



Děti s psychiatrickou diagnózou

Monika Marxtová
Martina Marečková

Motto:



Zdraví a veselá mysl jsou zdrojem krásy.



Miguel de Cervantes y Saavedra

**Mgr. Monika Marxtová**

Vystudovala Univerzitu Kalovu v Praze – Filozofickou fakultu, obor psychologie. V r. 2002 v rámci projektu Erasmus studovala psychologii ve Francii. Absolvovala mimo jiných výcvik ve vedení kooperativního a konstruktivního psychoterapeutického rozhovoru, v r. 2004 zahájila pětiletý sebezkušenostní výcvik ve skupinové terapii – INSTEP. Pracovala jako kmenový supervizor na Lince bezpečí. Nyní působí jako psycholog v Psychiatrické léčebně v Bohnicích.

**Mgr. Martina Marečková**

Vystudovala Univerzitu Karlovu v Praze – Filozofickou fakultu, obor psychologie. Je též absolventkou víkendového studia na psychoterapeutické fakultě Pražské vysoké školy psychosociálních studií. Má za sebou řadu vzdělávacích kurzů, např. iniciační výcvik v telefonické krizové intervenci pro Linku bezpečí, seminář sebezkušenostní práce ve výtvarném atelieru malířky Kamily Ženaté, krátkodobý výcvik v Gestalt terapii, kurz komunikace pro supervizory Linky bezpečí. Od r. 2003 se zúčastňuje psychoterapeutického výcviku zaměřeného na tělo. Od roku 1999 působí na Lince bezpečí, v současné době jako kmenovým supervizor Linky bezpečí. Působí zde též jako lektor v telefonické krizové intervenci v části zaměřené na děti a mládež.

→ OBSAH

→ Co je to diagnóza	5
→ S jakými problémy děti a jejich rodiče vyhledávají psychologickou a psychiatrickou pomoc?	6
→ Specifika dětské psychiatrie	7
→ Přehled nejčastějších diagnóz v dětství a dospívání	8
Schizofrenie	8
Deprese	11
Suicidalita	12
Fobie a úzkostné poruchy	13
Poruchy spánku	13
Psychosomatické poruchy	14
Poruchy příjmu potravy	15
Mentální retardace	16
Pervazivní vývojové poruchy	18
Hyperkinetické poruchy	18
Poruchy chování	20
Tikové poruchy	21
→ Kam se obrátit o pomoc	22
→ Literatura	23



→ Co je to diagnóza

Mnoho dětí se setká s psychologickou nebo psychiatrickou péčí kvůli problémům:

- s chováním (výchovné problémy),
- v rodině,
- s učením,
- s příjmem potravy,
- s vrstevníky nebo šikanou,
- nebo kvůli osobním jako je nespokojenost se sebou, sebepoškozování, sebevražedné tendence...

Pouze malá část těchto dětí však získá skutečnou psychiatrickou diagnózu. Přesto i samotným kontaktem s některým ze zařízení psychologické nebo psychiatrické péče je dítě určitým způsobem označeno jako problémové.

Toto označení „nálepka“, může dítěti způsobit větší problémy než samotný původní příznak, se kterým k psychologovi nebo psychiatrovi přišlo.

Tento proces se nazývá stigmatizace a správným přístupem k dítěti můžeme zmírnit jeho dopad a přispět tak k lepšímu znovuzačlenění dítěte do kolektivu, rodiny a „normálního života“ vůbec.

I přes možné nebezpečí stigmatizace je včasné a správné diagnostikování psychické poruchy velmi důležité. Pomáhá lepšímu porozumění problémům nemocného dítěte. Díky tomu dítě není hodnoceno pouze jako „zlobivé“, ale na problém chování je nahlíženo v širších souvislostech. Diagnóza je rozhodující pro určení správné léčby (psychoterapeutické i farmakologické). Umožňuje také prevenci možných problémů v budoucnosti, může být rozhodující při volbě školy, můžeme volit vhodnou intervenci v rodině apod.

Kontakt s psychologem nebo psychiatrem a jejich vhodná intervence by měla vést ke zkvalitnění života, ne naopak.

→ S jakými problémy děti a jejich rodiče vyhledávají psychologickou a psychiatrickou pomoc?

Alarmující příznaky mohou být:

- náhlá ztráta zájmů,
- nespokojenost se sebou, svým vzhledem, sebepoškozování,
- uzavírání se do sebe, ztráta kamarádů, nezájem o ně,
- úteký z domova,
- záškoláctví,
- lhaní,
- krádeže,
- agresivita,
- snaha upozornit na sebe,
- experimentování s návykovými látkami,
- vyhledávání nebezpečí,
- předčasná dospělost, přebírání zodpovědnosti za rodiče,
- ztráta aktivity, odevzdanost a poslušnost,
- zhoršení známek ve škole, ztráta ambicí,
- strach a úzkost,
- nespokojenost, negativismus,
- úvahy o sebevraždě,
- negativní vyhlídky do budoucnosti,
- týrání a zneužívání, strach z dospělých a tělesného kontaktu,
- konfliktní rozvod rodičů, napjatá atmosféra v rodině,
- somatizace (zvýšená nemocnost bez organické příčiny, bolesti břicha, hlavy, kožní problémy),
- pomočování,
- tiky,
- koktavost.

Vyjmenované příznaky by měly upoutat naši pozornost a při jejich výskytu bychom měli dítěti věnovat zvýšenou péči, případně dítě (rodiče) nasměrovat na psychologickou pomoc.

Jednotlivý příznak ale nelze považovat za spolehlivý ukazatel nějaké konkrétní poruchy ani toho, že se s dítětem děje něco vážného. Varovné příznaky je třeba posuzovat s ohledem na situaci dítěte a jeho celkové zázemí.

Například negativismus může být součástí puberty a vymezování se vůči dospělým. Může nám ale také signalizovat možné asociální rysy a počínající problémy se zákonem, zvláště ve spojení s krádežemi, lhaním a agresivitou. Negativismus, ztráta zájmů a uzavírání se do sebe mohou být příznaky deprese, a v tomto případě bychom měli dítěti věnovat zvýšenou pozornost, protože u něj hrozí nebezpečí sebevražedného pokusu.

→ Specifika dětské psychiatrie

- Důležité jsou sociální faktory: dítě často trpí symptomem sekundárně, trápí ho tedy reakce okolí na jeho nevhodné a neodpovídající chování. Tato negativní odezva okolí potom jeho nevhodné chování ještě více posiluje.
- Somatizace: děti více než dospělí vyjadřují duševní problémy tělesnými příznaky.
- Kumulace stresových životních událostí: negativní zážitky mají u dětí tendenci se navzájem posilovat, a výsledná porucha bývá závažnější než při vystavení dítěte jednomu výrazně negativnímu traumatu. Působením negativních zážitků dochází k poruchám vnímání, učení, paměti a chování, a tyto poruchy dále prohlubují negativní dopad stresových událostí.
- Genetická predispozice: děti, které jsou vnímavější k zátěži, se při působení negativních faktorů prostředí pravděpodobněji začnou nápadně nebo nevhodně chovat, což zpětně vyvolává negativní odezvu okolí. Na negativní zpětnou vazbu od okolí dítě opět reaguje podle svého temperamentu citlivěji, což v důsledku zvyšuje negativní postoj k němu.

Specifika diagnostiky duševních poruch u dětí

Dítě se poměrně dlouhou dobu vyvíjí, jeho osobnost vyzárává. Vývoj dítěte může být harmonický, rovnoměrný, nebo disharmonický. Vzhledem k množství změn v psychice dítěte během jeho vývoje je riskantní stanovovat napevno diagnózu. Z tohoto důvodu například nejsou v dětství vůbec diagnostikovány poruchy osobnosti u jiných poruch bývá upřednostňována diagnóza disharmonického vývoje. Dítě je také závislé na svém okolí více než dospělý, jeho psychické problémy proto mohou být více odrazem nepříznivé situace v rodině než „jeho vlastní“ poruchou.

→ Přehled nejčastějších diagnóz v dětství a dospívání

→ Schizofrenie

Schizofrenie v dětství a adolescenci je porucha, která narušuje intelektový, emoční, osobnostní a sociální život jedince. Vede ke ztrátě smyslu pro realitu, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu. Je tím více zničující a sociálně handicapující, čím dříve vznikne. Příznaky mohou být: abnormální pohyby a postoje, bizarní motorické vzorce, sociální izolace, agresivita, bizarní, nepřiléhavé, nevypočitatelné chování, dezorganizace řeči, poruchy myšlení a vnímání (bludné fantazie, u dětí do sedmi let jen vzácně halucinace), poruchy emocí s vysokou úzkostí, poruchy sociálního fungování - narušení empatického vztahu k lidem, neporozumění sociálním situacím.

Průběh a příznaky schizofrenie se liší podle věku, ve kterém nemoc propukne: U malého počtu pacientů (asi 3,5 %) začíná schizofrenie do 10. roku. Tito pacienti jsou ještě před vypuknutím nemoci sociálně izolovaní s bizarním chováním. Halucinace a bludy jsou vzácné. Nemoc může mít buď pomalý průběh se zhoršením vnímání, paměti a myšlení, nebo průběh akutní s náhlým začátkem. Akutní průběh je častěji spojen s halucinacemi nebo paranoidními bludy. Schizofrenie naruší nebo zastaví dozrávání mozku, emoční i sociální vývoj.

Schizofrenie je v dětství charakteristická:

- 1** abnormálními pohyby a postoji, rituály, stereotypní hrou bez pochopení funkce,
- 2** poruchou integrace jednání (sociální izolací, agresivitou, bizarností, nevypočitatelným chováním),
- 3** dezorganizací řeči (nedostatečné užití řeči pro komunikační účely, neologismy až rozpad řeči a řečového vývoje),
- 4** poruchou myšlení a vnímání – vzácně halucinace u dětí do 7 let, v předškolním věku syndrom bludných fantazií, bizarní vnímání světa, poruchy myšlení mohou vést k úplnému odtržení od reality,
- 5** poruchou emocí s vysokou úzkostí – dochází ke ztrátě emočních reakcí, objevují se panické reakce na běžné každodenní situace a na změnu prostředí,
- 6** poruchou sociálního fungování – projevuje se narušením empatického vztahu k lidem, neporozuměním sociálním situacím a u menších dětí narušením vývoje socializace.

Narušený vztah k lidem, bizarní chování a dezorganizace řeči jsou základními symptomy, které odlišují schizofrenii u dětí od ostatních duševních poruch a objevují se pouze u psychotických dětí. K prvnímu výskytu nemoci často dochází v období „vývojových krizí“. Onemocnění je tedy ovlivněno nezralostí mozku a neukončeným vývojem jeho funkcí. Spouštěčem může být psychické trauma, somatická nemoc, vliv mají i genetické faktory.

U dětí **školního věku** má schizofrenie akutní průběh, je charakterizována paranoiditou, depersonalizací (pocit neskutečnosti, nepatřičnosti, umělosti), halucinacemi a bludy. Zpočátku se objevuje nesoustředěnost, strach, poruchy nálady a někdy i poruchy chování. Později apatie, izolace, ambivalence. Charakteristická je agrese zaměřená dovnitř (sebepoškozování, bouchání hlavou, kousání jazyka, trhání vlasů) nebo ven (destruktivní chování).

Od neurózy je těžko odlišitelná **nediferencovaná atypická schizofrenie**, která se hlavně v počátku projevuje emoční nezralostí, ztrátou odolnosti vůči stresu, obsedantními stavy,



nekontrolovatelnými impulsy a ztrátou schopnosti sociální adaptace. U neurozy a této formy schizofrenie se shodně vyskytují úzkost, fobie, nutkavé chování a hypochondrie. Nediferencovaná schizofrenie je typická pro věk 12 – 14 let a je charakterizovaná konfliktem mezi závislostí a nezávislostí.

Schizofrenie v adolescenci

Schizofrenie vzniká nejčastěji v adolescenci, v 60 – 70 % propukne před 25. rokem. Začátek se projevuje:

- 1 poruchou myšlení,
- 2 depresivním syndromem se suicidálními tendencemi a pokusy,
- 3 sociálním odtažením, izolací od vrstevníků, nezájmem o druhé pohlaví, poruchou koncentrace, vnímání a myšlení vedoucí ke zhoršenému výkonu ve škole nebo práci,
- 4 hypochondrií, depersonalizací a derealizací (pocit odosobnění a neskutečnosti okolního světa), nespokojenosti s některou částí těla až na úrovni bludu, paranoidita.

Častý je astenický syndrom – mladí lidé si stěžují na nízkou výkonnost a snadnou unavitelnost, bolesti hlavy, neschopnost se na něco delší dobu soustředit, roztržitost a „prázdnotu v hlavě“. Často se necítí nijak motivováni k práci, učení, zábavě a kontaktům s lidmi.

Příznivější prognózu má schizofrenie se začátkem v adolescenci, nejasnou prognózu schizofrenie se začátkem ve školním věku, nejméně příznivou prognózu má schizofrenie se začátkem před 10. rokem.

V léčbě je u dětí kromě podávání léků důležitý důraz na dozrávání mozku – napomáhat vývoji nebo alespoň brzdit opožďování a opírat se o aktivaci „zdravých prvků“.

→ Deprese

I přestože je dětství obecně považováno za šťastné období, může se už v útlém věku dítěte vyskytnout depresivní onemocnění. Objevuje se u 1 - 8 % dětí a adolescentů. Mezi její projevy patří apatie, smutná nálada, nechutenství, únava, nepřiměřené pocity viny, ztráta energie, negativismus, ztráta radosti ze hry. Časté je také celkové zhoršení ve škole. Děti přestávají být zvědavé, ztrácí své původní zájmy. Mohou se objevit sebevražedné myšlenky, v krajním případě sebevražedné pokusy. Oproti depresi u dospělých se deprese u dětí někdy „maskuje“ do tělesných obtíží nebo regresivních projevů. Rizikovými faktory při vzniku depresí u dětí jsou genetické predispozice, konfliktní rodinné prostředí, osamělost, neschopnost zvládnání stresových situací a zhoršená schopnost navazování sociálních vztahů.

Projevy deprese se mění v závislosti na věku dítěte:

- V prvním roce života se jedná o tzv. **anaklitickou depresi**. Anaklitická deprese je způsobena dlouhodobým odloučením od matky, na které kojeneček reaguje nejprve pláčem, kterým chce přivolat matku. Když není dítě vyslyšeno, tak postupně rezignuje a stává se apatickým, stahuje se ze sociálních kontaktů, odmítá jídlo a nereaguje na okolí. Popsané projevy můžeme často pozorovat u dětí v kojeneckých ústavech.
- Mezi 2 - 3 rokem může dítě reagovat na odtržení od matky nebo od jiné pečující osoby **separační depresí**. Proto již v současné době nebývají děti oddělené od pečující osoby ani v případě hospitalizace v nemocnici.
- **Indukovanou depresi** pozorujeme u citlivých dětí, o které pečuje depresivní matka. Tyto děti jakoby kopírují symptomy dospělých.
- Ve školním věku představuje riziko samotný nástup do školy, při jehož nezvládnutí se mohou vyskytnout depresivní příznaky. Pro děti je v tomto věku charakteristické, že jsou již schopny verbalizovat své pocity, kterými mohou být pocity viny a bezmoci, nízké sebehodnocení apod. Dochází také ke zhoršení ve škole, jehož příčinou bývá špatné soustředění a ztráta zájmu o učení. Motoricky bývá dítě často utlumené, ale může se projevovat i pravý opak - hyperaktivita, neklid, vzdorovitost a negativismus.



- V době puberty, kdy je mírnější kolísání nálad normálním jevem, se můžeme setkat s depresí, která již velmi připomíná depresivní projevy u dospělých. V tomto věku je vysoké riziko sebevražd. Ve spojení s depresí se můžeme setkat také se zneužíváním alkoholu a jiných drog, které mají zmírnit pocity smutku a beznaděje.

Léčba deprese: Při léčbě deprese se bere do úvahy věk dítěte, síla depresivních projevů, ale i možné příčiny vzniku. V léčbě se používá farmakoterapie - antidepresiva a psychoterapie. Důležitá je včasná diagnostika a intervence, abychom zabránili riziku sebevražd. Včasnou léčbou můžeme také předejít doprovodným příznakům - sociální izolovanosti a zhoršení dítěte ve škole. Dítě se tak může co nejdříve vrátit do normálního života.

→ Suicidalita

Podle statistik bývá suicidální jednání v období adolescence druhou nejčastější příčinou smrti. Vyžaduje proto vždy pečlivé psychologické a psychiatrické vyšetření kvůli vyloučení rizika jeho opakování. Suicidální jednání může být následkem nějakého osobního nebo rodinného problému, může signalizovat depresi nebo poruchu osobnosti. Riziko suicidálního jednání zvyšuje také užívání drog. Z psychických onemocnění zvyšuje riziko suicidálního jednání disharmonický vývoj osobnosti, poruchy emocí a nálad, schizofrenie a závislosti na psychoaktivních látkách.

Rizikem suicidálního jednání je již sama labilní adolescentní psychika se svou zvýšenou citlivostí na kritiku, objevováním vlastního rozporupného emočního prožívání, omezenou schopností komunikace, vysokou sugestibilitou a sklonem k impulsivitě. Až 50 % adolescentů má suicidální myšlenky. Po sebevražedném pokusu je potřeba začít rychle s terapií, těsně po „návratu do života“ jsou děti, adolescenti i dospělí nej přístupnější prozkoumání skrytých motivů a problémů v celé rodině. Je nutné pracovat s celou rodinou s cílem překonat krizové situace a objasnit případné patologické vzorce chování. V pozdější fázi je nutné věnovat se prevenci recidivy, která je poměrně vysoká (20 – 25 %), a to formou následné ambulantní péče a preventivně zaměřené terapie.

→ Fobie a úzkostné poruchy

Strach a úzkost jsou ve vývoji dítěte normální jevy sloužící k signalizaci hrozícího nebezpečí. Strach na rozdíl od úzkosti má konkrétní předmět nebo situaci. V každém vývojovém stádiu bývají charakteristické podněty vzbuzující strach.

Pro kojenecký a batolecí věk je normální separační úzkost a strach z cizích lidí. Měly by ustupovat kolem 3. roku života dítěte. V předškolním věku, kdy mají děti bohatou fantazii a myšlení je magické, vznikají nejrůznější strachy ze zvířat, zlodějů, čertů apod. Pokud nejsou nijak posilovány, tak spontánně mizí. Ve školním věku se může objevit strach ze školy, z neúspěchu. Kolem 10. roku začíná dítě chápat význam smrti a řada dětí se proto začíná bát tmy a možného nebezpečí.

Problém v jednotlivých vývojových stádiích nastává, když je úzkost nadměrná, přetrvávající a brání normálnímu fungování dítěte. Úzkost se může projevat buď stažením, pasivitou nebo naopak zvýšeným neklidem. Někdy přechází úzkost u dětí také do tělesných obtíží. Objevují se poruchy spánku a jídla.

→ Poruchy spánku

Poruchy spánku jsou v dětském věku poměrně častým jevem. Nedostatkem spánku však děti zpravidla netrpí, protože si případný deficit na rozdíl od svých rodičů kompenzují denním spaním.

- **Noční můry** - živé sny s děsivým obsahem bývají u dětí reakcí na nadměrnou zátěž - emocionální nebo i v případě somatického onemocnění. V případě často se opakujících nočních můr bychom měli zvažovat, zda není dítě přetížené nebo zda není vystaveno nadměrnému stresu.
- **Noční děsy** - v nejhlubší fázi spánku „non REM“ se dítě náhle v průběhu spánku zvedá s otevřenými očima a křikem, na okolní podněty však nereaguje. Po probuzení má na noční děs úplnou amnézii. Na vzniku nočního děsu se podílí neurofyzilogická dispozice. K projevům však stejně jako v případě nočních můr dochází častěji při zvýšené zátěži dítěte.



→ Psychosomatické poruchy

Mezi nejčastější psychosomatická onemocnění u dětí patří záchvatovitá onemocnění, nespecifické bolesti břicha, bolesti hlavy, ekzémy apod. Je třeba pečlivě vyloučit organickou příčinu onemocnění a poté se pokusit najít psychickou příčinu. Často se může jednat o tělesnou reakci na nějaký konflikt v rodině, strach ze školy apod.

Malé dítě ještě nemá vybudované hranice mezi „tělem a duší“, proto má tendenci na strese a rodinnou nepohodu reagovat tělesnými bolestmi a potížemi spíše než dospělí. Malé dítě je také nejzranitelnějším členem celé rodiny, proto často svou nemocí zrcadlí nepříznivou situaci v rodině, kterou mají dospělí členové tendenci bagatelizovat nebo popírat.

Bolesti břicha a zažívací potíže:

- Psychogenní zvracení je častější u menších dětí než u adolescentů. Malé děti, které jsou zvýšeně fixované na matku, často zvracejí před odchodem do školy nebo do školky nebo odmítají jít do školy kvůli bolestem.
- Recidivující bolesti břicha postihují asi 10 - 15 % školáků. Děti zameškají 3 - 4 dny v měsíci pro záchvat bolestí. Základní diagnózou často bývají smíšené úzkostné - depresivní poruchy. Rodina často dítě zvýšeně kontroluje a dítě bývá citlivé, ustrašené a inhibované. Příznaky poruchy jsou bolesti břicha, nevolnost, zvracení, nechutenství, únava, úzkostnost, depresivní ladění, sociální dysfunkce, zvýšená pasivita v nových situacích. Adolescenti s touto poruchou mají větší výskyt dědičné psychiatrické zátěže v rodině. Často experimentují a zneužívají návykové látky, mohou mít i tendence k delikventnímu jednání.

Bolesti hlavy:

Postihují už nejmenší děti, nejčastější jsou ale ve školním věku. Především u migrény je častá rodinná predispozice. Děti jsou méně odolné vůči stresu, častá je vegetativní labilita, úzkostnost a napětí.

Při stanovování diagnózy je důležité, aby se lékař zaměřil i na psychosociální faktory. Úpravou prostředí dítěte lze symptomy odstranit. Pokud potíže nezmizí, je potřeba psychiatrické vyšetření, protože symptomy mohou být podobné jako u středně těžké a těžké depresivní poruchy (tzv. „larvovaná“ deprese, u které se psychická porucha projevuje spíše tělesnými příznaky). Posláním dítěte k nejrůznějším specialistům se mohou tělesné potíže fixovat.

→ Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Pro obě poruchy je charakteristické nadměrné zaujetí tělem, jeho vzhledem a strach z tloušťky. K redukci váhy se používají nejrůznější metody jako diety, snižování příjmu potravy až na minimum, užívání projímadel, vyvolávání zvracení apod. Obě nemoci se vyskytují častěji u dívek především ze světa modelingu a tance. Zřídka se mohou vyskytnout také u chlapců. Rizikovým obdobím pro vznik poruchy je věk puberty, ve kterém se mění tělesné proporce. Asi 30-50 % mentálně anorektických klientek trpí v některém období také bulimickou symptomatikou. Vtíravé myšlenky na jídlo a zredukování váhy mohou vést až ke ztrátě zájmů a sociální izolaci. S poruchami příjmu potravy se můžeme setkat ve spojení s poruchami osobnosti, v případě konfliktních rodinných vztahů, ale i ve spojení s užíváním pervitinu a kokainu, které mohou sloužit ke snížení váhy.

Mentální anorexie

Pro mentální anorexii je charakteristické odmítání jídla, nadměrné cvičení a užívání projímadel za účelem snížení hmotnosti. Snižování váhy pokračuje i přes objektivní nízkou hmotnost, kdy body mass index je pod 17,5.¹ Samotná nízká váha pro diagnózu nestačí, klientka si nízkou váhu způsobila sama a vědomě ji udržuje. Mezi osobnostní charakteristiky nemocných mentální anorexií patří perfekcionismus a zvýšená sebekontrola. U nemocných dochází ke zkreslenému vnímání vlastního těla, přetrvává strach z tloušťky a vtíravé myšlenky na udržení nízké váhy. Doprovodné tělesné projevy jsou amenorea², u mužů ztráta sexuálního zájmu. Při vzniku poruchy před pubertou dochází k jejímu zastavení nebo opoždění.

Mentální bulimie

Počátek mentální bulimie bývá zpravidla v pozdějším věku než v případě mentální anorexie, často jí mentální anorexie předchází. Charakteristické jsou epizody záchvatovitého přejídání velkým množstvím kalorické stravy, po kterém následují pocity viny, které vedou k vyprovokovanému zvracení. Někdy se mohou vyskytovat obě nemoci ve fázích po sobě.

¹ Body mass index: $BMI = \frac{\text{váha (kg)}}{[\text{výška (m)}]^2}$

² Chybění menstruace u ženy.



Léčba

Léčba poruch příjmu potravy bývá obtížná. Motivace k léčbě je nízká, obě poruchy bývají před okolím zastírány, bizarní jídelní návyky bývají zatajovány. V případě mentální anorexie se pacientky nejrůznějšími způsoby snaží léčbě a snažím o zvyšování váhy vyhnout. Při léčbě bývá užívána individuální psychoterapie a rodinná terapie. V případě extrémně nízké tělesné váhy bývá nutná hospitalizace.

→ Mentální retardace

Závažné postižení rozumových schopností v období prenatalním, perinatálním nebo časně postnatálním, které vede k omezenému sociálnímu fungování. Podle stupně postižení rozlišujeme pásma lehké, středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace. Dřívější termíny jako oligofrenie, imbecilita, idiocie apod. se kvůli své negativní konotaci již nepoužívají.

Mentální retardace je globální poškození intelektových funkcí s narušeným vývojem celé osobnosti a společenskou nedostačivostí od počátku duševního vývoje jedince. Kvůli genetickému a organickému poškození nebo souhrou sociálních a genetických faktorů je snížena inteligence. Jsou přítomny poruchy schopnosti abstraktního myšlení a soudnosti; pozornosti a motivace; chápání a orientace; řeči, chování, emotivity, někdy i motoriky. Porucha není jen otázkou snížení IQ, ale jde také vždy o narušení adaptivního chování - dítě není schopno se o sebe postarat. Často se dostává do situací, které neumí řešit, a reaguje na ně jinak než dítě zdravé. Podle závažnosti mentální retardace může mít potíže s udržováním základní hygieny a s dalšími návyky.

Dítě s **lehkou mentální retardací** je lehce opožděné v psychomotorickém vývoji, má malou slovní zásobu, je méně zvědavé, nekonstruktivně si hraje, má sníženou schopnost předvídat a poznat nebezpečí. Myšlení je mechanické, nesamostatné, povrchní, nepřesné, bez rozlišení podstatného. Opoždění je patrné už v předškolním věku, defekt se však projevuje až po nástupu do školy. Při dobrém vedení jsou postižení schopni zvládnout učební osnovy pro zvláštní školu. Mají dobrou mechanickou paměť a jsou schopni pochopit jednoduché kauzální vztahy. Dosahují úrovně asi dvanáctiletého zdravého dítěte, ale jsou zvýšeně sugestibilní, se sklonem ke zkratovitým reakcím. Tvoří asi 70 % mentálně retardovaných.

Dítě se **středně těžkou mentální retardací** je nápadně psychomotoricky opožděné, s malým kontaktem s okolím, zaostává také ve vývoji řeči - žvatlat začíná až okolo 6. roku.

U postižených jsou časté somatické degenerativní znaky a neurologické odchylky. Je náročné naučit je základním hygienickým návykům. Později se mohou naučit stereotypní úkony, které stačí pro jednoduchou práci vykonávanou pod dohledem. Dosahují úrovně šestiletého zdravého dítěte a celý život potřebují společenskou ochranu, často bývají v dospělosti zbaveny způsobilosti k právním úkonům a svěřeny do péče ústavu. Je u nich vyšší výskyt epilepsie a psychiatrických poruch než v „normální populaci“. Středně těžkou mentální retardací trpí asi 15 – 20 % všech mentálně retardovaných.

Dítě s **těžkou mentální retardací** má určitou snahu po komunikaci, ale jen slabě prožívá sociální vztahy a vlastní emoce. Dlouhodobým nácvikem se může naučit elementární hygienické návyky. Může se naučit několik smysluplných slov. Dítě potřebuje trvalou péči. Na situace, které nezvládá, často reaguje hyperaktivitou, agresivitou, dráždivostí, sebepoškozováním, automatickými stereotypními pohyby, depresí, úzkostí, plachostí, stažením se, autistickými projevy.

Dítě s **hlubokou mentální retardací** nerozeznává blízké osoby, nekomunikuje, vydává skřeky, neudrzuje čistotu. Jsou přítomny stereotypní pohyby, bulimie, masturbace. Hluboká mentální retardace bývá spojena s epileptickými záchvaty, somatickými poruchami včetně poruch centrální nervové soustavy. Je nezbytná trvalá ústavní péče. Z celkového počtu mentálních retardací tvoří hluboká mentální retardace 5 %.

Mentální retardace se může vyskytovat společně s jakoukoliv duševní poruchou, navíc jsou mentálně retardovaní rizikovou skupinou pro týrání, sexuální zneužívání, zanedbávání a šikánování. Častá je **agresivita** (až u 10 % postižených), vyvolaná určitými podněty jako je příkaz týkající se osobní hygieny nebo pořádku. **Sebepoškozování** zahrnuje štípání kůže, kousání, bouchání hlavou, vytrhávání vlasů, excesivní onanii. U mentálně retardovaných jsou také časté **stereotypní pohyby**, jako je kývání tělem, olizování předmětů, třepání rukama po dlouhé hodiny. Z **poruch příjmu potravy** se vyskytuje bulimie, pika (konzumování nestravitelných látek jako je hlína), vzácněji anorexie. **Schizofrenie** je přítomná až v 16 % případů. Objevuje se dezorganizované chování, jednoduché halucinace. Časté jsou také **afektivní poruchy** - střídání nálad, premenstruační změny afektivity. 70 – 80 % dětí s diagnózou **atypického autismu** je současně mentálně retardovaných. **Sexuální chování** je narušené v důsledku nerozpoznání společenských norem, ne jako následek sexuální deviace. Běžné je obnažování se, masturbace a atypické sexuální chování.

Při stanovování diagnózy mentální retardace je potřeba dát pozor na možné nerozpoznané vady smyslu a vady řeči.

→ Pervazivní vývojové poruchy

Autismus

Autismus bývá diagnostikován v ranném dětství nejpozději do 3 let. Častěji se s autismem setkáme u chlapců než u dívek v poměru 4 - 5:1. Při vzniku autismu mají rozhodující vliv genetické vlivy (podle výzkumů až 95 %), způsob dědičnosti však zatím není zřejmý. Odchylky od normálního vývoje se projevují často od narození především v oblasti vývoje sociálních vztahů. Dítě neodpovídá adekvátně na sociální, především emoční podněty, používání řeči nebývá i přes dosaženou věkovou úroveň dostatečné. Rigidita a rutinní chování se projevuje v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry). Zájmy jsou stereotypní např. data a jízdní řády. Projevuje se velký odpor ke změně, proto je v kontaktu s autistickými dětmi klíčové dodržování řádu a jistot.

Většina autistů zůstává i v dospělém věku odkázaná na péči okolí.

Aspergerův syndrom

Někdy bývá Aspergerův syndrom považovaný za variantu autismu. Na rozdíl od autismu by se nemělo vyskytovat opoždění řeči. Naopak je pro něj charakteristická motorická neohranabanost.

→ Hyperkinetické poruchy (také lehká mozková dysfunkce)

Projevuje se poruchou pozornosti, neschopností usměrnit pozornost, poruchou analýzy a syntézy informací, poruchou schopnosti plánovat činnosti, poruchou motivace, úsilí, vytrvalosti a sníženou schopností prostorové představivosti a řešení geometrických úkolů.

Tento syndrom je často spojen se specifickými vývojovými poruchami učení, které souvisí s dysfunkcí převodu informací mezi polokoulemi mozku. Tyto poruchy postihují 2 – 12 % dětí. Výskyt je častější u chlapců s poměrem asi 3:1. Tazáž porucha se projevuje různým způsobem dle věku: v kojeneckém věku poruchou základních biorytmů, v batolecím a předškolním věku desinhibicí, ve školním věku poruchou vnímání, paměti a pozornosti, v adolescenci poruchami chování a v pozdní adolescenci a v časně dospělosti sociální

maladaptací spojenou často s kriminalitou. Při této poruše na dítě výrazněji působí zátěž z prostředí, se kterou si neumí poradit kvůli neurovývojovému opožďení, což posléze vede k maladaptaci dítěte a k vyšší pravděpodobnosti dalšího psychiatrického onemocnění. Porucha aktivity a pozornosti vede ke snížené schopnosti analyzovat svoje chování, vytvářet nové formy chování, řešit úkoly. Chaotické a dezorganizované jsou sebeovládání, sebeřízení a sebemotivování.

Příznaky hyperkinetické poruchy můžeme rozdělit do těchto částí:

- 1 poruchy kognitivních funkcí** (pozornost, paměť, myšlení, vnímání) – porucha pozornosti, neschopnost pozornost udržet nebo zaměřit jedním směrem, porucha analýzy a syntézy informací, porucha vytváření plánů činnosti a jejich realizace, porucha motivace, úsilí a vytrvalosti (zvláště v aktivitách, které nepřinášejí okamžité uspokojení), porucha prostorové představivosti.
- 2 porucha motorickopercepční** – hyperaktivita s neschopností relaxace, motorická neobratnost.
- 3 porucha vizuálně-motorické koordinace.**
- 4 porucha emocí a afektů** – emoční a afektivní labilita, u adolescentů s pocity nudy, dráždivost, vznětlivost.
- 5 impulsivita** – náhlé, ukvapené činy, rychlé závěry k vlastní škodě, rychleji jedná než myslí, chaotičnost (dítě často intelektově na úkoly stačí, ale kvůli neorganizovanosti je nevládné).
- 6 sociální maladaptace** - neadekvátní chování a neschopnost spolupracovat s vrstevníky způsobuje odmítání dítěte vrstevníky ve škole i dospělými. Frustrace ze sociální neúspěšnosti a snížená tolerance ke stresu, negativismu, později k poruchám chování (lhaní, krádeže, necitlivost ke zvířatům a lidem, riskování, hazard) a ještě později k delikvenci často spojené se zneužíváním návykových látek.



→ Poruchy chování

Poruchy chování se vyskytují častěji u chlapců v rozmezí poměru 5-20:1. Poruchu chování diagnostikujeme pokud se jedná o opakující se a nejméně 6 měsíců trvající chování, kdy dítě nerespektuje sociální normy. Nejedná se tedy o jednorázový přestupek krádeže, lhaní apod., který může být sám o sobě také pro nejbližší okolí zneklidňující. U přestupků je také nutné brát do úvahy věk dítěte. U předškolních dětí se lži a krádeže ještě mohou vyskytnout bez toho, aby nám signalizovaly poruchu chování.

U poruch chování se objevuje agrese vůči lidem a zvířatům. Dítě často šikanuje a zastrašuje druhé, nebo jim vyhrožuje. Vyvolává bitky, ve kterých používá předměty jako zbraně, při loupežích se nevyhýbá střetům s obětí. Na druhých si může vynucovat sexuální aktivitu. Nemá vztah k majetku druhých. Časté jsou destrukce majetku a vlastnictví, nepoctivost nebo krádeže. Tyto děti opakovaně utíkají z domova, časté je záškoláctví. Podle závažnosti určujeme lehkou, střední a těžkou poruchu chování.

Některé poruchy chování mohou být podmíněné původní rodinou, ve které jsou nedostatečně osvojené morální normy nebo nejsou respektovány zákony. Děti v těchto případech pouze napodobují rodičovské vzorce chování, případně jsou za asociální chování odměňovány.

Prognóza:

Špatná prognóza je v případě, kdy vznikne porucha ještě v předškolním věku. Tehdy jsou příčinou problémy v rodině nebo pobyt v ústavním zařízení, kde nedošlo k vytvoření citového vztahu. Špatná prognóza bývá také u tzv. nesocializované poruchy chování, kdy se jedná o opakované obzvláště agresivní činy při neschopnosti empatie. Agrese se projevuje vůči lidem i zvířatům, časté jsou útoky z domova. Tito jedinci bývají v kolektivu neoblíbení, izolovaní.

Lepší prognóza je v případě, že se asociální projevy vyskytují pouze v rodině a mimo rodinu jsou vztahy a chování normální a naopak, když je problematické chování spojené s členstvím v určité skupině.

Léčba:

O léčbu v medicínském smyslu se u poruch chování nejedná. Léky na zmírnění agresivity neřeší ústřední problém. U mírnějších projevů bývá účinná individuální nebo rodinná terapie. U těžších forem je nutné přistoupit k represivním opatřením ve formě ústavní nebo ochranné výchovy.

→ Tikové poruchy

Projevují se náhlými, rychlými, opakujícími se, bezúčelnými pohyby, zvyky, gesty nebo projevy. Jsou mimovolní, ale na krátkou dobu vůlí potlačitelné. Frekvence tiků kolísá během dne, mění se v různých prostředích a v čase, je závislá na zevním stresu a teplotě okolí. Nejčastější výskyt je u dětí mladšího školního věku mezi 7. - 11. rokem. Porucha postihuje 13 % chlapců a 11 % dívek, v pozdějším věku je postiženo 1 – 5 % dětí a zvyšuje se poměr chlapců (v dospělosti je poměr mužů a žen 6-9:1). Porucha je podmíněna geneticky, vyskytuje se u 12 – 14 % příbuzných dětí s tiky.

Tiky lze rozdělit na:

- **Jednoduché - motorické tiky** - postižena je oblast hlavy, ramen a horních končetin. Tiky v oblasti mimického svalstva se projevují v podobě mrkání, pošukávání obočím, krčením nosu, potrháváním hlavou a podobně.
- **Vokální** neboli **fonační tiky** - krátké zvuky - frkání, chrochtání, mručení, syčení, pohvizdování, pomlaskávání, hekání, pokašlávání.
- **Komplexní motorické tiky** se projevují opakovaným dotýkáním, předkláněním, poplácáváním, olizováním, v extrémních případech až sebezraňováním nebo obscénními pohyby.
- **Komplexní fonační tiky** se skládají z celého komplexu zvuků, slov nebo krátkých frází. Opakované vykřikování nebo vyrážení neutrálních nebo obscénních slov.
- Nejvýraznější tikovou poruchou je **Tourettův syndrom**. Charakteristický je celoživotní průběh, komplexnost tiků a kolísavý průběh s atakami a remisemi. Časté jsou opakované vokální tiky - pokašlávání, chrochtání, poštekávání, vykřiky obscénních slov nebo frází a také obscénní pohyby.



- **Chronická motorická nebo vokální tiková porucha** trvá dlouhodobě a projevuje se buď pohyby nebo hlasem. Začíná často v dětství a trvá až do dospělosti. Pro jedince je sociálně handicapující a emočně zraňující, hlavně v adolescenci.
- **Přechodná tiková porucha** je nejčastější mezi 4. a 5. rokem a projevuje se pohyby mimických svalů především při relaxaci, při činnostech tiky ustupují. Porucha má kolísavý průběh, mizí a objevuje se ve stejných nebo i jiných svalových partiích.

Časté je společné onemocnění tikovou poruchou a poruchou hyperkinetickou nebo obsedantně kompulsivní.

Při stanovování diagnózy je třeba odlišit tikovou poruchu od neurologického postižení, mentální retardace a obsedantně kompulsivní poruchy.

→ Kam se obrátit o pomoc

→ Linky důvěry

- pro děti (např. Linka bezpečí, 800 155 555)
- pro dospělé (Linka důvěry RIAPS, Rodičovská linka)

Jsou určené pro akutní kontakt ve chvílích krize – psychická nepohoda, úmrtí v rodině, osobní problémy, sebevražedné tendence, úzkosti, deprese. Nenabízejí vyřešení problému, ale spíše rozhovor, kontakt v těžkých životních situacích. Mohou nasměrovat či poskytnout kontakty na další psychologickou a psychiatrickou pomoc. V každém regionu většinou funguje linka důvěry.

- **Krizová centra** – většinou fungují jako součást psychiatrické léčebny nebo i samostatně. Nabízejí krátkodobou pomoc formou hospitalizace většinou na pět dní nebo ambulantně. Pomoc spočívá v psychoterapii, podávání léků, nasměrování na další pomoc psychologa nebo psychiatra, řešení sociálních problémů se sociální pracovnící a podobně. Někdy pomůže i samotný fakt, že se dítě na nějakou dobu dostane mimo rodinu, kde problémy vznikly.

- **Pedagogicko psychologické poradny** – nabízejí pomoc především při řešení problémů ve škole (poruchy učení a chování, šikana, diagnostika školní zralosti, inteligence a podobně).
- **Dětský psycholog, psychiatr, rodinné poradny** – nabízejí psychoterapii individuální a skupinovou, rodinnou terapii, ale i skupiny pro rodiče dětí s nejrůznějšími potížemi. Psychoterapie je většinou dlouhodobá a pomáhá nejenom zmírňovat příznaky, ale i řešit podstatu psychického problému dítěte. Psychiatr může navíc předepisovat léky – například proti depresi, úzkosti a podobně.

→ **Literatura**

Říčan, P. - Krejčířová, D. - a kol.: Dětská klinická psychologie. Praha, Grada Publishing: 1997
Höschl, C. - a kol.: Psychiatrie. Praha, Tigris: 2002



- **Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem, státním rozpočtem České republiky a rozpočtem hlavního města Prahy.**

- **ESF napomáhá rozvoji zaměstnanosti podporou zaměstnanosti, podnikatelského ducha, rovných příležitostí a investicemi do lidských zdrojů.**



Copyright:
Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., Mgr. Monika Marxtová, Mgr. Martina Marečková
Recenzoval:
Mgr. Jaroslava hanušová, Mgr. Jitka Horáková

Typografická úprava:
AGAMA poly-grafický ateliér, s. r. o., Na Výši 4, 150 00 Praha 5
Tisk:
Květoslav Zaplatílek, Vesec 66
Vydal:
Vzdělávací institut ochrany dětí v roce 2007
U Pergamenky 1511/3, 170 00 Praha 7
ISBN 978-80-86991-15-3



OPERAČNÍ PROGRAM
OCHRANY DĚTÍ