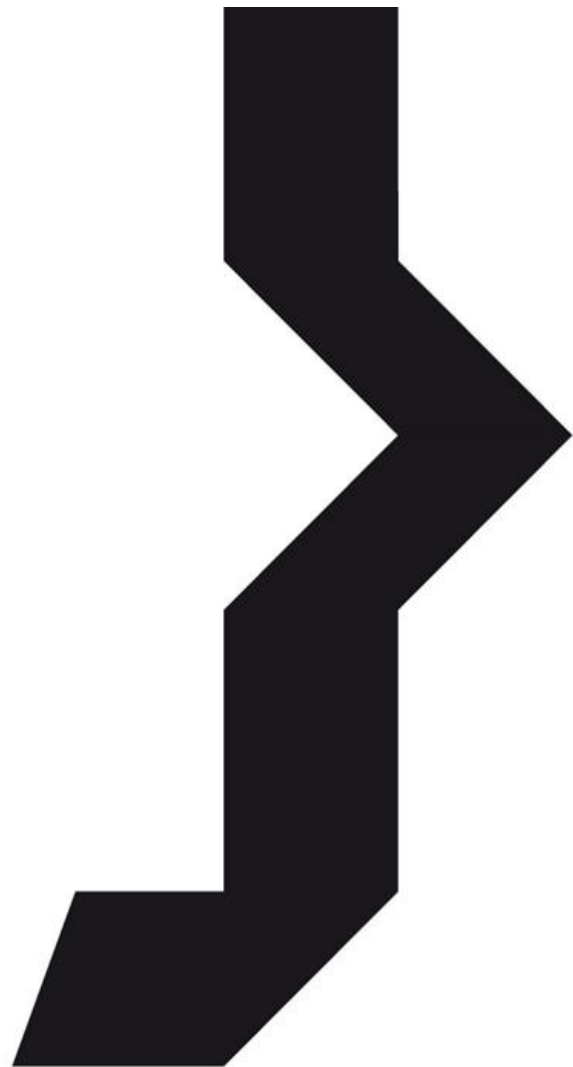




Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta



# **PATOPSYCHOLOGIE**

**průvodce předmětem pro studijní program  
Sociální patologie a prevence**

**Autor: Jiří Kučírek**

## **Anotace:**

Tématem předmětu jsou základní okruhy poruch chování u dětí a dospívajících včetně psychosomatických projevů a aktuálních závislostí, které závažně narušují jejich zdravý psychosociální vývoj. Nejčastější duševní poruchy projevující se v této věkové skupině a následky, které mají vliv na jejich psychickou komponovanost a další životní kariéru. Extrémním problémem současnosti je exponenciála digitálních závislostí s fatálními důsledky na psychomotorický, intelektuální vývoj (nejen) dětí a dospívajících.

## **Struktura:**

1. Vznik a formování oboru patopsychologie
2. Vymezení normy, normality, duševní zdraví.
3. Psychosomatické onemocnění u dětí a dospívajících I.
4. Psychosomatické onemocnění u dětí a dospívajících II.
5. Poruchy chování v dětství a adolescenci a jejich rozpoznání I.
6. Poruchy chování v dětství a adolescenci a jejich rozpoznání II.
7. Poruchy chování v dětství a adolescenci a jejich rozpoznání . Dětská psychiatrie. III.
8. Kvalita života a duševní porucha
9. Děti a dospívající : důsledky rozvodu/rozchodů rodičů
10. Syndrom odcizeného rodiče
11. Poruchy chování v důsledku negativních vztahů v rodině
12. Příčiny a projevy závislostí.
13. Závislosti na digitálních technologiích



## **Literatura:**

### **Povinná:**

- Časopis Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Bratislava, SPN.  
TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí : jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka. Praha: Portál, 2001.  
KOHOUTEK, R. Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy. Brno : Masarykova univerzita, 2007.  
SPITZER, M., Kybernemoc !, Praha . Host 2016  
KOLUCHOVÁ, J. Přehled patopsychologie dítěte I., II. Praha : SPN, 1989.  
VÁGNEROVÁ, M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha : Karolinum, 1997

### **Doporučená:**

- DUNOVSKÝ, J., MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha, Grada 1995.  
JEDLIČKA, R. a kol. Děti a mládež v obtížných životních situacích. Praha: Themis, 2004.  
MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. Psychická deprivace v dětství. Praha : Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, 1974. ISBN 80-049-74.  
ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol.: Dětská klinická psychologie. Praha, Grada 2006.  
SCHMIDBAUER, W. Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích. Praha : Portál  
KUČÍREK, J., Psychosomatika a děti, Praha : VIOD 2006  
VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha : Portál, 2008.

## Význam ikon v textu



### **K zapamatování**

Seznam důležitých pojmů a hlavních bodů, které by student při studiu tématu neměl opomenout.



### **Poznámka**

V poznámce jsou různé méně důležité nebo upřesňující informace.



### **Kontrolní otázky a úkoly pro samostudium**

Prověřují, do jaké míry student text a problematiku pochopil, zapamatoval si podstatné a důležité informace.



### **Literatura**

Použitá ve studijním materiálu, pro doplnění a rozšíření poznatků.

# 1 Vznik a formování oboru patopsychologie



## Klíčová slova:

patopsychologie, psychopatologie, dětská psychiatrie, nezletilí pacienti,



## Poznámka

Výraz *patopsychologie* se v Československu začal objevovat přibližně před 55 lety, tj v roce 1964 v souvislosti se založením Výzkumného ústavu dětské psychologie a patopsychologie v Bratislavě a kdy od roku 1966 začal vycházet odborný časopis se stejným názvem. Předmět patopsychologie nebyl dlouhou dobu explicitně vyložen. V roce 1971 se začala vymezovat jako „ vědní obor zaměřený na problematiku psychologie defektního, deficitního či narušeného dítěte“ . Stojí za zmínku, že pojem patopsychologie se již objevil v Psychologickém slovníku K. Černockého, který byl vydán v roce 1940 v Praze ( uvedený termín byl ale občas užíván v anglosaské literatuře).

Je pozoruhodné, že i když nebyl předmět patopsychologie uspokojivě diferencován od příbuzné disciplíny psychopatologie, velmi rychle pronikl do studijních plánů pro obor (speciální) pedagogiky na pedagogických fakultách.

Pojem patopsychologie se v současnosti vyskytuje převážně v jazyku odborníků postkomunistických zemí (Česko, Slovensko, a země bývalého socialistického bloku) . V zahraniční literatuře se tento pojem častěji vyskytuje jako psychologie duševních nemocí, či synonymum psychopatologie (*psychopathology*), ev. *abnormální psychologie (abnormal psychology)*.

Pohled na význam dětské psychiatrie se celosvětově zásadně mění. Díky longitudinálním studiím na velkých kohortách jsme se, mimo jiné, dozvěděli, že duševní poruchy začínají dávno před tím, než pacient vstoupí do péče dospělého psychiatra, jak zásadní pro duševní zdraví v dospělosti jsou rané zkušenosti dítěte a že duševní onemocnění je výsledkem složité interakce rizikových a protektivních faktorů, z nichž mnohé můžeme v dětství velmi dobře ovlivnit. A také, že pokud nebudeme věnovat náležitou pozornost právě dětskému věku, promeškáme nejvýznamnější období z hlediska prevence a mírnění závažnosti průběhu duševních poruch.

Pokroky v pochopení významu dětského duševního zdraví jsou reflektovány i v revizi klasifikačních systémů. DSM-5 je postaven na principu kontinuity duševních poruch od dětství do dospělosti. Tak některé duševní nemoci, které jsme vnímali jako nemoci dětské, jsou včleněny do společných kapitol s nemocemi dospělých. Například kapitola Anxiety Disorders začlenila separační úzkostnou poruchu a selektivní mutismus mezi ostatní úzkostné poruchy v dospělosti, podobně kapitola Feeding and Eating disorders přiřadila dříve typické nemoci vyskytující se v dětském věku, jako je pika nebo ruminační porucha, do společné kapitoly s ostatními poruchami příjmu potravy dospělých.

Bohužel, poznatky z výzkumu zatím velmi málo ovlivňují organizaci zdravotní a sociální péče i vzdělávání. Dodnes jen pár zemí zformulovalo komplexní národní politiku duševního zdraví dětí a adolescentů, která by sjednotila koncepční a resortní roztržitost péče. Česká republika mezi ně bohužel nepatří a je to jeden z našich hlavních úkolů do budoucna. Je také zásadní, aby zapojení dětské psychiatrie do současně probíhající reformy bylo skutečně systémové a vycházelo z potřeb oboru a nikoliv z definic projektů, které na dětské duševní zdraví původně

vůbec koncipovány nebyly. Sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti a Asociace dětské a dorostové psychiatrie musely velmi dlouho bojovat o uhájení samostatného vzdělávání a otázky financování oboru, tak časově a organizačně náročného, nejsou uspokojivě dořešeny dodnes. V České republice je tak několikanásobně méně dětských psychiatrů a psychologů než v zemích, jejichž systémem péče bychom se chtěli a měli inspirovat. Podle statistik až 9 procent českých dětí trpí ADHD, téměř 2 procenta autismem a procento schizofrenií.

**V roce 2017 u dětských psychiatrů se uskutečnilo téměř čtvrt miliónu (225 451) vyšetření nezletilých dětí. To je o téměř 15.000 více než v roce 2016 (210 944).**

**S vývojovými poruchami v dětství a v adolescenci se v roce 2017 již ambulantně dokonce léčilo 37 751 nezletilých.**

S mentální retardací se objevilo v ambulanci 5 216 nezletilých. U poruch příjmu potravy tvořili nezletilí dokonce téměř polovinu (43,6 procent) všech ambulantně léčených pacientů (1627). Například v roce 2012 bylo nezletilých pacientů ambulantně léčených pro vývojové poruchy v dětství a adolescenci téměř o 10 000 méně (29 118).

**Za posledních pět let se v ČR zvýšil počet nezletilých pacientů o přibližně 20 procent.**

Pro porovnání následující statistika :

V roce 2012 bylo ambulantních vyšetření 204 463 a v roce 2017 již : 225 451

Počet dětských pacientů do 14 let :

V roce 2012 : 29 336 a v roce 2017 již 39 199

Počet vyšetření adolescentů od 15 do 19 let:

V roce 2012 : celkem 27 213 a v roce 2017 již 28 261



## Otázky

1. Kdy se profilovala patopsychologie?
2. jak se liší patopsychologie od psychopatologie?
3. jaký je současný stav dětské psychiatrie ( změny počtů pacientů) v ČR?



## Literatura:

Časopis Psychológia a patopsychológia dieťaťa. Bratislava, SPN.

TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí : jak je rozpoznat a kdy se obrátit na odborníka. Praha: Portál, 2001.

KOHOUTEK, R. Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy. Brno : Masarykova univerzita, 2007.

KOLUCHOVÁ, J. Přehled patopsychologie dítěte I., II. Praha : SPN, 1989.

VÁGNEROVÁ, M. Psychologie problémového dítěte školního věku. Praha : Karolinum, 1997

DUNOVSKÝ, J., MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha, Grada 1995.

JEDLIČKA, R. a kol. Děti a mládež v obtížných životních situacích. Praha: Themis, 2004.

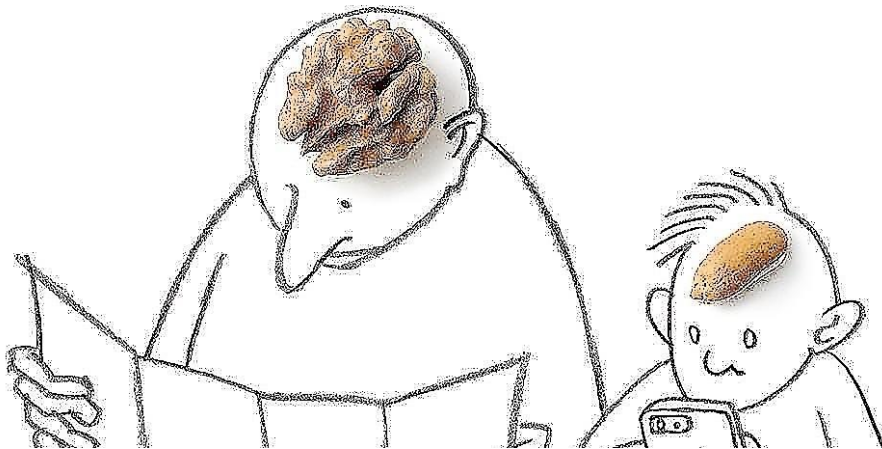
MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. Psychická deprivace v dětství. Praha : Avicenum, Zdravotnické nakladatelství, 1974. ISBN 80-049-74.

ŘÍČAN, P., KREJČÍROVÁ, D., a kol.: Dětská klinická psychologie. Praha, Grada 2006.

SCHMIDBAUER, W. Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích. Praha : Portál

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4. vyd. Praha : Portál, 2008.

SPITZER, M., Kybernemoc, Praha . Host 2016



## 2 Vymezení normy, normality, duševní zdraví



### **Klíčová slova:**

**norma, MKN-10, disabilita, MKF,**

Norma ( z hebr. Gáné, rákos na vyměřování , míra, přešlo do řec. kanné, kánon, v lat. norma, přeneseně pak pravidlo). Pojetí normy je spjato s filosofickým myšlením, i když často je zájem zúžen pouze na tři normativní disciplíny: logiku, etiku a estetiku. Nejen psychologie, ale i sociologie se zabývá normami lidského chování. Systému norem je nadřazený systém hodnot, systému hodnot odpovídá příslušný systém norem.

Původ normálnosti ve vědě a filosofii můžeme nalézt v Platónově nauce o ideách. Ontologie podstaty se stala tématem, nikoliv individuální (nahodilé). Jednotlivé nebylo chápáno jako hodno pozornosti, protože podstatné, obecné je základem vědeckého myšlení.

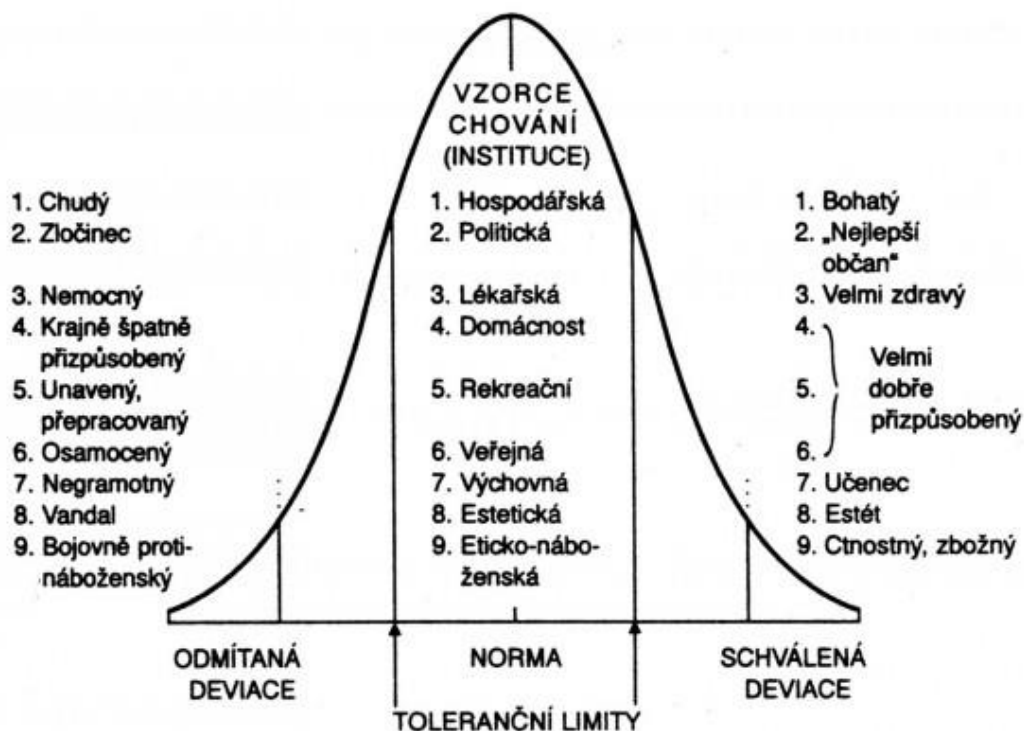
Od Aristotela pramení úvaha , že pokud se věc nalézá v souladu se svou přirozeností, nemusí se její chování vysvětlovat, teprve odchylka potřebuje nápravu : běh přírody je všeobecný směr pohybu, odchylka je anomální. Individuální musí být v souladu s obecností. Obecné stojí nad jedinečným, individuálním.

Jde o zásadní orientaci filosofického myšlení: formulovaná opozita neměnného a proměnlivého dodnes značně ovládá evropskou vědu, teprve idea organické revoluce v 19. století opět nastolila pojem variability, „proměnlivosti neměnného“, podstatného a přinesla orientovanost na nahodilé, individuální.

Z antiky rovněž přichází myšlenka Středu jako míry dokonalosti (vyváženosti) , ovšem myšlenku aritmetického průměru jako VZORU, normy jedince , formuloval A.Quételét (1835) , který je autorem (l'homme moyen) tzv. „průměrného (středního) člověka“, kterého složil z průměrů jeho jednotlivých znaků a prohlásil jej dokonce za morální, biologický prototyp dokonalosti (v antice naopak nebyl vzorem průměr, ale dokonalý jedinec). Francie, která zavedla jako první všeobecnou brannou povinnost potřebovala „změřit“ vojáky pro výrobu uniforem, proto zde pramení všechna původní značení „čísel bot, šatů“. Pozornost se začala soustředit na patologické a na jeho odstranění , jako cesty k dosažení normy. Gaussova křivka je jen pokračováním statistického náhledu na normálnost jako rozptyl.

Koncem 19. století s začátkem 20. století začala být psychologie nahlížena jako samostatný obor a (stala se třetí vědou která po fyzice a chemii začala využívat v práci experimentální metodu) s očekáváním, že ji lze využít v praxi , zejména pro měření individuálních rozdílů mezi lidmi.

K rozšíření psychologického testování zásadně přispěl američan James McKeen Cattell , který koncem 19. století , po praktických zkušenostech anglického amatérského psychologa F.Galtona, spjatého s prvními pokusy zjistit dědičnost inteligence srovnávací metodou. Počátek vyvíjení škály měření inteligence dětí je spjato s francouzskými psychology A. Binetem , T. Simonem a jejich tzv. „ Binet-Simonovy škálu“, kterou posléze revidoval L.M. Terman, známou jako „Stanfordská – Binetova škála“ (1916). Se zmíněnou škálou souvisí formulování inteligenčního kvocientu dítěte , původně vymezeného „mentálního věku“, později německým psychologem W. Sternem ( škálou zjištěný mentální věk se ještě vydělí věkem chronologickým, vynásobí se 100 a výsledkem je IQ). W. Stern formuloval předpoklad, že lze využívat statistické metody na získána data jak na velké skupiny jedinců , tak i na jednotlivce.



Postupem doby se formulovaly dvě hlavní teorie toho „co má být“: a.) dualistická (která navyvozuje žádné závěry z toho, „co je“, pro to, co by „mělo být“ a b.) monistická (která vidí v bytí jedince fundament toho „co má být“).

Tím ale nastává problém, zda norma se nachází absolutně proti faktickému dění, či si žijící lidé nejdříve vytvářejí normy.

Tradičně lze vymezit různé pohledy na normalitu, klasické pojetí vychází z náhledu, že člověk je normální až do chvíle projevů poruch vnímání, myšlení, paměti, podle S. Freuda jsem na cestě být normální, nebo pohled na normalitu podle statistického průměru, či současnější náhledy popisující normalitu jako proces a ne stav, ev. normální jsou všichni, dokud není zván ke konzultaci psychiatr.

Každá vědní disciplína vždy směřuje k uspořádávání svých poznatků na základě aktuálního vědeckého rozlišování, zkušeností i teoretických poznatků, rovněž tak i psychologie či psychiatrie.

První snahou o společné ujednocování poznatků a klasifikací byl přijatý Mezinárodní seznam příčin nemocí v roce 1893 (Chicago). Následovaly revize klasifikací a například až v roce 1938 (V. revize) byly rozčleněny čtyři typy duševních poruch (duševní zaostalost, schizofrenie, maniodepresivní psychóza a ostatní duševní poruchy).

Pozvolna se oddělila americká psychiatrie, která si zpracovala vlastní Diagnostický a statistický manuál duševních poruch „DSM-I“ (1952), dnes platí od května 2013 DSM-5. Postupné doplňování stále nových diagnóz je projevem psychiatrizace (tj. neustálého zvyšování počtů nových psychiatrických diagnóz), například v manuálu z roku 1952 bylo uváděno přes 100 duševních poruch, tak v DSM- V jich už bylo přes 400. Evropská psychiatrie zpracovávala odlišnější klasifikaci MKN a její 9. revize již byla americkou psychiatrií odmítnuta. Orientovala se na popis symptomatiky (vzniku duševních chorob) a nikoliv z etiopatogenetických hypotéz. Garantem Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10, vydané v roce 1992, je Světová zdravotnická organizace. Rozhodnutím MZ ČR v roce 1993 u nás vstoupila platnost. Psychiatrii je věnována V. kapitola pod označením : F a obsahuje na 1.000 různých kategorií rozčleněných



do 10 sekcí. U každé kategorie jsou konkrétně uvedeny klinické popisy, vylučující kritéria, diagnostická vodítka včetně diferenciální diagnostické úvahy.

V současnosti již existují pro naše potřeby jak v sociální oblasti, tak i ve zdravotnictví dva klasifikační systémy, prvním je již zmíněná Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů v desáté decennální revizi „MKN–10“, ovšem od roku 2001 existuje další, MKF: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) , vydaná WHO. Tomuto kroku předcházela v roce 2000 dohoda mezi WHO s EU a o jejím přijetí v EU. Užívána je jak pro oblast sociálního zabezpečení, školství, či pojišťovnictví, ale i zdravotnictví, nebo zaměstnanosti.

Disabilitou se rozumíme snížení úrovně funkčních schopností na úrovni těla, jedince, či společnosti, která vzniká, když s jedinec se svým zdravotním stavem, kondicí, setkává s bariérami prostředí. Disability nepojímá jedince v celku, ale směřuje ke klasifikaci a popisu každodenních situací s nimiž se jedinec musí vyrovnávat. Sociální přístup nepojímá disability jako vlastnost jedince (tj. nelze klienta charakterizovat jako disabilního). Stručně vyjádřeno, MKF neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situaci každého jedince v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. Rovněž například neuvádí termín „handicapovaný“ jedinec.

Na rozdíl od MKN-10 v klasifikaci MKF je pojem lidského zdraví pojímán v širším kontextu, než jak zdraví v roce 1948 vymezila WHO „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak i psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neúživosti“.

Nová klasifikace užitá v MKF se skládá ze dvou bloků : část 1: funkční schopnost a disability a ty se dělí na část tělesných funkcí a struktury a část aktivity a participace, část 2: spolupůsobící faktory a ty se dělí na část faktorů prostředí a osobní faktory. Klasifikace MKF již neklasifikuje konkrétní osobu, ale situace, v nichž se osoba životně nachází, které prožívá.



#### Otázky :

1. Co je norma?
2. jak se vymezuje normalita?
3. Co je MKN-10 ?
4. Co znamená MKF ?
5. Kde platí DSM-V ?
6. Co znamená disability?



#### Literatura:

- Gábura J., Pružinská J., *Poradenský proces*, Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-10
- Kopřiva K., *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-  
Úlehla I. *Umění pomáhat*. Praha: Slon 2009. ISBN 978-80-86429-36-6
- Culley S., Bond T., *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-807367-452-6
- Babriel Z., Novák T., *Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči* 1.vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1788-3
- Hargašová M., Novák T., *Předmanželské poradenství* 1.vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1730-2
- Hargašová M. a kol. *Skupinové poradenství* 1.vyd. Praha: Grada 2009, ISBN 978-80-247-2642-7
- Laan, G. *Otázky legitimity sociální práce*, Boskovice – Ostrava: Albert 1998

- Mousová H.Z., Valentová L., a kol. *Poradenské teorie a strategie*, Praha: UK, 2002 ISBN 80-7290-098-6
- Matoušek, O. a kol.: *Metody*
- Novák T., Drinocká H., *Partnerské a rodinné poradenství: práce s klienty*. 1. Vyd. Praha: Grada 2006, ISBN 80-247-1526-0
- Novosad L., *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál 2009, ISBN 978-80-7367-509-7
- Paulík K., *Vybrané poradenské a psychotherapeutické směry*. Ostrava: OU 2009. ISBN 978-80-7368-739-7
- Schavel M., Oláh M. *Sociálne poradenstvo*, 2.vyd. Bratislava VŠZaSP sv. Alžběty, 2008, ISBN 80-8068-487-1.
- Kyriánová H., *Assesment centrum v současné personální praxi*. Testcentrum, Praha 2003, *Manuály vybraných psychodiagnostických metod*
- Stančák A.: *Klinická psychodiagnostika dospělých*, Pschoprof, Nové Zámky 1996, *Standarty pro pedagogické a psychologické testování*. Testcentrum, Praha 2001.
- Svoboda M. (ed.), Krejčířová D., Vágnerová M. : *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Portál, Praha 2001
- Šípek J.: *Projektivní metody*, ISV nakladatelství Praha 2000
- Weiss P.: *Sexuální deviace – klasifikace, diagnostika a terapie*, Portál, Praha 2002.
- Chalupa, B., *Psychodiagnostické studie*, Litera Kovařík, ....
- SVOBODA, M. (Ed.) *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013, ISBN 80-7178-327-7
- Svoboda, M. (Ed.) *Psychopatologie a psychiatrie*, Praha: Portál 2006, ISBN 80-7367-154-9
- NOVÁK, T. *Manželské a rodinné poradenství*. Praha : Grada, 2006, ISBN 86-247-978-80-262-0363-6.
- SCHNEIDEROVÁ, A. *Základy poradenství*, Ostrava 2008, ISBN 978-80-7368-2,
- SRNEC, J. *Základy psychognostiky*. Praha: VŠPS, 2010, ISBN 978-80-904541-2-5,
- KOLIBOVÁ, H., SCHERROVÁ, D. *Práce s klientem*. Karviná 1999, ISBN 86-7248-020-0, s. 47 – 70.
- NOVÁK, T. *Partnerské a rodinné poradenství. Práce s klientem*. Praha: Grada 2006, ISBN 86-247-1526-0, s. 159 – 183.
- DRYDEN, W. *Poradenství*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-371-0, s. 7 – 102.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Praha: SLON 1995, ISBN 80-85850-10-10-9, s. 25 – 87.
- ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: SLON, 1995, s. 25 – 40., ISBN
- CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha : Portál 2008, ISBN 978-80-7367-452-6
- TIMULÁK, L., *Základy vedení psychotherapeutického rozhovoru*. Praha : Portál 2006
- SCHARLAU, CH. *Techniky vedení rozhovoru*. Praha : Grada 2008, ISBN
- MIKŠÍK, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Univerzita Karlova 2001, ISBN 80-246-0240
- Ackermana et al. *V Anthony, The Child in His Family*, 1970
- Ackerman, N.W. *Treating the Troubled Family*, Basic Books, New York, 1966
- HALEY, J. *The Book of Family Therapy*, Ed. Ferber, A., Mendelsohn, M., Naper, A., Boston 1973
- Zapf, W., *Die Pluralisierung der Lebensstile*, In: *Industrialisierung und Sicherheit*, Munchen 1987

### 3 Psychosomatické onemocnění u dětí a dospívajících I.



#### **Klíčová slova:**

**psychosomatika, onemocnění srdeční, oběhové, dýchací, trávicí, kožní gynekologické**

#### *Jednotlivá vybraná psychosomatická onemocnění*

##### **Onemocnění dýchacích cest**

Vyvozuje se, že dýchání je prostředek vyjádření: prožívaný smutek snižuje hloubku dýchání, kdežto radost hloubku dýchání zvyšuje. Uzkostné děti mají nepravidelné, povrchní, rychlejší dýchání. Tempo a rychlost dýchání je vnějším projevem psychického prožívání.

→ Asthma bronchiale Astmatický záchvat lze vysvětlit jako ekvivalent pro potlačovaný pláč. Záchvat často končí rychlým vzlykáním – analogie s křikem dítěte, které se vzpouzí ztrátě zakotvení, bezpečí. Občas se také nemoci kůže či migréna lepší po pláči. Uvádí se, že astma má souvislost s nemocemi kůže, důležité jsou infekční a alergické složky při jejich vzniku. Například dítě reaguje alergicky na blízkost květin, ale první záchvat přijde již při pohledu na umělé květiny ve váze. Může se jednat o problematický vztah s matkou, na jedné straně touha po něžnosti, na druhé strach z její osoby. Jedná se o porušení schopnosti dávat a brát, o narušenou tendenci identifikovat se s jinými osobami. Astmatická nouze o dech je zadržování i emocí a citů.

→ Škytavka, kašel Škytavka je často pozorována u dětí, které jsou vystaveny proměňující se značné velkorysosti a trestající přísnosti rodičů. Takových, kteří jim nemohou věnovat opravdovou lásku. Prudší záchvaty se objevují v momentech nejistoty, nebo při zhoršení stavu. Kašlem se osvobozují dýchací cesty od všeho překážejícího (mechanické překážky), nebo dojde k odblokování vnitřních snah - pocitů (psychické překážky). Kašel může být následkem vnitřního napětí, které přinese momentální uvolnění, ovšem může být také ekvivalentem vzteku nebo jiného afektu. Výrazné vykašlávání může být výrazem hnusu nebo hostility. Kašel lze v některých situacích interpretovat jako prosbu o soucit, ohled.

##### **Srdeční a oběhové nemoci**

→ Srdeční neuróza K srdeční neuróze dochází v takové míře, která je pacientem vnímána jako sebemenší příležitost, aby mohl zdůvodnit svůj latentní strach. Mnohočetnost příznaků od bušení srdce, závratí, návalů pocení, psychické i fyzické astenie ovšem úzce souvisí s osobnostní strukturou. Časté jsou také poruchy spánku, či absence optimistického naladění. Většina „srdečních neurotiků“ je velmi znepokojena, pokud se musí s někým blízkým rozloučit a prozrazuje tak výrazné přání k někomu pevně přilnout. Uvedené chování souvisí s ranou fází individuálního vývoje dítěte, kdy odloučení od maminky znamená maximální ohrožení. Odtud strach z odloučení se všemi průvodními symptomy, strach z osamělosti. Podnětem k propuknutí nemoci se tak může stát moment, kdy reálně hrozí rozloučení se vztahovou osobou, neštěstí v okolí apod. Srdeční neurotici ale nejsou simulanty a nejlepší cestou, jak jim pomoci, je nabízet kontakty, vazby.

→ Koronární onemocnění Kardiovaskulárními onemocněními trpí stále více mladších lidí. Rizikovými faktory jsou: cukrovka, obezita, zvýšená hladina cholesterolu, abúzus alkoholu a zejména kouření, absence pohybu na zdravém vzduchu. Infarktem jsou ohroženy jak labilní, tak i zcela vyrovnané osoby. Jsou výrazně orientovány na úspěch ve škole, profesi s rigidními rysy. V chování jsou otevření a přátelští, ale současně úzkostní. Existuje zde touha po výkonu

jako kompenzace některých neurotických poruch. Velké riziko přináší zklamání v mezilidských kontaktech, následkem čehož je labilita sebevědomí. Riziko zvyšuje nesoulad mezi znalostmi a činností, která je vykonávána. Bohužel, dnešní doba uznává pravidlo, že kdo hodně pracuje, je zdravý. Dochází tak k popření prožívaných problémů, přecházení obtíží.

### Aspekty chování při jídle

→ Výživa Pro každé malé dítě je konzumování potravy ztotožněno s pocitem být milován, s pocitem jistoty zakotvení. Tento pocit se nikdy, ani v budoucnu, nevytrácí. Ústa zůstávají jako centrum lásky, políbení, něžnosti. Rozdělují se jídla, která jsou prvkem jistoty, vyvolávající pocit bezpečí, například mléko. Jídla, která značí, nebo mají význam ve smyslu odměny, jsou sladkosti. Jídla „posilující“ – biftek, jídla zdůrazňující postavení – kaviár. Jídla dospělých, která jsou dětem zakázána – káva, destiláty, víno, pivo. Na obdobné bázi existují jednotlivá jídla s individuálním významem, například dítě nucené jíst každodenně mrkev „na oči“ bude v dospělosti mrkev odmítat. Nevědomě tak vzpomíná na nucení jako zásahy do svého vlastního rozhodování. Jídlo je komunikativní proces, proto se také nálada u stolu promítá do zhodnocení stravy.

Zvláštní kapitolou je touha po cukrovinkách, jež má obvykle psychické příčiny – neuspokojený život. Dlouhé chvíle mohou vést k náhradnímu sebeodměňování mlsanými sladkostmi. Může jít o vyjádření vytouženého, ale chybějícího vztahu k matce v raném dětství (vnitřní samota). Uspokojování hladu u malého dítěte je vždy spojeno s pocíťováním slastných pocitů a prožívání bezpečí. Hlad je spojován se smyslem pro vlastnění, ale také závistí, žárlivím. Pokud dítě nemůže uskutečnit tyto agresivní impulzy, dochází k psychické nevolnosti, u dítěte k návalům pláče, vzteku, neklidu, poruchám spánku, trávícím poruchám. Známa je souvislost mezi pitím u prsu matky a příjemným vjemem, který se snaží zopakovat cucáním palce. Je v zájmu matky a dítěte, aby dítěti vycházela vstříc.

Tak se jídlo stává něčím příjemným, spojeným s pocitem spokojenosti. Projevy nechutenství jsou často výsledkem výchovy, zaměřené primitivně na vše tělesné. Výchova je pro takové rodiče pouze starost a problémy, aby dítě mělo pravidelnou stolici a dost jedlo. Odměnou má být vypasené, baculaté dítě. Apely na rozum a nucení spíše chuť zhoršují. Dítě tak reaguje na rodičovský nátlak, který narušuje jeho přirozené potřeby, dvojnásobem. Buď jí jen když se řekne, odmítá jídlo ze vzdoru nebo trpí pasivně překrmování až k otylosti. Psychosomatická reakce žaludku může mít i výraz jako symbolický hlad, „hlad“ po lásce, konejšení, pohlázení. Potrava je pro dítě identická s láskou. Dítě, které má dostatek jídla, ale poskrovnu lásky, se pokouší vyrovnat tento deficit vyšším přísunem jídla. Nejistá a neurotická matka přenáší ovšem také stav napětí na dítě. Může se stát, že dítě nevědomě odmítá matku pro její špatnou péči, což vede ke křečím, zvracení.

→ Překrmování, bulimie Otylí jedí více, než potřebují. V řadě případů se může jednat o porušenou rodinnou konstelaci, která již v dětství vytvořila předpoklady pro náhradní orální uspokojování jinak zapovězených přání. Jídlo jako náhrada za absenci uspokojování emocionálních potřeb.

Rozlišují se čtyři skupiny chování: jedlíci z opojení (chuť je přepadá až k opojení, dokáží sníst neuvěřitelné množství jídla), dále trvalí jedlíci (chuť dostanou jak vstanou, neschopnost soustředit se jen na hlavní jídlo), dále nikdy sytí (hlad přichází s jídlem) a konečně noční jedlíci (hlad je přepadá hlavně večer, těžko usínají bez prohlídky ledničky). Rodiče mohou vyvolat obezitu, pokud schematicky na každou potřebu dítěte reagují nabídkou dalšího jídla a pozornost mu věnují jen když jí. Psychosomaticky se vysvětluje značný přísun jídla jako obrana před nechtěnými afekty, depresivními pocity a úzkostmi. Mnohdy se bulimie vyskytuje následně po nějaké frustraci.

→ Mentální anorexie Jedná se o somatické onemocnění s psychickými příčinami, extrémní omezení potravy a ztrátu hmotnosti na 20 – 40 procent tělesné hmotnosti na počátku nemoci.

V těchto rodinách se často nachází styl výchovy, který nepřipouští žádné konflikty. Trvalé napětí v rodinných vztazích je protkáno nekončícími diskusemi o nepodstatných věcech. V těchto rodinách bývá autoritativní postavou nejčastěji matka, otecje pouze tolerován. Odmítání jídla lze chápat jako orální protest. Projevuje se vnější adaptace, povolnost, asketické tvoření ideálu. Neschopnost stravovat se ve společnosti jiných osob je vyjádřením komunikační poruchy. Často se jedná o jedináčky, bývají ve vzájemné provázanosti s matkou, značně ambivalentní v případě odloučení.

→ **Ortorexie** V současnosti se o ortorexii hovoří teprve několik let a vyjadřuje novou orientaci na kvalitu stravy, posedlost zdravým jídlem. Ovšem orientovanost ve smyslu extrémní kontroly potravin, výrobců, zálibě v biopotravínách a správné životosprávě. Jenže tato záliba se začíná vyhraňovat v určité rituály, plánování stravy, odmítání cizí stravy, vlastní jídlo s sebou (zakoupené pečlivým výběrem). Zásadou je nízkotučný jogurt, tofu, zelenina spojená s kontrolou chemikálií, příměsí (ěčka). Klade důraz na jídelní rituály, nápoje jen kvalitní. Ortorexie se může stát předstupněm bulimie či anorexie. Dalším důsledkem je omezování kontaktů s těmi, kteří tyto návyky nemají, dochází tak k pozvolné izolovanosti, nevraživosti vůči ostatním, jinak se stravujícím spolužákům, přátelům. Tito lidé mohou dokonce až terorizovat své nejbližší, své okolí svými požadavky a postoji. Důsledkem je mnohdy naprostá izolovanost a kontakty pouze se stejně smýšlejícími osobami.

Ortorexie je tak nezamýšleným důsledkem extrémně pojaté zdravé výživy, která se stává vyučovaným i reklamou určeným životním stylem.

### **Onemocnění trávicího traktu**

V centru těchto onemocnění se obvykle nacházejí emoce spjaté s problémem bezpečí a zajištěnosti. S jistotou souvisí také touha po moci, do popředí se dostává problém braní a dávání. Do popředí, zejména v současné době, vystupuje vlastní odpovědnost za své kroky, státní paternalismus bude muset ustupovat. Tím náročnější jsou požadavky na děti i dospělé. Uvedený problém dávání a braní se pozvolna začíná propojovat s aktuálními projevy výkonnosti a snaživosti na jedné straně a na druhé straně paralelně s pocity viny, úzkostí. Peníze suplují potravu, smíření se je vyjádřeno ztrátou chuti k jídlu, extrémní chuť k jídlu se kompenzuje se zvládnutím příliš náročných úkolů a konečně zvracení je spojováno s pocity viny a vzdorovitosti. V literatuře se uvádí řeč orgánů těla, kdy symptomy trávicího traktu jsou výrazem emocionálních motivů. Například chtít se něčeho zbavit: chronický průjem. Něco již nemoci vydávat: chronická zácpa. Chronická nemožnost něco zpracovat: bolesti, zánět tenkého a tlustého střeva. Být něčím zhnusen: nechutenství, zhubnutí, zvracení. Něco nemoci spolknout: obtíže s polykáním, poruchy v jídle. Jedná se o konfliktní situaci, kdy na jedné straně člověk vystupuje jako suverénní, vše zvládající a na druhé straně v nevědomí jde o silnou touhu po závislosti, lásce a pomoci.

→ **Průjem, zácpa** Při projevech chronického průjmu nebo zácpy, či střídání obou, musíme vždy uvažovat o emočních faktorech. V případě průjmu (emoční průjem) jde podle Alexandra vyznačit tuto posloupnost projevů: frustrování orálních přání závislosti, agresivní odpověď orální, projevy provinění, úzkosti, překompensace s výraznou potřebou jednat a dávat, radost z věnování a jednání: průjem (jako infantilní forma daru). V případě zácpy se často jedná o osoby spíše úzkostné, depresivní, manifestně vyvážené, s omezenými sociálními kontakty. Nic nechci, nic nedám. U dětí to může být projev silného přání po závislosti, pečlivém zaopatření, nebo zvláště ztráta klíčové vztahové osoby (rozchod rodičů).

### **Onemocnění endokrinního systému**

Somatická podstata cukrovky je popisována v souvislosti s nouzovými stavy, emocionálním stresem, kdy dochází ke zvýšenému obsahu cukru v krvi a k vylučování cukru močí. Příčinou mohou být konflikty a neorální potřeby, které jsou uspokojovány jídlem. Pokud jsou jídlo a

láska postaveny na stejnou úroveň, vznikne při ztrátě vztahu, lásky zážitek hladu. Následně dlouhodobé nevědomé úzkosti mohou vést ke stálé pohotovosti až k úniku, nebo útoku a odpovídající hyperglykemií.

### **Alergie**

Vzájmu psychosomatiky není hledání alergenu, nýbrž biografický významový obsah, který je spjat s pacientem. Například senná rýma nespočívá pouze jen na pyl reagující nosní sliznici, ale také na trvání sekrece hlenu, který je ovšem vyvolán i jinými faktory, a to především stresovými konfliktními situacemi, úzkostnými stavy. Dobrý psychický stav tak může snížit významně práh citlivosti na alergeny. Náhlá zátěž či prožívaná emoce mohou výrazně ovlivnit práh citlivosti, proto je důležité se zabývat i rodinnými vztahy, rodinným klimatem. Sledování rodinného zázemí u dětí, případné problémové situace, mohou významně doplnit informace o dalším postupu léčení. Je zapotřebí pracovat s kontextem vztahů, v nichž se dítě nachází.

### **Kožní onemocnění**

Lidská kůže tvoří hranici individua, vědomí bezpečí, neohrožení je spjaté s naší integritou. Nechtěný průnik za hranice naší intimity může mít celoživotní následky (znásilnění, násilí apod.). Kůže je jeden z nejpodstatnějších orgánů vyjadřujících naše emoce. Nejvíce to můžeme pozorovat na tváři, která je vždy odkrytá, nezahalená. Pojmenování, jako husí kůže, mráz na zádech, mít hroší kůži, jsou velmi známá a mají své opodstatnění. Jsou spjatá s odpovídajícím emočním projevem. Naše kůže, zejména její proměny na tváři nás zradí, i když se snažíme zakrývat své emoce. Kůže reaguje a prozrazuje nám stav vnitřních orgánů, zrcadlí psychické procesy a naše reakce. Kůže je oprávněně považována za projekční plochu zviditelňující probíhající procesy.

→ Endogenní ekzém Kojenecký ekzém je chápán jako výraz narušeného vztahu mezi dítětem a matkou. Maminky, které se nepříliš rády dotýkají svého dítěte, jim tak odírají nutný a potřebný kontakt. Může se za tím skrývat nechtěnost, nepřátelství, výmluva na křehkost dítěte. Hlazené dítě lépe reaguje, je klidnější, má rychlejší pokroky ve vývoji. Ne nadarmo řekl E. Berne, že „kdo není hlazen, tomu vysychá mícha“. Dotek, jako pocit jistoty a zakotvenosti, spjatý s úsměvem a pohledem do očí dítěte, je nanejvýš nutný a žádoucí. I když ekzém může skončit, obvykle v první polovině druhého roku dítěte, následky asi nelze zcela pominout. V adolescenci mohou být podnětem k ekzému problematické, konfliktní vztahy s rodiči, vrstevníky, nebo partnerské vztahy. Při napjatém vztahu je často zasažen ekzémem hrudní koš, či kyčle, ramena.

→ Svědění v anogenitální oblasti Škrábání se stává samoúčelem, spjaté se slastí, ale také s pocitem viny. Nové ataky tvoří uzavřený kruh. Intenzivní škrábání lze považovat také za náhradu masturbace. Škrábání ve smyslu dráždění, něco dráždí a my reagujeme zástupně, škrábeme se. Vedle svědění v anogenitální oblasti můžeme také hovořit o problému běžného svědění, které se projevuje u jedinců nacházejících se v konfliktních, náročných situacích, v momentech rozrušení.

### **Bolesti hlavy**

Bolest hlavy jako překážka v myšlení, mnohdy se tak jedná o zabraňování myšlení, intelektuální negativismus. U běžné bolesti hlavy, obdobně jako u migrény, jde významně často o osoby s nadprůměrnou inteligencí. Krátkodobé bolesti hlavy mohou zastupovat hostilitu, hněv, přetížení. V případě chybných rozhodnutí musíme rozlišit mezi vědomými chybnými kroky (vznik depresí z vyčerpání) a těmi, které jsou vytěsňeny do nevědomí s následně vznikajícími komplexy.

## Gynekologická onemocnění

I když se již dosud hodně v oblasti sexuality odtabuizovalo, přesto zůstává stále ještě dost problémů souvisejících s přijetím ženské role. Například problémem zůstává bolestivá menstruace, ukazuje se, že bolestivost je spojena vždy s vnitřním napětím, zejména u mladých dívek pod vlivem afektivní zátěže (např. strach ze sexuálního styku, obava z gravidity, nebo onemocnění). Vnitřní napětí často pramení z negativního postoje matky k menstruaci, což se přenáší na dceru. Problémová matka zápasící s přijetím ženské role prožívá menstruaci jako něco ponižujícího, nechtěného. Tyto negativní postoje se přenáší i na dceru, která následně prožívá rovněž bolestivou menstruaci.

→ Psychosomatika a zubní ošetření dětí

Za pozornost stojí i další problematika, a tou je návštěva zubního lékaře, která je většinou spojena se stresem. Chování dětí k zubním problémům je odvozeno od postojů rodičů. Dětské traumatizující zážitky ze zubní ordinace se stávají startérem pozdějšího výskytu strachu ze zubařů. Jde o akt donucení, proti vůli, kdy se nemůže bránit. Dívky se jeví významněji úzkostnější než chlapci, proto je zapotřebí psychologická příprava v případě nošení rovnátek, rovnání zubů. Strašení dětí zubařem vyvolá apriorní strach, záchvaty pláče, snahu uniknout, případně zatajení bolesti zubů. Tyto děti také hůře snášejí zubní zákrok.



### Literatura:

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

GELDARD, K., GELDARD, D. Dětská psychoterapie a poradenství. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.

GOETZ, M. Deprese u dětí a adolescentů. Praha: Psychiatrie pro praxi, 2005.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. Zlo na každý den. Praha: Galén, 2001. ISBN 807262-088-6.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Suicidální pokusy u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro praxi, 2006/3.

KOUTEK, J. Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. Pediatrie pro praxi, 2008/9.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178700-0.

MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicenum, 1986.

MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-0065.

MÜLLER, I. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7169-512-

THEINER, P. ADHD od dětství do dospělosti. Psychiatrie pro praxi, Praha, 2012.

TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178503-2.

VÁGNEROVÁ, M. Dětství a dospívání. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

KUČÍREK, J., Psychosomatika a děti, Praha 1994

## 4 Psychosomatické onemocnění u dětí a dospívajících II.



### **Klíčová slova:**

**dítě, kult, psychosomatika**

#### → Dítě a současný kult těla

Narcistické uctívání vlastního těla pozorují děti u svých rodičů, okolí, v reklamě. Zaujatost vlastním tělem, posedlost zdravím, štíhlostí je již i problémem u dětí. Snaha dobře vypadat, být in, projevující se u dětí, je jen důsledkem celospolečenského chování, mediálně permanentně prezentovaného. Tělo již není niczavrženíhodného, ale naopak znakem naší nejniternější identity. Znevážit vzhled dítěte, dospívajícího (ostatně nemluvě u dospělého) před ostatními, zanechá trvalé stopy, dokonce větší než kdyžněkoho intelektuálně znemožníme. Personalizace těla, orientovanost na aktuální strategické chování u dětí souvisí s imperativem mládí. Vzhledový deficit, zesměšnění vede k osamělosti se všemi psychickými důsledky.

M. Foucault hovoří o inkolportaci moci, tj. každý z nás se podílí na distribuci moci – vědění ve svém okolí. Matka dohlíží na dítě, dítě se prohlíží v zrcadle, jde o sebedohlížitelství svého vzhledu. Již malé děti dávají přednost štíhlým vrstevníkům a odmítají si hrát s těmi, kteří mají nadváhu. Vidí-li na obrázku postavu s nadváhou, připisují jí více negativní vlastnosti. Problémem je spojování fyzické, tělové přitažlivosti s pozitivními osobními kvalitami, což je již zaznamenáváno delší dobu. U dětí se již tak začínají projevovat psychosomatické důsledky - malá spokojenost s vlastním tělem. Snaha radikálně snížit váhu se stává problémem i u dětí a souvisí s poruchami příjmu potravy. Nízké sebevědomí dítěte může být rovněž spouštěcím faktorem poruch příjmu potravy.

Obavy z tloušťky vedou ke kontrole hmotnosti, jen minimální počet dívek nekontroluje svoji váhu, užívání zvracení jako prostředek hubnutí, nebo laxativa, není výjimkou. Někteří autoři vyvozují, že poruchy příjmu potravy často vznikají u mladých dívek z despotických rodin, znesnadňujících jejich osamostatnění. Úsilí o štíhlost je projevem, jak nad něčím získat vládu. I když se hodně hovoří o psychosomaticce, přesto současná kultura výrazně potlačuje tělové vnímání ve prospěch mysli. Málokdo z nás je ochoten přijmout náhled, že i tělo je důležitým nástrojem našeho poznání a ne jen objektem péče a pozorování.

#### → Závěr

Jak přistupovat z úhlu psychosomatiky k dětem?

Důležité je soustředit se na dítě - pacienta, nikoliv na nemoc. Symptom nemoci chápeme také jako jednoduchý signál, sdělení orgánů, reflektující vnitřní zakotvenost, navenek se manifestující formou ne-moci. Jde o nutnost účasti, vcítění se, nezaujatost a schopnost vnímat nemoc dítěte v kontextu vztahů, v nichž se nachází, neorientovat se pouze na nemoc a formálně sledovat rodinné zázemí jako druhotný a méně podstatný vliv.

Nemoc se jeví výrazně, ale problematické vazby a vztahy v případě jednání s dítětem „nevidíme“. Imperativem by se mělo stát: dítě/pacient se musí vymluvit. Nechat jej hovořit, brát jej takového, jaký je, bez předsudků, být oproštěn od konkrétního očekávání. Slovem účast nesmíme nikdy rozumět soucit, ale zásadně spoluprožívání.

Často se psychosomaticky nemocný brání představě, že by se nejednalo o nemoc orgánů, protože se objevuje jako alarm nebezpečí zjištění, že se jedná vlastně o „duševní problém“, a to je již pro hodně lidí riziková nálepka. Dokonce se dá hovořit o „slušné“ nemoci: organické, a „neslušné“ nemoci: psychické. Té „neslušné“ se všichni obávají mnohem více pro nebezpečí



nálepkování v rodině, mezi přáteli. Stále příjemnější je nechat si vbodnout injekci, než zapřemýšlet o svém chování, stresech. Mnohdy tak dítě hledá u lékaře laskavost, pochopení, přijetí, než tabletky. Tabletky jsou stejné, ale každý člověk je jiný. Je vhodné nechat dítě hovořit o fyzických problémech, ale pokud začne náhle hovořit o psychických problémech, nechat jej.

Psychosomatické onemocnění není jen individuální záležitostí jedince, protože žije v sociálních vztazích. Proto musíme vidět vždy za dítětem další členy rodiny, či skupiny v níž žije. Nikoliv náhodou se začíná psychosomatika projevovat zejména v době, kdy se kladou na dítě zvýšené nároky. Výzkumy ukazují, že existuje velmi úzká souvislost mezi kvalitou sociální opory na jedné straně a psychickým i somatickým zdravím na straně druhé, a to po celý život. Uvažuje se, že vše vzniká už v raném dětství, kdy dítě je vázáno hlubokým vztahem k osobě (obvykle matce), která o něj pečuje. Pokud je vazba pevná, působí jako sociální opora výrazně snižující pravděpodobnost pozdějších problémů. Chápejme pojem sociální opory jako dobře míněnou činnost, která je ochotně poskytována osobě, s níž je dotčený člověk v osobním vztahu. Tato činnost má kladný efekt u dítěte, plní klíčovou a integrující funkci v sociálním kontextu zdraví a nemoci, individuálním zvládnutí zátěže. Osobní vztah (kvalitní) je klíčový v případě léčení psychosomatického onemocnění. K dítěti by se nemělo přistupovat jako k objektu, který má být vyšetřen, ale mělo by jít o vztah bez podřízenosti a nadřazenosti. Nemluvě o lidském, neúředním jednání, postrádajícím „bílý“ plášť distance.

V případě psychosomatických poruch se musíme nejvíce orientovat na otázku, jakou roli má nemoc dítěte v celkovém obrazu rodiny. K nemoci bychom měli přistupovat jako k výrazu absence odpovídající životní úlohy, zdraví brát naopak jako výraz schopnosti dostat předestírající životní úlohy. Je možné, že po zlepšení stavu dítěte, se může problém projevit u jiného člena rodiny. Rodinný vývoj je epigenetický, úkoly rodiny v každém stádiu jejího vývoje jsou různé a stavějí se na sebe.

Celá rodina na těchto úkolech participuje. Úkolem je léčit nemocného člověka a ne nemoc. Naše specializace nás ale vhání do specializovaných pozic, do nichž mimochodem rádi unikáme s výmluvou, že „to“ je mimo naši kompetenci. Unik je ale mnohdy také výrazem naší slabosti, alibismu a nezájmu pojmout jedince v jeho biopsychosociální jednotě, prostě holisticky. Dítě není stroj, z něhož si každý vyjme určitou součástku na opravu podle své specializace. Odpovědnost každého z nás je nepřevoditelná. Jsme odpovědní za to, co jsme udělali, ale také za to, co jsme neudělali!



#### Otázky:

1. Co znamená kult dítěte a kdy vznikl?
2. Jak charakterizuje moc M.Foucault?
3. Na jakou otázku se musíme nejvíce orientovat v případě nemoci dítěte?



#### Literatura:

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

GELDARD, K., GELDARD, D. Dětská psychoterapie a poradenství. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.

GOETZ, M. Deprese u dětí a adolescentů. Praha: Psychiatrie pro praxi, 2005.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. Zlo na každý den. Praha: Galén, 2001. ISBN 807262-088-6.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Suicidální pokusy u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro praxi, 2006/3.

KOUTEK, J. Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. Pediatrie pro praxi, 2008/9.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178700-0.

MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicenum, 1986.

MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-0065.

MÜLLER, I. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7169-512-

THEINER, P. ADHD od dětství do dospělosti. Psychiatrie pro praxi, Praha, 2012.

TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178503-2.

VÁGNEROVÁ, M. Dětství a dospívání. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

KUČÍREK, J., Psychosomatika a děti, Praha 1994

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 5. Vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-

## 5 Poruchy chování v dětství a adolescenci a jejich rozpoznání I.



### **Klíčová slova:**

**psychická tenze, psychomotorická instabilita, infantilismus, sociální zanedbanost**

Problematika závad a poruch chování a prožívání dětí a mládeže patří mezi velmi závažné společenské problémy, které determinují další psychosociální rozvoj mladé generace. Předpokladem adekvátního přístupu, respektive reedukace, resocializace, nápravy těchto závad a poruch je jejich kompetentní klasifikace a identifikace.

Podle symptomatologie (tj. projevovaných příznaků), která nám může pomoci jako metodika vyhledávání, identifikace jednotlivých typů dětí, si můžeme, podle R. Kohoutka, vyčlenit hlavní okruhy závad chování a prožívání (občasných, kratších, situačních a ještě nedosahujících kvantitativní ani kvalitativní úrovně a závažnosti poruch osobnosti a poruch chování uváděných např. v MKN-10 rozdělit do deseti skupin:

### **A. zvýšená psychická tenze:**

*Mezi projevy psychické tenze patří:*

- dítě (mladistvý) si okusuje nehty (onychophagie),
- stěžuje si na bolesti hlavy (cefalgie), nohou, břicha, mívá žaludeční potíže,
- stěžuje si na závratě, má pocity slabosti, (to vše při negativních lékařských nálezech),
- pomočuje se, • zakoktavá se, • mění často barvu v obličeji, mívá návaly krve, skvrny v obličeji, snadno zbledne, • má zálibu v pocitech bolesti (patofilie),
- zvýšeně se potí (hyperhidrosis), • mívá chvění, třes (tremor) rukou, hlasu (zejména při vyvolání ve škole),
- přecitlivě (hypersensitivně) reaguje na neúspěch, bývá často lítostivé, plačtivé (lacrimózní), snaží se být vždy potichu, • občas pomrkává, má záškuby v obličeji, pohazuje rukou, ramenem, pohrává si s nějakou částí těla, • pokašlává, posmrkává, aniž je nachlazen (tiky; tik je mimovolný, náhlý, rychlý, opakující se, nerytmický, stereotypní motorický pohyb nebo hlasová produkce, • mne si často ucho, bradu, krotí si vlasy, poštipuje se, mne si ruce v klípe, cucá si palec, • je nadměrně pečlivé, důkladné až úzkostlivě puntičkářské, • často se zasní a je duchem nepřítomné, vidí často fantastické předměty, • má špatnou základní životní náladu (vypadá nespokojeně), • trpívá dysmorfofobií (tísnivě prožívá svůj vzhled a jeho změny), • je zvýšeně duševně zranitelné, citově deprivované, resp. subdeprivované, • je nejisté při jednání s cizími lidmi, • mívá strach (fobie) z běžných věcí (např. z výšky, samoty, tmy, zvířat), • obtížně se přizpůsobuje v těžších situacích (má sníženou frustrační toleranci), • má pocity nedostačivosti, trapnosti, vnitřního chvění a chaosu, • trpí trémou, má stavy úzkosti (anxiozity) z posuzování druhými lidmi, • na dotazy učitele neodpovídá, ač písemně pracuje dobře a s dětmi o přestávce hovoří (elektivní mutismus), • má nápadně nestejný pracovní výkon, • na konci vyučování si začíná hrát, pošťuchuje souseda, baví ho, je roztékané nesoustředěné na vyučování, • maličkosti je neúměrně rozruší (afektivní labilita), bývá dysforické (špatně emočně laděné), • při ústním projevu se snadno zadýchá, unaví, „lapá po dechu“, • hlásí se často na toaletu apod.

### **B. psychomotorická instabilita,**

Psychomotorická instabilita Mezi typické příznaky psychomotorické instability patří např.: • dítě je velmi živé a pohyblivé až neklidné, hyperaktivní, • nedovede klidně sedět, vrtí se, vyběhá z místa, • často mění náladu bez zjevné příčiny, • rádo běhá venku, hraje pohybové hry, • už v kojeneckém věku bylo nápadně živé, • mluví bez vyzvání, skáče druhým do hovoru, • jedná

zbrkle, bez rozmyšlení, • nedokáže uspokojivě spolupracovat, • pohybuje se překotně, naráží do předmětů, padá, • je impulzivní a emočně dráždivé, • udělá chybu, poněvadž si věc nerozmyslí, • má percepční vady, • nevydrží dlouho u jedné hry (činnosti, práce), • nedovede se ovládnout (přes napomenutí), • je nepozorné, stále je něco rozptyluje, má poruchy (deficit) pozornosti, • stále se zabývá vedlejšími věcmi, • potřebuje stále někoho kolem sebe, • nedovede adekvátně věku řešit nové situace, • brzy se unaví, • chodí často na záchod, • mezi dětmi je divoké, pokouší je, • s dětmi mívá spory, • pláče bez přiměřené příčiny, • je méně obratné v tělocviku, • má poruchy prostorové orientace, • má potíže v psaní a kreslení, • má vady řeči, • nápadně se střídají dny, kdy se mu vše daří, a dny, kdy je nezvladatelné a má samý neúspěch, • nedovede se soustředit na vyučování, • vykřikuje během vyučování, • chová se bez náležitého odstupů, • při výuce se převážně zabývá vedlejší činností, • dopouští se drobných kázeňských přestupků, • mívá často drobné i větší úrazy.

### **C. infantilismus, parvuloismus**

Mezi typické příznaky patří:

- chování dítěte psychosociálně odpovídá nižšímu věku, • dítě má často opožděný vývoj řeči, • je na svůj věk nepřiměřeně hravé, • je na svůj věk nepřiměřeně mazlivé, • je na svůj věk nepřiměřeně naivní, • emočně labilní, • nesamostatné, • egocentrické, • fantazijně zaměřené, • nemá adekvátní zájem o školní práci, • bývá nadměrně závislé na pomoci dospělých při práci, při oblékání, • obrací se často o radu k učiteli či dospělým vůbec, • vyhledává přátelství převážně mladších nebo naopak starších dětí, • klade často důraz na nápadnost v oblékání, účesu i obouvaní, • často přichází do školy bez vypracovaných domácích úloh.

To vše při inteligenci v mezích normy. Mimořádně velký dopad na přizpůsobení dítěte mají projevy nezralosti, nezpůsobilosti ve vztahu k zahájení školní docházky do základní školy a později ve vztahu k volbě povolání a studia.

Nástup dítěte do školy znamená důležitou změnu, vážný předěl v jeho životě. Doposud si bezstarostně hrálo, nyní však bude musit ukázněně pracovat. Dosud mohlo zanechat hry, když je přestala bavit, a přejít k jiné činnosti. Brzy se však bude muset umět soustředit a soustavně vyvíjet volní úsilí ke splnění pracovních úkolů, a to i těch, které je nebudou zajímat. Dosud se může dítě spontánně, bez dovolení pohybovat, brzy však bude muset ukázněně sledovat vyučování, přijmout uložené úkoly, pracovat na nich a dokončit je ve stanoveném čase. Dítě pro školu doposud nezralé (nezpůsobilé) má při vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně např. tyto typické projevy chování:

- nechce odejít od rodičů, brání se, pláče, • nenavazuje kontakt, je negativistické, nemluví, je bázlivé, • chová se bez zábran, má příliš uvolněné chování, tyká dospělým, je vtíravé, • bez individuální pomoci není schopno plnit příkazy, • snadno se rozptýlí, je nesoustředěné, • přerušuje práci, odmítá pokračovat, vstává z místa, zpívá si při úkolu, • má potíže s vyjadřováním, je s ním „těžká domluva“, • má evidentně malou slovní zásobu, • celkově se jeví jako příliš dětské, hravé, • jeví se, jako by bylo rozumově opožděné, • má závady ve výslovnosti (patlá, resp. šišlá, huhňá, breptá, koktá atp.), • je zjevně neklidné, • má slabý grafický projev, • jeho chování odpovídá nižšímu věku, • nemá dostatečně rozvinuté hygienické návyky, • do školy se doposud netěší.

### **D. sociálně pedagogicky anormativní chování,**

U dítěte se mohou vyskytovat např.:

- urážlivost, • výbuchy zlosti, • zlomyslnost, • zvýšená lhavost, podvádění, krádeže, drzost, vulgární vyjadřování, hrubost, • negativismus vůči autoritám, hádky s dospělými, ztráta zájmu o školu a výuku, • záškoláctví, toulavost, přespávání mimo domov, žádný nebo malý pocit viny při přestupcích, • členství v závadové skupině, volba nevhodných kamarádů, • vedení spolužáků k odporu proti učiteli, resp. vychovateli, • poruchy v autoregulaci (sebeřízení), • nežádoucí

hodnotová orientace, tetování, kouření, pití alkoholických nápojů, experimentování s drogami, • předčasné sexuální zájmy a zkušenosti, oplzlé řeči, morální deprivace, surovost, destruktivnost, • agresivita - vyvolávání rvaček, napadání, šikanování a terorizování mladších a slabších spolužáků, trápení zvířat, ničení věcí, nedostatek soucitu (moral insanity).

Od sociálně pedagogicky anormativního chování je třeba odlišit disociální poruchu osobnosti (F 60.2), která se projevuje například trvalou podrážděností a poruchou chování během dětství a v adolescenci, lhostejností k citům druhých, naprostou a trvalou nezodpovědností a nerespektováním sociálních norem, pravidel a závazků, nízkou frustrační tolerancí a nízkým prahem pro spuštění agrese, výraznou tendencí ke svádění viny na jiné (výrazná extra-punitivita) a vážnou poruchu chování (F 91) ve smyslu Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize). Za velmi vážné symptomy, považujeme, když problémový jedinec např. používá zbraň, která může jiným lidem způsobit vážné tělesné poškození (např. pátku, cihlu, rozbitou láhev, nůž, střelnou zbraň); projevuje tělesnou krutost k jiným lidem (např. oběti svazuje, řeže nebo pálí), schválně zakládá požáry s rizikem, že způsobí vážnou škodu nebo s úmyslem ji způsobit, spáchá zločin, kde dochází ke konfrontaci s obětí (včetně vytržení kabelky, vydírání, přepadení zezadu a škrcení), nutí jinou osobu k sexuální aktivitě, vnikne do domu, budovy nebo auta někoho jiného.

### **E. Dítě se zvýšenou intropunitivitou .:**

- má strach nebo nadměrný ostych před cizími lidmi - an tropofobie, • trpí sníženým sebevědomím, je zvýšeně citlivé až přecitlivělé - hypersenzitivní, • zvýšeně duševně zranitelné - vulnérabilní, • nese těžce i nepatrné napomenutí, • na případné neúspěchy reaguje přehnaně, • podléhá zákonitosti nadměrné motivace, • při zkoušení mluví potichu, • nedovede uplatnit své znalosti, • v nových situacích se zvláště obtížně přizpůsobuje, vyhýbá se jim, • má sklon k selektivnímu mutismu, • potřebuje časté ujištění o správnosti svého postupu a systematické výchovné vedení k adekvátní sebedůvěře a adaptabilní komunikaci, • chová se nejistě a „podezřele“ při vyšetřování přestupků ve třídě či výchovné skupině, i když je samo nevinné apod. • má sklon k samotářství, • nedovede se s ostatními dětmi sblížit, je ostatními dětmi dokonce odmítáno, • je uzavřené, projevuje se často tichou vzdorovitostí, pasivním negativismem, • projevuje nesmělost, plachost, je až příliš podřídivé - submisivní.

Děti s intropunitivním zaměřením bývají někdy označovány za děti s komunikačními problémy (Vágnerová, 1997). Pojem „dítě s komunikačními problémy“ považujeme za nadřazený pojmu intropunitivní zaměření osobnosti. Další komunikační problémy mohou být způsobeny například zdravotními handicapami a poruchami smyslů (zejména sluchu, zraku, hmatu, receptivní nebo expresivní složky řeči apod.). Pasivní typ sociální adaptace, intropunitivní zaměření osobnosti úzce souvisí se sebehodnocením dětí, mládeže a dospělých.

### **F. parciální nedostatky poznávacích procesů,**

Mezi symptomy této difcility patří:

- dyslexie - potíže ve čtení a jazykových předmětech, ač např. v matematice dítě dobře prospívá,
- zadržování při čtení, zaměňování slov a písmen - na konci prvního ročníku i později dítě pozměňuje tvarově nebo zvukově podobná písmena, např. r-z, k-h, d-t, n-m, a-e, p-g, d-b, • slabikuje, není schopno při čtení sledovat obsah čteného (i ve vyšší třídě), obtížně skládá i jednoduchá slova, • dítě při čtení vyslovuje jen s obtížemi těžší skupiny souhlásek a těžší neznámá slova, • přehazuje hlásky a slabiky, hlavně koncové, • vynechává hlásky a slabiky, • „poznává“ najednou celá slova, • domýšlí si koncovky a slabiky (často chybně), • přehazuje pořadí hlásek a slabik ve slově (maso-samo, tam-mat, svatba- stavba, suk-kus atd. - jde o tzv. kinetické inverze). Při zaměňování zrcadlově nebo tvarově či zvukově podobných písmen: s-z, p-q, m-n, h-k, z-c, b-d, t-j jde o tzv. statické inverze (reverze).

Rozlišování zrcadlových písmen souvisí s vývojem uvědomělého poznávání pravé a levé strany. Někdy je čtení jen nápadně pomalé, těžkopádné, ale bez typických chyb. V písemném projevu dítěte často vynechává a přidává písmenka, nerozlišuje tvrdé a měkké slabiky: di-dy atp., špatně píše tvary písmen, zaměňuje je, přehazuje pořadí písmen ve slově (dysortografie bývá asi v 60% spojena s dyslexií). Kvalitativně vážnější specifická porucha čtení (F81.0), která je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (v 10. revizi) zařazena mezi specifické vývojové poruchy školních dovedností, musí mít přítomny tyto dva znaky:

1. Skór přesnosti anebo chápání čteného je nejméně 2 standardní odchylky pod očekávanou úrovní pro chronologický věk a obecnou inteligenci dítěte, přičemž jak schopnost čtení, tak i IQ je hodnoceno podle individuálně provedeného testu, standardizovaného pro danou kulturu a vzdělávací systém. 2. Anamnéza vážnějších potíží při čtení nebo skóry testu, které splňují první (výše uvedené) kritérium v dřívějším věku, a skór v písemném testu, který je nejméně 2 standardní odchylky pod úrovní očekávanou pro chronologický věk a IQ dítěte.

### **G. závady motoriky, lokomoce, praxie a laterality,**

U dětí s těmito problémy se vyskytuje například:

- přes úsilí mimořádně neúhledný písemný a kresebný projev, • nápadně kostrbaté písmo s nepřiměřeným tlakem, • neobratnost a nesamostatnost v sebeobsluze, • manuální nezručnost (apraxie), • neobratnost v tělocviku, nešikovnost, • neuspořádanost pohybů při chůzi, • časté upadnutí, úrazy, poranění, • částečně ochrnutá ruka, noha, kulhání, • přecvičená levá ruka, protože nelze používat pravou, • leváctví, • překřížená laterality, • nevyhraněná laterality, • zhoršené vnímání vlastního těla, • nápadné grimasování, • občasné třesy, záškuby, • jinak nezvládnuté pohyby, • diskoordinace pohybů, tj. porucha uspořádání, plynulosti a souhry aktivních volných pohybů atd., • zhoršené vnímání vlastního těla

### **H. sociální zanedbanost,**

Dítě s touto difiilitou projevuje např.:

- těžkosti s učením, • výukové nedostatky, ač je normálně rozumově nadané, • těžko chápe výklad nové látky pro velké mezery v učivu, ve znalostech (didaktický deficit), • primitivní a vulgární formy sociální komunikace, • malou slovní zásobu, • poruchy vývoje řeči, • nedbalou úpravu, nedostatky v osobní hygieně (zápach, nečistota), nepořádek v osobních věcech, • častěji i opožděný somatický vývoj (nižší vzrůst, hmotnost atd.).

Rodina sociálně zanedbaných dětí však bývá Často primitivní (simplexní), málo psychosociálně a kulturně podnětná nebo dokonce defektní (alkoholismus, drogy, trestná činnost, duševní choroba aj.) a výchovně pravidelně nedostačivá (insuficientní). Narušená rodina (neúplná, defektní, krizová atp.) vytváří horší předpoklady pro utváření osobnosti dětí než rodina úplná a nenarušená. Neúplnost rodiny, zejména pro rozvod, koreluje pozitivně například se symptomy úzkosti. K projevům psychosociální zanedbanosti se často přidružují další poruchy: zvýšená psychická tenze až neuroza, antisociální chování atp. Hostilní (nepřátelský) vztah rodičů a dítěte vede často k týrání dětí, k jejich zneužívání (např. pohlavnímu), někdy dokonce až k jejich fyzické likvidaci. Od sociální zanedbanosti je nutno odlišit děti se sociokulturním handicapem. Může jít například o děti emigrantů, které mají ztíženou adaptaci na nové prostředí kvůli svým národním zvykům a jazykové bariéře.

### **CH. závady ve školské výkonnosti,**

Dítě se závadami ve školské výkonnosti:

- má často těžkosti v učení, • dosahuje podprůměrných výsledků ve výuce, ač vyvíjí značné úsilí, • neučí se racionálně, • má nezřídka negativní vztah ke škole a k učení, • je nechápavé, • má sklon k mechanickému učení, • novou látku chápe pomaleji a těžkopádněji než spolužáci, • zdá se být přetížené, duševně vyčerpané, • mívá sníženou sebedůvěru, • pocity nedostačivosti,

- bývá pasivně negativistické, • perseveruje, • má málo rozvinutou abstrakční schopnost, • obtížně aplikuje poučky v praxi, • má nepřesné i běžné pojmy a představy, • bývá intelektuálně pasivní.

U závažných nedostatků v prospěchu a výrazných neúspěchů ve škole je třeba nejprve zjistit, o jaký typ neúspěchu jde, zda se jedná o trvalejší a celkovou tzv. absolutní školní neúspěšnost (tj. výukovou nedostačivost, vyplývající z nedostatečně rozvinutých intelektových schopností), nebo o občasou či částečnou relativní školní neúspěšnost (žák vykazuje špatný prospěch z příčin mimointelektových), které většinou lze odstranit. U relativní školní neúspěšnosti jsou výkony žáka ve vyučování nižší než jeho rozumové (mentální) schopnosti a předpoklady. Může být způsobena například krizovou situací, zvýšenou unavitelností, neurotickou reaktivitou, dočasně sníženou motivací apod. Absolutní a relativní školní neúspěšnost je obrazem i důsledkem individuálních rozdílů mezi žáky, které zjišťujeme nejenom v osobnosti žáků (např. v jejich úrovni a struktuře nadání, charakteru, zájmu o učení, v emotivitě, motivaci, harmonické či disharmonickém vývoji osobnosti), ale i v rozdílných podmínkách rodinné výchovy. Špatný prospěch a neprospěch nejsou většinou monokauzální, ale častěji polykauzální záležitosti. Přitom mají všechny případy špatného prospěchu svou individuální souhru příčin a podmínek, vlastní vývoj a dynamiku.

### **J. Závady profesní a studijní orientace a adaptace**

Za závady profesní a studijní orientaci považujeme:

- když žák projevuje vysokou nerozhodnost v tom, jaké povolání nebo školu si má vybrat, • neadekvátnost a nereálnost volby povolání (studia), a to buď z hlediska schopností, nebo motivace apod., • neangažovanost při volbě povolání (studia), • pasivita nebo lhostejnost k vlastní budoucnosti, • obtížná adaptace na obor, • žák nemá k oboru patřičně kladný vztah, • chce přestoupit na jiný obor nebo z oboru odejít, • profesní labilita jedince v určité profesi.

V procesu sebepoznání a sebepochopení i dozrávání pro volbu (výběr) povolání (studia) hraje velkou roli profesní orientace na školách, a také psychologické poradenství. Psychologické vyšetření osobnosti žáka a prognóza úspěchu žáka ve škole a později i v povolání (srovnáním vlastností osobnosti žáka s profesiogramem) má často vysokou hodnotu. Většina lidí může zastávat celou řadu různých povolání, neboť existují rozsáhlé možnosti kompenzace, vyrovnání nedostatků přednostmi a zejména možnostmi výcviku specifických profesních dovedností a návyků. Informace o výsledcích psychologického vyšetření může sehrát významnou úlohu při poznávání žáka pedagogy, a také v procesu sebepoznání a sebehodnocení žáka. Žák, který sám sobě dobře rozumí, má větší předpoklad dobrého přizpůsobení než žák, jehož úroveň sebepoznání a sebepochopení je malá. Sebepoznání a sebepochopení vlastně znamená, že člověk dovede přesně popsat své klady, nedostatky, zkušenosti, potřeby a cíle, dovede předvídat své chování a snadněji své chování řídit a kontrolovat. Sebepoznání a sebepochopení přispívá k jeho přiměřené akceptaci sebe sama, což je jeden z cílů psychologického poradenství. Vždyť podstatou poradenství je informovat zkoumanou osobu o úrovni jednotlivých znaků její osobnosti se zřetelem k ovlivňování (psychokorekci) a sebevýchově jejich mezilidských vztahů, vztahu k sobě samému a úspěšnosti ve zvoleném povolání (resp. studiu). Osoby s větší informovaností o své osobnosti a o pracovních prostředích si lépe volí povolání než lidé s menší informovaností. Adekvátnost volby povolání je částečně také funkcí věku, protože čas poskytuje více příležitostí pro shromažďování informací. Osoby s adekvátnější volbou povolání mají diferencovanější vědomosti o povoláních, znají i profesiografické nároky povolání. Mimořádnou pomoc společnosti vyžaduje při profesní a studijní orientaci mentálně a somaticky defektní mládež. Problematika závad profesní a studijní orientace se často objevuje u dětí parvuloidních, nezralých, s infantilními rysy osobnosti.



### Otázky.

1. Co znamená sociální zanedbanost?
2. Co znamená interpunitivita?
3. jaké jsou manifestní projevy psychické tenze?
4. Co znamená Psychomotorická instabilita? Vysvětlete.

### Literatura.

- DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- GELDARD, K., GELDARD, D. Dětská psychoterapie a poradenství. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.
- GOETZ, M. Deprese u dětí a adolescentů. Praha: Psychiatrie pro praxi, 2005.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. Zlo na každý den. Praha: Galén, 2001. ISBN 807262-088-6.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Suicidální pokusy u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro praxi, 2006/3.
- KOUTEK, J. Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. Pediatrie pro praxi, 2008/9.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178700-0.
- MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicenum, 1986.
- MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-0065.
- MÜLLER, I. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7169-512-
- THEINER, P. ADHD od dětství do dospělosti. Psychiatrie pro praxi, Praha, 2012.
- TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178503-2.
- VÁGNEROVÁ, M. Dětství a dospívání. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 5. Vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-



## 6 Poruchy chování v dětství a adolescenci a jejich rozpoznání II.



### **Klíčová slova:**

**Hyperkinetické poruchy, Sebepoškozování, mentální retardace, Syndrom CAN**

### Nejčastější psychiatrické diagnózy a symptomy

U psychiatrických diagnóz a jejich projevů, se kterými se lze nejčastěji u dětí v ústavní výchově setkat, je nutné vycházet z poslední revize klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), jež je platná k 1. lednu 2013.

### **Hyperkinetické poruchy**

Souhrnným označením dle MKN 10 hyperkinetické poruchy je označováno větší množství následujících poruch: porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování, poruchy chování. Tyto poruchy jsou uváděny jako nejčastější psychiatrická onemocnění v ordinacích dětských psychiatrů<sup>22</sup> ovlivňující nejen kognitivní schopnosti dítěte, ale také percepčně motorickou oblast, emotivitu, impulsivitu, sociální vztahy. Působí značné problémy ve škole, v rodinách, v zařízeních, kde jsou děti umístěny.

Tyto poruchy začínají obvykle již v prvních pěti letech života dítěte. Takto nemocné dítě je impulzivní, mívá problémy s pozorností (je zhoršená) a vykazuje zvýšenou aktivitu. Projevují se značné výkyvy nálad, dítě provádí činnosti ukvapeně – je zbrklé, nedokončuje úkoly, chvíli neposedí, poskakuje, „šaškuje“, působí dojmem, že neposlouchá, bývá velmi hlučné, nechce spolupracovat.

Dítě s touto diagnózou bývá často trestáno, sekundárně se mohou objevovat problémy, které bývají ambivalentního rázu. Na jedné straně může mít dítě obtíže v navazování kontaktů a tím narůstá vnitřní napětí, které může eskalovat agresivním chováním. Na druhé straně se může dítě cítit nepochopeno, zatracováno, neustále označováno za neschopného, za toho, kdo dělá naschvály. Toto stadium může u dítěte vyvolávat až depresivní stavy, které mohou za určitých podmínek opět eskalovat v agresivní raptý.

Pro diagnostiku a práci s takto nemocným dítětem je nutné mít celistvý obraz vývoje dítěte a projevů jeho chování v co nejširším spektru, neboť se dítě může chovat jinak doma, jinak ve škole, jinak např. u prarodičů či v jiné sociální skupině. Jak uvádí Barker (2007), tato porucha je častější u chlapců než u dívek. Poměr pohlaví se ve většině studií pohybuje 2-3:1 v neprospěch chlapců.

Hyperkinetická porucha (Červená, Vojtová, 2013) je etiologicky zdůvodněna především nezralostí nervové soustavy, zasaženy jsou spíše kognitivní funkce na rozdíl od poruch chování, kdy se jedná o obtíže v povahových vlastnostech jedince. Z pohledu pedagogického je tato porucha velmi náročná nejen pro pedagoga, ale také pro ostatní děti. Dítě, které má diagnostikováno toto onemocnění, je pro své okolí obtížně „čitelné“ a zároveň i obtížně se s ním komunikuje. Děti s tímto onemocněním bývají na okraji sociální skupiny, protože jejich projevy chování (neposedí, stále přijímají vzruchy, stíhají mnoho věcí, u ničeho dlouho nevydrží, rychle se nadchnou pro novou činnost apod.) jsou nejen nad rámec chápání vrstevníků, ale mnohdy i nad jejich síly.

Pokud nejsou tyto děti pochopeny, není jim věnována patřičná odezva od ostatních dětí, bývají velmi často pro své okolí verbálními i brachiálními agresory. Pro pedagogy jsou tyto děti velmi náročné z hlediska zachování vlastní psychické odolnosti a způsobilosti k profesi, ale někdy i z

hlediska zachování vlastní bezpečí. Děti v ústavní výchově s projevy tohoto onemocnění jsou v kontextu ostatních dětí velmi silnou skupinou.

V pedagogické praxi se můžeme také setkat s označením ADHD sy, což je relativně nová diagnostická jednotka, která ale popisuje dlouho známou symptomatologii. ADHD je geneticky podmíněná neuro-vývojová porucha, jejíž základní příznaky (nepozornost, hyperaktivita a impulzivita) se modifikují v různých životních obdobích. Porucha začíná v dětství a přes dospívání obvykle pokračuje do dospělosti. ADHD (attention deficit/hyperactivity disorder) je diagnóza, kterou najdeme v americké klasifikaci nemocí DSM-IV z roku 1994 (Theiner, 2012). Autor dále uvádí následující typické příznaky tohoto onemocnění v dětství:

- Nepozornost – dítě se obtížně koncentruje na úkoly, nedokáže udržet pozornost, zdá se, že neposlouchá, nedokončuje započaté činnosti, vyhýbá se úkolům s velkým mentálním úsilím, je nepořádné, je roztržité, ztrácí věci, zapomíná
- Hyperaktivita – dítě je neposedné, vrtí se, nevydrží sedět na místě, pobíhá, vyrušuje, je hlučné, obtížně zachovává klid, pořád je v pohybu, je mnohomluvné
- Impulzivita – dítě je nezadržitelné v řeči, odpověď vyhrkne bez přemýšlení, nedokáže čekat, přerušuje ostatní v činnostech, skáče do řeči

Jen u malé části pacientů dochází k úplnému vymizení onemocnění v průběhu dospívání. Jelikož je však ADHD stále chybně pokládána jen za poruchu dětského věku, po dosažení 18. či 19. roku bývají tito klienti vyřazeni z pedopsychiatrické péče. I když povědomost psychiatrické veřejnosti narůstá, stále je většina těch, kteří tuto diagnózu neznají nebo ji z nějakého důvodu odmítají. Pokud jsou dospělí lidé s ADHD i nadále léčeni, obvykle pak pod jinou diagnózou. Dospívající a dospělí si obvykle vytvoří různé kompenzační mechanismy, aby zmírnili deficity, které ADHD přináší. Některé z nich bývají funkční (např. vedení diáře, sport, meditační techniky), jiné dysfunkční (např. opakované odkládání nepříjemných úkolů (Theiner, 2012).

## Poruchy chování

Etiologie tohoto onemocnění je úzce propojena s prostředím, ze kterého dítě pochází. Pokud je rodinné prostředí nepodnětné, u rodičů jsou poruchy chování např. i s kriminálním pozadím, na dítě je uplatňována velmi autoritativní výchova, je chování dítěte těmito faktory ovlivněno.

Dalšími faktory, které poruchu chování ovlivňují, jsou drobná organická poškození centrálního nervového systému, genetická výbava dítěte a již zmíněné rodinné prostředí.

Malá (2000) dělí tuto diagnózu na dva zcela odlišné typy:

- poruchy chování se špatnou prognózou – jsou trvalého rázu, kontinuálně přecházejí ve vývoji dítěte až k patologickému chování v dospělosti. Mezi diagnózy, které se objevují i u dětí v ústavní výchově a které se řadí do tohoto typu je tzv. nesocializovaná porucha chování. Při této poruše se dítě chová samotářsky, vykazuje zvýšenou agresivitu k druhým lidem, zvířatům, věcem; brachiální i verbální agresivita se s přibývajícím věkem stupňuje. Naprosto schází empatie, nejsou pocity viny. Krádeže jsou běžnou každodenní záležitostí. Nechybí násilné trestné činy včetně činů se sexuálním motivem.
- poruchy chování s lepší prognózou – jsou reakcí na nějaké určité prostředí. Nejedná se o samotářské, ale vždy ve vztahu k nějaké sociální skupině. Tzv. socializovaná porucha chování – je dítě členem nějaké skupiny, do které dle svého mínění patří, která jej silně determinuje. Mezi symptomy této nemoci patří negativní postoj a vztah k autoritám, odmítání zavedených konvencí – včetně postoje ke škole; ale zároveň si mohou v dané sociální skupině sytit své neukojené pocity. Pro tuto poruchu je také typické, že děti, které mají vyšší intelektový potenciál, se mohou stávat „vůdci“ dané skupiny, ve které jsou zapojeny. I zde může díky tomu docházet např. i k šikaně.

Tyto poruchy jsou velmi často diagnostikovány právě u dětí, které jsou umístěny v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a stávají se obávanými členy zařízení.

Dle MKN-10 patří mezi poruchy chování také smíšené poruchy chování a emocí, které jsou charakterizovány kombinací trvale agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování se zřetelně výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných poruch emocí. Deprese je porucha nálady, tedy zhoršení emočního stavu trvalejšího rázu, se kterým se pojí i negativní ovlivnění dalších psychických (myšlení, soustředění, paměť, motivace, volní stránka) i somatických funkcí (výživa, spánek, odolnost proti únavě apod.). Deprese představuje významný rizikový faktor pro sebepoškozující nebo suicidální chování, abúzus návykových látek a další duševní poruchy. Zhoršení ve vztahové oblasti a pokles školní výkonnosti, které deprese přináší, se mohou objevovat i po odeznění poruchy nálady a negativně ovlivňovat celkový psychosociální vývoj dítěte či mladistvého. (Goetz, 2005).

Další poruchou je porucha opozičního vzdorů, která se vyskytuje převážně u mladších dětí do 9 či 10 let a je charakterizována výrazně vzdorovitým, neposlušným chováním, ale neobsahuje delikventní činy ani agresivní nebo disociální chování. Podstatným rysem této poruchy je negativistické, nepřátelské, vzdorovité, provokativní a rušivé chování, které je jasně mimo rámec normálního chování pro dítě stejného věku a stejného sociokulturního zázemí. Toto chování nezahrnuje vážnější narušování práv druhých. Děti s touto poruchou mají často sklon vzdorovat požadavkům dospělých, odmítají pravidla. Mají tendenci být vzteklé, podrážděné a snadno rozzlobené druhými, které obviňují ze svých vlastních chyb a nesnází. Mají nízkou frustrační toleranci a snadno se nechají vyvést z rovnováhy. Jejich chování je provokativní, vede ke konfrontacím. Obyčejně se projevuje nepřiměřenou mírou verbální hrubosti, která je často namířena na vrstevníky nebo dospělé, které dítě dobře zná.

Poruchy chování na bázi disharmonického vývoje osobnosti se vyznačují neschopností navázat vřelý vztah s ostatními lidmi, neprožívají lásku ani pocity viny (Krejčířová, 1997). Tato porucha je výrazně podmíněna citovou deprivací, což definuje Matějček (1995, s. 87) jako výsledek životní situace, kdy dítěti nejsou uspokojovány jeho základní psychické potřeby v náležitě míře po určitou, dosti dlouhou dobu.

U dítěte v ústavní výchově bývá toto velmi časté. Dítě si nemůže např. vytvořit patřičný citový vztah k vychovatelům, tak jak by to bylo běžné v rodinném prostředí, protože jej nemá na starosti pouze jeden vychovatel, ale vychovatelé se střídají v různých režimech. Dále jsou v ústavní výchově děti se společnými či podobnými zkušenostmi, které na jedné straně podporují disharmonický vývoj, ale na druhé straně působí na společné odžívání vlastních frustrací.

Dle názoru Barkera (2007) je důležité znát vývoj každé osobnosti s ohledem na porovnání normy, abychom mohli určit disharmonii v jejím vývoji. Disharmonie ve vývoji dětské osobnosti je diskutabilním jevem v dětské psychiatrii i s ohledem na tzv. stigmatizaci dítěte. Zdrojem při této diagnóze je pozorování a hodnocení odchylky v celém vývoji dítěte od normy vzhledem k vývojovému stádiu, ve kterém se dítě nachází či nacházelo. Na dítě umístěné v ústavní výchově je možné pohlížet také z hlediska disharmonického vývoje, neboť ústavní výchova může být chápána za určitých okolností jako disharmonické prostředí.

### **Mentální retardace**

Diagnóza mentální retardace je do této práce zařazena zejména z důvodu péče, která je pracovně nazývána jako péče o tzv. obtížně umístitelné děti. Dle MKN-10 je mentální retardace zařazena do V. kapitoly a je charakterizována jako: „Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence.“ Ke vzniku mentální retardace přispívají mimo jiné genetické faktory, onemocnění mozku a vlivy prostředí.

Dítě s mentální retardací umístěné v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy je stále velmi diskutované téma. Péče o děti s touto diagnózou má svá specifika. Tyto děti mohou mít v důsledku svého onemocnění narušeno emoční prožívání, hůře chápou pokyny, obtížněji a rigidně reagují na změny ve svém okolí, ulpívavě trvají na způsobech řešení některých situací. Náročnější je komunikace, protože může být narušena i fonologická stránka řeči, verbální schopnosti jsou oproti zdravým dětem výrazně sníženy.

Obtíže, které mohou nastávat s dětmi s mentální retardací v ústavní výchově, mohou být zaměňovány za poruchy chování. Pokud není dítě dostatečně saturováno, není dostatečně kvalitně vyšetřeno dětským psychiatrem, klinickým psychologem či odbornými pracovníky v pedagogicko-psychologické poradně, může se s tímto dítětem zacházet velmi neprofesionálně.. Dítě s lehkou mentální retardací se např. projevuje chudší slovní zásobou, opožděným psychomotorickým vývojem, nesamostatností, pomalejším chápáním, pomalejším předvídaním či nepřesností v praktických oblastech. Dále jsou patrné obtíže s chápáním instrukcí, špatná orientace v čase, obtíže s navazováním adekvátních kontaktů, ulpívání na jedné osobě, která je dítěti na blízku. Reakce bývají zkratkovité, v ústavní výchově doprovázeny častými agresivními výbuchy. Pokud je takovéto dítě odmítáno rodinou (Hort, 2000), nemá dostatek citu od nejbližších, tedy rodičů, je vývoj této diagnózy ještě horší, než u dětí, které s touto diagnózou žijí v přijímající rodině.

U všech takto nemocných dětí je potřeba naplňovat jejich základní psychické potřeby, tak jak to uvádí Vágnerová (2012). Každodenní stimulace, tedy přísun adekvátních podnětů, které jsou předávány srozumitelně s ohledem na vyvarování se zvýšené zátěže u nemocného jedince. Tato prevence je důležitá k předcházení afektivním stavům, které jsou doprovázeny verbální, ale někdy také brachiální agresivitou. Práce v dětských domovech či dětských domovech se školou s dětmi, které mají lehkou mentální retardaci nebo středně těžkou mentální retardaci, vyžaduje značnou trpělivost, erudovaný a klidný přístup, schopnost motivovat mentálně postiženého jedince pro práci v kolektivu, znalost limitů klientů, ale také svých.

### **Pervazivní vývojové poruchy (dětský autismus, atypický autismus)**

Pervazivní poruchy – poruchy autistického spektra (dále jen PAS) se zároveň objevují i v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy a práce s těmito dětmi se vyznačuje určitými specifiky, která je potřeba zmínit.

Za stanovení této diagnózy je vždy zodpovědný dětský psychiatr, který využívá také závěrů ostatních odborníků z lékařských i nelékařských oborů. Aktuálně se k diagnostice PAS v České republice využívá diferenciativní diagnostika, kterou provádí dětský psychiatr, a při které je nutné vyloučit jiné psychiatrické onemocnění, které by mohlo mít podobnou symptomatiku jako PAS. Etiologie onemocnění je předmětem intenzivních výzkumů např. (Hort, 2000) a využívá nejnovějších zobrazovacích metod. Při diagnostice je nutný mezioborový přístup, tedy součinnost dětských psychiatrů, neurologů, psychologů a sociálních či speciálních pedagogů. Velký lékařský slovník uvádí definici autismu jako chorobné zaměření k vlastní osobě se ztrátou kontaktu s realitou, s nadměrnou sociální izolací. Dudová (2013) uvádí: „Co nejčasnější diagnóza a následná časná intervence zmírňují autistický handicap. A co více, navzdory kodifikovanému teorému, že PAS jsou celoživotním postižením, se v posledních desetiletích objevily studie popisující možnost úzdravy z autismu.“

Děti, kterým byla diagnostikována tato nemoc, se nejsou schopny zorientovat v sociální komunikaci. Nedokáží reagovat na emoce druhých, vážně přizpůsobení chování sociálnímu kontextu (Hort, 2000), je narušená komunikace a hra a mají omezené, stereotypní chování a zájmy. Tyto děti se projevují nedostatečnou vzájemností v běžném hovoru, nedokáží reagovat podle zavedených konvencí. Obsedantně očekávají plnění všech slíbených informací. Velmi rády mají stejné činnosti, ritualizaci v denním režimu. Chápání okolního světa je pro ně velmi

obtížné. Jejich zájmy jsou velmi specifické. Převažují činnosti s mechanickým zaměřením např. vlaky, auta.

Atypický autismus, jak již z názvu vyplývá, se odlišuje od výše uvedeného. Znamená to tedy, že může být opožděný nástup nemoci po třetím roce věku, či není přítomen některý z výše uvedených aspektů onemocnění.

PAS však nemusí být vždy doprovázeny mentální retardací. Pokud je inteligence v pásmu normy, ale jsou splněna kritéria z tzv. triády pro PAS, může se jednat o Aspergerův syndrom. U této diagnózy jsou přítomny abnormální zájmy realizované s fanatickým nasazením, řeč je normální či téměř normální (vyskytují se např. poruchy výslovnosti, zvláštní dikce či odlišná intonace), konverzace je povrchní, vyskytuje se tzv. mentorování a zároveň je přítomna neobratnost jemné a hrubé motoriky.

Pro rodiče, poradenské pracovníky, pedagogické pracovníky i pracovníky v ústavní výchově je vytvořena česká screeningová metoda DACH, která je určena k depistáži dětí s poruchou autistického spektra.

Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání

Do této kategorie patří následující onemocnění, se kterými se lze setkat velmi často v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Pokud nejsou tato onemocnění včas diagnostikována, mohou být důsledky velmi vážné.

Neorganická enuréza - samovolné pomočování minimálně dvakrát za měsíc, s vyloučením organického poškození močových cest. Etiologie této nemoci vychází z heredity, organických vlivů a psychogenních vlivů. V převážné většině dětí umístěných v ústavní výchově se jeví jako dominantním faktorem psychogenní vlivy. Održení či odebrání od rodiny, týrání, patologické rodinné prostředí, sexuální zážitky v raném věku, to mohou být spouštěče somatizace, která za určitých okolností může vyústit v noční pomočování.

Pokud je při diagnostice vyloučena organická příčina, nastavují se režimová opatření, která bývají zprvu u dítěte zdrojem značné tenze. Tzv. enuretický režim, tedy pít do určité doby – nejlépe naposledy při večeři, důraz na vymočení před usnutím, bývá základem ke zvládnutí daného onemocnění. Toto zprvu vede dítě k odmítání nácviku, poté si může začít vymýšlet, tajně pít. Pokud je však správně motivováno a zažije první suché noci, je možné v dlouhodobém horizontu noční enurézu zvládnout. Je vhodná také psychoterapeutická péče, jejímž cílem může mimo jiné být v ústavní výchově důraz na plnění enuretického režimu. Pokud je potřeba, může nefrolog pomoci medikací, např. antidiuretickým hormonem. Přesto je potřeba nejen odstranit následek, ale pracovat s příčinami nočního pomočování. U dětí v ústavní výchově dochází k častým regresům, zejména při setkání s prostředím, ze kterého může mít dítě patologické zážitky.

V případě enuretického režimu došlo za poslední dobu k vývoji náhledu na nácvik zvládnutí „suchých nocí“. Před cca sedmi lety byly dávány pokyny od nefrologů, že enuretické dítě je nutné v noci budit. Nejlépe je vysledovat čas, kdy se dítě pomočí a ještě před tímto časem dítě vzbudit, aby se mohlo vymočit. Praxe ukázala, že tento proces nebyl účinný, neboť dítě zaspalo moment, kdy bylo vzbuzeno a nácvik se tedy míjel účinkem. V současné době se dbá při tzv. enuretickém režimu na klidný spánek, tedy na vymočení se před usnutím, motivace např. pochvalou v momentě, kdy se dítě v noci nepomočí. Tento přístup mívá daleko větší účinek. Režimová opatření však vyžadují motivaci dítěte, kterou ale lze u dítěte očekávat na vědomé bázi cca od 7 let věku.

Neorganická enkopréza - mimovolní pokálení během spánku po zvládnutí udržování čistoty. Pokud dítě není schopno naučit se udržovat čistotu, je nazývána enkoprézou primární. I zde je nutné vyloučení organické příčiny. Tato diagnóza ještě více sociálně poškozuje dítě, vyčleňuje jej z kolektivu. Děti s nezvládnutou enkoprézou bývají často terčem posměchu, což může být spouštěčem k sekundárním psychickým onemocněním. V etiologii enkoprézy lze vystopovat

ambivalentní postoje rodiny ve výchově. Na jedné straně perfekcionista, autoritativní výchova s tlakem, aby již dítě umělo ovládat vyprazdňování a naproti tomu naprosté zanedbávání dítěte. I zde mohou mít vliv psychické motivy: konflikty s vrstevníky, konflikty v rodině, konflikty v kolektivu, zažitá traumata.

Poruchy příjmu potravy v kojeneckém a dětském věku. V poslední době se v ústavní výchově objevuje i skupina dětí, které vykazují a kterým je nakonec dětským psychiatrem diagnostikována porucha příjmu potravy. Mezi hlavní příčiny tohoto onemocnění řadí Barker (2007) biologické predispozice, sociokulturní vlivy, diety, jež se vymkly kontrole a strach z růstu a přijetí dospělé role ve společnosti. Autor dále uvádí, že vznik poruch příjmu potravy se nejčastěji uvádí v období mezi 14 až 18 roky a výskyt je častější u dívek.

Aktuálně přibývá také chlapců s poruchami příjmu potravy a věková hranice se posouvá k deseti letům věku dítěte (Slavíková, 2013).

Prozatím je v ústavní výchově velmi obtížné s tímto fenoménem pracovat, neboť poruchy příjmu potravy nemusí být jen obecně známá bulimie či anorexie, ale také např. atypické poruchy příjmu potravy. Již z názvu vyplývá, že atypické jsou jiné, odlišné. Pro diagnostiku jsou velmi složité a je potřeba i laboratorních vyšetření spolu s dlouhodobým sledováním dítěte. Dle Barkera (2007) mohou být poruchy příjmu potravy způsobeny ze strachu z růstu a přijetí dospělé role ve společnosti.

Symptomy, které se váží k tomuto tématu, jsou naznačeny i např. v knize Dětská a adolescentní psychiatrie. Zde Koutek (2000) zmiňuje syndrom vybíravosti v jídle, který může být i u dítěte v ústavní výchově. Nápravy a léčba této nemoci jsou vždy v rukách lékařů. Speciální pedagogové mohou pomoci nácvikem ke zlepšení vnímání vlastního těla, k přijetí sebe sama. I toto onemocnění může končit fatálně, a to smrtí. Proto je i zde nutná např. včasná diagnostika, profesionální tým, který ví, jak se má k dítěti s tímto onemocněním chovat.

Již v roce 2003 uvádí Stárková ve svém článku Poruchy příjmu potravy – možnosti a meze pediatrické intervence in. *Pediatric pro praxi 2003/5* : „Incidence poruch příjmu potravy se v naší zemi v posledních deseti letech zvýšila. Obvykle bývá uváděno, že se na rozvoji nemoci podílejí sociokulturní faktory a faktory neurobiologické. První, především mediálně proklamované ideály subtilní ženské krásy, jsou bezprostředně zodpovědné za rostoucí incidenci nemoci.“

Pro dítě v ústavní výchově se mediálně proklamované ideály stávají vzorem téměř ve všem, pokud není v jeho blízkosti „živý“ vzor v podobě vychovatele či jiného pracovníka zařízení. Ulpívání na hodnotách v jiném hodnotovém žebříčku než je běžné u dětí v rodinách, i tím se vyznačují sociálně znevýhodněné děti, tedy i děti umístěné v ústavní výchově. Orientace na vzory „fantazijního“ světa je zcela běžná a stává se značným problémem v dnešní dětské populaci. „Není zatím přesně známo, co tak zásadního se ve vývoji stane, že se psychický obraz (představa o sobě) tolik vzdálí realitě. Psychologové vysvětlují zkreslené vnímání vlastního těla procesem internalizace a projekce. Zkreslená představa o sobě může vzniknout zabudováním (zvnitřněním) různých pocitů, prožitků a klíčových okamžiků života. Pokud je například hlavním výchovným krédem v rodině „vypadat dobře“, často na úkor citovosti a vzájemnosti může dívka tento postoj pevně zabudovat do svých hodnot, tělesný vzhled se pro ni stane dominantní hodnotou“ (Stárková, 2003) V závěru téhož článku autorka píše o trendu poslední doby, tedy o nárůstu nemoci v posledních deseti letech. Podíl na zvýšeném počtu nemocných mají dva faktory: sociokulturní faktory – např. ideál krásy a její mediální obraz a dále faktory neurobiologické, které mají výrazný vliv na průběh nemoci. Znamená to tedy, že mediální tlak na děti, které nejsou pevně ukotvené ve svých sociálních skupinách (rodina, rodinná skupina apod.) mají výrazně vyšší riziko vzniku symptomů poruch příjmu potravy než děti, které žijí v harmonickém prostředí. Mezi neurobiologické vlivy patří např. genetická zátěž, (schopnost prožívání, schopnost vnímání vlastních pocitů a emocí).

## Sebepoškozování

Mezi specifické otázky dětské psychiatrie patří i otázka dětské suicidality, tedy sebepoškozování s následkem smrti. Sebepoškozování je v odborné literatuře popisováno jako syndrom či důsledek některých psychiatrických onemocnění nebo vlivem výchovy. Faktory, které ovlivňují tyto tendence, jsou např. nepřijetí kolektivem, neuspokojivá rodinná situace, konflikty mezi vrstevníky či s rodiči, ale i poutání pozornosti, která dětem chybí. Nedá se však říci, že každé dítě, kterému chybí pozornost, bude mít sklon k sebepoškozování.

V ústavní výchově je otázka sebepoškozování také aktuální i s ohledem na oddělení dítěte od rodiny. Etiologické faktory jsou různého charakteru - od dětského abúzu po biologicky podmíněné. Také je možné pozorovat tendence k sebepoškozování jako „kopírování“ určitého způsobu chování někoho, komu se chce dítě podobat. Vyhrožování rodičům, autoritám, kamarádům bývá v určitém věku u dětí velmi časté. Nelze toto chování podceňovat, vždy je nutné vyhledat odborníka, spolupracovat se všemi, kteří jsou s dítětem v kontaktu.

Barker (2007) uvádí dva typy suicidálního chování. Parasuicidum tzv. úmyslné poškozování, kde není prvotním úmyslem zemřít, ale jedná se o „volání o pomoc“ při řešení složitých životních situací či poutání pozornosti; a vážné suicidální chování, které bývá častější u chlapců a může se objevit znenadání.

Závažnost tohoto symptomu je v tom, že se dítě může ocitnout v ohrožení života. Všechny pokusy o suicidium či sebepoškozování jsou pro pracovníky v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy velmi zatěžkávající zkušeností. Správné vyhodnocení a „přečtení“ období před sebepoškozováním daného dítěte patří k nejnáročnějším pedagogickým situacím a vyžaduje nejen orientaci v dané problematice, empatii a schopnost zvládat zátěžové situace, ale ověřuje také schopnost kooperace a předávání si informací v rámci celého týmu. K vyšetření dítěte či adolescenta po suicidálním pokusu patří vždy zjišťování motivu tohoto nežádoucího jednání. Je to důležité jednak pro porozumění tomu, co se stalo, jednak pro terapeutickou intervenci směrem do budoucnosti. Toto vyšetření musí vždy vést lékař. (Koutek, Kocourková, 2006).

Velký význam v suicidálním jednání dětí má rodina. V rámci rodiny rizikově působí nefungující rodinné vztahy, ztráta blízké osoby, citová deprivace, dlouhodobé konflikty v rodině. Umístění dítěte mimo rodinu, tedy do ústavní výchovy může být také faktorem, který za určitých podmínek může vést k suicidálním projevům. Významným faktorem při posuzování nebezpečnosti suicidálního jednání v dětství je to, že dítě často není přesně schopno posoudit nebezpečnost použité metody. Na jedné straně může přecenit nebezpečnost metody, na druhé straně ji nedocenit. (Koutek, Kocourková, 2006). Při sebepoškozujících tendencích je dítě fakticky přímo ohroženo na životě a musí být za určitých podmínek chráněno i před sebou samým. Sociální skupina a zapojení v ní je pro dítě i dospívajícího velmi důležitá. Negativním faktorem mohou být neuspokojivé vrstevnické vztahy, pocity nedostatečnosti a vyčlenění.

V období adolescence narůstá význam partnerských a sexuálních vztahů. Nešťastná láska bývá často uváděná jako motiv suicidálního jednání. Důležitým problémem bývá obava z homosexuální orientace a z jejího odhalení mezi vrstevníky, což v zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy může být pro dítě fatální (Koutek, 2008).

Koutek dále uvádí, že suicidální jednání se někdy může objevit i jako důsledek podobného jednání u kamaráda. Vliv má i určitá nápodoba, sebevražedné chování se může objevit i v sérii. Studijní neúspěch, problémy v kolektivu, s rodiči, vychovateli – to jsou rovněž uváděné rizikové faktory. Je však nutné si uvědomit, že různé rizikové faktory nepůsobí na jedince samostatně, záleží na mnoha okolnostech. Vrstevnické problémy lépe zvládne chlapec či dívka, kteří mají dobré rodinné zázemí, zatímco ti, kteří k vrstevnickým nesnázím ještě žijí v konfliktním rodinném prostředí, nerozumí si s rodiči, neprospívají v ústavním zařízení, ti jsou ohroženi mnohem více.

## Syndrom CAN

„Jednou z nejzávažnějších příčin registrace rodiny v systému ochrany dětí, je ohrožení dítěte syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN - z anglického Child Abuse and Neglect)“ (Ptáček, Pémová, 2013). Je tedy zřejmé, že děti, které jsou v zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy mohou mít také diagnostikováno tento syndrom. Důležitost včasné diagnostiky s ohledem na vlastní přežití dítěte a následné péče, to je zásadní a velmi důležitá práce nejen sociálních pracovníků z OSPOD, ale zároveň i všímavosti např. učitelů v základních nebo mateřských školách.

Individuální dopady týrání, zneužívání či zanedbávání je nutné posuzovat s přihlédnutím k věku dítěte, délky a intenzity negativních projevů vůči dítěti. Někdy je potřeba i psychiatrická péče. Vždy je však nutné tento způsob chování vůči dítěti identifikovat, neboť se jedná o nepříjemné jednání rodiče, vychovatele či jiné osoby (Dunovský, 1995). (Malá, 2000) uvádí, že je potřeba mít na mysli zákeřnost tohoto fenoménu, protože se jedná o problém transgenerační, tedy týrání týrají. I na toto je nutné ve výchovných zařízeních pamatovat, protože ono „překlopení“ může mít pro dítě v budoucnosti velmi negativní dopad.

Do ústavní výchovy se dostávají děti, které mohly být tělesně, sexuálně nebo psychicky týrány. Nejvýraznějším projevem jsou odchylky v chování. Malá (2000) dále uvádí: „...odchylky jsou víceméně polarizovány. V určitých situacích jsou děti extrémně agresivní, neklidné, úzkostné nebo naopak pasivní, celkově inhibované, apatické, bez radosti, bez schopnosti vyjadřovat emoce“. Autorka také zmiňuje, že týrané děti mají nejistý, vyhubý, rezistentní vztah k matce, vychovateli. Ve fyzickém přiblížení je patrná ambivalence, bojí se kontaktu. Polarita tohoto může být naopak značná přichylnost, silné manipulační tendence, sebestřednost, zároveň náchylnost k somatickým onemocněním.

Práce ve školském zařízení je s těmito dětmi velmi složitá. Za pomoci dětských psychiatrů je možná psychiatrická medikace ke snížení např. nočních děsů, úzkosti, agresivity, ale může vést k navození lepší nápad. Z hlediska speciálních pedagogů je nutné přistupovat v práci s těmito dětmi velmi citlivě a obezřetně. Vždy je potřeba, aby dítě nebylo nuceno k verbalizaci zážitého, ale aby mělo možnost podle vlastního uvážení o prožitém děsivém zážitku či zážitcích beztrápně s někým komunikovat (nejen verbálně). Cílenou psychoterapií lze pomoci dítěti pracovat na vyrovnání se s traumatem. Důležitá je však odbornost, znalost dané problematiky, spolupráce zainteresovaných odborníků i zákonných zástupců dítěte.



### Otázky:

1. *Vyjmenujte hyperkinetické poruchy,*
2. *Sebepoškozování – jaké jsou příznaky*
3. *Co vymezuje termín mentální retardace?*
4. Syndrom CAN: popište příznaky.



### Literatura:

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

GELDARD, K., GELDARD, D. Dětská psychoterapie a poradenství. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.

GOETZ, M. Deprese u dětí a adolescentů. Praha: Psychiatrie pro praxi, 2005.



HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. Zlo na každý den. Praha: Galén, 2001. ISBN 807262-088-6.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Suicidální pokusy u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro praxi, 2006/3.

KOUTEK, J. Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. Pediatrie pro praxi, 2008/9.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178700-0.

MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicenum, 1986.

MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-0065.

MÜLLER, I. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7169-512-

THEINER, P. ADHD od dětství do dospělosti. Psychiatrie pro praxi, Praha, 2012.

TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178503-2.

VÁGNEROVÁ, M. Dětství a dospívání. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 5. Vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-

## 7 Poruchy chování v dětství a adolescenci a jejich rozpoznání, dětská psychiatrie. III.



### **Klíčová slova:**

**diagnostika, specifické poruchy, Poruchy psychického vývoje, Tikové poruchy, Pervazivní vývojové poruchy, Léčba poruch nálady, Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících**

Přehled diagnostických kategorií dětské a dorostové psychiatrie:

MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí) v současné době rozlišuje dvě základní skupiny dětských psychiatrických poruch: poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci.

Kromě těchto poruch se v dětství a dospívání mohou objevit i další psychiatrická onemocnění, pro která neexistují diagnostická kritéria pro dětský věk, která ale mají v porovnání s výskytem v dospělém věku řadu specifických příznaků. K nejzávažnějším patří schizofrenie, afektivní poruchy a poruchy příjmu potravy.(1) Příznaky psychických poruch v dětském věku mohou být relativní a vždy je nutné korelovat je s věkem a stupněm vývoje dítěte. Při stanovení hranice mezi normou a patologií je nutné přihlížet i k dalším okolnostem, jako jsou např. kulturní zázemí, typ výchovy, osobnost rodičů, emoční klima rodiny, jazyková bariéra, příležitost ke vzdělání a další.

Podmínkou stanovení psychiatrické diagnózy v dětském věku je podrobné a komplexní vyšetření včetně psychologického, které je někdy nutné doplnit dlouhodobou observací pacienta.

Suicidální chování nepředstavuje samostatnou nozologickou jednotku, jde o syndrom, který může být součástí různých onemocnění. Zahrnuje suicidální myšlenky, tendence, pokus a dokonané suicidium. Suicidální proklamace je vždy nutno brát vážně, i když jsou zřejmé účelové nebo demonstrativní tendence, v jakémkoli věku jsou indikací k okamžitému psychiatrickému vyšetření. V adolescenci je sebevražedný pokus nejčastějším důvodem pro urgentní psychiatrické vyšetření je druhou nejčastější příčinou úmrtí v tomto věku! Rizikovými faktory pro sebevražedné chování je disharmonické rodinné prostředí, sociální izolovanost mezi vrstevníky, snížené hodnocení, zvýšená impulzivita, depresivní projevy, sklon k užívání alkoholu a drog, nechtěné těhotenství a také předcházející suicidální pokus.(2)

### **F80-F89 – Poruchy psychického vývoje**

Specifické vývojové poruchy (F80-F83) Specifická porucha artikulace řeči se vyskytuje u 3-15 % dětí, dvakrát častěji u chlapců, objevuje se mezi třetím a čtvrtým rokem věku, řeč se vyvíjí abnormálně, je obtížně srozumitelná, podobná řeči mladších dětí a projevuje se narušenou artikulací, vynecháváním, komolením nebo nahrazováním mluvených zvuků. Expresivní porucha řeči se vyskytuje u 3-10 % dětí a receptivní porucha řeči u 3-5 % dětí. Při expresivní poruše řeči rozumí dítě mluvené řeči, ale schopnost užívat jazyk je pod úrovní mentálního věku. Kolem osmnáctého měsíce věku dítě nepoužívá výrazy „táta, máma“, i když má zájem o kontakt, kolem dvou let neumí jednotlivá slova a kolem tří let nepoužívá krátké věty. Později má omezenou slovní zásobu, stručné vyjadřování, chyby ve větné skladbě, nesprávné používání mluvnických tvarů. U receptivní poruchy řeči je pod úrovní mentálního věku chápání řeči, porucha se obvykle pojí i s expresivní složkou řeči. Dítě není schopno v roce věku reagovat na

běžná slova, v osmnácti měsících není schopno určit několik běžných předmětů a ve dvou letech porozumět jednoduchým instrukcím. Pro diagnózu je podstatné vyloučení organické příčiny obtíží, odlišení od mentální retardace a dětského autismu. Dítě s poruchami řeči v porovnání s těmito poruchami hledá náhradní způsoby dorozumění a navázání vztahu s blízkými osobami. Získaná afázie s epilepsií (Landauův-Kleffnerův syndrom) se projevuje ztrátou schopnosti expresivní i receptivní složky řeči, celková inteligence zůstává na stejné úrovni. Porucha se projevuje změnami na EEG a ve většině případů epileptickými záchvaty. Typická doba začátku je mezi 3.-7. rokem. Ztráta řeči bývá rychlá, během dnů nebo týdnů, někdy se projeví lehčí deficit, provázený poruchou plynulosti řeči nebo poruchou artikulace. Specifické vývojové poruchy školních dovedností se projevují poruchami učení a nejsou následkem jiných poruch. Často se vyskytují komorbidně s hyperkinetickými poruchami nebo jinými vývojovými poruchami. Četnost poruch je u 2-20 % dětské populace, 3-5krát častěji u chlapců. Specifická porucha čtení (dyslexie) se projevuje vynecháváním, nahrazováním, překrucováním slov, pomalým čtením, chybnými začátky, dlouhými pomlkami, ztracením se v textu, nepřesnými slovními obraty, převrácením slov ve větách nebo písmen ve slovech.

Méně často se objevuje deficit v chápání čteného textu. Hlavními rysy specifické poruchy psaní (dysgrafie) jsou chyby v gramatice, interpunkci, rozlišování velkých a malých písmen a větné stavbě. Specifická porucha počítání (dyskalkulie) se projevuje selháváním v číselných představách, matematickém uvažování, často i neschopností naučit se hodiny při zachovalých percepčních a verbálních dovednostech. V případě poruch učení musí být stupeň postižení klinicky signifikantní, postižení musí být specifické a nelze je přičíst mentální retardaci ani nižší inteligenci. Porucha musí být vývojová, tj. přítomna od počátku vzdělávání, nesmí být přítomny vnější faktory, např. nedostatek vzdělávání, a porucha nesmí být způsobena nekorigovanou smyslovou vadou. Specifická porucha motorické funkce se malou obratností a koordinací, horšími dovednostmi v jemné a hrubé motorice, které jsou zřetelně pod úrovní věku a inteligence.

#### Průběh a prognóza vývojových poruch

Specifická porucha artikulace řeči bývá často spojena s poruchami řeči a učení, hyperkinetickou poruchou, poruchami chování, úzkostnými poruchami, depresivními poruchami a poruchami přizpůsobení. Pokud není spojena s dalšími komorbiditami, obvykle v průběhu vývoje dochází ke spontánnímu zlepšení kolem 9.-10. roku věku. U 80 % dětí s poruchami učení dochází při optimálním výukovém režimu k nápravě poruchy, i když u části populace přetrvávají reziduální projevy do dospělosti. Těžké formy poruch učení mohou být důvodem nižšího dosaženého vzdělání, které neodpovídá dispozicím postiženého jedince. U poruchy motorické funkce může přetrvávat neobratnost. Vývojové poruchy omezují dítě v komunikaci s okolím, ztěžují sociální kontakty a schopnost adaptace. Landau-Kleffnerův syndrom je ve většině případů provázen epileptickými záchvaty, současně asi u 40 % dětí zůstává trvale těžký deficit receptivní řeči, u 30 % naopak dojde k úplné úzdavě.

#### Léčba specifických vývojových poruch

V léčbě specifických poruch vývoje řeči a jazyka se uplatňují kombinované terapeutické přístupy, založené na principu kognitivně behaviorálního nácviku, je nutná spolupráce psychiatra, psychologa, logopeda, pedagoga a rodiče. V léčbě získané afázie s epilepsií se uplatňují antikonvulziva u dětí s epileptickými záchvaty. Terapie poruch učení je vzhledem k častým komorbiditám multimodální, vyžaduje spolupráci psychiatra, pedagoga a rodiče. Převážná část nápravy spadá do působnosti speciálních pedagogů a vyžaduje specifický školní režim. Psychofarmakoterapie je nutná pouze v případě psychiatrické komorbidity.

### **Pervazivní vývojové poruchy (F84)**

Dětský (Kannerův) autismus se vyskytuje s frekvencí 5-10 na 10 000 dětí, častěji u chlapců než u dívek v poměru 4-5 : 1. Již před třetím rokem života jsou přítomny příznaky, které se dělí do tří hlavních skupin: kvalitativní narušení sociální interakce, narušená komunikace a hra a omezené, stereotypní chování a zájmy. Aspergerův syndrom se vyskytuje u 36-71 jedinců na 10 000 dětí ve věku 7-16 let. Je velmi podobný dětskému autismu, v porovnání s ním nebývají narušené řečové schopnosti a nevyskytují se motorické stereotypie. Pacienti mívají schizoidní rysy, problémy v interpersonální komunikaci, neobvyklé zájmy a bizarní aktivity. Rettův syndrom je vzácnější, vyskytuje se pouze u dívek, prevalence je 6-7 na 100 000.

Má čtyři základní okruhy příznaků: prenatální a perinatální vývoj a psychomotorický vývoj v prvních pěti měsících života jsou zdánlivě normální. Mezi 5 měsíci a 4 lety dochází ke zpomalení růstu hlavy a ke ztrátě získaných manuálních dovedností, což je spojeno s komunikační dysfunkcí, zhoršenou sociální interakcí a chabě koordinovanými pohyby. Je těžce postižena expresivní a receptivní řeč a dochází k těžké psychomotorické retardaci. Objevují se stereotypní pohyby rukou (krouživé svírání nebo mycí pohyby). Hellerova demence je charakterizována obdobím normálního vývoje nejméně do věku dvou let. Nejpozději před desátým rokem věku dochází během několika měsíců ke ztrátě získaných dovedností, typický je začátek mezi 3.-4. rokem. Pro diagnózu je nutná významná ztráta alespoň ve dvou z následujících oblastí: expresivní nebo receptivní řeč, hra, sociální dovednosti nebo adaptační chování, kontrola mikce a defekace, motorické dovednosti, sociální fungování, zájem o okolí. Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací zahrnuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyby a sebepoškozování.

#### **Průběh a prognóza pervazivních poruch**

Pervazivní vývojové poruchy vedou k závažnému a trvalému narušení všech složek psychiky a postihují fungování jedince obvykle ve všech oblastech života. Míru postižení zvyšují komorbidní poruchy. Dvě třetiny autistů jsou závažně postiženy do dospělého věku a jsou trvale závislí na péči okolí. Prognóza pervazivních vývojových poruch je nepříznivá, jde o trvalou závažnou poruchu psychického vývoje, kterou je možno dílčím způsobem ovlivnit pouze výchovných působením, vlivem kterého pacienti získávají jednotlivé a většinou omezené dovednosti sebeobsluhy a nacvičují jednoduché sociální dovednosti, aniž by jim na emoční úrovni rozuměli. Relativně lepší prognózu mají atypické formy autismu a Aspergerův syndrom, prognóza závisí na stupni inteligence a rozvoji řečových schopností. Léčba pervazivních vývojových poruch je pouze symptomatická, zaměřená na jednotlivé příznaky behaviorálních poruch, poruch emotivity a spánku.

### **F90-F98 – Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci**

Hyperkinetické poruchy a poruchy chování představují jednu z nejčastějších a nejvíce sledovaných poruch dětského věku a je jim věnováno samostatné sdělení.

### **Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (F93)**

Emoční poruchy v dětství se liší od emočních poruch v dospělosti diskontinuálním průběhem, tj. nepřetrvávají do dospělosti. Výjimku představuje sociálně úzkostná porucha, která přechází do generalizované úzkostné poruchy nebo sociální fobie v dospělosti. Prevalence úzkostných poruch v dětství je 2,4-3,5 %, nejčastější je separační úzkostná porucha. Základním projevem je úzkost při odloučení od blízkých osob, nadměrná a nepřiměřená věku dítěte, jsou časté tělesné projevy úzkosti (bolest břicha, bolesti hlavy, zvracení). Pro fobickou úzkostnou poruchu v dětství je typický iracionální strach z určitých předmětů nebo situací (tma, zvíře, hmyz, uzavřené prostory, výšky), který je nepřiměřený věku dítěte. Sociálně úzkostná porucha v dětství se projevuje opakovaným nepřiměřeným strachem ve styku s dospělými nebo

vrstevníky, který vede k vyhýbavému chování v sociálních situacích a narušuje společenské aktivity. Léčba emočních poruch specifických pro dětství spočívá v psychoterapii založené na principech kognitivně behaviorální terapie a rodinné terapie. Pokud poruchy provázejí další komorbidity a je snížené sociální fungování, je indikována léčba antidepresivy skupiny SSRI. Krátkodobě lze podávat benzodiazepiny.

### **Poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci (F94)**

Prevalence mutismu je 0,3-0,8 na 1000 dětí, je častější u dívek a obvykle se objevuje před pátým rokem věku. Klinicky se projevuje třemi okruhy příznaků: důsledným mlčením ve specifických sociálních situacích s normální komunikací mimo tyto situace, v určitých situacích nebo s určitými lidmi dítě nemluví, porucha trvá nejméně jeden měsíc. Prognóza mutismu je ve většině případů dobrá, prognosticky závažnější jsou poruchy, které přetrvávají po 10. roce věku v rodinách s psychiatrickou hereditou. Reaktivní porucha přichylnosti a dezinhibovaná přichylnost v dětství vznikají do 5 let věku na podkladě porušené adaptace v časném dětství. Dochází k vytvoření abnormit v sociálních vztazích, které u dezinhibované přichylnosti vedou k poruchám chování s petrifikací negativních osobnostních rysů. Terapie spočívá v rodinné, režimové a sociální terapii. Prognóza není příznivá, přetrvává abnormní sociální zapojení.

### **Tikové poruchy (F95)**

Prevalence tikových poruch je 13 % u chlapců a 11 % u dívek. Po 11. roce se prevalence snižuje na 1-5 % a výskyt je častější u chlapců v poměru 2 : 1, v adolescenci 3-4 : 1. U dospělých je poměr mužů k ženám 6-9 : 1. Tiková porucha se v dětství vyskytuje 5-12krát častěji než v dospělosti. Mnohočetná tiková porucha (Touretteův syndrom) se vyskytuje v 0,3 případu na 1000 osob. Přejídná tiková porucha se projevuje jednoduchými tiky, které se obvykle vyskytují kolem 4.-5. roku a trvají méně než 12 měsíců. Mají tendenci k remisím i kolapsům, nejčastěji postihují mimické svaly. Typicky se zhoršují při relaxaci, při aktivitě vymizí. Chronická motorická nebo vokální tiková porucha je charakterizována jednoduchými nebo komplexními motorickými tiky nebo tiky vokálními. Motorické a vokální tiky se nevyskytují současně, trvání poruchy je delší než rok. Touretteův syndrom – kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha se projevuje mnohočetnými tikovými projevy. Typické jsou tiky ve formě pokašlávání, chrochtání, časté jsou výkřiky obscénních slov, frází.

Průběh a prognóza tikových poruch

Tiky obvykle vymizí do jednoho roku (50-75 %), v 25-50 % vymizí v adolescenci, 6 % zůstává bez změny. Touretteův syndrom je dlouhodobé, celoživotní onemocnění s kolísavým průběhem, je závažným handicapem, který znemožňuje sociální začlenění, může vést k nedostatečnému vzdělávání a sociální izolaci.

Terapie tikových poruch

U přejídné tikové poruchy je obvykle dostačující psychoterapie zaměřená na prevenci sociální izolace a udržení či získání sociálních dovedností.

V dospělosti se enuréza vyskytuje asi u 0,5 % populace, primární enuréza je dvakrát častější než sekundární. Od sedmi let je enuréza častější u chlapců, ve 14 letech je poměr chlapců a dívek 2 : 1. Samostatná denní enuréza je častější u dívek. Ke stanovení diagnózy neorganické enurézy je nutné vyloučit jiné onemocnění, zejména neurologické, epilepsii nebo strukturální anomálie močového traktu. Enkopréza je charakterizovaná mimovolní defekací v oblečení, na nevhodných místech nebo umazáváním spodního prádla stolicí. Je fyziologická do čtyř let věku, kdy se vyskytuje u 3 % dětí. V osmi letech se vyskytuje u 2,3 % chlapců a 0,7 % dívek, mezi 10.-12. rokem je výskyt 1,3 % u chlapců a 0,3 % u dívek.

## Průběh a prognóza

Príznaky enurézy a enkoprézy mají kolísavý charakter, s věkem obtíží ubývá, do dospělosti enuréza přetrvává u 0,5 % populace

## Schizofrenie v dětství a adolescenci

Až 70 % schizofrenií vznikne mezi 10. a 25. rokem věku. Těmto onemocněním u dětí a adolescentů často předchází méně specifické příznaky, jako jsou zvýšený zájem o tělesné prožívání, nadměrná hloubavost nad smyslem života, pokles soustředění, zájmů, únava, depresivní ladění, suicidální úvahy, pocity lhostejnosti a nezájmu. U hebefrenní formy schizofrenie mohou její příznaky, ke kterým patří emotivní změny, proměnlivé poruchy myšlení a vnímání a nevhodné a nepředvídatelné chování, splývat s vývojovými změnami. Teprve po řadě týdnů až měsíců může dojít k rozvoji typických příznaků schizofrenních onemocnění, ke kterým patří halucinace a bludy, zárazy a inkoherece myšlení, katatonní jednání – vzrušenost, agitovanost, ochuzení až vymizení psychomotoriky (stupor) a řeči (mutismus, neologismy, zvláštní intonace a dikce, nesouvislost), výrazná apatie, oploštění emotivity, ztráta zájmů a sociální stažení. U adolescentů se často objevuje astenický syndrom, charakterizovaný sníženou výkonností, nespavostí, bolestmi hlavy, únavou, pocity prázdnoty, nesoustředěností, rozvíjí se anhedonie a amotivační syndrom, který je příčinou neschopnosti vyvíjet jakoukoli aktivitu.

## Afektivní poruchy u dětí a dospívajících

Deprese se vyskytují asi u 1 % dětí předškolního věku, 4 % dětí školního věku, 4-8 % dospívajících, po ukončení puberty jsou častěji u dívek. Příznaky deprese se liší v jednotlivých vývojových obdobích: kojenci vypadají smutně, více pláčou, reagují pomaleji na podněty, zpomaluje se motorický vývoj, je narušen spánek a příjem potravy. U batolat se zhoršují sociální dovednosti, nastává intelektový útlum, ztráta zvědavosti a iniciativy. Depresivní děti v předškolním věku omezeně komunikují, působí zpomaleně, nesoustředí se, mají omezené aktivity a zájmy, odmítají kontakty s vrstevníky, může se objevit plačtivost a somatické obtíže, často bolesti břicha, nechutenství a poruchy spánku. Školáci si stěžují na bolesti hlavy, břicha, nevolnosti, únavu, nechutenství nebo přejídání, mívají pocity viny, rozlady, bývají úzkostliví, podráždění, mají víc problémů ve vztazích s dospělými i vrstevníky, nesoustředí se a zhoršuje se jejich školní výkon. Objevují se sebevražedné myšlenky a pokusy.

## Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících

Poruchy příjmu potravy patří k závažným psychiatrickým onemocněním, která se vyskytují od útlého dětství až do dospělosti. Prevalence mentální anorexie u mladých dívek bývá celosvětově uváděna 0,3-1 %, u mentální bulimie 1-3 %, některá kritéria mentální bulimie splňuje v ČR až 15 % dospívajících. V období dospívání jde o třetí nejčastější onemocnění s úmrtností dvakrát vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a desetkrát vyšší v porovnání se zdravou populací. Raný začátek onemocnění definují různí autoři odlišně: premenarcheální dívky, pod 12 let, v rozmezí 8-14 let. V posledních letech se začátek onemocnění stále posouvá do mladších věkových skupin, děti do 12 let představují asi 5 % pacientů.) Součástí symptomatiky poruch příjmu potravy je až u 40 % pacientů sebepoškozování. Podle rodičů má problémy s jídlem 25-28 % dětí do 6 měsíců věku a 18 % čtyřletých. Časně problémy s jídlem mají vliv na fyzický, kognitivní, sociální a emoční vývoj, nižší hmotnost a vyšší nemocnost a vedou k přetrvávajícím jídelním problémům. Studie prováděná v naší populaci prokázala, že ve 13 letech není 35 % dívek a 13 % chlapců spokojeno se svým tělem, 50 % dívek si přeje zhubnout, 40 % se vědomě omezuje v jídle a 4 % záměrně zvrací.

Poruchy příjmu potravy v dětském věku představují širší skupinu rozmanitých poruch. Patří k nim infantilní ruminační porucha, projevující se opakovanou regurgitací potravy bez nauzey,

žvýkání a znovupolykání potravy provází pocity libosti. Bývá častá u mentálně retardovaných, deprivovaných dětí, může být známkou dysfunkční, konfliktní rodiny, ale může mít i organickou příčinu. Infantilní mentální anorexie se objevuje ve věku od 6 měsíců do 3 let a provází poruchy separace, kdy se úzkost matky přenáší na dítě. Dítě často prosazuje své potřeby v rovině jídla, objevuje se problematické odstavování, vyžadování nočního krmení a další rituály kolem jídla. Pika je opakované požívání nejdých látek, které trvá alespoň jeden měsíc a které je nepřijatelné z hlediska mentální úrovně a dané kultury. Není přítomen odpor k normálnímu jídlu a pokud se nezjistí jiná závažná příčina, například schizofrenie, mentální retardace, deprivace nebo týrání, je metodou volby psychoterapeutická péče. Emoční porucha spojená s odmítáním jídla se projevuje strachem z jídla, nevolností a zvracením, poklesem hmotnosti. Děti popírají snahu zhubnout, nezjišťujeme poruchu percepce vlastního těla, nepřiměřené zabývání se tělesnou hmotností, ale bývá přítomná porucha nálady.

Syndrom pervazivního odmítání potravy je popisován u dívek ve věku 8-14 let, tyto pacientky odmítají zároveň s jídlem i komunikaci a péči o sebe a podobně jako u nepřiměřené vybíravosti v jídlu se etiologicky zvažuje traumatická příčina. Syndrom vybíravosti v jídlu patří k obtížným, ale nejméně závažným poruchám, výběr jídel dítěte je sice omezený, ale množství jídla je dostatečné a děti nezaostávají ve vývoji. Nemají další příznaky, typické pro poruchy příjmu potravy, jako jsou zaujetí postavou, vzhledem, váhou a problémy se většinou spontánně vyřeší v adolescenci. Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie bývají následkem traumatického zážitku, např. zvracení, nepříjemného vyšetření trávicího traktu nebo onemocnění spojeného s omezením jídla. V porovnání s mentální anorexií tito pacienti odmítají jídlo pro obavy z jídla samotného (udušení, zvracení), nikoli z jeho následků v podobě vzestupu váhy. Syndrom nočního ujídání nebo upíjení je zařazen v současné klasifikaci mezi poruchy spánku. Projevuje se vyžadováním potravy při nočním probuzení z naučeného pocitu hladu. Stanovení diagnózy poruchy příjmu potravy je u dítěte složitější než u dospělých, je zde řada odlišností v průběhu onemocnění a ne vždy lze použít diagnostická kritéria pro dospělé.

#### Léčba poruch příjmu potravy u dětí

Léčba musí být komplexní, diferencovaná, s individuálním specifickým léčebným postupem. Vychází, stejně jako u dospělých, z technik kognitivně behaviorální psychoterapie a jejími hlavními cíli jsou úprava váhy, změna jídelního chování, postoje k jídlu, váze, vzhledu a sebehodnocení. Léčba dospělých je založená na dobrovolné spolupráci a motivaci k léčbě, čehož lze u dětí obtížně dosáhnout. Čím je dítě mladší a psychicky nezralejší, tím je jeho spolupráce v léčbě a náhled na chorobnost stavu horší a tím víc odpovědnosti leží na okolí dítěte.

#### Závěr

Psychiatrická onemocnění dětského věku jsou relativně častá, k nejčastějším patří hyperkinetické poruchy a specifické vývojové poruchy školních dovedností, které mají relativně dobrou prognózu. K závažným poruchám s celoživotním trváním patří pervazivní a tikové poruchy a psychotická onemocnění, vznikající v časném věku. Léčba dětských psychiatrických onemocnění vyžaduje multidisciplinární přístup, dopad onemocnění se projevuje ve vzdělávání, zasahuje do sociální oblasti, ovlivňuje profesní a společenské uplatnění pacientů a v závažných případech může vést k invalidizaci



### **Literatura:**

- DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.
- GELDARD, K., GELDARD, D. Dětská psychoterapie a poradenství. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.
- GOETZ, M. Deprese u dětí a adolescentů. Praha: Psychiatrie pro praxi, 2005.
- HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.
- KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. Zlo na každý den. Praha: Galén, 2001. ISBN 807262-088-6.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Suicidální pokusy u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro praxi, 2006/3.
- KOUTEK, J. Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. Pediatrie pro praxi, 2008/9.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178700-0.
- MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicenum, 1986.
- MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-0065.
- MÜLLER, I. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 3. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7169-512-
- THEINER, P. ADHD od dětství do dospělosti. Psychiatrie pro praxi, Praha, 2012.
- TRAIN, A. Nejčastější poruchy chování dětí. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178503-2.
- VÁGNEROVÁ, M. Dětství a dospívání. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 5. Vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-



## 8 Kvalita života a duševní porucha



### **Klíčová slova:**

**sebepojetí, bezpečí, odolnost, životní událost**

Vznikne-li tedy porucha chování, vznik je podpořen některým z rizikových faktorů, a ten zasahuje do některé (případně všech tří) oblasti kvality života.

V psychické oblasti je narušeno jedincovo sebepojetí, pocit bezpečí, odolnost.

V případě sociální oblasti je narušeno fungování rodinných vztahů, a pokud dítě střídá školy, přetrhají se vztahy s vrstevníky (narušena oblast sociálních vztahů). Somatickou oblast tyto faktory ohrožují ve vnímání svého stavu a potřeby spolupráce s odborníky. Velmi důležitá pro kvalitu života, nejen u dětí s poruchou chování, je schopnost vyrovnat se s problémem, se stresem, životní událostí (těžkostí) nebo traumatem. Traumata a životní těžkosti mají různou podobu. Jsou to relativní záležitosti vnímané a hodnocené individuálně každým z nás.

Představují situace nebo okolnosti v životě člověka, které znamenají více či méně zásadní změnu v každodenní rutině. Jsou to křížovatky, které mění směr našeho ubírání, vstupují do sociálních vztahů a mají vliv na psychiku jedince. V souvislosti s kvalitou života může životní událost změnit perspektivu jedince, ten začne věci přehodnocovat nebo se na ně začne dívat z jiného úhlu. Životní událost může zapříčinit změnu hodnot. Staré hodnoty se ztratí a jedinec začne hledat nové. Životní událost také může dát jedinci nový smysl života, změnit jeho směřování nebo jedinec začne hledat novou životní náplň.

Ovšem životní událost může i zabrzdit rozvoj tím, že je veškerá energie směřována k překonání stresové události, a dřívější úkoly ztrácejí svůj smysl. V případě dětí se životní události mohou týkat: zdravotních problémů (vážná nemoc v rodině, úmrtí důležitého člověka, vlastní onemocnění či zranění) rodinných problémů (rozvod rodičů, konflikty v rodině, násilí v rodině) vrstevnických problémů (konflikty, citové problémy dospívajících) školních problémů (školní neúspěch, střídání škol) problémů ve světě (násilí, ekologie, katastrofy apod.)

Dále lze mezi stresové události zařadit také zkušenost se soudním procesem nebo osobní setkání s trestným činem. Již v dávných dobách se říkávalo: „per aspera ad astra“ (přes překážky ke hvězdám) a spousta výzkumů potvrzuje, že překonáváním překážek a zvládáním těžkostí spěje člověk ke kvalitnějšímu životu. Hovoří se o pozitivních dopadech traumat, které jedince posouvají vpřed, mění jeho postoj a dávají mu zkušenost pro reakci při dalším setkání se s těžkostí. Nejen zkušenosti z jednání, ale i pozitivní zkušenosti z mateřské školy nebo základní školy jsou dobrým základem pro pozdější odolávání traumátům. Všechny životní události jsou prožívány velmi intenzivně a psychické procesy, které je doprovází, literatura popisuje jako zvládání (coping), životní krizi nebo posttraumatický syndrom.

Nesmíme opomenout ochranné (resilienční) faktory, bez kterých by děti těžkosti stěží překonávaly. Tyto faktory vycházejí přímo z osobnosti dítěte (vnitřní faktory) nebo ze sociálního okolí (vnější faktory). V rámci osobnosti se jedná například o pozitivní vlastnosti temperamentu (otevřené, komunikativní dítě), které se o těžkosti dokáže bavit a je schopné řešit problémy. Nebo dítě, které je aktivní v chování, a snaží se něčeho dosáhnout.

Z vnějších faktorů podporujících zvládání se jedná o sociální oporu, tedy systém vztahů a vazeb, v nichž se jedinec pohybuje, příslušnost k sociální třídě a s ní související sociální kapitál. Důležitý je stabilní vztah k jedné spolehlivé a podporující osobě z rodiny (klíčová osoba), podstatnou je soudržnost rodiny a pomáhají starostliví dospělí i mimo kruh rodiny (učitelky, vychovatelky). Autoři zabývající se odolností dětí neboli resiliencí zjistili, že z kompenzace

svého sociálního znevýhodnění nebo i únikem z těžké životní situace mohou pocházet často mimořádné výkony jedinců v některých tvořivých činnostech. Korektivních zkušeností je hojně využíváno v intervenčních postupech při práci s dětmi s poruchami chování. V případě životní události jsou v rámci samotného zvládnutí problému důležité dva aspekty. Nejprve se jedná o porozumění neboli srozumitelnost. Dítě potřebuje porozumět tomu, co se stalo a proč tomu tak je. S porozuměním pak roste pravděpodobnost zvládnutelnosti. Dostavuje se pocit, že situaci lze zvládnout, a lze se s ní vyrovnat.

Tyto dva aspekty směřují k poslednímu třetímu, který dá jedinci smysluplnost. A ta jej posune, současně se změnou postoje a novou zkušeností, vpřed. Jedná-li se o dítě, to si samo klade svou aspirační úroveň, neboli to, čeho chce dosáhnout. Přijde-li překážka, záleží pak jen na dítěti, jak se se situací vypořádá, a zda se posune vpřed nebo si začne klást nižší aspirační cíle.

Ovšem v rámci intervenčních postupů je to i na pedagogických pracovnících, aby učili děti zpracovávat negativní životní události racionálně. Tím totiž přispívají k rozvoji osobnosti dítěte. Z dalších vlivů, které porucha chování má na kvalitu života, zmiňme vliv na duševní pohodu. Jak bylo řečeno dříve v textu, kvalita života je spokojenost se životem i duševní pohoda.

Duševní pohoda člověka ale velmi úzce souvisí i s jeho pozitivním sebehodnocením a vědomím svého místa na světě. Rozhodne-li soud o ústavní, popřípadě ochranné výchově, jsou děti vyjmutím z původní rodiny ohroženy ztrátou kontaktu s klíčovou osobou a mají pocit, že nikam nepatří. Víme, že tento pocit ohrožuje sociální stabilitu, narušuje jejich sebepojetí, dostávají se do nepohody, sociální nejistoty, objevují se konflikty hodnot a je ovlivněna i kvalita života.

Rizikovým ovšem může být i moment, kdy se dítě vrací do stejného prostředí, ze kterého bylo předtím soudem vyjmuté, to totiž může být nepodnětné a mít neblahý vliv nejen na vývoj hodnot. Někdy ovšem ústavní výchova může kvalitu života dítěte naopak zlepšit. Jedná se o případ, kdy soud ústavní výchovu nařídí v případě, kdy je výchova dítěte vážně ohrožena či narušena, nebo pokud rodiče ze závažných důvodů nemohou výchovu dítěte zabezpečit. Klíčová osoba sice chybí, ovšem uspokojování potřeb dítěte i jeho možnosti jsou poté na mnohem lepší úrovni.



### Otázky:

1. Jak souvisí kvalita života s duševním stavem?
2. Které životní události destruuji kvalitu života?
3. Které vnější a vnitřní faktory působí na kvalitu života?
4. Co znamená sociální opora?



### Literatura:

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. A kol. Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-192-5.

GELDARD, K., GELDARD, D. Dětská psychoterapie a poradenství. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-476-2.

GOETZ, M. Deprese u dětí a adolescentů. Praha: Psychiatrie pro praxi, 2005.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. A kol. Dětská adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

KOUKOLÍK, F., DRTILOVÁ, J. Zlo na každý den. Praha: Galén, 2001. ISBN 807262-088-6.

- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Suicidální pokusy u dětí a dospívajících. Psychiatrie pro praxi, 2006/3.
- KOUTEK, J. Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence. Pediatrie pro praxi, 2008/9.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178700-0.
- MATĚJČEK, Z. Rodiče a děti. Praha: Avicenum, 1986.
- MATĚJČEK, Z. Co děti nejvíc potřebují. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-0065.
- MÜLLER, I. Terapie ve speciální pedagogice. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

## 9 Děti a dospívající: důsledky rozvodu/rozchodů rodičů



### **Klíčová slova:**

**Partnerské konflikty, fixace, patologie, adaptace, mezigenerační konflikt**

Přibližně okolo 15 % klientů, kteří se obracejí se svými problémy na poradenské instituce, pramení z oblasti mezigeneračních rozporů, vzhledem k současným sociálním problémům nelze očekávat jejich snižování, spíše naopak. Je jisté, že nelze postihnout veškeré konfliktní plochy, ale můžeme je aspoň pracovním způsobem kategorizovat.<sup>1</sup>

A. Konflikty pramenící z nepřiměřené fixace jednoho z partnerů na své rodiče, tj. neschopnost oddělit kompetence obou rodin. Problémem je nedostatečnost obhájit své kompetence tam, kde rozhodování je zcela v rozhodování manželů / partnerů samotných. Jeden z partnerů nedokáže dosáhnout funkční a potřebné separace obou rodin, event. vzniká koalice rodičů a jejich dítěte vůči partnerovi, partnerce. Rodiče se tak staví do role arbitrů, kteří rozhodují o jejich sporech, ovšem s tím, že se nacházejí na straně jejich dítěte. Výsledkem je eskalace konfliktu nebo rezignace a odchod ze společného soužití. Uvedený mezigenerační konflikt nabývá klasickou podobu střetu snacha (zeť) versus tchánové.

B. Nadměrná fixace rodičů na jejich již dospělé dítě, snaha udržet „dítě“ v závislosti a jejich partnera či partnerku pojímat jako další dítě v rodině. Tj. patologické chování usilující zachovat mocenské postavení orientační rodiny. Jeden, nebo oba rodiče nechtějí připustit dospělost svého dítěte, ani fakt, že si založili vlastní (rodinu) perspektivní společný vztah. Obvyklá je snaha kooptovat partnera / partnerku svého dítěte jako nového člena rodiny, ovšem v roli dalšího dítěte a vzniku velké rodiny, kde dominantní člen rodiny udržuje existující hierarchické uspořádání. Vzniká tak snaha udržet své dítě v citové či ekonomické závislosti.

Výsledkem je buď revoltující dítě a jeho partner, partnerka zůstává v roli nezúčastněného pozorovatele. Střet nabývá podobu konfliktu dítěte vůči svým rodičům.

Další alternativou je, že se podaří udržet vlastní dítě v závislosti a důsledkem je konflikt zeť (snacha) versus tchánové.

Třetí alternativou je revoltující dítě společně se svým partnerem a vznik konfliktu mezi dvěma koalicemi, nebo konflikt partnerské dyády s jedním z rodičů.

C. Výrazná intolerance jednoho z partnerů vůči rodičům druhého partnera. Pramenem mohou být dysfunkční vztahy jednoho z partnerů se svojí rodinou, které vedou ke snaze blokovat dobré, funkční rodinné vztahy u druhého partnera jako snahy po výrazné závislosti na jeho osobě. Nabývá tak podoby konfliktu zeť (snacha) versus tchánové. Event. se může jednat o jednostrannou neopětovanou averzi vůči partnerovým rodičům. Izolovat jej s cílem zvýšit svůj vliv, autoritu.

D. Projevy patologie u některých členů – účastníků rodinných konfliktů, například nejčastěji se jedná o akcentovanost osobnosti, poruchy osobnosti, hysterie, alkoholismus, případně involuční procesy

<sup>1</sup> Uvedené kategorizování mezigeneračních konfliktů vychází z osobního sdělení Dr.K.Kopřivy,CSc.

E. Jako poslední lze uvést konflikty pramenící z adaptačních potíží běžného života, provozních zvyklostí převzatých z orientačních rodin, rituálů, komunikačních zvyklostí, míry separace a kooperace. Schopnosti naučit se respektovat nová společná pravidla soužití.

Ukazuje se, že častým problémem mezigeneračního konfliktu je kratší doba trvání manželství (partnerské soužití), přibližně do 5ti let trvání, tj. jedná se o adaptační fázi soužití, dále je rizikovým faktorem je stále situace, kdy žena s vyšším vzděláním (VŠ) odchází dočasně do domácnosti z důvodu péče o dítě. Konflikt zeť versus tchánové se jeví nejčastěji u zeť z patriarchální rodinné struktury a dominantní manželky, partnerky. Složitější je situace, kdy manželka, partnerka jeví silnou fixaci na svoji dominantní matku (svobodná, rozvedená matka) eventuálně s otcem, ale submisivním. Nejčastější konflikty ale nalézáme mezi snachami z patriarchálních orientačních rodin a dominantními matkami jejich manželů, partnerů.



#### Otázky:

1. *Partnerské konflikty : jaké typy existují?*
2. *proč vznikají mezigenerační konflikty?*
3. *příčiny fixace dětí na rodiče*
4. *příčiny fixace rodičů na děti*
5. *kdy se jedná o patologii vztahu dětí a rodičů?*



#### Literatura:

- GÁBURA J., PRUŽINSKÁ J., Poradenský proces, Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-10
- KOPŘIVA K., Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-
- ÚLEHLA I. Umění pomáhat. Praha: Slon 2009. ISBN 978-80-86429-36-6
- BABRIEL Z., NOVÁK T., Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči 1.vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1788-3
- HARGAŠOVÁ M., NOVÁK T., Předmanželské poradenství 1.vyd.Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1730-2
- HARGAŠOVÁ M. a kol. Skupinové poradenství 1.vyd. Praha: Grada 2009, ISBN 978-80-247-2642-7
- SVOBODA, M. (Ed.) Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál, 2013, ISBN 80-7178-327-7
- NOVÁK, T. Manželské a rodinné poradenství. Praha : Grada, 2006, ISBN 86-247-978-80-262-0363-6.
- SCHNEIDEROVÁ, A. Základy poradenství, Ostrava 2008, ISBN 978-80-7368-2,
- SRNEC, J. Základy psychognostiky. Praha: VŠPS, 2010, ISBN 978-80-904541-2-5,
- KOLIBOVÁ, H., SCHERROVÁ, D. Práce s klientem. Karviná 1999, ISBN 86-7248-020-0, s. 47 – 70.
- NOVÁK, T. Partnerské a rodinné poradenství. Práce s klientem. Praha: Grada 2006, ISBN 86-247-1526-0, s. 159 – 183.
- DRYDEN, W. Poradenství. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-371-0, s. 7 – 102.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. Poradenský proces. Praha: SLON 1995, ISBN 80-85850-10-10-9, s. 25 – 87.

CULLEY,S., BOND,T. Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii. Praha : Portál 2008, ISBN 978-80-7367-452-6  
TIMUĽÁK,L., Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha : Portál 2006  
SCHARLAU,CH. Techniky vedení vedení rozhovoru. Praha : Grada 2008, ISBN  
MIKŠÍK, O. Psychologická charakteristika osobnosti. Praha: Univerzita Karlova 2001, ISBN 80-246-0240

## 10 Syndrom odcizeného rodiče



### **Klíčová slova:**

**rozvod, syndrom odcizeného rodiče, rodičovský konflikt, narušování návštěv dětí, rodičovské soudní spory, porucha osobnosti.**

Tam kde v rozvodových případech je přítomen konflikt a animozita, lze pravidelně nalézt určitou míru programování dětí. Hovoří se o syndromu odcizeného rodiče, poruše, při níž dítě pohlíží na jednoho rodiče jako na zcela kladného a na druhého jako na zcela záporného. Tento syndrom se vyskytuje stále častěji od doby, kdy byl zpochybněn názor, že jediným vhodným pečovatelem po rozvodu je matka. Porozvodová situace je náročná a složitá, časté jsou zdravotní komplikace, zhoršení kvality života. Časté je odpírání styku dítěte s nerezidenčním rodičem a popouzení dětí. Rozvoj syndromu odcizeného rodiče je možné považovat za zvláště nepříznivý vývoj porozvodové situace. Pozice nerezidenčního rodiče je velmi slabá, rezidenční rodič má v možnosti popouzet proti němu účinný nástroj jak ho řídit a trestat. Proti takovému jednání neexistuje účinná obrana, nerezidenčnímu rodiči nezbývá než tento fakt akceptovat a jednat defenzivně a takticky. Toho jsou schopny jen zdravé osobnosti. Mezi rodiči zapojenými v porozvodových sporech je nicméně porucha osobnosti častá.

### **Přehled kritérií**

Gardner popsal osm kritérií pro určení syndromu zavrženého rodiče (SZR):

1. Nenávistná kampaň za degradaci rodiče: Dítě projevuje silnou nenávist k rodiči a na cílený dotaz podá výčet jeho záporných charakteristik, zlých činů, špatného chování. Pozitivní emoce jsou vytěšněny.
2. Slabé, banální, neodůvodněné či absurdní zdůvodňování této nenávisti a odporu k zavrženému rodiči či nechuti k setkání s ním. Např. „Nechci k tátovi, protože se mě pořád ptá, jak mi to jde ve škole.“
3. Nepřítomnost ambivalence (černobílé hodnocení rodičů): Normální dítě většinou hovoří o kladných i nepříznivých povahových vlastnostech otce i matky, kdežto odcizené dítě programujícího rodiče nekriticky přijímá a zavrženého pouze kritizuje.
4. Fenomén nezávislého názoru („vyhlášení nezávislosti“): Děti postižené syndromem zavrženého rodiče často uvádějí, že nechť stýkat se s druhým rodičem je jejich vlastní. Vsugerované nepravdy samostatně rozvíjejí. Programující rodič tuto skutečnost rád zdůrazňuje před těmi, kdo rozhodují o styku s dítětem.
5. Reflexivní podpora programujícího rodiče v rodičovském konfliktu: Při diagnostických či terapeutických sezeních dítě postižené syndromem zavrženého rodiče souhlasí reflexivně, automaticky a bez zaváhání se vším, co programující rodič tvrdí. Nečeká na protiargument rodiče zavrženého nebo jej zcela ignoruje, nevidí, neslyší. Dětská kritika vůči zavrženému rodiči bývá dokonce silnější a emotivnější než kritika programujícího rodiče.
6. Nepřítomnost pocitu viny: Děti postižené syndromem zavrženého rodiče nezakoušejí žádný pocit viny nad tím, že zavržený rodič je postižen, že trpí, ignorují jeho city. Např. za jeho dary nejsou vděčné, jeho výdaje pociťují jako spravedlivý trest, za křivé obvinění z pohlavního zneužívání nepociťují vinu.
7. Vypůjčené scénáře (papouškování) signalizují vysokou pravděpodobnost syndromu zavrženého rodiče: Z kontextu dětských obviňování zavrženého rodiče a z jejich obsahu je patrné, že byly sdělovány programujícím rodičem, dítě je vyslechlo a reprodukuje. Dětská

„výpověď“ pak obsahuje výrazy a obraty, které děti daného věku ještě nepoužívají. Mnohá dětská obvinění jsou identická s obviňováním programujícího rodiče. Např. čtyřletá holčička uvedla: „Mívám noční můry, když spím u otce. Co jsou noční můry nevím, ale máma to říká.“ Pětiletý chlapec: „Jeho nová přítelkyně je kurva.“ Devítiletá dívka: „Když mám jít k matce, tak hyperventiluji. Nevím, co to je, prostě hyperventiluji.“ Jiná devítiletá: „Je to lhář a podvodník a vždycky na nás vymýšlí nějaké triky. Maminka říká, že mě i sexuálně obtěžoval.“

8. Rozšíření nepřátelství: Averze se rozšiřuje i na členy původní rodiny zavrženého rodiče, což způsobuje bolest zejména prarodičům dětí, kteří svá vnoučata milují.



### Otázky:

1. Vyjmenujte kritéria pro určení SZR.
2. Jaký význam má porozvodové vedení?
3. Jaké formy rozvodů existují?
4. Čím se liší psychorozchod od psychorozvodu s ohledem na dítě?



### Literatura:

- GÁBURA J., PRUŽINSKÁ J., Poradenský proces, Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-10
- KOPŘIVA K., Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-
- ÚLEHLA I. Umění pomáhat. Praha: Slon 2009. ISBN 978-80-86429-36-6
- BABRIEL Z., NOVÁK T., Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči 1.vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1788-3
- HARGAŠOVÁ M., NOVÁK T., Předmanželské poradenství 1.vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1730-2
- HARGAŠOVÁ M. a kol. Skupinové poradenství 1.vyd. Praha: Grada 2009, ISBN 978-80-247-2642-7
- SVOBODA, M. (Ed.) Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál, 2013, ISBN 80-7178-327-7
- NOVÁK, T. Manželské a rodinné poradenství. Praha: Grada, 2006, ISBN 86-247-978-80-262-0363-6.
- SCHNEIDEROVÁ, A. Základy poradenství, Ostrava 2008, ISBN 978-80-7368-2,
- SRNEC, J. Základy psychognostiky. Praha: VŠPS, 2010, ISBN 978-80-904541-2-5,
- KOLIBOVÁ, H., SCHERROVÁ, D. Práce s klientem. Karviná 1999, ISBN 86-7248-020-0, s. 47 – 70.
- NOVÁK, T. Partnerské a rodinné poradenství. Práce s klientem. Praha: Grada 2006, ISBN 86-247-1526-0, s. 159 – 183.
- DRYDEN, W. Poradenství. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-371-0, s. 7 – 102.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. Poradenský proces. Praha: SLON 1995, ISBN 80-85850-10-10-9, s. 25 – 87.
- CULLEY, S., BOND, T. Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii. Praha: Portál 2008, ISBN 978-80-7367-452-6
- TIMUĽÁK, L., Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha: Portál 2006
- SCHARLAU, CH. Techniky vedení rozhovoru. Praha: Grada 2008, ISBN
- MIKŠÍK, O. Psychologická charakteristika osobnosti. Praha: Univerzita Karlova 2001, ISBN 80-246-0240



## 11 Poruchy chování v důsledku negativních vztahů v rodině



### **Klíčová slova:**

**porucha chování, rodina,**

### **Porucha chování ve vztahu k rodině .**

U této poruchy jsou splněna všechna kritéria poruch chování, včetně porušování práv jiných, destrukce majetku, násilí atd. Tím se liší od poruchy opozičního vzdoru. Naopak ani výrazně narušený vztah mezi rodičem (rodiči) a dítětem sám o sobě pro tuto diagnózu nestačí. Na rozdíl od následujících poruch jsou příznaky víceméně omezeny na domácí prostředí a jsou zaměřené vůči členům rodiny. Mimo rodinu se výraznější problémy neprojevují. Často souvisí s výrazně narušeným vztahem s některým se členů rodiny (dost často s novým nevlastním rodičem), vůči kterému jsou alespoň zpočátku projevy poruchy chování zaměřeny. Porucha má relativně dobrou prognózu.

### **Nesocializovaná porucha chování:**

Zde se projevují všechny příznaky poruch chování, včetně těch nejzávažnějších. Navíc je tato porucha spojena se špatným zapojením dotčeného jedince mezi své vrstevníky (špatná socializace). Dotčený nemívá ve své věkové skupině bližší kamarády, bývá neoblíben, je odmítán. Bližší vztahy s dospělými obvykle postrádají důvěrnost. Přestupky pacient páchá samostatně, ale není to nezbytnou podmínkou, přestupky mohou být páchané i ve skupině, klíčová je kvalita vztahů jedince. Projevuje se především ve škole, ale je přítomna i v dalších prostředích. Má špatnou prognózu.

### **Socializovaná porucha chování:**

I zde se projevují všechny příznaky poruch chování, ale na rozdíl od předchozí jednotky je pacient schopen navazovat trvalé přátelství s vrstevníky. Samotné přestupky pak může páchat spolu s ostatními (v partě) nebo být členem neproblémové skupiny vrstevníků a přestupky páchat sám. Považuje se za poruchu s dobrou prognózou, která odeznívá v pozdní adolescenci a mladé dospělosti.

### **Etiologie poruch chování:**

Etiologie poruch chování není jednoznačně známa a zahrnuje celou řadu faktorů, od sociokulturních, přes psychologické až k biologickým.

### **Sociální faktory:**

Z rodinných faktorů, které přispívají k rozvoji poruch chování, je to kriminální čin v rodinné anamnéze, užívání návykových látek rodiči a konflikty mezi rodiči. Rovněž nedostatečná péče, nedůslednost ve výchově, konfliktní vztah rodič-dítě a nepřátelský vztah rodiče k dítěti jsou prediktory problémového chování. Tyto faktory jsou znásobeny domácím násilím. Zvýšené riziko mají i adolescenti, u nichž se v rodinné anamnéze vyskytuje hyperkinetická porucha, závislosti, psychotické poruchy a poruchy nálady. S věkem vliv rodinných faktorů klesá, poruchy chování s pozdějším nástupem spíše souvisejí se snahou adolescenta zapojit se do vrstevnické skupiny, která vykazuje antisociální aktivity.



### Otázky:

1. Jak se projevují poruchy chování v rodině?
1. Co znamená nesocializovaná porucha chování?
2. Které faktory přispívají k rozvoji poruch chování?



### Literatura:

- GÁBURA J., PRUŽINSKÁ J., Poradenský proces, Praha: Slon, 1995. ISBN 80-85850-10
- KOPŘIVA K., Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-
- ÚLEHLA I. Umění pomáhat. Praha: Slon 2009. ISBN 978-80-86429-36-6
- BABRIEL Z., NOVÁK T., Psychologické poradenství v náhradní rodinné péči 1.vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-1788-3
- HARGAŠOVÁ M., NOVÁK T., Předmanželské poradenství 1.vyd. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1730-2
- HARGAŠOVÁ M. a kol. Skupinové poradenství 1.vyd. Praha: Grada 2009, ISBN 978-80-247-2642-7
- SVOBODA, M. (Ed.) Psychologická diagnostika dospělých. Praha: Portál, 2013, ISBN 80-7178-327-7
- NOVÁK, T. Manželské a rodinné poradenství. Praha : Grada, 2006, ISBN 86-247-978-80-262-0363-6.
- SCHNEIDEROVÁ, A. Základy poradenství, Ostrava 2008, ISBN 978-80-7368-2,
- SRNEC, J. Základy psychognostiky. Praha: VŠPS, 2010, ISBN 978-80-904541-2-5,
- KOLIBOVÁ, H., SCHERROVÁ, D. Práce s klientem. Karviná 1999, ISBN 86-7248-020-0, s. 47 – 70.
- NOVÁK, T. Partnerské a rodinné poradenství. Práce s klientem. Praha: Grada 2006, ISBN 86-247-1526-0, s. 159 – 183.
- DRYDEN, W. Poradenství. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-371-0, s. 7 – 102.
- GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. Poradenský proces. Praha: SLON 1995, ISBN 80-85850-10-10-9, s. 25 – 87.
- CULLEY, S., BOND, T. Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii. Praha : Portál 2008, ISBN 978-80-7367-452-6
- TIMUĽÁK, L., Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha : Portál 2006
- SCHARLAU, CH. Techniky vedení rozhovoru. Praha : Grada 2008, ISBN
- MIKŠÍK, O. Psychologická charakteristika osobnosti. Praha: Univerzita Karlova 2001, ISBN 80-246-0240

## 12 Příčiny a projevy závislosti



### **Klíčová slova:**

**závislost, SRCH-D, úzkostnost,**

Když se hovoří o závislostech v souvislosti s dětmi a dospívajícími, mnohdy si ani neuvědomujeme, jak každý z nás, sourozenci, přátelé, rodiče i učitelé, jsme sami na něčem závislí (pro zajímavost: původně slovo pramení ze stč. viset, oběsiti se). Například sdílení konzumní závislosti, potřeba zapnout si televizi či rádio, když přijdeme domů, pravidelná sezení před počítačem a brouzdání na internetu, pravidelné sklenice piva, vína, kávy, cigarety, nešťastné jídelní návyky, včetně, nutnost „být v práci“, což by mohlo být chvályhodné, pokud ovšem nejsme raději v práci než doma s rodinou. Ostatně, všichni známe ve svém okolí takových příkladů více než dost, včetně veřejného prostoru, závislosti spjaté s možností uplatňovat vůči druhým moc (politickou, ekonomickou) apod. Nestabilní domov, rodina, jsou paralelou sociální nestability a ekonomické nejistoty.

Přesun stále větší odpovědnosti na děti a dospívající u nich nutně vyvolává úzkost a obavy. Jak se s nimi vyrovnat? Děti dělají to, co vidí u svých rodičů, učitelů a bohužel i mediálních hvězd, dominantních členů své skupiny, a nikoliv to, co jim říkáme, navíc třeba při výuce (naše faktické, každodenní chování velmi dobře znají). Učitel není omnipotentní, aby dokázal zásadně ovlivnit jedince, má pouze svůj vymezený čas i vliv. Bohužel ztráta autority učitele má důsledky i v chování dětí. Dříve držela třída pospolu vůči učiteli, dnešní učitel, který nemá přirozenou autoritu, se tak již nestává jednoznačným „cílem“, ale agresivita se ventiluje mezi dětmi navzájem. Ve všech těchto případech se jedná o chování, jehož smysl pochopíme pouze v kontextu doby, rodiny, osobnostních dispozic, sociální i partnerské zakotvenosti všech zúčastněných.

Denně slyšíme o krizi, sociálních problémech, rizikové společnosti – a zde si vždy připomeňme, že riziková společnost, společnost, která metamorfozuje v neodhadnutelný tvar i neznámý směr, úzce souvisí i s tzv. rizikovou mládeží. Pro dospívající, kteří procházejí krizí (krize není nic negativního, ale je symbolem proměny spjaté se změnou, i samotná socializace je vždy konfliktem, krizí), již vznikl odborný název: syndrom rizikového chování (SRCH-D) – WHO tak označuje mládež jako rizikovou populační skupinu, někteří ji dokonce uvádějí jako novou „morbidity mládeže“, což označuje dobrovolné přimknutí se k nebezpečným trendům, které ohrožují na životě či dokonce vedou k závažným a trvalým psychickým a zdravotním následkům. Závislostní chování, které je součástí syndromu a příznaků rizikového chování, se intenzivně šíří do různých oblastí, jako jsou například hrací automaty, netomanie, sex, body image, sekty, sledování a napodobování různých mediálních osobností, adrenalinové sporty až po cigarety, alkohol, drogy.

Aby byla pomoc opravdu pomocí, musí splňovat určité nároky. Především musí být účinná a také pravá. Jenom přesným vhladem do struktury „nouze druhého“ se poskytovaná pomoc stává pomocí účinnou. Známe z okolí mnoho lidí překypujících snahou pomáhat, jenže jejich pomoc vychází naplano, protože nemají alespoň základní odborné znalosti, které teprve tehdy umožňují smysluplnou pomoc. Tak zůstává mnoho ochotných a hodných lidí diletanty svého lidumilství a potvrzují tak starou zkušenost, že bez kompasu a znalosti věcí i lidí se ocitají na bezcílné a bloudící lodi, kde ani láska nemůže absenci znalostí nahradit. U dětí a dospívajících dochází k hledání smyslu vlastního života a zakotvení ve vztahovém i věcném světě. Jde o etapu, kterou si musí probojovat každý sám, a zde jsme u jádra problému. Revolta mládí je

přirozená a je obvykle spjata se snižujícím se smyslem vlastního života, ovšem pokud jedinec ztratí zcela smysl života, nachází se v největší nouzi, jaká se vůbec může naskytnout.

Úzkostnost je velmi špatně snášena, protože je pro (nejen) dospívajícího jedince: a) spojena s pocitem bezmoci b) nepodléhá žádným rozumovým důvodům, je iracionální c) v dospívajícím vyvolává pocit, že je s ním něco v nepořádku a že je třeba něco od základu změnit

Únikových mechanismů je na trhu k dispozici dostatek a vedou k odpoutávání se od reality a k získání pocitu zvládnutelnosti – a zde můžeme nahlédnout již uvedenou dlouhou řadu nabídek, které vedou k závislostnímu chování. Poznamenejme, že úzkostnost přirozeně patří k člověku, je lidskou dimenzí, ale k jejímu zvládnutí potřebujeme konkrétní vztahové zázemí, zakotvenost a hlavně pochopení dětského hledání ve svém okolí. Ponechání jejich voleb pouze na dětech a dospívajících bez možností korekce a jistoty zázemí, důvěry, zejména v současné rozkolísané a problémové době, znamená jejich opuštěnost a tím větší rizikovost jejich voleb chování a jednání. Slovo důvěra tak nabývá stále větší váhy, a to nejen v mezilidských vztazích, ale i například v ekonomii či právu, o politice nemluvě. Ztráta důvěry dítěte, dospívajícího v rodičovské zázemí znamená závažný psychický zlom. Pak zaznívá otázka: „Proč bych to nedělal/la?“ Nutným důsledkem je lehčí akceptace alternujících pseudonabídek, které naplní chvilkově život „smyslem“, provázaností s druhými, snahou alespoň zakotvit v partě, mezi vrstevníky a zajistit si tam určité postavení – podmínkou je ovšem akceptace jejich hodnotových žebříčků. Pak můžeme také hovořit například o kariéře kuřáka, alkoholika či závislého apod., negativních kariér najdeme kolem sebe velmi mnoho. Pokud nesaturuje alespoň minimálně vzorce chování rodinné zázemí, nastoupí vzorce chování zvenčí, nápodobou, imitací. Drogy jsou nedílnou součástí života lidí na celém světě. Jsou-li však užívány lehkomyšlně nebo zneužívány, mohou být velmi nebezpečné. Naše „rekreační drogy“ – alkohol a tabák, které se staly bohužel běžnou součástí životního stylu většiny populace, výrazně ovlivňují sociální vztahy a procesy a kvalitu mezilidských vztahů.

Realizace preventivních strategií, přístupů a metod není pouze záležitostí odborníků a následně učitelů a dalších pedagogických pracovníků, psychologů, speciálních pedagogů, terapeutů apod., ale především rodičů a celé society. Proto se zaměřují preventivní programy právě na děti a mládež, aby je uchránily před škodlivými vlivy sociálně patologických jevů. Děti a mládež jako cíl preventivního působení tvoří skupinu, které musí být věnována zvláštní pozornost. Věkové rozmezí mezi 12 až 15 lety je velmi rizikové a pravděpodobnost, že se takto mladí lidé dostanou do kontaktu se svůdností alkoholu, cigaret či drog, je velmi vysoká.

Navíc jsou děti v této věkové kategorii nejvíce ohroženy také rozvodem rodičů; pokud se podíváme na rozvodové statistiky, je zřejmé, že kumulace závažných problémů v uvedeném věku je nanejvýš riziková, protože přímo kolejí jejich jistoty do slepých směrů osobní rozkolísanosti. Odchod jednoho rodiče z rodiny znamená rovněž výraznou ztrátu autority mužské či ženské, se kterou se bude nadále potkávat ve škole. Nemale roli zde může sehrát i lehkomyšlnost a podcenění nebezpečí, která drogy přinášejí. Jestliže začnou děti a mladiství užívat návykové látky v tomto věku, je riziko vytvoření závislosti, která může nepříznivě ovlivnit jejich životy, mnohem větší. Pokud jsme jim v tomto období schopni poskytnout preventivní vzdělání a poradenské či intervenční služby, můžeme snížit potenciál problémů s drogou souvisejících.

Proto zaujímají významné postavení v preventivních systémech na regionální a místní úrovni školy a školská zařízení, neboť většina mladých lidí, kteří je navštěvuje či jsou v nich umístěni, se stává přímým objektem preventivního působení. Veřejný prostor je u nás, žel, vyprázdněný, komunitní vazby jsou nedostatečné, nemluvě o sousedství jako součásti domova. Preventivní působení nemůže být změřeno pouze na předávání informací o prevenci zneužívání návykových látek. Zahrnuje rovněž vzdělávání o mnohočetnosti problémů, které drogy ve společnosti způsobují. Pozornost je nutné věnovat i otázkám, které souvisejí s tím, jak se vyrovnávat s každodenním stresem, zvládnutím a řešením každodenních problémů, o nichž

rodiče velmi často ani nevědí. Komu se svěřit? Získat si důvěru mezi dětmi ve škole znamená dodržovat určité způsoby chování, nesdělovat okamžitě ostatním ve sborovně každou informaci, k níž jsme se dobrali. Pokud slíbíme mlčenlivost, musíme ji dodržet, a to i doma, protože každá „zajímavá“ informace, zejména v menších komunitách, vždy prosákne mimo rodinu. Přirozeně, pokud se nejedná o informace, které jsou spjaté s trestností (zneužívání, bití, týrání apod).

Znamená to uvědomit si, co je obsahem důvěry, základního pilíře každého dobrého vztahu. Pokud se dítě nemůže svěřit doma s ataky drog apod., zbývají vrstevníci, kteří jsou ale součástí party. Máte důvěru dětí ve škole? Pokud ne, nečekejte, že se na vás obrátí s prosbou o rozhovor. Mít důvěru znamená, že se vždy mohou na vás obrátit s vědomím, že jim poradíte, a ne že je odsoudíte. Nezapomeňme, že uvedený vztah důvěry předchází jakémukoliv „verbálnímu“ ponaučování a informování o rizicích závislosti. A to platí nejen o vztahu mezi žákem, studentem a učitelem, ale i mezi rodičem a dítětem. O svých dětech nikdy nebudeme vědět vše, naopak děti o učitelích i rodičích ví vždy více, než si myslíme, že mohou vědět. Děti umí naslouchat, i když dělají, že je to nezajímá, dělají to, co činíme my sami, nikdy ne to, co jim říkáme, že mají dělat. Do světa dětí můžeme pouze nahlédnout pootvřenými dveřmi, ale nikdy tam nevstoupíme. Bohužel musíme akceptovat fakt, že drogy vždy byly a budou, dnes navíc těch ilegálních je nepoměřitelně více.

Na prvním místě si musíme pomoci sami, stát to za nás neučiní. Je nutné přijmout odpovědnost a tak alespoň snižovat rizika, která děti a mládež ohrožují, úplně je odstranit nelze. Riziko je trvalou součástí našeho života. Domov je fenoménem, který je základní rovinou, útočištěm nejen pro děti, ale i pro jejich rodiče, je spjatý s láskou a důvěrou, jistotou, která vytváří nejvýraznější oporu při zvládání životních problémů, hledání a chyb. K domovu také patří ulice, sousedství, vztahy k lidem, širší komunitě. Pokud není vybudován a „máme“ pouze bydlení, máme značně minimalizovanou sociální oporu, kterou všichni potřebujeme, protože životní .

Psychoaktivní látky jsou podle WHO členěny do čtyř skupin: a) Látky nepoužívané v lékařství a potenciálně velmi nebezpečné ve smyslu závislosti (tetrahydrocannabinol, psylocibin, LSD). b) Látky v lékařství užívané a potenciálně velmi nebezpečné pro možnost vzniku závislosti (fermetrazin, amfetamin, diazepam). c) Látky v lékařství používané, ale s menším rizikem pro vznik závislosti (chlordiazepoxid). d) Látky ostatní, které mohou závislost vyvolat (látky používané v průmyslu, těkavá rozpouštědla, lepidla aj.).

Nezapomínejme ale, že existují rozdíly v posuzování závislosti, protože platí již zmíněná MKN-10, ale také existuje jiná klasifikace, např. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-IV), vyvinutý Americkou psychiatrickou asociací, kde nalezneme trochu odlišnější řazení závislosti. Například mezi symptomy (navíc než v MKN-10) zařazují „Neodbytnou chuť, nebo jeden nebo více neúspěšných pokusů skončit s užíváním látky nebo ho kontrolovat“.



#### Otázky:

1. jak vzniká závislost a co znamená?
2. jak jsou obecně podle WHO členěny psychoaktivní látky?
3. S čím je spjatá úzkostnost a co znamená?
4. Co znamená SRCH-D?



### **Literatura:**

NEŠPOR, Karel: *Alkohol, drogy a vaše děti : jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat.* Praha : Sportpropag : 1994

MIOVSKA, Lenka: *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003.* Úřad vlády České republiky 2005

NEŠPOR, K.: *"Průchozí" drogy : co by měli vědět rodiče a další dospělí, kteří se starají o děti a dospívající.* Praha : Státní zdravotní ústav v nakl. Fortuna 2002

NEŠPOR K. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami : pro rodiče a pedagogy.* Praha: Fortuna 1999

*Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog Praha:* Psychiatrické centrum 2000

NEŠPOR K.: *Vaše děti a návykové látky.* Praha : Portál 2001

KLINEROVÁ V., HYNE S.: *Závislost na návykových látkách.* Praha : MŠMT ČR : 1. LF UK 2002

## 13 Závislosti na digitálních technologiích



### Klíčová slova:

**digitální, mobil, závislost, kyberstres, kyberfóbie**

Psychiatr Manfred Spitzer dospívá k tomu, že oslabení jednotlivých kognitivních složek, jako je paměť, pozornost, vytváření vztahů, komunikace ale i tělesný rozvoj, souvisí s technologiemi. To, že se člověk například neorientuje v prostoru nebo čase, je definice počáteční demence. Digitální demence, jak ji nazývá Spitzer, vzniká na základě digitálních technologií, ale má stejné příznaky jako jakýkoliv jiný druh demence. Spitzer píše, že jí lidé začínají trpět daleko dříve než kdysi, a spojuje to s nadužíváním digitálních technologií.

Definice závislostního chování na internetu:

Nejprve si definujeme návykové chování, vlastními slovy ho lze popsat asi takto: jedná se o opakující vzorec zvyku, který zvyšuje riziko onemocnění a / nebo souvisejících osobních a sociálních problémů. Toto chování se často objevuje subjektivně jako "ztráta kontroly" - a objevuje se navzdory pokusům zdržet se nebo zmírnit užívání. Pro každý návykový vzorec je charakteristické okamžité uspokojení, často spojené se zpožděnými škodlivými účinky. Dalším typickým znakem jsou pak pokusy o změnu návykového chování, a to prostřednictvím léčby či samo inicializace), která jsou typicky provázena vysokou mírou relapsů.

Definici závislosti a její popis nalezneme v Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize (dále jen MKN-10) pod kódem F19.2 - Syndrom závislosti „Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušení ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes její škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav“. Substancemi jsou myšleny látky s vnitřním užitím, tj. léky, drogy, tabák, alkohol aj.

Na základě těchto kritérií vypracoval MUDr. Karel Nešpor, CSc. Dotazník „závislosti“ (Diagnostika závislostního chování).

Významným problémem definice závislosti na internetu je široká terminologická rozmanitost. Uvedeme si termíny, jež současná odborná veřejnost používá v odborné literatuře.

- a) Internet addiction = Závislost na internetu Tento termín jako popsala Dr. Kimberly Young (USA) v roce 1998. Dr. Kimberly Young je průkopnicí v oblasti internetové závislosti a autorkou první diagnostické škály jakož i zakladatelkou prvního amerického centra pro léčbu závislosti na internetu.
- b) Internet pathological use = Patologické používání internetu Tento pojem poprvé použila dvojice akademiček z Bryant University v USA, profesorka matematiky Janet Morahan-Martin a profesorka aplikované psychologie Phyllis Ann Shumacher .
- c) Dalším, kdo tento pojem užil, byl R. A. Davis (Kanada) v příspěvku „Kognitivně-behaviorální model patologického používání internetu“
- d) Internet addiction disorder = Porucha závislosti na internetu“ Tento termín jako první zveřejnil newyorský psychiatr Ivan Goldberg roku 1995 pro on-line psychiatrický bulletin PsyCom.net, který vydal upomínku na rigidních diagnostická kritéria, tehdy nově vydané čtvrté edice Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-IV) Americké psychiatrické společnosti.

- e) Klíčovou postavou v posuzování vlivu digitálních technologií na psychiku a chování jedince je M. Spitzer, který s nadsázkou hovoří o digitální demenci?



**Otázky:**

1. jaké důsledky se projevují podle M. Spitzera v oblasti závislostí u dětí a dospívajících?
2. Jaké konkrétní dopady má závislost na digitálních technologiích
3. Které oblasti vývoje dětí a dospívajících jsou nejvíce ohroženy používáním digitálních technologií?



**Literatura:**

SPITZER, M., *Kybernemoc!* Praha, HOST 2016