

Klinická psychologie dětí a dospívajících



Milan Pilát

FN Brno - Dětská nemocnice

Oddělení dětská psychiatrie a klinické psychologie

FSS MU 2011



Témata sdělení:

- ❑ ***DKP jako profesní zaměření a formální odbornost (specifika práce s dětmi a dospívajícími, systém vzdělávání, zákonné zakotvení oboru)***
- ❑ ***Klasifikace problematiky DKP***
- ❑ ***Typická klinicko-psychologická problematika jednotlivých vývojových etap (vývojové a patologické symptomy)***



Atestace z klinické psychologie

- Zákon 96 43/2004 Sb. - odborná způsobilost *Jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví – jednooborové magisterské studium psychologie* (šk. rok 2007/2008)
- 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



Dětská klinická psychologie

- Od 1. 4. 2006 byl podle zákona č.96/2004 zaveden nový **specializační obor dětská klinická psychologie** - pro klinické psychology (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 zdravotnictví, 40 kreditů/6let)
- www.ipvz.cz



Funkční specializace z psychoterapie

- Atestace
- Psychoterapeutický výcvik
(akreditovaný pro zdravotnictví)
- www.psychoterapeuti.org

Sazebník výkonů

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

Výkon	Čas	Body (nad 6let praxe)	Dospělí
37051 - KOMPLEXNÍ PEDOPSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ I (A´ 60 MINUT)	4/1 den, 8/1 rok	168 (363)	157 (357)
37052 - CÍLENÉ PEDOPSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ I (A´ 60 MINUT)	6/1 měsíc	164 (363)	157 (357)
37053 - KONTROLNÍ PEDOPSYCHOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ 1 (A´ 30 MINUT)	6/1 den, 30/1 měsíc	81 (181)	79 (178)

Psychoterapie (910)

Výkon	Čas	Body
35520 PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ SYSTEMATICKÁ Á 30 MINUT	4/1 den	233
35650 RODINNÁ SYSTEMATICKÁ PSYCHOTERAPIE Á 30 MINUT	4/1 den 20/3 měsíce	233
37119 SKUPINOVÁ PSYCHOTERAPIE DĚTÍ DO 8 LET (Á 30 MINUT)	4/1 den	124
37115 KRIZOVÁ INTERVENCE (Á 30 MINUT)	6/1 den 20/1 měsíc	233
37117 RODIČOVSKÁ SKUPINA (Á 30 MINUT)	4/1 den	62



Specifika a podmínky DKP

- Celostní přístup (bio-psycho-sociálně-spirituální)
- Dítě → Rodina (terapie i diagnostika bez spolupráce s rodiči často nemožná)

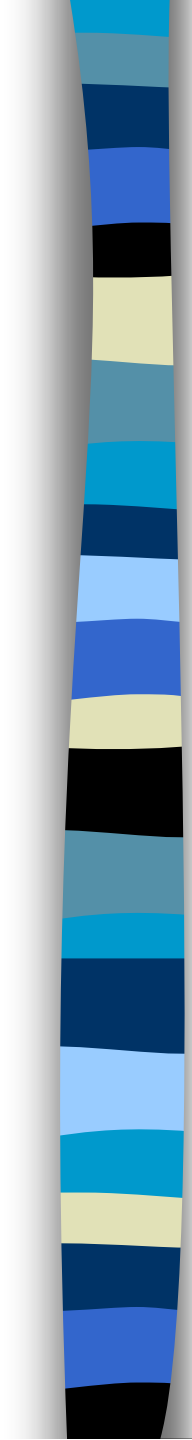


Specifika a podmínky DKP

- Vývojové zákonitosti (Freud, Piaget, Erikson)

Základní psychomotorické údaje (variabilita)

	Vývojový úkol
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“ -Mluvčí 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



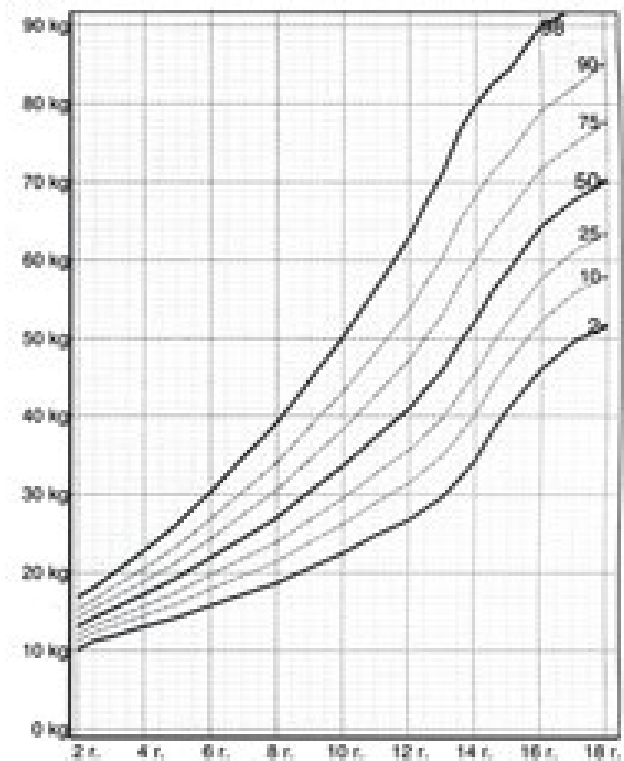
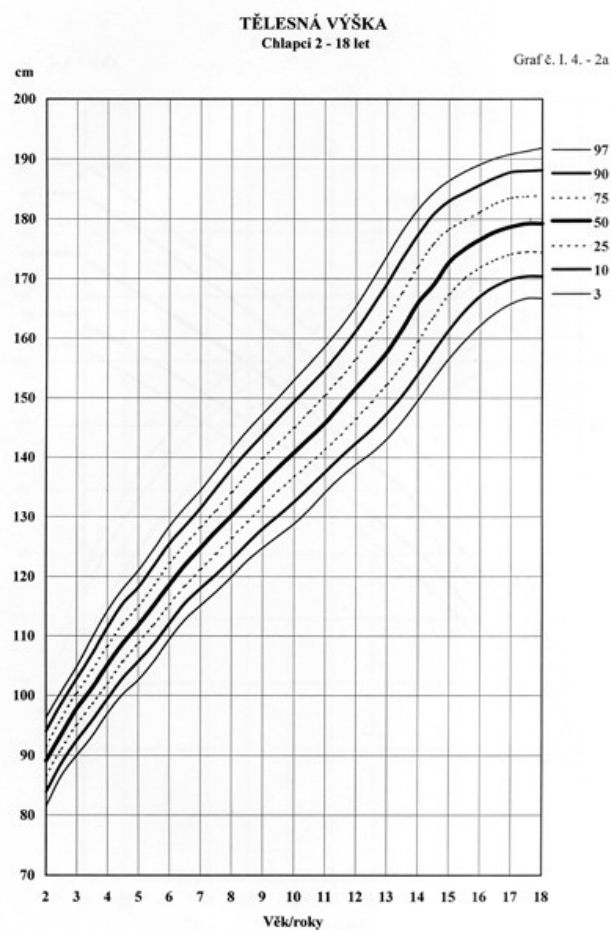
Měsíc (orientačně)	Vývojový úkol
12m	<ul style="list-style-type: none">-Stojí bez opory-První samostatné kroky-Rozumí zákazu „nesmíš“-Asi 6slov
15m	<ul style="list-style-type: none">-Nápadně se zvětšuje slovní zásoba
18m	<ul style="list-style-type: none">-Dřepne si a neupadne-Těžkopádně běží-20 slov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

Životní cyklus „normální“ rodiny

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

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

Somatic laws



Obr. 10: Tělesná hmotnost, chlapci, 2-18 r.
ČAV 1994



Specifika a podmínky DKP

- Vlastní zkušenost s „obvyklým“ vývojem dětí
 - škola
 - volnočasová práce s dětmi
 - vlastní rodina (tj. vývoj a výchova v jejich *celku* ad.)



Vývojové (adaptivní) x patologické symptomy

- Sebeobsluha - pomočování, pokakávání
- Separáční úzkost
- Zadržávání řeči, patlavost, dyslálie
- Časoprostorová orientace
- Solitérní hra
- Vztek
- Smutná nálada
- Psychoaktivní látky (kouření, alkohol)



Spolupráce klinického psychologa

- ***Profesní prolínání:*** PPP, SPC, MrP
- Psychiatr
- Pediatr
- Neurolog
- Logoped
- Speciální pedagog
- Internista
- Dle specializace, ad hoc: ARO, onkologie, popáleniny, ORL, chirurgie, kožní, chirurgie, urologie



MKN 10

- F70 – F79
Mentální retardace (duševní opožďení)
- F80 – F89
Poruchy psychického vývoje
- F90 – F98
Poruchy chování a emocí se začátkem
obvykle v dětství a v adolescenci



F70 – F79 Mentální retardace (duševní opožďení)

- **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**

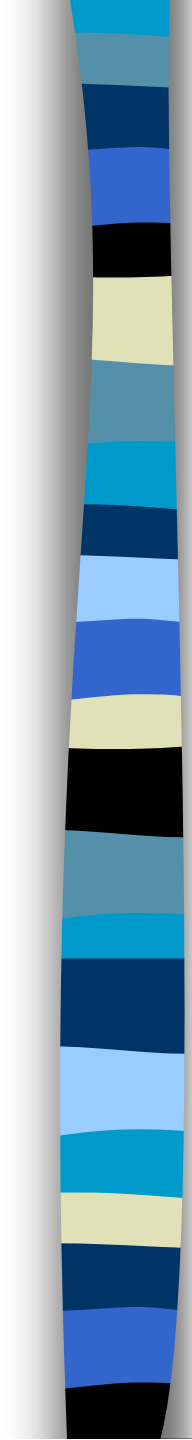
F80 – F89 Poruchy psychického vývoje

- **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 autizmus
 - F84.1 Atypický autizmus
 - .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 přichylnosti v dětství
 - F94.2 Dezinhibovaná přichylnost 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 střev
 - .11 Přiměřené ovládní střev s normální stolicí, avšak k vyprazdňování 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 Sebepoškozující
 - .42 Smíšené
 - **F98.5 Koptavost (zadrhávání)**
 - **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

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 (odchyly sociální funkce)** - elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti – u zanedbaných, týraných a zneužívaných dětí, desinhibovaná přichylnost 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.)

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

= 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 všechny 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, nutkavé počítání, řazení věcí, šlapání na určitá místa, otvírání/zavírání dveří – a jiné nutkavé rituály
- provádění kompulzí je subj. nepříjemné X Asperger, autismus, zde příjemně prožívána



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



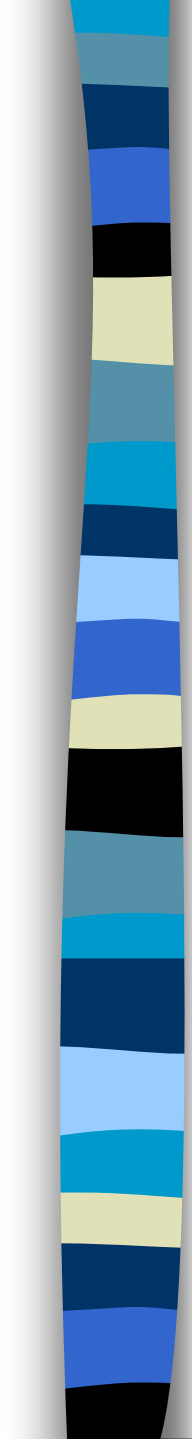
Poruchy spánku u dětí

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



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

- 
- **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.
 - **Somnambulismus (chození ve spánku)**
 - **Somnolouque (mluvení ve spánku.)**



Tiky a záchvatová onemocnění

- tik [čti „tyk“, fr.] = mimovolný, atypický, rychle se opakující, nerytmický pohyb
 - A: **jednoduché tiky** – mrkání, pohyby šíje, 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 – Přejíhodná tiková porucha***

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

■ ***F 95.1 – Chronická tiková porucha***

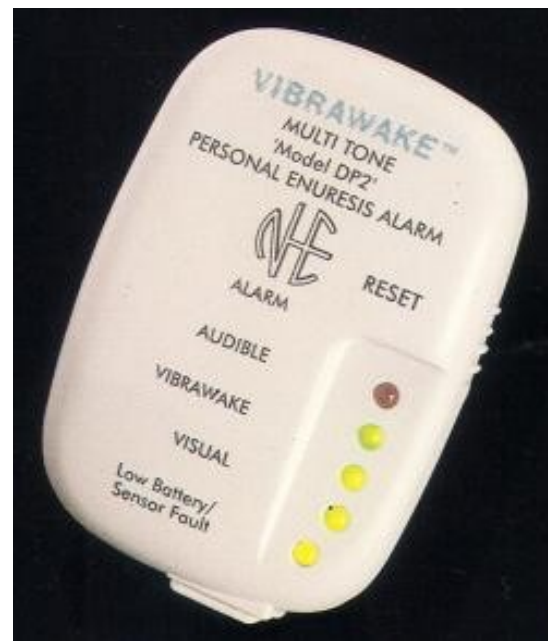
bud' motorické nebo vokální tiky (ne obojí) – trvají déle než rok

■ ***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*
- **nediagnostikuje 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: genetik, 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
- Terapie: u primárních – nácvikové (režimové, cvičení svěračů, budící aparát) + podpůrné vedení rodiny, u osobnostních a emočních problémů kde je enuréza jen symptomem - spíše systematická psychoterapie
- (Zdroje stresu dětí: 1. rozvod, 2. hádky rodičů, 3. enuréza)



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, x **B. sekundární** – ztráta kontroly vyprazdňování
 1. **retenční** – spojena se zácpou či úmyslném zadržování, 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
- -etilogicky 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 (stejně u dospělých i u 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
- **školní věk** – v tomto věku umí již verbalizovat své pocity – ale konkrétně tyto děti mají problém rozpoznávat a popisovat své emoce (i druhých). Projevem deprese – 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, opět ve hře depresivní témata (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

klinický obraz – analogický depresi dospělých (poruchy nálady, snížená energie, únava, tendence k izolaci, slabé sebehodnocení, nezájem o jídlo, hygienu, somatické stížnosti – bolesti břicha, hlavy). Dospívající mnohdy své pocity nikomu nesdělují



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 NL látek, AS



Poruchy příjmu potravy

- ***F 98.2 – Porucha příjmu jídla v útlém a dětském věku***
(odmítání jídla eventuálně 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 nestravitelných látek (hlína, barviva, hoblovačky,
atd.)

- mohou být součástí širší psychiatrické poruchy (např. autismu)

- je nejobvyklejší u mentálně retardovaných dětí (pak kódujeme F
70 – 79). 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 tloušťky a narušeným vnímáním tělesného schématu

- 1. *Tělesná váha 15% pod předpokládnou BMI* (= body mass index) = je méně než 17,5 (váha kg: výška m²)
- 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

■ F 50.2 - Mentální bulimie

- 1. Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, epizody s přejídáním (velké dávky jídla během krátké doby)
- 2. Pak vyprovokované zvracení nebo zneužívání laxativ, střídavé období hladovění, užívání anorektik, diuretik apod.
- 3. 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 poruchy osobnosti až po 18. roce)

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 – III) – **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

- **F 90 – Hyperkinetické poruchy**

- **ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)**

- **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 zjištěných 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, do 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 – Kóktavost = 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
- kóktání je nutné odlišit od breptavosti a tiků
- v 3,5 letech *fyzilogická iterace* – normální zadržávání v období prudkého rozvoje řeči, pokud se na to neupozorní 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, přeřikávání, 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. – od pervazivních vývojových porucha dětské schizorenie (u mutismu někde mluví normálně!, nemluvení je vázáno na konkrétní situace) neverbální hrové techniky – škály – soc.test; test světa
- **terapie:** systematická psychoterapie, kombinace s rodinnou terapií



Poruchy autistického spektra (PAS)

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

3 základní kritéria:

- 1) do 3 let
- 2) porucha sociálních vztahů
- 3) porucha řeči a komunikace
- 4) rigidita, rituály

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)
- omezené, stereotypně se opakující chování, rigidita, rutinní chování, negativně reagují na změny, stereotypní hry



Poruchy autistického spektra (PAS)

Opakovaná stereotypní stimulace = aktivovce 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 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:** neraktivní, 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** – neraktivní, 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** – pokud 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

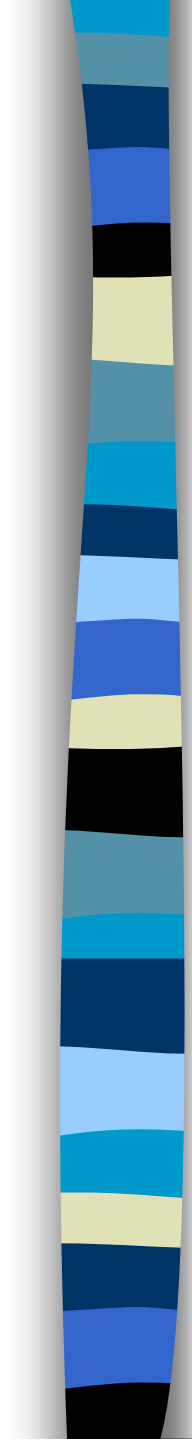
- liší se nepřítomností těžké poruchy řeči (ve 2 letech umí slova, ve 3 letech krátké věty), bývají pragmatické odchylky – intonace a hlasitosti, formálně pedantická
- je přítomna porucha sociální interakce
- ostatní složky adaptivního fungování nejsou proti infantilnímu autismu tak narušeny
- intelekt 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.)
- částečně splývá s dětmi schizoidními a schizotypními

- etiologie: diskuse kolem očkování – neprokázáno, heredita
- PT, RT: značná náročnost pro rodinu, chybí soc. odezva, odměna (x MD, 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 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)
 - v současném návrhu 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 – 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-, di- parézy (dobíhání?)
 - **3. Atetoidní** – nejméně postižen intelekt, ale pohybově značně postižené, včetně řeči
 - **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
- opožďování 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“ – nácvik různých dovedností (psycholog, speciální pedagog) – do rodiny 1x týdně

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
- **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, destruktivita, tyto děti 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



Psychosomatická onemocnění v dětství

- **Velmi neostrá skupina** (*určité nemoci x všechny nemoci*)
- duševní vlivy mají podstatný podíl na vyvolání poruchy, která se projevuje především v oblasti tělesné. U někoho více podmíněno fyzicky u někoho psychicky.
- poruchy v jejichž etiologii hraje rozhodující roli interakce faktorů organických (imunita, alergie, orgánová dispozice) s faktory psychosociálními (osobnost, stres, prostředí)

U dětí:

- větší propojenost tělesných a psychických funkcí
- snadnější **přelévání** z jedné oblasti do druhé
- mnohdy jen přechodně, bez výrazného vlivu na vývoj osobnosti
- lepší prognóza než u dospělých
- častější u dětí chronicky somaticky nemocných



Teorie

- Koncepce stresu – **Cannon, Selye** 1950
- Teorie životních událostí
- Psychoanalytické a hlubinné teorie – **F. Alexander** 1948
- Kortikoviscerální koncepce (rusové **Bykov, Kurcin** 1955)
- Koncepce alexithymie – Nemiah, Sifnes 1970
- Navyklý způsob chování – **Friedman, Roseman** 1959
- Teorie učení
- Rodinné směry (Minuchin – psychosomatické rodiny)
- problém **přechodu rodiny do nové vývojové fáze** (např. separace). odpoutání dítěte od rodičů v dospívání)
- Psychoneuroimunologie

Psychosomatická onemocnění - diagnostika

- na dg. se podílí lékař a psycholog, psychiatr
- rodiny neví proč jdou k psychologovi (strach z obvinění, pocity selhání v roli, ohrožení)
- ptáme se na povahu, kontext a význam symptomů: *Jak je dítě prožívá a komunikuje? Intenzita, frekvence a výskyt symptomů (zvláště dítě a rodič), Kdy se objevily poprvé? Co se v té době dělo?, Co dítěti pomáhá obtíže zvládnout? Co dělají rodiče? Co se změnilo v rodině? V chování dítěte?*

Hypotéza o vzniku potíží (subjektivní) – rodiče, dítě, širší rodina (vliv na udržování a léčbu nemoci).

- Posuzujeme tyto činitele:
 - vyšetření **osobnosti** (speciálně emoční charakteristiky dítěte, jeho způsoby vyjadřování a zvládání emocí, intrapsychické konflikty, zvládání aktuálních vývojových úkolů)
 - posouzení **podílu učení** na vzniku a udržování obtíží – (možné sekundární zisky u primárně somatické nemoci, učení nápodobou při somat. stížnostech ostatních členů, podmiňování – vázanost symptomu na specifické situace)
 - **rodinný systém** – (komunikace v rodině, strukturální charakteristiky rodiny, vývojové stádium a zvládání vývojových přechodů)
 - **míra stresu** v rodině a širším sociálním okolí
 - míra **sociální opory**

Některé specifické psychosomatické poruchy

■ Astma bronchiale

- v dospívání u 40% úzdrava či zlepšení
- etiologie – spolupodíl alergií, imunity, infekcí + psychologické vlivy
- **v rodině:** často hyperprotektivní postoj rodičů (může být reakcí na podvědomé neakceptování postiženého dítěte), větší úzkost, často kritická matka (či oba), stres > ale není jasné co je příčina co až následek!
- **záchvat lze vyvolat i sugescí** (sekundární zisky)
- důsledky: úzkost z udušení (i u rodičů) – „astmatická panika“ (dg. Panická porucha - zpětně dušnost zhoršuje), záchvaty nečekané, nežádoucí účinky kortikosteroidů (poruchy spánku, paměti, deprese), bývají úzkostnější, neurotičtější, nižší sebehodnocení
- v dospívání problematika přijetí nemoci (jako součásti identity)
- **terapie:** neposilovat stávající symptomy, informovanost dítěte, sebemonitorování stavu

■ Ekzémy

- -obdobné principy jako u astmatu
- -v etiologii významná genetická a alergická složka
- důsledky: svědění, sociální odmítání (dotýkání na postižených místech) – stigmatizující
- často bývá zvýšená neurovegetativní labilita > má vliv na průběh nemoci
- předpokládaný konflikt: závislost x (neschopnost) osamostatňování, v důsledku nedostatku pozitivních emočních vazeb v rodině



■ Bolesti břicha

- časté mezi 8. - 12.rokem – nástup ZŠ a přestup na 2.stupeň (10% školních dětí, častěji dívky)
- 1/3 – 1/2 opakovaných bolestí břicha u dětí má psychosomatický charakter
- obvykle paroxysmální, trvají asi 1h, okolo pupíku, nejčastěji ráno nebo po poledni (mají-li jiný charakter je příčina spíše organická)
- Často projevem separační úzkosti, školní fobie, nebo být konverzní
- u těchto dětí bývá vegetativní labilita, orientace na výkon, perfekcionismus, obavy ze školního selhání, úzkost a depresivní ladění, u mnoha dětí však nenacházíme žádnou konkrétní souvislost
- častá je **přítomnost modelu bolesti v rodině** (orientace rodinu na bolest a somatické problémy) – sekundární zisky: pozornost, vyhnutí se nepříjemnému (separace, škola)
- při vyšetření se ptáme jak dítě bolest komunikuje (reakce rodičů?), subjektivní příčina (strach z vážné nemoci?)

■ Bolesti hlavy

- běžně až 70% dětí někdy mívá (40% školáků, časté v pubertě)
- bolesti organické (zánět, od zubů, nádor, páteř), migrenózní, tenzní, smíšené a psychogenní
- do 3 let obvykle organická příčina
- tenzní korelují s mírou stresu na něž dítě reaguje zvýšeným svalovým napětím (tlakové, tupé) obvykle odpoledne
- migrenózní častější v dospívání, často heredita (vazomotorická – cévy v mozku) – bolest pulzující, ostřejší, nauzea, světloplachost
- nejčastěji smíšené
- **vyšetření:** popis obtíží dítětem, nakreslení, otevřené otázky: *Co ti pomáhá od bolesti?, co děláš když tě začne bolet hlava? Čím jsou způsobeny? Kdo u vás ještě trpí bolestmi?* Eventuelně vedení záznamů o bolesti
- další možné souvislosti: častější u chronicky nemocných dětí, vnější stres (smrt, nemoc), někdy po nástupu do ZŠ



■ Chronická únava a subfebrilie

- začínají obvykle somatickým onemocněním + imunologická reakce > vyhýbavé chování –syndrom naučené bezmocnosti
- pokles aktivit vede ke stupňování pocitů únavy, závislost na rodině, sociální izolace
- únava, bolesti svalů, hlavy, břicha, krku, subfebrilní teploty do 38°C
- může jít o maskovanou depresi
- často spojené se úzkostností, odtažitě, mívají prospěchové obtíže

■ Chronické svalové bolesti

- často u dospívajících, někdy navazuje na trauma nebo stres
- u dětí zvýšeně citlivých na bolest, model bolesti v rodině
- stěžují si na bolest, ale jsou klidné, veselé
- může být způsobem vyjádření negativních emocí

Diagnostika inteligence u dětí

- od 3 let můžeme zhruba hovořit o inteligenci; je však v tomto věku odlišná od větších dětí
- při vyšetření kognitivních schopností dětí předškolního věku: emoční faktory, sociální zkušenost – zda MŠ ano nebo ne; u předškolních dětí v normě v oblasti percepce to, co by u školních už byla porucha percepce – učení
- **Stanford–Binetova zkouška**
- **Terman – Merrillova zkouška** – II. revizi provedl Terman
 - test má normy od 2 let až do dospělosti
 - k spolehlivému užití by mělo dítě dosáhnout úrovně řeči = 3 roky; u nás se užívá jen u menších dětí do 7-8 let, nebo u starších dětí s těžšími stupni MR, úkoly se rychle střídají
- **WISC – III (dříve PDW)**
- 13 subtestů (6 verbálních – 1 z nich doplňkový, 7 neverbálních)
- při administraci se střídají verbální a názorové subtesty
- obsah položek modernizován, barevná úprava obrázků
- **Ravenovy testy**

Projektivní metody v dětské klinické praxi

- **Přehled projektivních metod:**
- ***Rorschach***
- ***TAT (= CAT – zvířata; CAT – H – lidi)***
- v zahraniční verzi nerozšířili se u nás – Projektivní interview – Michal
- CATO = CAT – Opařany (Boš, Strnadová) – má největší popularitu
- ***Doplňování vět***
- ***Doplňování příběhů (varianta TAT např. pro děti se zrakovými vadami)***
- ***Scénické techniky***
- a, Staabsová – Scénotest (rodinný život)
- b, Bühlerová – Test světa
- možné dobře použít i u dětí s vadou sluchu, řeči, motoriky
- ***Výtvarné techniky***
- kresba postavy
- kresba rodiny
- kresba začarované rodiny
- Baum test
- ***Tři přání (miniaturní motivační dotazník)***



Dotazníkové metody pro děti

- **Škála zjevné úzkosti pro děti – CMAS (= Castaneda)**
 - od 4. do 6. třídy ZŠ
- **Cathellův osobnostní dotazník pro mládež – HSPQ**
- **Eysenkův dotazník osobnosti pro děti (JEPI)**
- **Dotazník rodinných vztahů Anthony-Benová**
- **Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty – ADOR (Matějček, Říčan)**
 - pro věk 13-18 let
- **CDI (Beck) - depresivita**



Diagnostika rodinných vztahů

Podrobná anamnéza rodinná

- *Rozhovor s rodinou, se členy*
- *Analýza rodinné interakce (= pozorování)*

Projektivní metody

- *Kresba rodiny*
- *Kresba začarované rodiny*
- *Staabsové – scénotest*
- *TAT*

Dotazníky

- *Dotazník rodinných vztahů Ben.-Anth.*
- *Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty (ADOR)*

KP problematika v jednotlivých vývojových obdobích + psychodiagnostika

Batole	<ul style="list-style-type: none"> -DMO -Dětský autizmus -(nedonošené děti) 	<ul style="list-style-type: none"> - Gessel (20. léta) – 1 měsíc – 3 roky - Vývojová škála Baylleyové (30. léta) (BSID II)
Předškolní věk	<ul style="list-style-type: none"> -Poruchy řeči -Těžší MR -Tiky -Poruchy spánku -Aspergerův syndrom -Fobie, úzkosti 	<ul style="list-style-type: none"> - SB IV (2-18) -Terman – Merrillova -SON-R (2;6-7) -Kresba -ROR -Scénotest
Školní věk	<ul style="list-style-type: none"> -ADHD -SPU -LMR -Separační úzkostná porucha -Školní fobie -Tiky -Enuréza -Enkopréza 	<ul style="list-style-type: none"> -WISC III (6-17) -ROR -Scénotest -Raven -CDI -Anthony Been -CMAS -TAT -Nedokončené věty -JEPI -Paměť, Pozornost



**Pubescence,
Adolescence**

- PPP
- Suicidalita
- Poruchy chování
- Schizofrenie

- WISC III (WAIS-R)
- TAT
- ROR
- Scénotest
- Kresba
- ADOR

Děkuji za pozornost.

Mgr. Milan Pilát

FN Brno - Dětská nemocnice
Oddělení dětské psychiatrie
a klinické psychologie

Černopolní 9, 613 00 Brno
e-mail: mpilat@fnbrno.cz

