16

Original file

16. **Diagnostika externalizovaných a internalizovaných problémů dětí a dospívajících. ADHD. Disharmonické vývoje. Emocionální problémy dětí a adolescentů. Dětské neurózy. Autismus.**

Internalizované a externalizované problémy v chování

V dětské psychopatologii je dnes užíváno dělení na poruchy:

a) internalizující – více postihuje vnitřní prostředí samotného dítěte, jedná se o poruchy charakterizované inhibicí chování a subjektivní nepohodou dítěte; řazeny jsou zde poruchy neurotické a dětské deprese; v rámci internalizující škály jsou to: **deprese, úzkost, somatické stížnosti, obsesivně kompulzivní syndrom, sociální izolace a nekomunikativnost** (syndromy neodpovídají běžným kritériím pro jednotlivé psychické poruchy),

- děti s internalizovanými symptomy jsou náchylnější k projevům smutku a strachu

- častější přítomnost internalizovaných problémů v chování u děvčat než u chlapců

- četnost i vyšší intenzita internalizovaných i externalizovaných poruch vyšší ve střední adolescenci (14-16 let) než v mladší adolescenci (12-13 let)

b) externalizující **– zaměřené vůči okolí, projevující se především rušivým chováním (např. **problémy s pozorností, delikventní chování, agresivní chování), děti s externalizovanými poruchami mají větší sklon k projevům zlosti, impulzivity a nižší schopnost seberegulace.

Poruchy chování u dětí

Opakující se a trvalý vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, kt. porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte:

1. porucha chování je projevem hledání náhradního uspokojení při ztrátě nebo citové deprivaci nebo jde o vyjádření potřeb (potřeba pozornosti)
2. volání o pomoc
3. poruchy chování se vztahem k emoční deprivaci
4. poruchy chování na bázi disharmonického vývoje osobnosti (neschopné navázat blízký vztah, agresivní tendence)
5. poruchy chování jako projev jiné závažné psychické poruchy (schizofrenie…)

ADHD

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, někdy uváděn též jako ADD. U nás se používá v obdobném významu starší termín lehká mozková dysfunkce (LMD), která na rozdíl od ADD nepopisuje projevy chování, ale příčinu poruchy. LMD se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s urč. poruchami učení a chování, kt. jsou spojeny s odchylkami funkce CNS. Odchylky vznikají z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocnění prodělaných v průběhu let kritických pro rozvoj a zrání CNS.

Školní neúspěchy, které poruchu doprovází plynou z toho, že děti nedovedou svých schopností v běžných podmínkách využít. Dítě není schopno soustředit se, setrvat nad úkolem, nerozptylovat se, neumí kontrolovat své popudy a řídit své chování.

ADHD se navenek neprojevuje hrubými motorickými nebo psychickými nedostatky, mají pouze typické obtíže v učení a chování. Vybočují z normy ve svém jednání vzhledem k věku a v běžné školní výuce nedosahují výsledků, které by odpovídaly jejich schopnostem.

Symptomatologie je velmi členitá, ale za základní znaky můžeme považovat:

1. Hyperaktivitu
2. Nesoustředěnost
3. Poruchy vizuomotorické koordinace
4. Nerovnoměrnost psychických funkcí

ADHD subtypy:

H/I – hyperaktivita/impulzivita

- více poruch chování, málo obtíží v motorice

- neklid, zvýšená aktivita ve všech projevech, ale v testech pozornosti nemusí mít potíže, ale pozornost nemají vytrvalou, neyvdrží sedět, překvapivě úspěšní ve sportu

- odychylky v testech impulzivity-neumí odložit reakci

- prognźa není dobrá, jde o poruchu chování

I – porucha pozornosti (ADD)

- problémy ve škole, poruchy jemné motoriky, soustředěné a selektivní pozornosti, vázne rychlost zpracování informací. Ve WISC se objevuje horší skór v subtestech: kódování, symboly

- ve škole špatný prospěch, který neodpovídá nadání

- lepší prognóza

C – kombinovaný typ

- často poruchy hrubé motoriky, neobratnost, problémy s rovnováhou

- problémy v aktivitě i pozornosti, nízká výdrž pozornosti, odklonitelnost pozornosti, selhávají ve sportu

- někdy neurologický nález

- DAMP – Deficits in attantion, motor control and perception

Přehled základních znaků ADHD i s informací o diagnostických metodách, jimiž tyto znaky zjišťujeme:

1. *poruchy pozornosti a soustředění*: dítě není schopno udržet koncentraci delší dobu, je lehce rozptýlitelné, nebo mu naopak pozornost ulpívá na nepodstatných detailech; k zjišťování se používá **Bourdonův test, Test čtverců i subtesty WISC (kódování, hledání symbolů, často bývá nepoměr ve verbálních a neverbálních zkouškách, nejčastěji ve prospěch verbálu-nízké kostky)**
2. *hyperaktivita*: dítě je nepřiměřeně neklidné, hravé, těžko uklidnitelné, neposedí, odbíhá, šoupe nohama
3. *emoční labilita, impulzivita*: výkyvy nálad, nedostatečná sebekontrola, zvýšená dráždivost, chování bez zábran, reakce na testové otázky jsou překotné; používá se např. **ROR** – impulzivní reakce se objevují zejména v asociacích na barevné skvrny
4. *percepční poruchy*: problémy s nedostatky v oblasti zrakové, sluchové a taktilní percepce; využívají se testy – **Vývojový test zrakového vnímání, WISC, Edfeldtův reverzní test, Matějčkovy zkoušky sluchové percepce a analýzy**
5. *poruchy motorické koordinace*: porucha jemné motoriky (problémy v psaní, kreslení a jemných činnostech-nižší úroveň kresby a obkreslování tvarů) - **Kresba lidské postavy, Bender-Gestalt test, navlékání korálků a Žlabovy a Matějčkovy zkoušky, Kohsovy kostky, Bentonův vizuálně retenční test**; poruchy hrubé motoriky – neumí se naučit jízdě na kole, neohrabanost, rigidní pohyby, třes
6. *poruchy učení*: dítě má značné problémy v učení a v prospěchu navzdory dobré inteligenci, existují dvě skupiny poruch učení – 1) poruchy učení, které souvisejí s různými symptomy ADHD; 2) specifické poruchy učení (dyslexie…)
7. *poruchy myšlení, řeči a paměti*: nedostatek abstrakce v myšlení, konkrétnost, ulpívavost, myšlení je bez logické návaznosti; co se týče řeči, objevují se poruchy v tvoření pojmů, vývoj řeči je nerovnoměrný a opožděný, artikulační neobratnost, patlavost; poruchy řeči a myšlení diagnostikujeme v **rozhovoru**, v orientačním vyšetření řeči a ve standardních verbálních **subtestech WISC,** dále pak **Matějčkovými zkouškami psaní a čtení**; poruchy paměti jsou vidět v subtestech paměťových zkoušek např. **WISC,** v **Bentonově testu vizuální retence, Meiliho testy** atd.
8. *neurologické abnormality*: celková neobratnost, leváctví, zkřížená lateralita atd.; lateralitu je možné zjistit **Žlabovými a Matějčkovými zkouškami laterality**
9. *zvláštnosti v sociálním chování*: chybí jim citlivé rozlišování sociálních norem a nuancí – chovají se vlezle, lehkovážně, nerespektují autoritu, jsou asociální, agresivní, nízká frustrační tolerance, bez zábran, těžko ovlivnitelné chování, potom lítostivost
10. //spánek //– poruchy, nepravidelný rytmus, pohyblivost ve spánku, malá potřeba spánku
11. //navazování kontaktu //– špatná schopnost navazovat kamarádství, velká vzrušivost ve hře, špatně odhadují řešení sociálních situací

Dále je využíván anamnestický rozhovor s rodiči – doplňujeme otázkami zaměřenými na jednotl. nápadnosti, zjišťujeme strukturu dané rodiny, interakce v rodině, sociální statut rodiny, choroby a vrozené vady v rodině. Dalšími zdroji mohou být školní dotazník a zpráva učitele.

__Z diferenciálně diagnostického hlediska je nutné vyloučit: __

a) deprivaci a výchovnou zanedbanost

b) hyperkinetický syndrom s jinou etiologií

c) dětskou schizofrenii

d) disharmonický vývoj osobnosti

Do diagnostického rozhodování patří i odhad dalšího vývoje dítěte (v úvahu bereme rodinné prostředí, vzdělanostní úroveň rodičů, inteligenci dítěte atd.).

Více hyperkinetické poruchy

http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hyperkineticke-poruchy-165298

Disharmonické vývoje

Disharmonický vývoj se týká změněné vychovatelnosti, ale nemusí vždy vyústit v poruchy osobnosti. Nerovnoměrný vývoj zrání jednotlivých složek osobnosti. Spadají sem děti, u nichž selhává běžný pedagogický přístup. Okolí se jeví jako zvláštní, ony však na sobě nic nepozorují, z toho vyplývá, že se domnívají, že problémy, jež způsobují, nezpůsobují ony samy, ale pocházejí z jejich okolí.

Mají značně sníženou frustrační toleranci a v zátěžových situacích se jejich chování značně horší. Jejich emoce jsou málo diferencované (spíš na extrémních pólech); mívají problémy v sociálních vztazích, neboť nedovedou být empatičtí k vnímání projevů ostatních, jsou povrchní nebo naopak „vlezlí“.

Velice blízký je termín **psychopatie**, kt. označuje nevyváženou, neharmonickou osobnost, u níž jsou některé rysy příliš zdůrazněny a jiné potlačeny. Porucha ztěžuje zařazení postiženého do společnosti. Projevuje se pestrou škálou projevů od povahových odchylek neškodného podivínství až k násilnému antisociálnímu chování. Najdeme tedy mnoho společných rysu s disharmonickým vývojem osobnosti.

Cílem diagnostiky a následné terapie u osob s disharmonickým vývojem, není změna osobnosti, ale možnost zařadit tyto jedince do společnosti tak, aby uznávali sociální pravidla. Rozlišujeme:

1. **disharmonický vývoj na podkladě infantilismu** (infantilismus = zadržený vývoj, dětinstkost) – typická je slabá vůle, rychle se pro něco nadchnou, ale rychle s tím zase skončí, řídí se vlastním potěšením, převažuje fantazie nad logikou, jsou náladoví, tempo zrání je pomalejší a nerovnoměrné, rádi na sebe strhávají pozornost, intelektově jsou v normě
2. infantilní disharmonický vývoj – častěji u chlapců, nedovedou dokončit práci, rychle se danou činností přesytí, mají sklony k afektivním výbuchům, dráždivější
3. hysteroidní typy – převažují dívky, snaží se vyniknout, touží po obdivu, mají sklony přehánět, pomlouvat, „herečky„, jsou náladové, rozmarné, sklon si vymýšlet, když něco chtějí, dokážou vůli zapojit
4. pseudologové – milují všechno nové a neobvyklé, rádi fantazírují a vymýšlí si, emoce mají živé, ale jen povrchní, rádi vyvolávají dojem, že jsou jiní než jsou, egocentrismus, snížená práceschopnost, nutné stanovit hranice
5. **disharmonický vývoj na podkladě disproporcionálního (nerovnoměrného) vývoje nervového systému a celého organismu** – některé složky jsou akcelerované jiné opožděné
6. *hypertymní typ //- poruchy temperamentu, hypomanická nálada, zvýšená pohyblivost, tendence se do všeho plést, dráždivost, jsou upovídaní, skáčou do řeči - //schizoidní typ* – uzavření do sebe, bojí se cizích, mají strach z nového, nevyhledávají vrstevníky (podobní autistům), nejsou bezprostřední, bohatý vnitřní život, slabý pud sebezáchovy
7. *psychastenický typ* – nerozhodní, nejistí ve vztazích, pochybují o sobě, neustále se obávají nebezpečí, kt. však není reálné, jsou puntičkáři, všechno si vztahují k sobě, i to, co není pravda, úzkostné prožívání
8. *paranoidní typ* – nesnášenliví, egoističtí, hodnotí své okolí podle toho, jak ono hodnotí je
9. //epileptoidní //– záchvaty vzteku až afektu, morózní náladadysforické rozlady, rigidita, EEG v normě
10. **disharmonický vývoj na podkladě drobného organického poškození – ADHD/ADD**

- psychický defekt je podmíněný poškozením CNS, potíže ve škole

a) instabilní – neschopnost organizované, systematické činnosti, snadná vzrušitelnost, rychlé odeznění afektů, potřebují společnost, ale neudrží přátelství, menší schopnost diferenciace s v sociálních vztazích, neobratné pohyby, poruchy řeči, reakce křiku a pláče jsou silné a dlouhé

b) dráždivý, explozivní – zvýšená dráždivost se sklonem k afektivním výbuchům, zesílení primitivních reakcí, neústupnost, rychlá únava po zátěži, nedostatky v jemné motorice

Diagnostika disharmonického vývoje osobnosti

Vyšetření intelektu (ukazuje na větší rozdíl mezi vyšším verbálním a nižším neverbálním výkonem).

Vyšetření kresby – kresba je neobratná, obsahově chudá, neodpovídá věku, chybí v ní detaily, typické jsou dvojité linie, čárkované linie, nenavazující linie, šikmý sklon kresby, disproporcionální kresba.

Vyšetření míry poškození percepce – špatně vnímají figuru a pozadí **(Reyova komplexní figura)**, zkoušky obkreslování geometrických tvarů **(Bender-Gestalt test**, **Vývojový test zrakového vnímání, Edfeldtův reverzní test).**

Neuropsychologické vyšetření kvůli drobným neurologickým nálezům (**Lurija**).

Emocionální problémy dětí a adolescentů

Diagnostika emočních poruch u dětí

Je obtížnější, než u stejných poruch u dospělých, protože klinický obraz je méně vyhraněný, řada symptomů je společných pro různé psychické poruchy a nejčastěji jsou děti přiváděny z popudu rodičů, kteří je tam vedou převážně kvůli rušivému chování, ne kvůli jeho vnitřním pocitům. Spolehlivější bývají údaje od vrstevníků, ti zachytí mnohem více než rodiče a více se shodují se sebeposouzením dítěte. K sebeposouzení slouží Kovaczové škála** CDI – Sebeposuzovací škála depresivity pro děti**, hodnocení negativní triády je obsaženo v Rohnerově **PAQ (Škála sebehodnocení dítěte). **Běžné dotazníkové metody jsou použitelné až u dětí starších, byly však vyvinuty některé úpravy dotazníkových metod – dotazník je doplněn obrázky, které znázorňují symptom nebo problematické chování a k tomu je přidán popis situace, dítě reaguje na řadu různých situací. Nezbytné je použití projektivních metod – v produkci jsou přítomna témata selhání, znehodnocení, izolace, katastrofy, smrt, nemoc apod. V kresbách obvykle chybějí barvy i pohyb, obsahově bývají kresby spíše chudé, chybí v nich živé bytosti, obrázky bývají menší, tahy nejisté. Používá se **ROR, TAT.**

Tzv. *maskovaná deprese* – v užším smyslu jde o projevy deprese či o přítomnost většiny symptomů pro depresi typických, ale bez poruchy nálady.

Intelektový vývoj dětí s emočními poruchami, pokud nejde o kombinaci s poruchami učení, se neliší od běžné populace. Nacházeny bývají jen drobné dysfunkce jako poruchy pozornosti, zpomalené psychomotorické tempo apod.

Dětské neurózy

Společným rysem neurotických poruch je přítomnost subjektivně nepříjemně prožívaných symptomů, jejichž neadekvátnost si pacient uvědomuje a jejichž etiologie je psychogenního charakteru. V MKN-10 byl ze systému vypuštěn klasický pojem neuróza a zachován zůstal pojem neurotické poruchy. Mezi neurotické poruchy se řadí zejm. úzkostné, disociativní a somatoformní poruchy a poruchy adaptace. Výjimkou je neurotická deprese, která se řadí mezi poruchy emoční.

1. **__úzkostné poruchy __**

Úzkost a strach patří mezi normální a adaptivní fenomény, za normálních okolností signalizují organismu nebezpečí; úzkost na rozdíl od strachu, nemá konkrétní obsah, strach se naopak vždy váže na různé konkrétní předměty či situace; pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzujících strach, který souvisí s vývojovými úkoly daného období (např. separační úzkost a strach z cizích lidí kolem 3. roku). V případě úzkostných poruch u dětí jde o vystupňování projevů, které jsou v urč. věku vývojově přiměřené, abnormní jsou buď svou intenzitou, nebo tím, že přetrvávají déle, než je obvyklé.

1. patologická úzkost – patologickou se úzkost stává, je-li nadměrná, přetrvávající – brzdí další vývoj; děti jsou buď inhibované nebo naopak neklidné; poruchy jídla, spánku, neurotickými návyky, děti jsou nejisté
2. generalizovaná úzkostná porucha – chronicky zvýšená hladina difuzní úzkosti přetrvává (až do dospělosti), děti jsou v neustálém napětí
3. fobická úzkostná porucha v dětství (školní fobie a separační úzkost): fobie jsou specifické strachy bránící normálnímu fungování dítěte, dlouhodobě přetrvávají a dosahují vysoké intenzity; předškolní věk je bohatý na tyto fobie, které však většinou, nejsou-li posilovány, mizí (strach z bouřky, ze tmy, pohádkových bytostí); mezi typicky dětské strachy a fobie patří strach ze školy a některých specifických situací v ní (objevuje se kolem 9. roku), tuto školní fobii je nutné odlišit od strachu ze školy na podkladě separační úzkosti – je to úzkostná reakce dítěte na skutečné či hrozící odloučení dítěte od matky, v normálním vývoji se obvykle začíná projevovat kolem 6.-8. měsíce, postupně její intenzita klesá a kolem 3. roku je většina dětí schopna dobře snést krátkodobé odloučení od matky; od školní fobie je nutné odlišit případy záškoláctví – samotné odmítání školy; klasické „dospělé“ fobie (klaustrofobie apod.) jsou u malých dětí vzácné a vznikají nejdříve ve školním věku
4. sociální úzkostná porucha – patologické přetrvávání strachu z cizích lidí, kt. brání normálnímu vývoji vztahů dítěte s vrstevníky i v osvojování sociálních dovedností (do 3 let by měl ustoupit); děti jsou celkově nejisté, inhibované a pasivnější; je třeba ji odlišit od sociální fobie (typické pro dospívající a dospělé) – strach z vystupování na veřejnosti, z kontaktu s cizími lidmi atd.
5. konverzní (disociativní) porucha(dříve hysterická neuróza) - děti při vysoké míře emoční zátěže reagují tělesným symptomem, a to buď psychosomaticky (předpokládáme psychofyziologický mechanismus vzniku tělesných symptomů) nebo konverzně (symptom je symbolickým vyjádřením základního emočního konfliktu či pokusem o jeho řešení – objevují se tak různé typy obrn, psychogenních bolestí či poruch citlivosti; tělesné symptomy bývají dítětem líčeny dramaticky, čímž usiluje o upoutání pozornosti; tělesné symptomy jsou pozorností okolí posilovány, většinou psychogenní podmíněnost choroby odmítají a dožadují se somatické léčby; na vzniku se podílí zejm. působení neřešitelných problémů, interpersonálních konfliktů či poruch sociálních vztahů i traumatických zážitků
6. obsedantně kompulzivní porucha - řazena mezi neurotické poruchy, příznaky mají charakter obsesí (vtíravých myšlenek) a kompulzí (nutkavých aktů), obsedantní myšlenky jsou nápad, představy nebo impulzy, kt. se vtírají do mysli proti vlastní vůli a vyvolávají úzkost, kompulzivní akty jsou opakující se úkony, kt. pacient musí udělat a kt. bývají vázány na úzkost z jejich nesplnění; potíže začínají prudce, bez souvislosti s vnějšími událostmi, spouštěcími faktory bývají zatěžující rodinné události, onemocnění či smrt blízké osoby; děti jsou nejisté, úzkostné, perfekcionistické, bez humoru, pseudodospělé, s depresivním laděním; vnitřní úzkost je přenesena na náhradní vnější objekty, strach z vnitřních popudů je substituován strachem zvenku – ze špíny apod.; typická je ritualizovaná symptomatika – mytí rukou, sprchování, čištění zubů, uklízení, rovnání věcí, praní

prádla; obava ze špíny, nákazy atd.
7. **deprese a bipolární porucha v dětství**

Základní charakteristiky **deprese** jsou stejné u dětí jako u dospělých, klinický obraz je ale odlišný v závislosti na vývojovém období, v němž k rozvoji poruchy došlo. Deprese byly dlouhou dobu u dětí opomíjeny a i dnes není často diagnostikována, protože menší děti nejsou schopné své pocity dobře popsat. Přispívá k tomu laický pohled na dětství jako na období „štěstí" bez starostí. Hlavním projevem je výrazná emoční a behaviorální změna, která vede ke zhoršenému fungování dítěte doma, ve škole i mezi vrstevníky. Základní kritéria:

1. *depresivní nálada //(beznaděj, podrážděnost, ztráta zájmu a radosti z běžných aktivit, pocit prázdnoty, smutek) - //poruchy jídla* (nechutenství i přejídání)
2. *poruchy spánku* (nespavost i nadměrná spavost)
3. *apatie, ztráta zájmu a radosti*, ztráta motivace, snaživosti
4. *motorický útlum nebo agitovanost*
5. *ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo pocity viny*
6. *zhoršená schopnost soustředění pozornosti*
7. *úvahy o smrti, suicidální myšlenky*, sebepoškozování.

Klinický obraz: u nejmenších dětí je popisována tzv. *anaklitická deprese*, která je reakcí na separaci od matky, pokud tento stav trvá dlouhodobě, může vést k těžké vývojové retardaci či těžkým zdravotním poruchám. V batolecím věku bývá deprese jen vzácně rozpoznána, ale klinicky je velmi významná, protože brání osvojování normálních vývojových dovedností – projevuje se zejm. poruchami jídla a spánku, ztrátou zájmu o hru atd.. V předškolním věku jsou nápadnější poruchy jídla a spánku a různé somatické stížnosti, ve hrách se objevují témata opuštěnosti, samoty, smrti apod.. V mladším školním věku a prepubertě je už možné více spoléhat na výpovědi dětí samých, schopnost introspekce není ale stále plně rozvinuta a není rozvinuta emoční kompetence (neumí rozpoznávat emoce) – děti mají snížené aspirace, jsou sebekritické, stydlivé, deprese vážně narušuje zvládnutí základního vývojového úkolu školního věku. V dospívání patří k normálním projevům častější drobné depresivní výkyvy a větší kolísání nálad, deprese již má projevy jako v dospělosti – tendence k izolaci, snížená energie, únava, nezájem o učení, poruchy chování, záškoláctví, agrese, zejm. vysoké je riziko suicidálních aktivit.

U dětí bývají rozlišovány dva základní depresivní syndromy:

1. *deprese kognitivní* (projevuje se hlavně tzv. kognitivní triádou – negativní pohled na sebe, na situaci a na budoucnost – dominují pocity beznaděje a bezmoci, pocity vlastní neužitečnosti a odmítání okolím, snížená nálada, pocity viny, suicidální myšlenky)
2. *deprese endogenní* (hlavními symptomy jsou útlum, depresivní nálada a anhedonie.

Bipolární porucha u dětí (maniodepresivní porucha) – hlavní známkou jsou zřejmě stavy omnipotence a období extrémně zvýšené aktivity, spojené s většími výkyvy nálad, než je obvyklé. Klasické projevy se střídáním depresivních a manických period jsou pozorovány až v době dospívání. Diagnostická kritéria: *euforie //(popírání problémů, nepřiměřené pocity pohody, veselost, pošetilost), //dráždivost nebo agitovanost, hyperaktivita a intruzivita //(spoustu toho začne, nic nedokončí), //zrychlený tok řeči, myšlenkový trysk, grandiozita //(radí učiteli, jak má vyučovat, krade drahé předměty s pocitem, že sám je nad zákonem), //poruchy spánku, roztěkanost*

Od vlastních neurotických poruch je nutné odlišit **poruchy přizpůsobení** a **posttraumatické poruchy** – projevy jsou podobné (deprese, úzkost, zlost, poruchy chování), porucha vzniká v souvislosti se závažnými traumatickými zážitky nebo z významnými životními změnami; porucha vesměs začíná do 1 měsíce po změně nebo traumatu a měla by ustoupit do 6 měsíců

Diagnostika dětí s úzkostnými poruchami

Zdroje diagnosticky významných dat je nutné hledat jak v chování, tak v prožívání a rovněž ve fyziologických projevech člověka. Vyšetření bývá obtížné, neboť děti jsou při rozhovoru inhibované, nadměrně konformní a nemluvné, málo spontánní, neumí sdělit své vnitřní pocity. Jejich držení těla je napjaté a jsou neklidné. Důležité je zjistit informace o povaze strachů či úzkosti (subjektivní popis). Mezi fyziologické projevy patří bušení srdce, nevolnost, hučení v uších, závratě apod.. Časté jsou symptomy kognitivní - dítě má pocit, že se zblázní, má strach ze smrti, objevují se depersonalizační nebo derealizační zážitky, dále pak iracionální přesvědčení. Tvrzení rodičů a dětí se často liší. Používá se řada inventářů nebo posuzovacích škál pro rodiče –** Inventář poruch chování (CBCL) **– zaměřuje se na hodnocení psychopatologie dítěte a na hodnocení jeho sociální kompetence; kromě celkové míry behaviorálních problémů jsou získávány údaje o množství externalizujících a internalizujících problémů a v rámci nich pak ještě dílčí syndromy (viz. začátek otázky).

K hodnocení úzkosti existuje celá řada sebeposuzovacích dotazníkových metod – **MAS, STAI, KSAT** i jednotlivé škály komplexnějších osobnostních dotazníků. Užívány jsou různé inventáře strachů nebo dotazníky k hodnocení úzkosti ve zcela specifických situacích (školní úzkost). Je třeba dát pozor na vyhodnocování, neboť mladší děti ještě nejsou schopny introspekce a nejsou schopny odlišit svůj aktuální stav od svého obvyklého způsobu prožívání. Děti hůře své pocity reflektují a obtížněji regulují vlastní emoce a proto mohou být výsledky méně spolehlivé.

Projektivní metody mohou zachytit hladinu úzkosti a objevit příčinu úzkosti. Projekce bývá u těchto dětí chudší, verbálně, mimicky a pohybově vyjadřují děti známky nejistoty (odpovědi neurčité, alternativní). Kresby mají slabé a přerušované linie, obsahově se objevují úzkostná témata, vyjádřena je zvýšená potřeba bezpečí a ochrany – používá se **ROR, TAT, Test světa**. Někdy je dobré dítěti prezentovat různé problémové situace a zeptat se, jak by je řešilo a co by při tom cítilo.

Diferenciálně diagnostickým problémem může být odlišení úzkostného neklidu od projevů LMD (děti úzkostné projevují nadměrné reakce na separaci a na stres obecně, nebývají však tolik impulzivní a jejich motorický a kognitivní vývoj bývá rovnoměrnější, porucha pozornosti jsou u nich více situačně vázané atd.)

Autismus

Spadá do kategorie pervazivních vývojových poruch, které mají svůj počátek v raném dětství, v současnosti je u nich většinou předpokládána organická/biologická etiologie. U všech typů pervazivních poruch je narušeno utváření sociálních vztahů a schopnost komunikace, obtíže v těchto oblastech jsou však tak závažné, že se promítají do celého života lidí s poruchami autistického spektra (pervazivní = všepronikající). Významně je narušeno vnímání reality (sociální reality) a dítě má minimální vhled do vlastního chování, jeho projevy jsou bizarní a pro okolí těžko srozumitelné. Do autistického spektra poruch řadíme:

1. časný infantilní autismus (Kannerův syndrom) – symptomy se projeví již od 36. měsíce života, pro stanovení diagnózy musí být splněna následující kritéria: kvalitativní porucha recipročních **sociálních interakcí – **neodlišují živé od neživého, chybí empatie, nevyžaduje přítomnost ani pomoc druhých, neprojevuje zájem o hru s druhými dětmi, nezájem o kontakt, **poruchy řeči a komunikace – **některé se mohou naučit mluvit, mluví o sobě ve 2. os., doslovné chápání výroků, preference pro fakte-málo hovoří o vnitřních stavech, neologismy-hra s hlasem, tvoření slov, často mluví ve někdy elektivní mutismus, **odpor ke změně**, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů – stereotypní pohyby, autostimulační mechanismy, nefunkční požívání hraček nebo jejich částí; přítomna bývá i celá řada dalších zvláštností či přidružených poruch – abnormity smyslového vnímání, hyperaktivita, poruchy pozornosti, emoční poruchy, úzkostné reakce atd., potíže s hrubou i jemnou motorikou; jejich inteligence nemusí být postižena, i když častěji jde o kombinaci autismus s mentální retardací; z psychologického hlediska je za příčinu poruchy dnes nejčastěji považováno chybění nebo poškození vrozené „protosociální orientace“ či dispozice pro vnímání a prožívání intersubjektivity, které se později projevuje chyběním tzv. teorie mysli – dítě nechápe, že ostatní lidé mají podobné vjemy, pocity a myšlenky jako ono samo, nebo naopak, že druzí mohou mít jiné informace nebo přesvědčení, že chování člověka se řídí jeho myšlením a prožíváním.

2. atypický autismus-liší se dobou vzniku (až po 3.roce života) nebo chyběním 1 nebo 2 ze 3 základních kritérií klasického autismu

3. jiná dezintegrační porucha v dětství – k rozvoji autistického syndromu dochází mezi 2.-4. rokem, přičemž na jejím rozvinutí se podílí nějaké somatické onemocnění, dochází ke ztrátě dříve získaných dovedností, rozvine se porucha řeči a další typické symptomy

**4. Aspergerův syndrom **– jde tu o atypický či disharmonický vývoj osobnosti s dominující poruchou v oblasti sociálních vztahů; typické jsou nápadnosti v myšlení i řeči, zvláštní zájmy a značná motorická neobratnost; postiženy jsou všechny 3 oblasti zmíněné jako diagnostická kritéria pro infantilní autismus, nicméně postižení je zcela jiné kvality; inteligence těchto dětí bývá v normě a vývoj řeči nebývá opožděn či jinak deformován, postižena je spíš sociální oblast komunikace, což souvisí s nedostatečně rozvinutými sociálními vztahy; typické je chybění sociální empatie, myšlení není flexibilní (nechápou metafory, přirovnání, hříčky), mělo by se diagnostikovat při IQ nad 70

Diagnostika dětí s pervazivními vývojovými poruchami

Základem diagnózy je kvalitní pozorování, založené na znalosti jednotlivých projevů a kritérií. Pro zachycení takového pozorování byla vyvinuta řada speciálních metod – jde o posuzovací škály, které umožňují určit kvantifikaci kvalitativních projevů dítěte při vyšetření, a metody dotazníkové vyplňované rodiči. Mezi ně patří **Childhood Autisms Rating Scale (CARS)** – dítě je hodnoceno na 15 dílčích škálách na základě přímého pozorování, škála obsahuje položky zaměřené na hlavní klinické projevy autismu a na projevy vedlejší (např. vztah k lidem, mottorika, adaptace na změny, strach a nervozita, napodobování aj.). Na podobném principu pracuje **ABC (Autism Behavioral Checklist).** Dále existuje Test teorie mysli, Metoda sociálních scénářů, Sally-Ann test, Smarties test atd.

Důležité je vyšetření intelektu s detailním popisem kognitivního profilu, to je základem pro určení výukových strategií – vhodný např. WISC nebo počítačová verze IST aj.

Psychologické vyšetření je z mnoha důvodů obtížné:

1. kvůli chybějícím sociálním dovednostem a malé schopnosti navazovat kontakty a díky malému sociálnímu porozumění je obtížné s nimi pracovat
2. vzhledem k nedostatku sociálního porozumění bývá v testových situacích patrná silná úzkost, proti které se děti brání stereotypiemi, nemají zájem o okolí
3. typické bizarní chování, autostimulace a stereotypie výrazně interferují při vyšetření

Diferenciální diagnostika poruch v rámci autistického spektra

- poruchy spadají do jednoho spektra, částečně se liší, přechody plynulé

1. **Atypický autismus** (F 84.1) – buď vznik až po 3. roce nebo chybí 1 až 2 ze tří kritérií pro autismus, nejčastěji děti s těžkou ment. retardací, ale i vysoce fungující s neúplně vyjádřeným aut. syndromem, velmi nejasná diagnostická kategorie
2. **Jiná dezintegrační porucha v dětství** (F 84.3) = dezintegrační psychóza v dětství, Hellerův syndrom

- k rozvoji dochází až po období zcela norm. vývoje, pozvolna nebo náhle, někdy po somatickém onemocnění

- prokazatelná ztráta dřívějších dovedností + závažné emoční problémy

- dovednosti neverbální se často obnovují, ale porucha řeči a soc. interakce celoživotní

- prognóza horší než u primárního autismu z hlediska IQ, lepší z hlediska soc. interakce – pouto k rodičům zůstává zachováno

- spadá sem i tzv. symbiotická psychóza – stejné příznaky, vznik 2,5 – 4,5 roku, jako reakce na ohrožení vztahu s matkou, není schopno snést separaci

1. **Aspergerův syndrom a schizoidní porucha v dětství** (F 84.5) = autistický či psychotický vývoj osobnosti, AS

- od dětského aut. se liší hlavně nepřítomností těžké poruchy řeči, lehké opoždění možné, nemají echolálie ani záměny zájmen, ale nápadná intonace, řeč repetetivní, pedantická, u malých verbalizace chudá, u starších překotná – dlouhé monology o své zálibě

- rozhodující pro diagnózu je porucha soc. interakce – chybí reciporcita, poruchy neverb. komunikace, vazba na rodiče slabší, chybí vrstevnické vztahy

- častý elektivní mutismus, deprese, v dospělosti často přidružená psychiatrická diagnóza – deprese, ment. anorexie..

- celková prognóza lepší než u autismu, ale porucha soc. interakce přetrvává i v dospěl.

- větší vliv dědičnosti než u aut., IQ většinou v normě, ale někdy špatné porozumění řeči a schopnost abstrakce

- neobvykle intenzivní a úzké zájmy (technika, jízdní řády, kalendáře), rituály, často motorická neobratnost

- ve škole často selhávají (chybí soc. a výkonová motivace), často dyskalkulie, dysgrafie, impulzivita, hyperaktivita, sekundární soc. fobie

- oproti autismu vyrovnanější IQ (aut. – výrazně nižší verbální než performační), horší motorika

- savantismus = mimořádné nadání v úzké oblasti při celkově nízké inteligenci (Rain Man :)

- relativně vzácný

- diagnóza bývá stanovena až ve školním věku

1. **Přechodné autistické syndromy**

- vzácnější, nemají být diagnostikovány v této kategorii, ale podle základní diagnózy, etiologie

**- **autistické rysy u dětí s degenerativními onemocněními, u dětí nevidomých a s poruchami sluchu

- vzácněji jako reaktivní porucha při emoční deprivaci nebo jako reakce na předčasnou separaci od matky nebo na intenzivní pohybovou rehabilitaci

Diferenciální diagnostika oproti poruchám mimo autistické spektrum

- od autismu nutno odlišit:

1. **Mentální retardace**- může být také snížena sociabilita, přítomny poruchy řeči a stereotypie, ale méně výrazné než u aut., míra postižení soc. fungování odpovídá míře retardace – nutné srovnání
2. **Schizoidní a schizotypní porucha** – dle MKN-10 Aspergerův syndrom = schizoidní porucha, ale v praxi odlišovány, u schizoidní poruchy chybí zájem o sociální kontakt, ale dítě soc. podnětům rozumí a má schopnost norm. interakce, jsou soc. izolovaní, emočně chladní, rigidní, speciální zájmy, není narušeno pouto k rodičům, lepší prognóza než aut. – v dospělosti plná nezávislost

- schizotypní porucha odlišitelná obtížně, abnormity v komunikaci, chudé vztahy, nápadnosti v myšlení, sklon k uplívání, podezřívavost a vztahovačné myšlení, v dospělosti občasné depersonalizační a derealizační zážitky a přechodné psychotické epizody

1. **Obsesivně kompulzivní porucha – **dítě ví, že rituály, které mu snižují úzkost, jsou neracionální a snaží se jim bránit, naopak dětem s AS přinášejí radost, u obou silná úzkost při snaze rituálům zabránit; nemá počátek v raném dětství a děti jsou schopny reciprocity - **Sociální fobie –** začíná až ve školním věku, je situační, doma je dítě normální a vřelé, nemá omezené zájmy
2. **Poruchy řeči –** děti mají snahu o neverb. komunikaci a rozumí neverb. signálům, rozvoj symbolické hry, poruchy vztahů jsou důsledkem poruchy řeči, ne poruchou jako takovou, obtíže s věkem ustupují

-sémanticko pragmatická porucha řeči – obtížně odlišitelná, norm. slovní zásoba, ale řeč užívá v chybném kontextu, porucha porozumění, obtíže v soc. interakci, ale méně rituálů, od 7 let je již expresivní řeč plynulá, ale horší konverzační dovednosti zůstávají

- Landau – Kleffnerův syndrom = získaná receptivní dysfázie při epilepsii, ztráta schopnosti porozumění vede k závažné dezintegraci chování jako sekundární reakci, obtíže se časem zmírňují

1. **Neverbální poruchy učení – **někdy odlišovány od AS, někdy považovány za základ této poruchy, porucha zpracování neverb. podnětů + dysfunkce taktilního vnímání, vizuoprostorových dovedností, vizuální paměti, narušeno intuitivní zpracování výrazů emocí, závažné deficity v soc. interakci, ale má zájem o vztahy, dobře čtou i píšou, ale dyskalkulie**, **u dětí s lézí v pravé hemisféře nebo u LMD - **Rettův syndrom-** neznámá etiologie, téměř výlučně dívky, v dětském věku těžko odlišitelná od aut., později odlišnosti – do 6 měs. norm., pak zpomalení vývoje a regres, ztrácí zájem o soc. kontakt, porucha řeči, ztráta schopnosti funkčního užití rukou – ty trvale zaměstnány stereotypními „mycími“ pohyby; zpomalený růst hlavičky, progresivní zhoršování motoriky, deformuje se páteř a končetiny, rozvoj epilepsie, rozvoj těžké mentální retardace – jsou celoživotně na úrovní do 1 roku, komunikace jen pohledem, velmi špatná prognóza – i omezení délky života