

# Psychický vývoj kojenců a batolat: vývojové problémy a poruchy v raném věku (II)

PhDr. Daniela Sobotková, CSc., PhDr. Jaroslava Dittrichová, CSc.

Dětské psycholožky, Praha

První tři roky života jsou obdobím rychlých vývojových změn, což přináší obtíže při určování, jaké chování je ještě normální a jaké již není. I přes toto úskalí je potřebné včasné rozpoznání možných poruch, aby byla odborná pomoc dítěti a rodičům zahájena co nejdříve, neboť v raném věku je neefektivnější. Pediatr či dětský neurolog nemohou většinou psychické či neuropsychické poruchy v tomto raném období života sami diagnostikovat, ale mohou rodičům nabídnout vyšetření u specialisty (psycholog, psychiatr), který pak případně navrhne vhodný terapeutický postup. Článek má dětským lékařům pomoci při takovémto rozhodování v případě podezření na některou z možných poruch, jako jsou vývojové opoždění a mentální retardace, dětský autismus, emoční problémy a poruchy. Výhledově by bylo potřebné, aby pediatři při preventivních pediatrických prohlídkách měli k tomuto účelu vhodné standardizované screeningové metody a zlepšila se dostupnost specializované psychologické péče pro děti raného věku a jejich rodiče.

**Klíčová slova:** kojenci a batolata, mentální retardace a vývojové opoždění, dětský autismus, emoční problémy a poruchy.

## Psychological development in infants and toddlers: developmental problems and disorders in early childhood (II)

First three years of life is the period of rapid developmental changes. From this reason, there are concerns about distinguishing normal from abnormal behavior. However, it is necessary to recognize possible disorders in early childhood and provide appropriate help as soon as possible when it is most effective. Pediatricians and child neurologists mostly can not diagnose early psychological disorders. But they can provide the assessment by specialist (psychologist, psychiatrist) who suggests eventually appropriate therapeutic procedure. This article should help pediatricians at such a decision in the case of reasonable suspicion of possible disorder such as developmental delay and mental retardation, autism and emotional problems and disorders. Looking ahead, it would be useful that pediatricians could use appropriate standardized screening methods in their pediatric preventive care visits, and the availability of specialised mental health care for infants, toddlers and their parents would be improved.

**Key words:** infants and toddlers, mental retardation and developmental delay, autism, emotional problems and disorders.

Pediatr. praxi 2013; 14(5): 280–283

### Úvod

Článek volně navazuje na náš předcházející příspěvek (1), který byl věnován problémům se spánkem a příjmem potravy, nadměrnému (excesivnímu) pláči, poruchám řeči a hyperkinetickým poruchám či ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), které se vyskytují již v raném věku. Nyní se zaměříme na další vývojové nápadnosti a poruchy, které se mohou také objevit už u kojenců a batolat. Konkrétně zmíníme problematiku mentální retardace a vývojového opoždění, dětský autismus a některé emoční problémy a poruchy, jejichž výskyt je možné zaznamenat v raném dětství.

Stanovení vývojových poruch je v raném věku někdy obtížné. Abychom mohli poruchu určit, potřebujeme znát rozpětí normy pro daný věk a být obeznámeni s problémy, které se v daném vývojovém období považují za přiměřené (např. v emoční oblasti). Nesmíme zapomínat ani na fakt, že hranice normy jsou často neostré a do značné míry závislé na celkovém kulturním a sociálním kontextu (2). I přes uvedené obtíže bychom měli mít na paměti, že i malé odchylky mohou být prvními známkami závažného vý-

vojového problému či poruchy, takže bychom je neměli podceňovat, nýbrž odhalovat jejich výskyt a sledovat jejich dynamiku v čase, abychom případně co nejdříve zahájili vhodnou pomoc dítěti i jeho rodičům. Domníváme se, že pro záchyt rizikových dětí je nejlépe využít preventivní pediatrické prohlídky v raném věku a že výhledově by k tomuto účelu měly sloužit pediatrům vhodné standardizované screeningové metody. Vybraným dětem by pak měla být poskytnuta odpovídající specializovaná péče.

### Mentální retardace a vývojové opoždění

Mentální retardace (MR) je závažné postižení vývoje rozumových schopností a adaptivního chování. Příčiny MR mohou být vrozené (např. u genetických a/nebo metabolických poruch), mohou být výsledkem poškození centrálního nervového systému (CNS) působením negativních vlivů na vývoj CNS v perinatálním a/nebo v časném postnatálním období, nebo výsledkem kombinace genetické vulnerability a environmentálních vlivů v období do 2 let. Za diagnostické kritérium je považován slabý vý-

kon v komplexních inteligenčních testech, který se pohybuje alespoň 2 standardní odchylky pod průměrem běžné populace. Od mentální retardace je nutné odlišit případy, kdy k vývojovému opoždění došlo na základě těžké deprivace, ať emoční, podnětové nebo kulturní, jak je tomu např. u dětí vyrůstajících v zanedbávaném rodinném prostředí nebo u dětí ústavních (3).

### Klasifikace mentální retardace a vývojového opoždění

Mentální retardace je v MKN-10 klasifikována podle stupně závažnosti do 4 kategorií, které jsou charakterizovány dosaženým výkonem v inteligenčním testu hodnoceným pomocí inteligenčního kvocientu (IQ), a to následovně:

- lehká mentální retardace (IQ 50–69)
- středně těžká mentální retardace (IQ 35–49)
- těžká mentální retardace (IQ 20–34)
- hluboká mentální retardace (IQ pod 20)

Tuto klasifikaci je však možné použít až pro děti starší (zpravidla od věku 3 let a více), neboť u dětí raného věku je mentální vývoj úzce provázán s vývojem motorickým, a je tudíž důležitě-

té hodnotit obě tyto vývojové oblasti v rámci psychomotorického vývoje. Proto se užívají pro děti od narození do věku 2–3 let pro jejich hodnocení vývojové úrovně tzv. vývojové škály, kde je většinou výsledkem hodnocení vývojový věk nebo tzv. vývojový kvocient – VQ (Developmental Quotient – DQ) či vývojový index – VI (Developmental Index – DI), které mají stejné psychometrické vlastnosti jako IQ, tj. průměr je 100 a jedna standardní odchylka (SD) je 15 bodů.

Ve světě byla dosud nejrozšířenější metodou pro hodnocení vývojové úrovně dětí raného věku metoda Bayley Scales of Infant Development – Second Edition, známá pod zkratkou BSID-II (4). V naší republice jsme provedli standardizaci této metody (5), na jejímž základě vznikl český překlad a normy pro děti ve věku 1–42 měsíců. Jedná se o metodu, která je určena pro psychology k co nejranější identifikaci dětí s vývojovým opožděním, kde výsledky jsou uváděny pomocí mentálního (MVI) a psychomotorického (PVI) vývojového indexu. Vývoj dítěte je hodnocen jako normální, pohybuje-li se v rozmezí  $\pm 1$  SD od průměru, tj. v rozmezí 85–114 bodů (cca 68 % běžné populace). Jestliže dosahuje hodnoty vyšší než 1 SD nad průměrem (tj. 115 bodů a více), je vývoj považován za nadprůměrný (cca 16 % populace). Pokud se výkon dítěte pohybuje pod průměrem v rozmezí -1 SD až -2 SD (v rozmezí 70–84 bodů), je považován za mírně podprůměrný či opožděný – „mildly delayed performance“ (cca 13,5 % populace). Dosahuje-li výkon hodnot nižších než -2 SD pod průměrem (tj. 69 bodů a méně), je pokládán dle Bayleyové za významně podprůměrný či opožděný – „significantly delayed performance“ – cca 2,5 % populace (4).

Porovnáme-li tuto klasifikaci s výše uvedenou klasifikací v MKN-10, vidíme, že MR je zde klasifikována teprve od 69 bodů, a to jako lehká v případě, že se výkon pohybuje v pásmu 69–50. Další tři kategorie MR zde uváděné se celkem týkají již jen necelé 0,1 % běžné populace a ve vývojových škálách Bayleyové nejsou dále rozlišovány. Protože v našich podmínkách je klasifikace MR uvedená v MKN-10 více známa, snažili jsme se klasifikaci Bayleyové částečně přiblížit. Doporučili jsme tudíž klasifikovat výkon dítěte hodnocený v rozmezí 69–50 bodů jako středně podprůměrný a teprve výkon, který nedosahuje ani 50 bodů ( $< -3$  SD), považovat za významně podprůměrný či opožděný. Tento postup je v souladu s Evropskou asociací perinatální medicíny (EAPM), která doporučuje v rámci auditu perinatální a neonatální péče

hodnotit dvouleté děti s VI menším než 50 jako významně opožděné, podle čehož se řídí i Česká neonatologická společnost (6).

Jaké vývojové škály se užívají v zahraničí, uvádí např. Skovgaard a spolupracovníci (7), a jaké se používají nejvíce u nás, zmiňují např. Jahnová a Sobotková (8).

### Nerovnoměrný vývoj a další možné souvislosti s psychomotorickým opožděním

Přestože mentální a motorický vývoj je jeden s druhým v raném období života velice úzce svázán, nemusí dítě vždy nutně dosahovat stejné vývojové úrovně v obou oblastech, což můžeme často pozorovat např. u předčasně narozených dětí (9, 10). Vývojová úroveň může být odlišná i v dílčích schopnostech a dovednostech. V těchto případech pak označujeme vývoj za nerovnoměrný.

Psychomotorické opoždění se vyskytuje častěji u dětí s dalším postižením – s tzv. kombinovaným postižením – kdy bývá spojeno zejména s postižením neurologickým nebo smyslovým, případně s pervazivní vývojovou poruchou. Vyšetření takových dětí a spolehlivé určení diagnózy MR a jejího stupně je obtížné právě pro jejich pohybové či smyslové postižení nebo nezáměr dítěte o spolupráci. Užití běžných standardizovaných testů a postupů zde obvykle není možné, takže hodnocení jejich mentální úrovně se pak spíše opírá o kvalitativní přístup při vyšetření.

Děti s MR jsou vlivem omezené schopnosti přizpůsobovat se různým změnám a životním zátěžím náchylné k dalším psychickým poruchám, které se u nich vyskytují 3–4x častěji než v běžné populaci (3). Objevují se u nich např. emoční poruchy, poruchy spánku či příjmu potravy (1).

### Důležitost časně diagnostiky

Problematika MR a vývojového opoždění v raném věku je poměrně široká a složitá. Odborné psychologické vyšetření by nemělo být rozhodně jen jednorázové a nemělo by být soustředěno jen na určení aktuální vývojové úrovně dítěte a jeho jednotlivých schopností, ale mělo by být také zaměřeno na dynamické aspekty vývoje, tj. jakým způsobem se dítě učí a získává nové zkušenosti, kterých smyslových modalit při tom nejvíce využívá, co je nejvíce motivuje (3). Důležité je včasné odhalení opožďujícího se vývoje a zmíněných charakteristik procesu učení, aby mohla být zahájena optimální stimulace co

nejdříve, kdy je CNS plastický a terapeutické postupy nejúčinnější.

V našich podmínkách je dosud detailní psychologické posouzení psychomotorického vývoje v raném věku stále spíše výjimkou a hrubé hodnocení psychomotorického vývoje provádí většinou pediatr či dětský neurolog bez užití standardizovaných metod. Jak však poukazují zahraniční studie a rovněž naše klinické dlouholeté zkušenosti se sledováním dětí s perinatální zátěží, závěry pediatrických a neurologických nálezů se často liší od závěrů psychologického vyšetření. Např. Sommer a spolupracovníci (11) sledovali neurologický a psychický vývoj u extrémně nezralých dětí, narozených před 27. gestačním týdnem. Ze 48 přeživších a vyšetřených dětí byl u většiny (v 90 %) ve 2 letech korigovaného věku hodnocen neurologický nález jako normální. Děti však měly daleko více problémů v mentálním a psychomotorickém vývoji – v normě bylo hodnoceno jen 40 % dětí, mírně opožděných bylo 6 %, středně opožděných 35 % a u 19 % se jednalo o významné vývojové opoždění. Domníváme se proto, že sledování psychomotorického vývoje psychologem, zejména u tzv. rizikových dětí, by mělo být samozřejmostí.

### Dětský autismus

Dětský autismus, který může být diagnostikován již v raném věku, patří do tzv. *poruch autistického spektra (PAS)*. Jedná se o pervazivní (vše pronikající) postižení, které se vyznačuje zejména závažným narušením vývoje sociálních vztahů a dovedností, což nepříznivě působí na adaptivní fungování dítěte (3, 12).

Za příčinu této poruchy se považuje působení nepříznivých faktorů na vyvíjející se CNS dítěte spolu s působením genetických a environmentálních faktorů. Přesná podstata poruchy je však stále předmětem výzkumu. Prevalence autismu bývá v nejnovějších studiích udávána v průměru již kolem 1 % populace, a jak zmiňuje Dudová se svými spolupracovníky, „zdá se to být spíše konzervativní údaj“ (13). Poměr chlapců k dívkám uvádí Ošlejšková mezi 3:1–5:1 (12).

Pro stanovení diagnózy musí být splněna následující tři kritéria (3):

### Porucha verbální a neverbální komunikace

V případě dětského autismu se jedná o celkovou poruchu, která se týká nejen řeči expresivní a receptivní, ale i neverbální reciproční komunikace a sdílení pozornosti, což úzce souvisí s dále zmíněnou poruchou sociálních vztahů. Děti mají problémy s nápodobou a s užíváním gestikulace,

včetně ukazování, někdy jich nejsou schopny vůbec, jindy mohou být významně omezeny, a/nebo užívány v omezených kontextech.

### Porucha sociálních vztahů

Odchyly v sociálním kontaktu dětí bývají často nápadné již v kojeneckém věku (13). V některých případech však může vývoj kojence probíhat bez větších nápadností, které se objeví až později v batolecím věku.

Atypické bývá navazování očního kontaktu: některé děti jej nenavazují vůbec, druhé osoby ignorují nebo se od nich odvracejí, jiné jej krátce či v omezených kontextech navazují s matkou, popř. s nejbližšími osobami (např. během do-tekových her, nebo jen pokud něco potřebují), jeho frekvence a flexibilita však bývá výrazně redukována. Fyzický kontakt pro tyto děti bývá nepříjemný, vyhýbají se mu, nebo jej pouze „strpí“, mohou jej však i přijímat, nebo dokonce s nejbližšími osobami i vyhledávat. Celkově však autistické dítě reaguje emočně i sociálně omezeně nebo atypicky vůči dospělým i dětem, čímž často budí dojem neposlušného či nevychovaného. U dětí s omezenou reakcí na slovní podněty, včetně zavolání jménem, bývá vyjádřeno podezření na poruchu sluchu.

### Odpor ke změně a nepružnost myšlenkových procesů

Děti se nedovedou adaptovat na změny, na které často reagují prudkými afektivními výbuchy, jsou spokojeny při stereotypních a často neobvyklých hrách (rády mají např. otáčivé pohyby, listování, řazení věcí). Pozorovány jsou také pohybové stereotypy (např. různé poskoky, točení se) či manýrismy rukou a prstů těsně před očima.

Děti s autismem bývají značně emočně labilní, vedle afektivních výbuchů se může objevit nepřiměřený hlasitý smích, často i bez zjevné příčiny. Některé děti mají změny ve smyslové reaktivitě, např. přecitlivělost na některé zvuky nebo doteky, zatímco na jiné podněty může být u nich reaktivita výrazně snížena. Dětský autismus se častěji vykytuje v kombinaci s MR – až ve 2/3 případů (3).

Výchova autistických dětí je velmi náročná, proto je potřebné poskytnout rodičům maximální emoční podporu a odbornou výchovné vedení. Aby k tomu mohlo docházet co nejdříve a pomoc tak byla co neúčinnější, snaží se odborníci hledat metody, které by zachytily vysoce rizikové děti již kolem 18. měsíce věku (14, 15). Aktuální přehled screeningových a diagnostických metod dětského autismu pro raný

věk přináší práce Dudové a spolupracovníků (13). O terapeutických postupech u autistických dětí je pojednáno podrobněji např. v knize Řičana, Krejčířové a spol. (3).

### Emoční poruchy

Je nutné mít na zřeteli, že některé jevy v emoční oblasti jsou typické pro určitý věk – např. separační úzkost či negativismus, ale pokud přetrvávají, nebo dokonce sílí v dalším věku, může už jít o závažnou psychopatologii.

### Patologická úzkost

Patologická úzkost se může projevit v batolecím věku buď inhibicí – dítě se stává pasivním, nebo naopak trpí zvýšeným neklidem, případně poruchami příjmu potravy či spánku. Mohou se objevit také tzv. neurotické návyky, jako je např. cucání palce, kousání nehtů, trhání vlasů či nadměrná masturbace (3). Tyto návyky slouží dětem k uvolnění tenze, ale jelikož jsou za ně spíše trestány, tenze se naopak u dítěte ještě zvyšuje a dochází k uzavření bludného kruhu.

### Vyhýbavá porucha a separační úzkost

Vyhýbavá porucha je charakterizovaná silným strachem z cizích lidí, který by měl nejpozději do 3 let ustoupit. U separační úzkosti jde o úzkostnou reakci dítěte na skutečné či hrozící odloučení od matky či jiného pečovatele. Je zde však nutné zdůraznit, že z vývojového hlediska je zcela normální, že první strach z cizích lidí se objevuje u dětí již kolem 4.–6. měsíce a první separační úzkost kolem 8. měsíce. Jejich intenzita však za normálních okolností s postupujícím věkem klesá. K normálnímu vývoji patří ještě druhý výskyt separační úzkosti kolem 2. roku života, kdy dítě na jedné straně touží po osamostatnění od matky a na druhé straně přítomnost matky trvale vyžaduje.

Podobně do normálního vývoje patří i dětský negativismus, který se objevuje u dětí v různé intenzitě mezi 2.–3. rokem. Dítě si svým vzdorovitým chováním ověřuje a potvrzuje hranice svých možností a aktivit, které jsou mu ještě dovoleny (16). Nejedná se tudíž o opoziční poruchu, jejíž výskyt spadá do věkového období 6–10 let (17).

Při vhodné, klidné výchově vyhýbavé chování a separační úzkost postupně mizí, stejně tak i negativismus, a na konci 3. roku by takové chování nemělo být již nápadné. Zmíněné poruchy můžeme tudíž diagnostikovat spíše až po 3. roce života.

### Deprese a poruchy přizpůsobení

V kojeneckém a batolecím věku mluvíme v souvislosti s depresivními stavy hlavně o tzv. anaklitické depresi jako reakci na separaci

od matky (3). Dítě v takovém případě nejdříve pláče a dožaduje se matky, později se stává apatickým, nemá zájem o okolí a sociální kontakty, často odmítá jídlo. Postupně dochází k procesu odpoutání od matky a dočasný vztah k matce je narušen. Dítě pak může přijmout náhradního pečovatele. Dříve to bývalo patrné např. při hospitalizaci dětí, kdy matka nebyla přijímána na oddělení jako doprovod dítěte.

U poruch přizpůsobení bývá klinický obraz podobný: např. úzkost, deprese, případně dráždivost, zlost až agrese, může se projevit i regresí v chování dítěte, poruchami příjmu potravy nebo spánku, autostimulačním chováním či ztrátou zájmu o hru. Jedná se však vždy o reakci na závažné stresující události (např. úmrtí v rodině, rozpad rodiny) či významné životní změny, kterými může být pro dítě raného věku i narození sourozence (3).

Zmíněné poruchy se vyskytují v případech, že intenzita nebo délka stresového období přesahuje adaptační možnosti konkrétního dítěte a uvedené symptomy chování trvají více než dva týdny (18).

### Posttraumatická stresová porucha

U posttraumatické stresové poruchy jde o dlouhodobou reakci na mimořádné události spojené většinou s ohrožením života (např. přírodní katastrofy, fyzické napadení). Bezprostřední reakcí na velký stres bývá obvykle útlum, který může trvat několik hodin i dní. Poté následuje silná emoční a behaviorální reakce. K rozvoji vlastní poruchy pak dochází až po určité době, nejpozději však do 6 měsíců od události. Hlavním projevem je opakované prožívání události ve snech a vzpomínkách, extrémní úzkost z podobných situací a snaha se jim vyhnout (3). Jsou rovněž přítomny ostatní výše zmíněné projevy chování. Vhodná je v tomto případě psychologická péče zaměřená nejen na dítě, ale i na celou rodinu, podobně jako u ostatních emočních poruch.

### Současné možnosti psychologické péče o děti raného věku a jejich rodiče u nás

Dosud nejlépe propracovaným systémem pro pomoc dětem raného věku a jejich rodičům u nás je systém *rané péče*, který zastřešuje neziskové organizace nabízející bezplatnou speciálně pedagogickou a sociální péči téměř po celé ČR (www.asociace-ranapece.unas.cz). Tato péče je však zaměřena hlavně na děti se závažným postižením (mentálním, tělesným, smyslovým) či s kombinovaným

postižením). Systém *rané péče* poskytuje převážně terénní služby na podporu vývoje dětí v domácím prostředí od narození maximálně do 7 let věku. Využívá zejména metodu *Portage*, která vznikla původně v USA a v r. 1976 byla zavedena a ověřena ve Velké Británii a nyní je celosvětově rozšířena. Vychází se z pozorování a zaznamenání současných dovedností dítěte a jeho chování, ale i chování rodičů k dítěti. Rodičům se předvádí způsob nácvičky nových dovedností s dítětem a o nácvicích jsou vedeny záznamy, které se vyhodnocují. Původně jsou doporučovány návštěvy v rodině jednou týdně, což však není v našich podmínkách reálné, návštěvy se uskutečňují zpravidla jednou měsíčně. Dle možností a zaměření daného pracoviště mohou být poskytovány i další podpůrné rehabilitační programy (např. canisterapie, hipoterapie) a speciální programy na rozvoj smyslového vnímání či vývoje řeči.

Služby by teoreticky mohli využívat i rodiče dětí, jejichž vývoj je nepříznivými rizikovými faktory jen ohrožen. Bohužel uvedená zařízení nejsou schopna služby v takovém rozsahu zajistit. Většina pracovišť rané péče, která jsou závislá na částečném financování Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a částečně podporovaná sponzory či penězi z grantových projektů, se potýká s nedostatkem finančních prostředků a pracovníků, a musí proto omezovat poskytované služby jen na závažné případy.

Komplexní služby pro děti se závažným postižením jsou zajišťovány v některých městech také formou denních stacionářů, obvykle však až od 2. roku života.

Rodiče dětí s vývojovými problémy se mohou rovněž obracet na speciálně-pedagogická centra (SPC), jejichž zřizovatelem je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Jsou zřízena v různých městech naší republiky, ale jsou spíše určena až pro děti od 3 let věku, i když některá jsou otevřená i mladším dětem a jejich rodičům a jejich práce je pak obdobná, jak bylo popsáno u systému *rané péče*. Součástí těchto center bývají i psychologické služby.

Poradenské a psychologické služby pro děti raného věku nabízejí také některá psychologická či psychiatrická pracoviště zejména při dětských klinikách, případně jednotliví soukromí odborníci (psychologové, psychologové, psychiatři).

## Výhledy do budoucna

Na zmíněné odborníky se obracejí obvykle rodiče prostřednictvím pediatra většinou tehdy, až když je dítě starší, porucha je již nápadná

a možná náprava obtížnější. Bylo by proto potřebné zdokonalit systém zachytu rizikových dětí pomocí vhodných screeningových metod v rámci pediatrických preventivních prohlídek v raném věku (13, 19).

Rády bychom v této souvislosti zmínily práci slovenských autorek (20), které vytvořily originální „*skrining psychomotorického vývinu S-PMV*“ pro účely preventivních pediatrických prohlídek dětí mezi 2. a 3. rokem. Metoda má formu dotazníku pro rodiče, umožňuje jim vyjádřit obavy s ohledem na vývoj a chování dítěte, čímž pomáhá i efektivní komunikaci rodiče s pediatrem. Zároveň respektuje socio-kulturní poměry země a poskytuje aktuální vývojové normy. Verze screeningových dotazníků pro mladší věková období budou dokončeny v prosinci 2013 a v roce 2014 bude probíhat jejich ověřování v praxi.

## Závěr

Hodnocení psychologických odchylek a poruch u dětí raného věku (0–3 roky) je obtížné, neboť je to období velkých vývojových změn a bývá problém určit, co je ještě „normální“ a co nikoli, což zejména platí pro věkovou skupinu 0–2 roky. Přitom právě první roky života jsou pro zdravý vývoj dítěte kritickým obdobím. Proto se dostává stále více do popředí zájmu odborníků problematika zdokonalování systému zachytu rizikových dětí a vhodných metod pro tento účel.

Při hodnocení klinicky významných obtíží takto malých dětí by mělo jít o týmovou spolupráci různých odborníků.

Klasifikace poruch v MKN-10, která se u nás nejvíce užívá a z které jsme vycházely i my při klasifikaci zde uváděných poruch v raném věku, není však pro tento věk příliš vhodná. Proto vydala v roce 1994 americká organizace Zero to Three: Národní centrum pro kojence, batolata a rodiny (National Center for Infants, Toddlers, and Families) diagnostickou klasifikaci duševního zdraví a vývojových poruch raného dětství (DC: 0–3), přičemž v roce 2005 vyšlo její další přepracované vydání – DC: 0–3R (18). Tato klasifikace integruje psychodynamické, vývojové, vztahové, neurologické a psychiatrické aspekty do nového diagnostického systému a je užívána i v mnoha evropských zemích jako potřebný doplněk ke stávajícím klasifikačním systémům. V naší republice však zatím chybí. Nezbyvá než si přát, aby i v tomto ohledu došlo u nás ke zlepšení.

## Literatura

1. Sobotková D, Dittrichová J. Psychický vývoj kojenců a batolat: vývojové problémy a poruchy v raném věku – I. *Pediatr. praxi* 2013; 14(3): 167–169.

2. Langmeier J, Krejčířová D. *Vývojová psychologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 1998: 344.

3. Říčan P, Krejčířová D, et al. *Dětská klinická psychologie*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006: 604.

4. Bayley N. *Bayley Scales of Infant Development*, Second Edition. San Antonio: American Psychological Corporation, 1993: 374.

5. Sobotková D. Psychometrické ověření a národní standardizace metody Bayleyové (BSID-II) pro hodnocení vývoje dětí raného věku. *Závěrečná zpráva* (reg. č.: NF/6237-4) pro IGA MZ ČR. Praha, 2003.

6. Zoban P. Morbidita dětí s porodní hmotností pod 1500 g ve dvou letech věku – reflexe perinatální péče. *Čes. Gynek*, 2001; 66(Suppl 1): 37–42.

7. Skovgaard AM, Houmann T, Landorph SL, Christiansen E. Assessment and classification of psychopathology in epidemiological research of children 0–3 years of age. A review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13(6): 337–346.

8. Jahnová H, Sobotková D. Péče o rizikového novorozence propuštěného do domácí péče pohledem klinického psychologa. *Pediatr. praxi* 2003; 4(4): 226–228.

9. Sobotková D. Hodnocení psychomotorického vývoje dětí raného věku a jeho význam. *VOX Paediatrie* 2005; 5(10): 25–26.

10. Sobotková D, Dittrichová J, et al. Narodilo se s problémy, a co bude dál? Praha: Triton, 2009: 107.

11. Sommer C, Urlesberger B, Maurer-Fellbaum U, et al. Neurodevelopmental outcome at 2 years in 23 to 26 weeks old gestation infants. *Klin Pediatr* 2007; 219(1): 23–29.

12. Ošlejšková H. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatr. praxi* 2008; 9(2): 80–84.

13. Dudová I, Beranová Š, Hrdlička M. Screening a diagnostika dětského autismu v raném dětství. *Pediatr. praxi* 2013; 14(3): 153–156.

14. Honda H, Simizu Y, Nitto Y, et al. Extraction and refinement strategy for detection of autism in 18-month-olds: a guarantee of higher sensitivity and specificity in the process of mass screening. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50(8): 972–981.

15. Oosterling IJ, Swinkels SH, van der Gaag RJ, et al. Comparative analysis of three screening instruments for autism spectrum disorder in Toddlers at high risk. *J Autism Dev Disord*, 2009; 39(6): 897–909.

16. Vágnerová M. *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 1999: 353.

17. Theiner P. Poruchy chování u dětí a dospívajících. *Psychiatr. praxi* 2007; 8(2): 85–87.

18. Zero to Three: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: revised edition (DC: 0–3R). Washington, DC: Zero to Three, 2005.

19. Sikorová L, Benešová P. Denverský vývojový screeningový test II k posouzení vývoje dětí předškolního věku. *Pediatr. praxi* 2013; 14(3): 206–209.

20. Váryová B, Matušková O, Čuboňová L, Roháriková V. Skrining na zachytenie rizika vývinových porúch u detí určený pre pediatriu. In: *Universitas Comeniana. Psychologica XL. Univerzita Komenského v Bratislave. STIMUL FIF UK*, 2010: 667–676.

Článek doručen redakci: 22. 2. 2013

Článek přijat k publikaci: 22. 8. 2013

**PhDr. Daniela Sobotková, CSc.**

Klásterského 16,  
143 00 Praha 4 – Modřany  
dsobotkova@email.cz

