostnou poruchu specifikují minimální trvání, aby úzkost mohla být považována za symptom úzkostné poruchy).

*Přidružené znaky:* V rodinné anamnéze není nutně vždy přítomna úzkostná porucha nebo deprese. Nicméně přítomnost úzkostné poruchy nebo deprese je důležitým přidruženým znakem u většiny dětí s úzkostnou poruchou v raném věku.

**Specifické úzkostné poruchy:** Dále jsou uvedena kritéria specifických úzkostných poruch, které lze spolehlivě diagnostikovat u dětí dvouletých a starších. Stejně jako u starších dětí se i u malých dětí specifická úzkostná porucha objevuje často společně s dalšími specifickými úzkostnými poruchami nebo s jinými psychickými poruchami. Současná přítomnost více poruch vede k vážným psychosociálním a vývojovým důsledkům.

## 221. Separační úzkostná porucha

Pro diagnosu separační úzkostné poruchy musí být splněno **všech pět** následujících kritérií. Protože je obtížné hodnotit separační úzkost jako poruchu u velmi malých dětí, jsou v rámci popisu uvedeny příklady projevu jednotlivých symptomů.

1. Dítě prožívá vývojově nepřiměřenou a excesivní úzkost ve vztahu k odloučení z domova nebo od osoby, k níž má vztah. Úzkost se projevuje **třemi** (nebo více) z následujících:

a) Opakovaný, nadměrný stres při anticipaci separace od vztahové osoby nebo z domova. Příklad: Kojenec, batole nebo malé dítě může trvale a neutišitelně plakat a odmítat péči a uklidnění od náhradního pečovatele po odchodu rodičů. Může docházet k agresivním nebo sebepoškozujícím projevům během separace od blízké osoby (např. bije náhradního pečovatele nebo tluč hlavičkou). Trvalé nadměrné obavy ze ztráty hlavní osoby nebo z toho, že se ztratí.

b) Trvalý, nadměrný strach, že se stane nějaká událost (např. že se ztratí nebo bude uneseno), která povede k separaci od hlavní vztahové osoby.

c) Trvalé odmítání jít do jeslí, školky nebo někam jinam kvůli strachu ze separace. (Poznámka: U velmi malých dětí se to může projevit jako

- (1) strach odejít do jeslí či MŠ
- (2) anticipační strach nebo úzkost ze strachu z jeslí nebo MŠ
- (3) vzdor nebo odmítání jeslí nebo MŠ kvůli strachu nebo úzkosti

d) Trvalý nebo excesivní strach nebo odmítání být doma sám nebo bez hlavní vztahové osoby nebo v jiném prostředí bez důležitých blízkých dospělých. Např. může malé dítě odmítat zůstat samo v pokoji ve vlastním domě a po celém domě stále chodit s rodičem.

e) Trvalé odmítání jít spát sám bez hlavní vztahové figury

f) Opakované noční můry obsahující separační téma. Poznámka: nemluvící nebo špatně mluvící děti mohou mít děsivé sny bez rozpoznatelného obsahu.

g) Opakované stížnosti nebo tělesné symptomy při separaci nebo při její anticipaci. Příklad: Mluvící děti si mohou stěžovat na bolesti hlavičky, břicha nebo nauseu. Kojenci, batolata a malé děti, které se bojí separace od hlavní vztahové figury mohou zvracet, slinit nebo excesivně škytat.

2) Porucha dítěti způsobuje klinicky významný stres nebo vede k vyhýbání se činnostem nebo prostředí spojeným s úzkostí nebo strachem

3) Porucha zhoršuje fungování dítěte nebo rodiny nebo narušuje očekávaný vývoj dítěte

4) Porucha se neobjevuje v kontextu Pervazivní vývojové poruchy

5) Porucha trvá alespoň 1 měsíc

## 222. Specifické fobie

Diagnosa specifické fobie vyžaduje, aby bylo splněno **všech 6** následujících kritérií:

1) Přítomnost nebo anticipace specifického objektu nebo situace vyvolává excesivní, silný, neodůvodněný a trvalý strach u dítěte

2) Vystavení fobickému podnětu téměř beze změny provokuje bezprostřední úzkostnou reakci u dítěte, jako je panika, pláč, záchvat vzteku, zamrzání nebo věšení se na dospělého.

3) Vyhýbání se, úzkostná anticipace nebo napětí v situaci, které se dítě bojí, způsobuje klinicky významný stres nebo vede k vyhýbání se činnostem či situacím, které se dítěti s úzkostí nebo strachem spojují. Porucha zhoršuje fungování dítěte nebo rodiny nebo narušuje další očekávaný vývoj dítěte.

4) Dítě se vyhýbá fobické situaci nebo objektu nebo vykazuje intenzivní úzkost či strach, když se mu vyhnout nemůže. Rodiče mohou dítěti vyhýbání usnadňovat.

5) Úzkost nebo fobické vyhýbání nelze vysvětlit lépe diagnosou obsedantně kompulsivní poruchy (strach ze špíny) nebo posttraumatické stresové poruchy (vyhýbání se podnětům spojeným s traumatem), separační úzkostné poruchy (např. vyhýbání se školce / jeslím) nebo sociální fobie (vyhýbání se sociálním interakcím).

6) Porucha trvá alespoň 4 měsíce.

### 223. Sociální úzkostná porucha (sociální fobie)

Diagnosa vyžaduje, aby bylo splněno **všech 6** následujících kritérií:

- 1) Dítě projevuje silný a trvalý strach z jedné nebo více sociálních nebo výkonových situací, které zahrnují kontakt s cizími lidmi nebo jejich soustředěné pohledy. Sociální nebo výkonové situace, které vyvolávají strach, zahrnují dětské dny, velká rodinná setkání, narozeninové oslavy, náboženské obřady nebo dětské kroužky v mateřských centrech nebo školkách.
- 2) Vystavení sociálním situacím, kterých se dítě bojí, téměř vždy vyvolává úzkost, kterou může dítě projevovat panikou, pláčem, záchvatem křiku, zamrznáním, věšením se na dospělého nebo stahováním se ze sociální situace s cizími lidmi.
- 3) Dítě se vyhýbá obávaným sociálním nebo výkonovým situacím nebo je přetrpí s vysokou úzkostí či stresem. Rodiče dítě před obávanou situací často ochraňují.
- 4) Vyhýbání se, úzkostná anticipace nebo stres v obávaných situacích významně narušují fungování dítěte nebo jeho další vývoj.
- 5) Strach nebo vyhýbání nelze vysvětlit jinými poruchami, včetně posttraumatické stresové poruchy, separační úzkostné poruchy, prosté fobie nebo dalších úzkostných poruch.
- 6) Porucha trvá alespoň 4 měsíce.

### 226. Generalizovaná úzkostná porucha

Diagnosa generalizované úzkostné poruchy vyžaduje splnění **všech 7** následujících kritérií:

- 1) Dítě prožívá excesivní úzkost a starosti většinu dní po dobu alespoň 6 měsíců.
- 2) Pro dítě je velmi obtížné zvládnout svou úzkost nebo starosti (např. opakovaně žádá rodiče o ujišťování)
- 3) Úzkost a starosti se objevují během 2 nebo více činností nebo za dvou nebo více okolností a v rámci dvou nebo více vztahů.
- 4) Úzkost nebo starosti jsou spojeny s jedním (nebo více) z následujících šesti symptomů:
  - a) neklid nebo pocit, že je netrpělivé nebo nervozní
  - b) unavitelnost
  - c) obtíže soustředění
  - d) dráždivost, afektivní výbuchy
  - e) svalové napětí
  - f) poruchy spánku (špatně usíná nebo se ráno budí ospalé, neklidný, neuspokojivý spánek)
- 5) Úzkost / starosti nelze lépe vysvětlit diagnosou obsedantně kompulsivní poruchy (strach ze špíny nebo ritualizovaná potřeba ujišťování od rodičů), posttraumatické stresové poruchy, separační úzkostné poruchy (úzkost ze separace od pečovatele), nebo sociální fobie (starosti spojené se sociální interakcí).
- 6) Úzkost, starosti nebo tělesné symptomy významně narušují fungování dítěte nebo jeho další vývoj.
- 7) Porucha není přímým fyziologickým následkem léků (např. léčba astmatu nebo steroidy) a není součástí pervazivní vývojové poruchy.



## 225. Úzkostná porucha dále nespecifikovaná (NOS)

Tato kategorie zahrnuje symptomy nadměrné úzkosti nebo fobického vyhýbání se, které působí silný stres a výrazně narušují psychosociální fungování a průběh vývoje dítěte. Symptomy nesplňují zcela kritéria pro žádnou specifickou úzkostnou poruchu, ale úzkost nebo strach musí splňovat **všech 5** obecných znaků úzkostných poruch, popsanych na začátku oddílu.

U kojenců mohou pro úzkostnou poruchu s raným počátkem svědčit apatie, dráždivost, nezvladatelný pláč nebo křik, poruchy spánku a jídla, nezvladatelný a pervazivní separační stres nebo sociální úzkost (zejména v souvislosti s rodinnou anamnézou úzkostných poruch nebo deprese). Tyto projevy lze pak klasifikovat jako úzkostnou poruchu dále nespecifikovanou.

Při diagnostice úzkostných poruch je důležité brát v úvahu následující vodítka:

- Pokud dítě prodělalo trauma a obtíže se objevily po této události, má být zvažována diagnosa posttraumatické stresové poruchy.
- Pokud jsou úzkost nebo strach vázány na specifický vztah, má být zvažován okruh vztahových poruch.

## 230. Deprese v kojeneckém a raném věku

Níže uvedená kritéria představují vývojově přizpůsobenou modifikaci kritérií DSM-IV-TR. Podobně jako u úzkostných poruch je definování a identifikace deprese u malých dětí velmi obtížné zejména proto, že malé děti nemají dostatečně rozvinuté verbální nebo kognitivní schopnosti pro to, aby popsaly své pocity nebo emoční prožitky.

K stanovení diagnosy deprese musí být splněno **všech 5** následujících znaků:

- 1) Porucha emocí a vzorec chování představují změnu od původního emočního a behaviorálního základu.
- 2) Depresivní / podrážděná nálada musí být trvalá a alespoň po část doby není spojena se smutnými nebo rozčilujícími zážitky (sledování smutného televizního pořadu, trest). „Trvalý“ znamená, že je přítomná po většinu dne, po více než polovinu dní a trvá alespoň 2 týdny.
- 3) Symptomy musí být pervazivní, objevovat se při různých činnostech nebo v různých prostředích a v rámci různých vztahů. Pokud se depresivní symptomy objevují pouze v jednom vztahu, zvažujte diagnosu na ose II. Klasifikace vztahů.
- 4) Symptomy působí dítěti značné obtíže a narušují jeho fungování nebo vývoj.
- 5) Porucha není podmíněna celkovým zdravotním problémem (např. hypothyreosa) nebo vlivy drog (medikace, toxiny).

## 231. Velká deprese

Diagnosa velké deprese vyžaduje splnění alespoň **5** následujících symptomů, které musí být přítomny po většinu dne, po více než polovinu dní a po dobu alespoň dvou týdnů a musí zahrnovat alespoň jeden z prvních 2 symptomů.

- 1) Depresivní nebo podrážděná nálada po většinu dne a po více než polovinu dní, která je rozpoznatelná buď z přímé výpovědi dítěte (např. „jsem smutný“) nebo z pozorování druhých lidí (dítě vypadá smutně nebo je plačtivé).
- 2) Zjevně snížená radost nebo zájem o všechny nebo téměř všechny činnosti, jako je zapojení do hry nebo interakce s pečovatelem po více než polovinu dní; pro to svědčí buď výpověď dítěte nebo pozorování druhých lidí, např. nic (nebo skoro nic) mne nebaví.
- 3) Významná ztráta nebo nárůst váhy (např. změna o více než 5% tělesné hmotnosti za 1 měsíc nebo významná ztráta nebo nárůst chuti k jídlu nebo nedostatečné přibývání na váze).
- 4) Nespavost nebo nadměrná spavost.
- 5) Psychomotorická agitace nebo zpomalení pozorované okolím (nejen subjektivní pocit neklidu dítěte nebo jeho „pocit zpomalení“).
- 6) Únava nebo ztráta energie.
- 7) Projevy pocitů bezcennosti nebo nepřiměřených pocitů viny ve hře (např. sebedestruktivní aktivity nebo hra) nebo přímo sdělované dítětem.
- 8) Zhoršená schopnost myšlení nebo koncentrace a nerozhodnost (buď podle subjektivní výpovědi dítěte nebo pozorovaná druhými) po více dní. U mladších dětí se mohou tyto symptomy projevovat jako obtíže řešení problémů, reagování na pečovatele nebo udržování pozornosti.
- 9) Opakované zmínky na téma smrti nebo sebevraždy nebo pokusy o sebepoškození. Dítě může tyto symptomy vykazovat v myšlení, činnosti, hře nebo v potenciálně letálním jednání.

## 232. Typ II: Depresivní porucha dále nespecifikovaná (NOS)

Diagnosa typu II: Depresivní porucha NOS vyžaduje přítomnost **3** nebo více z 9 symptomů popsaných u Typu I: Velká deprese. Diagnosa vyžaduje přítomnost **alespoň 1 z prvních 2** symptomů.

*Přidružené rysy:* Pokud jsou symptomy velké deprese nebo depresivní poruchy NOS v přítomnosti závažné psychosociální nebo enviromentální deprivace, měly by být tyto okolnosti zaznamenány a jako alternativní zvažována porucha deprivace (ve vztahu k týrání), zejména je-li deprivace těžká. Pokud jsou symptomy velké deprese nebo depresivní poruchy NOS pozorovány v souvislosti se závažným traumatem (viz kritéria posttraumatické stresové poruchy) má být zvažována primární diagnosa posttraumatické stresové poruchy. Podobně, pokud jsou symptomy pozorovány u dětí, které ztratily primárního pečovatele, je nutné jako alternativní diagnosu zvážit protrahované truchlení / smutek.

Pokud depresivní symptomy nejsou silné a objevují se v souvislosti s přízpůsobením na změnu v životě dítěte (např. nástup matky do práce) má být zvažována diagnosa poruchy přízpůsobení.

## 240. Smíšená porucha emoční expresivity

Smíšená porucha emoční expresivity je charakterizována obtížemi dítěte projevovat věku přiměřený rozsah a intenzitu emocí po dobu alespoň dvou týdnů. Projevy jsou pervazivní, týkají se různých typů emocí a představují změnu oproti předchozímu fungování dítěte. Diagnostika vyžaduje, aby byl přítomen alespoň **1 z prvních 2 a** aby porucha bránila věku přiměřenému fungování (3. symptom z dále uvedených). Pokud dítě vykazuje vývojové opožďení, má být diagnostika použita pouze tehdy, pokud emoční projevy neodpovídají vývojové úrovni dítěte.

Kritéria:

- 1) Úplné nebo téměř úplné chybění dvou nebo více specifických emocí (např. radost, zlost, strach, zvědavost, smutek, vzrušení), které jsou v daném věku očekávány. Pro diagnostiku svědčí, pokud má dítě obtíže použít řeč nebo hru k vyjádření emocí. Můžeme např. pozorovat chybění věku přiměřeného strachu, obav či úzkostí, jako je strach ze separace nebo z tělesného poškození, které slouží adaptivnímu fungování.
- 2) Narušena je intenzita emocí, jsou přítomny opačné emoce nebo emoce nepřiměřené situaci.
  - a) Porucha intenzity emočních výrazů, jako záchvaty vzteku nebo plochosť / jednotvárnost a apatie.
  - b) Opačné afekty nebo afekty nepřiměřené situaci, jako „šáškování“ nebo smích se zjevným , chvátáním tam, kde by byly přiměřené negativní emoce, jako je strach nebo lítost.
- 3) Porucha brání normálnímu fungování.

## 300. Poruchy přizpůsobení

Diagnostika poruchy přizpůsobení má být zvažována v případě všech přechodných situačních obtíží, které (1) nesplňují kritéria pro žádnou z ostatních diagnosy I (jako je posttraumatická stresová porucha nebo protrahované truchlení / smutek), (2) nejsou jen zhoršením jiné předchozí poruchy a (3) nepředstavují vývojově přiměřenou reakci na změny v prostředí.

Diagnostika poruchy přizpůsobení vyžaduje, aby byla splněna všechna **4** následující kritéria:

- 1) Je přítomen stres v prostředí nebo zátěžové události (takové, které jsou uváděny na ose IV. Psychosociální stresy).
- 2) Porucha emocí nebo chování se objevuje do 1 měsíce od stresové události. Kojenec nebo velmi malé dítě může vykazovat emoční symptomy (např. jeví se jako utlumené, podrážděné, vážné, úzkostné nebo stažené) nebo behaviorální symptomy (např. vzdorovitost, odmítá chodit spát, má četné záchvaty zlosti nebo u něj došlo k regresi v udržování čistoty ap.) nebo oboje.
- 3) Symptomy nesplňují kritéria posttraumatické stresové poruchy, poruchy emocí nebo poruchy vztahů a komunikace.
- 4) Symptomy trvají déle než 2 týdny.

## 400. Porucha regulace sensorického zpracování

Porucha regulace sensorického zpracování je konstitučně založenou reaktivitou na smyslové podněty. Diagnosa poruchy regulace sensorického zpracování odkazuje na obtíže dítěte při regulaci emocí i chování i na pohybové vzorce v reakci na sensorickou stimulaci, které vedou k narušení vývoje a fungování. Vzorce chování charakteristické pro tuto poruchu se projevují (1) za různých okolností, (2) v rámci různých vztahů. Vzorec chování kojence nebo malého dítěte ovlivňuje jeho každodenní fungování, včetně interakce s dospělými i druhými dětmi.

Senzorické podněty zahrnují dotyky, zrakové vjemy, zvuky, chuťové a čichové podněty, pocity při pohybu v prostoru a uvědomování si polohy vlastního těla v prostoru. Každé dítě má své specifické způsoby reagování na sensorické podněty z prostředí. Některé děti mají obtíže zpracování sensorického vstupu a regulace vlastních reakcí. Obtíže sensorického zpracování a regulace reakcí mohou narušovat celkový sociální a emoční vývoj i jeho pohybové dovednosti a specificky i schopnost dítěte včlenit se do věku přiměřených aktivit.

Pečovatel moduluje behaviorální reakce dítěte na sensorický vstup. Pečovatel, který je vyladěný na vzorec chování konkrétního dítěte může regulační obtíže dítěte zmírnit. Na druhou stranu nesoulad mezi konstituční reaktivitou dítěte na sensorické podněty a chováním pečovatele může tyto regulační problémy zesilovat.

Diagnosa poruchy regulace sensorického zpracování zahrnuje přítomnost 3 rysů:

1. Obtíže sensorického zpracování
2. Pohybové obtíže
3. Specifické vzorce chování

Pokud pro dítě nejsou charakteristické všechny tyto 3 rysy, měli byste zvážit alternativní diagnosy. Např.:

- Negativistické a sebezprosazující chování může být důsledkem příliš autoritativního a restriktivního stylu rodičovství (Osa II. Hodnocení vztahů)
- Negativistické a sebezprosazující chování může odrážet primární behaviorální rušivé poruchy chování, jako je např. porucha opozičního vzdoru (DSM-IV), která není specificky spojena s poruchou sensorického zpracování
- Úzkostnost popsána u Typu A Hypersensitivní porucha regulace (viz dále) může být projevem úzkostné poruchy.

Porucha regulace sensorického zpracování se může vyskytovat spolu s dalšími poruchami (např. Typ A: Hypersensitivní porucha regulace sensorického zpracování a separační úzkostná porucha). Symptomy regulační poruchy a další současně přítomné poruchy se mohou do určité míry překrývat.

Popsány jsou tři typy poruchy regulace sensorického zpracování, v jednom případě včetně dvou subtypů. Všechny popisy obsahují vzorce chování, sensorických reakcí a motoriky, které jsou charakteristické pro daný typ či subtyp. I když existuje značná shoda odborníků ohledně užitečnosti této klasifikace, na současné úrovni znalostí dosud nebyla určena specifická kritéria těchto poruch.

## 410. Hypersensitivní

Kojenci nebo batolata, kteří jsou hypersensitivní vůči sensorickým podnětům, vnímají podněty jako aversivní. Mezi podněty, které často vyvolávají aversivní chování, patří jemné doteky, hlasité zvuky, ostré světlo, neznámé pachy a chutě, drsné textury nebo pohyb v prostoru.

Kojenci nebo malé děti s regulační poruchou plynoucí z hypersensitivní k různým podnětům vykazují jeden ze dvou typických vzorců chování:

- Typ A: Úzkostný / opatrný nebo
- Typ B: Negativní / vzdorovitý

Děti s kterýmkoliv z obou uvedených vzorců chování se vyhýbají sensorickým podnětům nebo vůči nim projevují aversivní reakce. Jinými slovy – úzkostní/opatrní kojenci a malé děti i negativní/vzdorovití kojenci a malé děti mají stejný základní vzorec hypersensitivní vůči podnětům, i když jejich projevy chování se liší.

Hypersensitivní děti obtížně moduluji své reakce na sensorický vstup, Jsou snadno přetíženy sensorickými podněty, které jsou součástí běžného života a mají sklon prožívat značný stres při snaze ovládnout své intenzivní reakce na takové podněty. Behaviorální reakce na různé podněty mohou být přitom hodně variabilní v závislosti na

- (1) intenzitě, trvání nebo lokalizaci podnětu (např. dítě může tolerovat jednotlivý podnět, ale reagovat aversivně na následující podnět stejného typu).
- (2) Základní úrovni aktivace dítěte (např. dítě může být klidné a čilé ráno, ale s únavou na konci dne se stávat předrážděným)
- (3) Na zdroji podnětů (např. dítě může odlišně reagovat na dotyk, který samo vyvolalo a jinak na vynucený dotyk)

Je důležité si všimnout, že hypersensitivní typ A: úzkostný/opatrný se může objevovat současně s úzkostnými poruchami a typ B: Negativní/vzdorovitý s rušivými poruchami chování, jako je porucha opozičního vzoru.

### **1. Projevy sensorické reaktivity**

- (a) Tento vzorec je charakterizován nadměrnou reaktivitou na sensorické podněty včetně jemných doteků, hlasitých zvuků, ostrého světla, neznámých pachů a chutí, drsných povrchů nebo pohybu v prostoru,

Např. batole může být neschopné snášet lechtání a jiné škádlení či pohybové hříčky, houpání apod. Kojenec může projevovat známky stresu, když je položen na břicho nebo zvedán do nové polohy (zvláště, pokud mu při změně polohy poklesne hlavička)

- (b) Reakce na sensorické podněty mohou zahrnovat:

- strach
- pláč
- „zamrzání“
- pokusy utéci od podnětu
- zvýšenou roztěkanost
- agresivitu
- výbuchy zlosti, záchvaty vzteku
- excesivní úzkostné reakce
- pohybovou excitaci
- sníženou toleranci pro různé struktury jídla, chuti a pachy

### **2. Motorické projevy**

Hypersensitivita a averze vůči sensorickým podnětům může vést k omezeným zkušenostem s manipulací nebo interakcí s prostředím může způsobovat funkční deficit pohybového vývoje.

Motorické vzorce se u dětí různí a mohou zahrnovat:

- (a) obtíže posturální kontroly a svalového tonu
- (b) obtíže v koordinaci jemné motoriky (často spojené s hrou a zkušeností s hračkami a jinými předměty, která je omezená v důsledku hypersensitivní dítěte)
- (c) obtíže motorického plánování
- (d) méně explorační aktivity, než je očekáváno s ohledem na věk
- (e) omezenou sensomotorickou hru

### 3. Projevy v chování

Projevy chování kojenců a malých dětí s typem A hypersensitivitv úzkostným / opatrným zahrnují nadměrnou opatrnost, inhibici a úzkostnost. Kromě toho mohou vzorce chování *kojenců* s typem A hypersensitivitv zahrnovat:

- (a) omezený rozsah exploračních aktivit
- (b) malé sebeprosazení
- (c) stres při změně rutiny
- (d) strach a věšení se na rodiče v nových situacích

Behaviorální vzorce *batolat a předškolních dětí* s typem A hypersensitivitv mohou zahrnovat:

- (a) excesivní strach nebo starosti nebo oboje
  - (b) stydlivost v kontaktu s cizími lidmi, s cizími předměty v prostředí nebo na neznámých místech
  - (c) odklonitelnost pozornosti sensorickými podněty
  - (d) impulzivitu při přetížení sensorickými podněty
  - (e) časté chvíle dráždivosti nebo plačtivosti
  - (f) omezenou schopnost sebezklidnění (např. obtížně znovu usíná v případě probuzení)
- Těžko se zotavují z frustrace nebo zklamání  
- Vyhýbají se novým zkušenostem nebo zážitkům nebo se do nich pomalu zapojují

#### 412. Typ B: Negativistický / vzdorovitý

- 1) Sensorické reakce jsou shodné s typem A
- 2) Motorické vzorce jsou také shodné s vzorci popsanými u typu A úzkostného / opatrného
- 3) Behaviorální vzorce se však od typu A liší.

Děti s negativistickým / opozičním typem hypersensitivitv mají tendenci vyhýbat se novým zkušenostem nebo se zapojují pomalu a obecně jsou agresivní jen pokud jsou vyprovokovány. Behaviorální projevy kojenců a malých dětí s typem B hypersensitivitv negativistickým / vzdorovitým zahrnují:

- (a) Negativistické chování (např. u kojence stálé fňukání, u batolete a předškolního dítěte automatické negativní reakce na požadavky rodičů nebo časté výbuchy zlosti, včetně záchvatů vzteku)
- (b) kontrolující chování
- (c) Vzdorovitost / dělá opak toho, co je od něj očekáváno nebo žádáno
- (d) má rád opakování, chybění změn a pokud už je změna nutná, pak v pomalém tempu
- (e) obtížně se přizpůsobuje změnám rutiny nebo plánů
- (f) kompulsivita nebo perfekcionismus
- (g) vyhýbá se novým zkušenostem nebo zážitkům nebo se zapojuje pomalu

#### 420. Hyposenzitivní / nereaktivní

Hyposenzitivní kojenci, batolata nebo malé děti vyžadují vysokou intenzitu sensorického vstupu, aby byli schopni reagovat. Děti, které jsou hyposenzitivní, jsou obecně klidné a pozorné. Často se zdá, že nereagují na prostředí a nevnímají pobídky od druhých lidí. Bývá nutné značné úsilí nebo vytrvalost, abychom hypoaktivní dítě zaujali. I když děti, které jsou hyposenzitivní, mohou vypadat, mohou vypadat smutně nebo bez zájmu o okolí, odráží jejich odtažitost nebo nereaktivita skutečnost, že nebylo dosaženo prahu aktivace, který by mohl vzbudit motivaci k akci a interakci.

Když zvažujete diagnosu hyposenzitivní nereaktivní poruchy regulace, musíte spolehlivě zjistit, že (a) omezená sociální reaktivita dítěte není projevem poruchy sociální interakce charakteristické pro pervazivní vývojové poruchy, (2) odtažitost dítěte není projevem poruchy nálady a (3) odtažitost dítěte není projevem některé úzkostné poruchy, jako např. sociální úzkostné poruchy.

### 1) Projevy sensorické reaktivity

- (a) Snížená reaktivita na zvuky, pohyby, pachy, chutě, dotyky a proprioceptivní podněty
- (b) U kojenců chybí reaktivita na zážitky a sociální pobídky

### 2) Pohybové projevy

- (a) Omezená explorace
- (b) Malý repertoár hry
- (c) Hledání specifických sensorických podnětů, často získávaných pomocí repetitivních sensorických aktivit, jako je houpání se nebo skákání na posteli
- (d) Letargie
- (e) Špatné motorické plánování a neobratnost, podmíněné nedostatečně vytvořeným tělesným schématem, které je důsledkem snížené reaktivity na taktilní a proprioceptivní vstup.

### 3) Behaviorální projevy

- (a) Zjevný nedostatek zájmu o zkoumání vlastností věcí, hraní některých her nebo zapojení do sociálních interakcí.
- (b) Apatický vzhled
- (c) Unavitelnost
- (d) odtahování se od podnětů
- (e) nepozornost

Kromě výše uvedených symptomů se mohou *kojenci* s hyposensitivní nereaktivní poruchou regulace jevit jako opožděné nebo depresivní.

*Předškolní děti* s touto poruchou mohou vypínat při rozhovoru a mohou projevovat jen málo myšlenek nebo fantazií v každodenních projevech nebo fantazijní hře.

### 430. Hledání sensorické stimulace / impulzivní typ

Kojenci, batolata a malé děti, kteří hledají sensorickou stimulaci, podobně jako děti hyposenzitivní, vyžadují vysokou intenzitu, frekvenci nebo trvání sensorického vstupu, aby byly schopny reagovat. Na rozdíl od hyporeaktivních dětí ale tito kojenci, batolata a malé děti se mnohem aktivněji než děti s typickým vývojem snaží o uspokojení své potřeby vysoké úrovně sensorických podnětů.

Tento vzorec sensorické a motorické reaktivity může být spojen s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD podle DSM-IV-TR), zejména s hyperaktivním / impulzivním nebo s kombinovaným subtypem.

### 1) Projevy sensorické reaktivity

- (a) Bažení po vysoké úrovni sensorických podnětů. Toto bažení může vést k destruktivnímu nebo rizikovému chování

### 2) Motorické projevy

- (a) vysoká potřeba pohybového vybití
- (b) difuzní impulzivita
- (c) náchylnost k úrazům v důsledku neobratnosti

### 3) Behaviorální projevy

- (a) vysoká úroveň aktivity
- (b) hledání trvalého kontaktu s lidmi a věcmi
- (c) hledání stimulace prostřednictvím silného tlaku
- (d) bezohlednost
- (e) desorganizované chování jako důsledek sensorické stimulace

Kromě výše uvedených symptomů mohou *kojenci* také hledat sensorické podněty x nebo stimulaci a bažit po nich.

Předškolní děti mohou kromě uvedených symptomů také být:

- dráždivé
- agresivní
- intrusivní
- troufalé a bezohledné, riskovat nehody a úrazy
- v symbolické hře se nadměrně zabývat agresivními tématy.

Děti hledající sensorickou stimulaci mají také dosti často velmi silnou potřebu tělesného kontaktu s lidmi nebo věcmi, která vede k ničení majetku, k narušování tělesného prostoru druhých bez patrného provokativního záměru. Děti i dospělí mohou dráždivost stimulaci hledajícího dítěte považovat za agresivitu. Když ovšem druzí lidé na dítě reagují agresivně, může se i dítě samo začít chovat záměrně agresivně.

## **500. Poruchy spánku**

Problémy spánku jsou v prvním roce života časté. Bývají spojené s celou řadou různých stavů a zdravotních problémů. Tuto diagnosu bychom neměli použít, pokud jsou obtíže spánku u malého dítěte primárně podmíněny poruchou nálady, přechodnými problémy přizpůsobení, posttraumatickou stresovou poruchou nebo vztahovými poruchami.

Diagnosa poruchy spánku je omezena na dva typy problémů či stavů, které se objevují po 12. měsíci věku, kdy se již typicky konsoliduje stabilní vzorec spánku. Následující doporučení RDC-PA (2003) rozlišuje dvě formy poruchy spánku u batolat a malých dětí. Ty mají doplnit klasifikaci uvedenou v DSM-IV-TR (2000), která obsahuje: noční děsy, somnambulismus (chození ve spánku) a noční můry. Pokud jsou u malého dítěte splněna kritéria DSM-IV, použijte tuto diagnosu i v DC: 0-3 na ose I (pod 800, jiné).

Doplňková klasifikace v DC: 0-3 zahrnuje

- poruchu usínání - protodyssomie při usínání
- poruchu udržení spánkového stavu - protodyssomie s nočním buzením (tj. probouzí se v průběhu noci a obtížně znovu usíná)

## **510. Porucha usínání (protodyssomie s poruchou usínání)**

Problémy usínání se projevují množstvím času, který zabere, než dítě usne, dítě potřebuje, aby rodiče zůstali v místnosti, dokud neusne nebo vyžaduje, aby se k němu vraceli (tj. rodiče místnost opustí, ale vrací se, protože je dítě volá).

Diagnosa poruchy usínání vyžaduje, aby dítě mělo vážné problémy s usínáním alespoň po dobu 4 týdnů alespoň 5-7 x za týden.

Dítě musí být alespoň 12 měsíců staré nebo starší.

## **520. Porucha nočního probouzení (protodyssomie s nočním probouzením)**

Problémy nočního probouzení se projevují nočním buzením, které vyžaduje zásah rodičů nebo přemístění do postele rodičů.

Diagnosa poruchy nočního probouzení vyžaduje, aby vážné obtíže s nočním buzením trvaly alespoň 4 týdny 5-7 x za týden.



## 600. Porucha jedení

Diagnosa poruchy jedení, jejíž symptomy mohou být patrné v různých stádiích vývoje v kojeneckém věku nebo v raném dětství, má být zvažována, pokud má kojeneček nebo malé dítě obtíže vytvořit si pravidelný vzorec jídla - tj. pokud dítě nereguluje své jídlo ve shodě s fyziologickými pocity hladu a sytosti. Pokud se tyto obtíže objevují v souvislosti s interpersonálními vyvolávajícími faktory, jako je separace, negativismus nebo trauma, zvažujeme primární poruchu jedení.

Specifické poruchy jídla v kojeneckém věku a raném dětství, jako je pica a ruminace, jsou popsány v DSM-IV. Stejně jako v RDC-PA, i zde jsou uvedena kritéria pro šest subkategorií poruchy jedení.

### 601. Jídelní porucha regulace stavů

Diagnosa jídelní poruchy regulace stavů vyžaduje, aby byla splněna všechna 3 následující kritéria:

- (1) Dítě má obtíže během jídla dosáhnout klidného stavu a udržet ho (např. je příliš ospalé, příliš agitované nebo rozrušené, aby jedlo)
- (2) Obtíže krmení začínají v novorozeneckém období
- (3) Dítě nepřibývá na váze nebo hubne

### 602. Porucha jídla při nedostatečné reciprocitě pečovatel - dítě

Diagnosa vyžaduje, aby byla splněna všechna 3 následující kritéria

- (1) Kojeneček nebo malé dítě neprojevuje známky vývojově přiměřené sociální reciprocitě (např. vizuální zaujetí, úsměvy nebo žvatlání) s pečovatelem během krmení
- (2) Kojeneček nebo malé dítě vykazuje závažnou poruchu růstu
- (3) Porucha růstu nebo nedostatečná vztahovost nejsou podmíněny výlučně tělesným onemocněním nebo pervazivní vývojovou poruchou

### 603. Infantilní anorexie

Diagnosa infantilní anorexie vyžaduje, aby bylo splněno všech 6 následujících kritérií:

- (1) Kojeneček nebo malé dítě odmítá alespoň po dobu 1 měsíce jíst přiměřené množství potravy
- (2) Začátek odmítání jídla se objevil před 3. rokem věku
- (3) Kojeneček nebo malé dítě nesdílí pocit hladu a chybí mu zájem o jídlo, ale má velký zájem o explorační interakci s pečovatelem nebo oboje
- (4) Dítě vykazuje závažnou poruchu růstu
- (5) Odmítání jídla se neobjevilo po traumatické události
- (6) Odmítání jídla není podmíněno některou základní tělesnou nemocí.

### 604. Sensorická averze vůči jídlu

Diagnosa sensorické averze vůči jídlu vyžaduje, aby byla splněna všechna 4 následující kritéria:

- (1) Dítě trvale odmítá jíst některá jídla se specifickou chutí, texturou nebo vůní
- (2) Začátek odmítání jídla se objevuje v souvislosti s zaváděním nových typů jídel (např. dítě může pít jeden druh mléka, ale odmítat jiný, může jíst mrkev, ale ne fazolky, může pít mléko, ale odmítat dětské příkrmy)
- (3) Dítě nemá problémy s jídlem, když je mu nabídnuto oblíbené jídlo
- (4) Odmítání jídla vede k specifickému nutričnímu deficitu nebo k opoždění orálně-motorického vývoje

## 605. Porucha jídla spojená s aktuálním zdravotním stavem

Diagnosa poruchy jídla spojené s aktuálním zdravotním stavem vyžaduje, aby byla splněna 4 následující kritéria:

- (1) Kojenec nebo malé dítě začíná jíst, ale v průběhu jídla projevuje nepohodu a odmítá v jídle pokračovat
- (2) Dítě má zdravotní problém, který dle klinického hodnocení může být příčinou nepohody
- (3) Léčba základní nemoci zmírňuje, ale plně neodstraňuje jídelní problém
- (4) Dítě dostatečně nepřibírá na váze nebo i hubne.

## 606. Jídelní porucha spojená s narušením gastrointestinálního traktu

Pro diagnosu jídelní poruchy spojené s narušením gastrointestinálního traktu musí být splněna všechna 4 následující kritéria:

- (1) Jídelní porucha se objevuje po významné averzivní události nebo opakovaném vlivu škodliviny zasahující buď faryngeální nebo gastrointestinální trakt (dušení, těžké zvracení, reflux, aplikace nasogastrické nebo endotracheální sondy, odsávání), která kojenci nebo malému dítěti způsobila značný stres
- (2) Trvalé odmítání jídla u kojence nebo malého dítěte má jednu z následujících podob:
  - (a) Kojenec nebo velmi malé dítě odmítá pít z lahve, ale může přijímat jídlo po lžičkách. (I když dítě může v bdělém stavu trvale odmítat lahev, může z lahvičky pít ve spánku nebo ospalosti)
  - (b) Kojenec nebo malé dítě odmítá pevnou stravu, ale může přijímat lahev
  - (c) Dítě odmítá veškerý orální příjem potravy
- (3) Přípomínky traumatické události působí dítěti stres, který se projeví jedním nebo více z následujících způsobů:
  - (a) Kojenec projevuje anticipační stres, když je umístěn do jídelní polohy
  - (b) Kojenec nebo malé dítě se intenzivně brání, když se k němu pečovatel přibližuje s lahví nebo s jídlem
  - (c) Kojenec nebo malé dítě projevuje intenzivní odpor k polknutí potravy, která mu byla vložena do úst
- (4) Odmítání jídla u dítěte vede k akutnímu nebo dlouhodobému ohrožení stavu výživy dítěte.

Poznámka: Tuto diagnosu neužívejte, pokud jsou problémy jídla dítěte primárně podmíněny poruchou nálady, poruchou přizpůsobení, posttraumatickou stresovou poruchou, deprivací poruchou, týráním nebo vztahovou poruchou.

Pokud organická / strukturální odchylka (např. rozštěp patra, reflux) ovlivňuje schopnost dítěte jíst nebo trávit jídlo, neměli bychom užívat poruchu jídelního chování jako primární diagnosu. Zaznamenejte příslušnou zdravotní diagnosu na ose III. Pokud ovšem jde o poruchu jídla, která byla způsobena organickým nebo strukturálním problémem, ale trvá, i když tyto původní problémy byly vyřešeny, může být diagnosa jídelní poruchy oprávněná.

## 700. Poruchy vztahů a komunikace

Tato skupina poruch se poprvé projeví v kojeneckém věku a v raném dětství. Tyto poruchy zahrnují vážné obtíže v tvoření vztahů a v komunikaci v kombinaci s obtížemi regulace fyziologických, sensorických, pozornostních, motorických, kognitivních, somatických a emočních procesů.

V DSM-IV-TR jsou poruchy vztahů a komunikace označeny jako pervazivní vývojové poruchy. Zahrnují autismus, dětskou desintegrační poruchu, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom a pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou (PDD-NOS). Narůstající rozsah klinických zkušeností svědčí pro to, že děti, u kterých byla v určitém čase diagnostikována pervazivní vývojová porucha, vykazují celou řadu různých vzorců vztahů, odlišností v regulaci emocí i celou řadu kognitivních a procesuálních obtíží. Až do nedávné doby byly jako děti s autismem popisovány pouze děti s nejzávažnějšími typy poruch vztahů a komunikace. V rámci širšího diagnostického pojetí je však dnes autistická porucha považována pouze za jeden typ ze skupiny poruch, které mají společné charakteristiky, ale navzájem se liší rozdíly v závažnosti symptomů v různých vývojových oblastech. Autistickou poruchu lze diagnostikovat již ve 2 letech věku. DC: 0-3 obsahuje diagnosu multisystémové vývojové poruchy (MSDD), kterou lze použít u některých dětí do 2 let věku.

Diagnosa multisystémové vývojové poruchy je konceptualizována tak, že nevyžaduje celý rozsah vztahových a komunikačních obtíží, které jsou pozorovány u klinické populace dětí s autismem. Vzhledem k současné úrovni poznání jsou charakteristiky MSDD uvedeny pouze popisně a není přesně definováno kritérium nutné pro splnění diagnosy.

U dětí, které splňují DSM-IV-TR nebo ICD-10 kritéria pro kteroukoliv kategorii z okruhu pervazivních vývojových poruch, včetně PDD-NOS, by měla být použita příslušná diagnosa, v DC: 0-3 zapsaná pod diagnosou 700 (např. 700 Autismus F 84.0, 700 PDD-NOS F 84.9 ap.)

### 706. Multisystémová vývojová porucha (MSDD)

Řada kliniků dává u kojenců a dětí do 2 let přednost diagnose MSDD před PDD-NOS, pokud dítě splňuje následující kritéria:

- významně narušená schopnost vstupovat do emočního a sociálního vztahu s primárním pečovatelem (např. dítě se může chovat vyhýbavě nebo bezcílně, ale vykazuje některé jemné či naznačené formy vztahování se nebo občas (intermitentně) se zapojuje dosti vřele
- signifikantní porucha utváření nebo udržení preverbální komunikace prostřednictvím gest nebo verbální i neverbální symbolické komunikace
- významná porucha zpracování vizuálních, akustických, taktilních, propioceptivních a vestibulárních podnětů, včetně hyperreakivity a hyporeaktivity na sensorický vstup
- výrazná porucha motorického plánování (sekvenčních pohybů).

Děti a batolata s diagnosou MSDD mají v uvedených čtyřech oblastech obtíže, které se ovšem mohou s postupujícím vývojem měnit. Popisy zahrnují v každé z uvedených oblastí značný rozsah pozorovatelných projevů.

#### 1) Vztahy

- (a) bezcílný a převážně nezapojený
- (b) intermitentně zapojený
- (c) často zapojený

#### 2) Komunikace

- (a) velmi málo používaných jednoduchých záměrných gest
- (b) intermitentně jednoduchá záměrná gesta
- (c) konsistentně významová záměrná gesta
- (d) užívá řeč

### 3) Emoce

- (a) ploché nebo nepřiměřené
- (b) chvilkové uspokojení a radost při interakci
- (c) intermitentně lhostejnost či rezervovanost
- (d) zjevné potěšení z interakcí

### 4) Sensorické zpracování

- (a) autostimulace a stereotypní chování, hypo- i hyperreaktivita
- (b) intermitentně organizované chování, smíšený vzorec sensorické reaktivity
- (c) často organizované chování, počátky integrace

## **800. Jiné poruchy (DSM-IV-TR, ICD-10)**

Tento kód je užitečný pro uvedení dalších diagnóz psychických poruch, které nejsou obsaženy v DC: 0-3. Zdravotní poruchy a vážné vývojové poruchy zaznamenejte na ose III v DC: 0-3 a vztahové diagnózy na ose II.