



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



# Vybrané kapitoly z dětské klinické psychologie v kazuistikách

Karolína Malá  
Dana Krejčířová  
a kol.



**Vybrané kapitoly  
z dětské klinické psychologie  
v kazuistikách**





Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

# VYBRANÉ KAPITOLY Z DĚTSKÉ KLINICKÉ PSYCHOLOGIE V KAZUISTIKÁCH

PhDr. Karolína Malá  
PhDr. Dana Krejčířová  
Mgr. Hana Ortmannová  
Mgr. Hana Jahnová  
Mgr. Martina Pastuchová  
Mgr. Marcela Kvardová  
Mgr. Oldřich Ďurech

Malá, Krejčířová a kol.

VYBRANÉ KAPITOLY Z DĚTSKÉ KLINICKÉ PSYCHOLOGIE V KAZUISTIKÁCH

Vydal: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10 v rámci projektu **Specializační vzdělávání v oboru dětská klinická psychologie a klinická psychologie**

Registrační číslo projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/20\_114/0011881

Grafická úprava: Jindřich Studnička

Tisk: Institut postgraduálního vzdělávání  
ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10

Praha 2021, první vydání, 200 výtisků

ISBN: 978-80-87023-55-6



# AUTORSKÝ KOLEKTIV

PhDr. Karolína Malá

PhDr. Dana Krejčířová

Mgr. Hana Ortmannová

Mgr. Hana Jahnová

Mgr. Martina Pastuchová

Mgr. Marcela Kvardová

Mgr. Oldřich Ďurech

---

# OBSAH

1 Úvod .....	7
2 Psychologická vývojová diagnostika .....	8
3 Diagnostika a diferenciální diagnostika pervazivních vývojových poruch.....	27
4 Diagnostika a diferenciální diagnostika u dětí se smyslovým postižením .....	55
5 Diagnostika a diferenciální diagnostika v práci dětského klinického psychologa na neurologii .....	74
6 Diagnostika a diferenciální diagnostika schizofrenie v dětství a dospívání .....	93
7 Diagnostika a diferenciální diagnostika poruch chování.....	128
8 Komplexní diagnostická a terapeutická péče u psychosomatických poruch.....	154
9 Možnosti, meze a cíle diagnostiky a intervence u dětí po suicidálním pokusu.....	165
10 Použitá literatura .....	191
11 Doporučená literatura .....	193
12 Rejstřík použitých psychodiagnostických metod.....	194

# 1 | ÚVOD

Předkládaná publikace má za cíl být určitou učební pomůckou. Obsahuje řadu kazuistik z reálné klinické praxe. Autoři si nekladou za cíl vyčerpávající přehled toho, čím se dětská klinická psychologie v praxi zabývá, spíše jde o určitý průřez vybranými psychopatologickými oblastmi. Koncipujeme text tak, že jinde teoreticky diskutované diagnostické jednotky nebo problémové okruhy ilustrujeme na kazuistikách. V kazuistikách jsou uváděny reálné příklady z praxe dětského klinického psychologa. Jména, ale i některé anamnestické údaje však byly pozměněny tak, aby nebyl konkrétní pacient na základě popisu identifikovatelný. Kazuistiky jsou podávány tak, aby čtenáři umožňovaly průběžné zamýšlení se nad předestřeným příběhem. Kazuistiky přinášejí možnost průběžné elaborace, vlastního vyhodnocení si a interpretace metod i klinických nálezů a jejich vzájemných souvislostí, zamýšlení se nad tím, jak diagnostik či terapeut uvažoval či mohl uvažovat.

Součástí textu jsou rovněž výstupy testových metod, u kterých čtenáři ponecháváme možnost si testy vyhodnotit a interpretovat. V průběhu příběhu, anebo v jeho závěru pak přinášíme naše úvahy a řešení, která bychom v daném případě považovali za případná nebo inspirativní. To však nevyklučuje aplikaci vlastních zkušeností čtenáře a rozvinutí vlastních diagnostických hypotéz nebo návazných opatření. Nezasťiráme, že volíme kazuistiky spíše na rozhodování složité, z klinického pohledu komplikované. Nechceme tím odradit od odhodlání k práci dětského klinického psychologa a od aspirací na specializaci v oboru.

Chceme věřit, že předkládaná práce může být exkursem do diagnostického a psychotherapeutického myšlení autorů a že by mohla obohatit zkušenosti čtenáře.



# 2 | PSYCHOLOGICKÁ VÝVOJOVÁ DIAGNOSTIKA

*Hana Jahnová*

Znalost psychologické vývojové diagnostiky patří k základním stavebním kamenům profese dětského klinického psychologa. Uplatňuje se u dětí raného věku (od narození do 3 až 3,5 let věku) s různými prenatalní, perinatálními i postnatálními riziky vývoje, ale také u dětí a jedinců kalendářně starších, u kterých byla diagnostikována mentální retardace různého stupně.

Cílem psychologické vývojové diagnostiky je sledování psychomotorického vývoje a stanovení aktuální úrovně vývoje, včasné zachycení vývojových, smyslových, pohybových poruch (DMO, poruchy zraku a sluchu, poruchy řeči, těžké a středně těžké mentální retardace, autismus, apod.); včasné zachycení vývojových odchylek a specifických potřeb dítěte; psychologické vedení dětí a jejich rodin s neprospíváním, poruchami metabolismu, spánku, afektivními záchvaty, apod.; vyšetření před závažnou sociální změnou – umístění do NRP, psychologické vedení dětí s ohroženým vývojem a jejich rodin, nalezení optimálního způsobu vývojové stimulace či intervence, návrh konkrétních řešení, doporučení léčby, zahájení včasné intervence (s využitím stimulačních, rehabilitačních programů a postupů), která umožňuje využití zvýšené plasticity CNS v raném věku; řešení aktuálních vývojových a výchovných problémů podle individuálních potřeb dítěte.

Opírá se především o znalost komplexních vývojových škál a to především škál Nancy Bayleyové, 2. nebo 3. revize, a škál Gesellových. Mimo tyto škály klademe při klinicko-psychologickém vyšetření dítěte důraz na pozorování spontánní aktivity dítěte, na pozorování vzájemné interakce dítěte s pečující osobou a s vyšetřujícím v rámci ordinace.

Psychologická vývojová diagnostika je náročná disciplína, která při jejím osvojení přináší řadu poznatků o vývoji dítěte. Je to disciplína krásná, která má svoje specifika a zákonitosti. Je nutné klást důraz na optimální fyzický stav dítěte. Je

potřeba ponechat dítěti dostatek času na navázání kontaktu s námi, aby se v neznámém prostředí orientovalo, zvyklo si a získalo pocit jistoty. Vyšetření musí probíhat plynule, rychlé střídání úkolů pomáhá udržet zájem a motivaci dítěti. Držíme se zásady: „Nikdy nespěchat na dítě, ale spěchat na sebe.“

Cenné je to, že správně interpretované výsledky vyšetření pomohou nasměrovat rodiče v jejich péči o dítě, pomohou využít možností rané intervence, vedou ke zvýšení kvality života dítěte a celé rodiny. V příložené kazuistice autorka zpracovává životní příběh holčičky umístěné do náhradní rodinné péče formou pěstounské péče na přechodnou dobu. I v této oblasti se dětský klinický psycholog může uplatnit.

## **ADÉLA, 2 až 9 měsíců**

Adéla byla přijata do naší péče jako ohrožené dítě (závislost matky na psychoaktivních látkách, matka nezletilá, na útěku z dětského diagnostického ústavu).

Klinicko-psychologické sledování Adélky v rámci péče neonatologické ambulance bylo zahájeno ve 2 měsících věku dívky. Adélka byla ve věku 13 dnů předána do pěstounské péče na přechodnou dobu. Pěstounská péče na přechodnou dobu (PPPD) představuje alternativní formu péče o ohrožené dítě v případě, kdy selhávají základní funkce biologické rodiny.

## **Okolnosti zahájení klinicko-psychologického sledování**

Vyšetření doporučil orgán sociálně právní ochrany dítěte (OSPOD), který byl soudem ustanoven opatrovníkem dítěte. Důvodem vyšetření dítěte jsou závažná prenatální, perinatální a postnatální rizika v anamnéze (casus socialis, nezletilá matka ve věku 16 let, nesledované těhotenství, byla na útěku z diagnostického ústavu, porod mimo zdravotnické zařízení v nevhodných sociálních podmínkách, podezření na novorozenecký abstinenční syndrom (NAS). Na základě žádosti OSPOD a praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD) se k prvnímu vyšetření s Adélkou dostavila pěstounka na přechodnou dobu.

## **Účel klinicko-psychologického sledování:**

Cílem vyšetření bylo dle zadání OSPOD posouzení a následné sledování psychomotorického vývoje dítěte a posouzení rizik vyplývajících z osobní a rodinné anamnézy dítěte.

## **Anamnéza**

**Rodinná anamnéza** (kusé informace z dostupné lékařské dokumentace): matka je nezletilá, má nařízenou ústavní výchovu, t. č. na útěku z diagnostického ústavu,

nemá dokončené základní vzdělání. V anamnéze je matčin abúzus alkoholu. Otec dítěte je neznámý, není uveden v rodném listě.

**Osobní anamnéza** (informace z dostupné lékařské dokumentace): dítě z I. nesledované gravidity, porod v termínu, gestační stáří cca 38. týden, porod mimo zdravotnické zařízení, pupečník ošetřen kamarádkou. Nevhodné sociální podmínky – likusová chata, mnoho lidí, nepořádek, topí se, ale je chladno. Dítě nevhodně oblečeno, jen v body bez nohavíček, na hlavičce čepička. V 6 dnech věku byly na základě oznámení přivolány složky IZS – Policie ČR a RZP. Dítě bylo převezeno RZP pro péči v nevyhovujících sociálních podmínkách do fakultní nemocnice na pediatrickou kliniku. Při přijetí bylo v uspokojivém stavu, hraničně zralý novorozenec ženského pohlaví, při vědomí, dobře prokrvený, tonus a turgor normální, prohrátý, břicho měkké, prohmatné, pupečník snesen, zarudlý, páchnoucí. Reflexy výbavné, Moroův reflex symetrický<sup>1</sup>. Na pravé hýždi hematom průměru cca 5 cm. Rozvíjí se lehčí klinické známky novorozeneckého abstinenčního syndromu (neklid, třes končetin), zahájeno podávání léku – phenobarbital (barbiturátové hypnotikum, sedativum, antiepileptikum – ATC skupina), následně při terapii ústup potíží.

Matka byla v péči gynekologicko-porodnické kliniky fakultní nemocnice a poté převezena Policií ČR zpět do diagnostického ústavu. Bylo v plánu dítě následně propustit do diagnostického ústavu za matkou. Dva dny před plánovaným propuštěním uvědomuje Policie ČR, že matka je opět na útěku z diagnostického ústavu. Další řešení se plánuje cestou OSPOD.

Dítě bylo 13. den věku předáno do pěstounské péče na přechodnou dobu. Při propuštění bylo v dobrém klinickém stavu, bez laboratorních i klinických známek infekce, stravu toleruje v plných dávkách, prospívá. Při propuštění hmotnost 2540 g.

Doporučení další péče: sledování novorozeneckého abstinenčního syndromu. Při klinických potížích je vhodné klinicko-psychologické posouzení.

### **Otázka k zamyšlení**

1. Zvažte strategii klinicko-psychologického sledování a metody, které k tomu lze využít.

### **Komentář**

Vzhledem k zadání OSPOD bylo třeba zjistit:

1. aktuální úroveň psychomotorického vývoje dítěte

<sup>1</sup> Jeden z primárních reflexů vyskytující se u novorozenců a kojcenců.

2. rizika vyplývající z anamnézy dítěte, především pak: posoudit kvality výchovné péče matky, popřípadě babičky dítěte; zvážit možnosti sanace biologické rodiny, popř. jinou formu náhradní rodinné péče (NRP).
3. rizika vyplývající z abúzu alkoholu matky v těhotenství – hypoteticky zvážit rozvoj fetálního alkoholového syndromu (FAS). Jako fetální alkoholový syndrom se označuje soubor závažných vývojových odchylek (fyzických i psychických), způsobených alkoholem. Je veden v MNK-10 pod kódem Q 86.0 jako Alkoholový syndrom plodu. Mezi diagnostická kritéria jsou zahrnuta: abúzus alkoholu v graviditě, růstová retardace (novorozenci jsou hypotrofičtí a celkově neprospívají), typická kraniofaciální dysmorfie (mikrocefalie, hypoplastická maxilla, vyhlazené filtrum, plochá střední část obličeje, zúžené oční štěrby) a poškození CNS (opožděný psychomotorický vývoj, mentální retardace, hyperaktivita, úzkostné stavy, poruchy pozornosti). V rámci vyšetření je třeba se zaměřit na sledování růstu a prospívání, na charakteristické obličejové rysy, na opoždění či poruchy vývoje. V případě zachycení pozitivních markerů je možné doplnit další speciální vyšetření, např. neurologické s doplněním zobrazovacích metod (magnetická rezonance, počítačová tomografie).

Ke zjištění úrovně psychomotorického vývoje a posouzení rizik vyplývajících z anamnézy dítěte z klinických a testových metod bylo použito: rozhovor s pečující osobou, pozorování spontánní aktivity dítěte a vývojová škála dle Bayleyové (BSID-II).

Metoda BSID-II obsahuje tři škály: mentální, motorickou a škálu chování (v klinické praxi užíváme škálu mentální a motorickou).

Hrubé skóry dosažené v jednotlivých škálách jsou pomocí tabulek převáděny na mentální vývojové indexy (MVI) nebo psychomotorické vývojové indexy (PVI), jejich průměrná hodnota je 100 a směrodatná odchylka  $\pm 15$ . Dosažené vývojové indexy jsou obrazem aktuální vývojové úrovně. V případě potřeby je možné použít tabulku převodu hrubých skóru na vývojový věk jak pro mentální, tak i motorickou škálu (z anglické verze manuálu BSID-II) a český BSID-II záznam vývojového profilu.

## **První vyšetření**

**Věk dítěte – 2 měsíce a 8 dnů kalendářního věku**

**Strukturovaný rozhovor a strukturované pozorování chování pěstounky a vzájemné interakce pěstounky s dítětem v rámci ordinace: zaměřen na 5 ob-**

lastí (1. citová a verbální reaktivita pěstounky, 2. přijetí chování dítěte, 3. organizace prostředí a času, 4. jak se pěstounka dítětem zabývá, 5. poskytování vhodných podnětů).

### **Shrnutí z pozorování:**

Pěstounka je osobnostně zralá, přiměřeně ochraňující, pevná a laskavá zároveň, Adélku má v péči jako své 4. dítě. Má dřívější zkušenost s péčí o dítě narozené ve 27. týdnu gestace, s ním absolvovala sledování v rámci našeho pracoviště. Aktivně upozornila OSPOD a PLDD a požádala o zahájení klinicko-psychologického sledování, sama domluvila termín prvního vyšetření.

Velmi citlivě a empaticky reaguje na aktuální stav, rytmus, reakce a potřeby Adélky, její citová a verbální reaktivita jsou na vysoké úrovni. Přemýšlí o životní historii Adélky s dopadem na její další vývoj. Má potřebu Adélce nevydařený vstup do života vynahradit. Nastavila pravidelný denní režim Adélky vyplývající z jejích potřeb, citlivě ho upravuje, dbá na denní rituály a pravidelnost. V chování pěstounky jsem pozorovala přiměřené sociální interakce s dítětem (dostatek očního kontaktu, mazlení, dotýkání apod.) a synchronii vzájemných interakcí.

### **Shrnutí rozhovoru s pěstounkou:**

Rozhovor doplněn zápisy z „Deníku každodenního života“, který pěstounka Adélce vede. Vše je pečlivě uloženo v kufříku, který byl pěstounce předán v rámci projektu „Život v kufříku“. Projekt zajišťuje nadace La Vida Loca, základním cílem projektu je zachovat první hmatatelné upomínky na rané období života dítěte a podpořit tak jeho vlastní identitu.

Adélka je dítě s nevyzpytatelným chováním, v prvních dnech působila jako velmi unavené miminko. Často plakala, byla velmi neklidná, dráždivá, s častými novorozeneckými kolikami. Obtížně se utišovala, chování v náručí nepomáhalo vždy. Pěstounka má nastavený pravidelný režim dítěte, přes den i v noci krmí dítě v pravidelných intervalech. Aktuálně se snižuje četnost a intenzita křiku, stále přetrvává dráždivost a neklid.

Adélka sama vyhledává kontakt – cíleně sleduje obličej, hračky na zavěšeném kolotoči. Usmívá se a reaguje na tón hlasu pěstounky. Na břicho je pravidelně pokládána, vydrží na něm zatím krátce, pěstičky otevírá.

Od propuštění z hospitalizace se u Adélky zvýrazňovaly kožní problémy (mokvající ložiska) v oblasti zad a horních končetin. V průběhu času přisuzovány stavu různé diagnózy a použita různá léčba. Nakonec diagnostikován svrab. K datu prvního klinicko-psychologického vyšetření se klinický stav zlepšil.

**Pozorování spontánní aktivity dítěte:**

Adélka je pohledná holčička s obvyklými obličejovými rysy, bez fyziognomických nápadností, somaticky drobná.

Zpočátku v prostředí ambulance pláče, velmi rychle se zklidní v náručí pěstounky, poté sleduje okolí a usmívá se na vyšetřující. Zrakový kontakt navazuje a přiměřeně věku dlouho udrží, sleduje tvář dospělé osoby, v kontaktu se celkově aktivizuje, roste spontánní aktivita a reaktivita. Při vyšetření bdělá a čilá. Adekvátně reaguje na zrakové, sluchové, taktilní i motorické podněty. Při vyšetření zaznamenána labilita behaviorálních stavů – zvýšená dráždivost, neklid, pláč.

**Vývojová škála dle Bayleyové (BSID-II)****Mentální škála:**

*Adaptivní chování:* prohlíží si okolí, reaguje na hlas otočením očí a změnou aktivity, sleduje pohybující se osoby; pozná pěstounku zrakem (vyjadřuje oživení); v kontaktu se usmívá, reaguje na zmizení obličeje (změna mimického výrazu). V poloze na zádech zavěšené chraстítko zpozoruje opožděným pohledem ve střední linii, oči sledují horizontální, vertikální a kruhový pohyb kroužku, sledují pohyb kroužku v oblouku.

*Řeč:* začíná vokalizovat jednoduché samohláskové zvuky, vokalizuje při úsměvu vyšetřující

**Motorická škála**

*Hrubá motorika:* lehce zvýšené svalové napětí, v poloze na zádech zvedá ruce i nohy, ručky má většinou sevřené v pěstičky, podrží kroužek, když je jí vložen do ruky. V horizontální poloze (zvednutá u ramene, když s ní pohybujeme) se snaží držet hlavu vzpřímeně a pevně. V poloze na bříšku provádí plazivé pohyby, přizpůsobí hlavu ventrálnímu závěsu.

*Jemná motorika:* ruce většinou sevřené v pěstičky, kroužek uchopí po dotyku, podrží. Snaží se dát ručku do úst.

*Sociální chování:* je kontaktní, pozoruje okolí, reaktivní úsměv.

**Interpretace a vyhodnocení** mentálního a motorického vývoje realizována na základě norem uvedených v manuálu testu BSID-II.

Dosažené hrubé skóry a vývojové indexy a jejich interpretace:

HS = 20, MVI = 88

HS = 12, PVI = 89

V případě mentální škály hodnota hrubého skóru je 20 bodů a dle tabulek pro příslušný věk dítěte dosahuje mentální vývojový index (MVI) hodnoty 88, což odpovídá výkonu v mezích normy.

V případě motorické škály hodnota hrubého skóru je 12 bodů a dle tabulek pro příslušný věk dítěte dosahuje psychomotorický vývojový index (PVI) hodnoty 89, což odpovídá výkonu v mezích normy.

### ***Otázka k zamyšlení***

2. Popište aktuální úroveň psychomotorického vývoje

## **Komentář**

Psychomotorický vývoj ve všech sledovaných oblastech postupuje v mezích normy, aktuální úroveň psychomotorického vývoje odpovídá kalendářnímu věku.

### ***Otázka k zamyšlení***

3. V rámci diagnostické rozvahy zvažte, jaká rizika vyplývají ze sociální anamnézy dítěte (kvalita výchovné péče, možnosti sanace biologické rodiny, možnosti NRP).

## **Komentář**

Pěstounská péče na přechodnou dobu se t. č. jeví jako vhodná forma náhradní rodinné péče (NRP). Dlouhodobé neuspokojování vývojových potřeb dítěte raněho věku by mohlo vést k narušení psychomotorického vývoje dítěte a k narušení vývoje jeho osobnosti, což se v tomto případě aktuálně neděje. Adélka má saturovány všechny své potřeby (biologické, sociální, emocionální i vývojové). Má možnost navázat vztah k jedné osobě, což významně podporuje budování specifické emoční vazby.

OSPOD aktuálně řeší sociální situaci Adélky. Očekává odpověď na otázku, jakou formu NRP má zvolit. Zvažuje předání dítěte do příbuzenské pěstounské péče (PP) biologické babičce, nebo do klasické pěstounské péče.

Je nutné si uvědomit, že psychomotorický vývoj dítěte, především vývoj psychický, je závislý na kvalitě výchovné péče a kvalitě vzájemných vztahů v rodině. Největší dilema z pohledu dětského klinického psychologa v péči o ohrožené dítě je otázka, co je „zásada nejlepšího zájmu dítěte“. V současnosti je „zásada nejlepšího zájmu dítěte“ prezentována v návaznosti na Úmluvu o právech dítěte –

1. právo na život, 2. právo na jméno, 3. právo být vychováván biologickými rodiči (Úmluva o právech dítěte, 1991). Společnost klade velký důraz na podporu, event. na sanaci biologické rodiny a na zachování kontaktu biologické rodiny s dítětem. V souvislosti s tím se vytváří tlak na to, aby dítě zůstávalo ve své biologické rodině téměř za každou cenu. Zdá se, že současná politika péče o ohrožené děti akcentuje práva a zájmy biologických rodičů a nedoceňuje věkové a vývojové potřeby dítěte.

S OSPOD i s pěstounkou domluveno, že se biologická babička bude účastnit klinicko-psychologického sledování Adélky.

### **Otázka k zamyšlení**

4. Zvažte rizika vyplývající z abúzu alkoholu matky v těhotenství.

## **Komentář**

Je důležité mít na zřeteli rozvoj **FAS (fetálního alkoholového syndromu)**, případně **FAE (fetálního alkoholového efektu)**, kde nemusí být naplněna všechna uvedená kritéria. K diagnostickým kritériím FAS patří anamnéza dítěte – matka požívala v těhotenství alkohol a zároveň přítomnost výše zmíněných symptomů (neklid, pláč, dráždivost). Výsledky vyšetření aktuálně t. č. nepřináší informaci o rozvoji FAS. V rámci klinicko-psychologického sledování můžeme shrnout, že Adélka se narodila jako hraničně zralý novorozenec, růstově prospívá. Nevykytují se u ní žádné charakteristické obličejové rysy a vývojové abnormality (ty ovšem u FAE přítomny být nemusí). Psychomotorický vývoj postupuje v mezích normy. Po porodu se sice rozvinuly lehčí klinické známky novorozeneckého abstinčního syndromu, ale při krátkodobé terapii potíže ustoupily. Celkový zdravotní stav dítěte je dobrý.

V rámci vyšetření byla zaznamenána přetrvávající labilita behaviorálních stavů – zvýšená dráždivost, neklid, pláč. Aktuálně se u Adélky nerozvíjí plný obraz FAS, ale rizika vyplývající z abúzu alkoholu v graviditě jsou i nadále vysoká. Psychomotorická retardace u FAE bývá jen lehké stupně (ev. hraniční inteligence), což ovšem v raném věku ještě není možné zachytit. Pro adekvátní zjištění případného postižení CNS je tedy nutné průběžné sledování psychomotorického vývoje dítěte.

### **Otázka k zamyšlení**

5. Jak byste formulovali závěr a navrhnete doporučení.



## Komentář

Adélka je holčička ve věku **2 měsíců a 8 dnů kalendářního věku** s rizikovou anamnézou (nesledovaná gravidita, porod mimo zdravotnické zařízení v nevhodných sociálních podmínkách, zde žila 6 dnů, poté hospitalizace v nemocnici, matka abúzus alkoholu, novorozenecký abstinenci syndrom, susp. FAS). Dítě ve věku 13 dnů umístěno do pěstounské péče na přechodnou dobu, zde prospívá, ale od propuštění léčeny kožní potříže – svrab.

Zpočátku zvýšený neklid, dráždivost, časté novorozenecké koliky. Postupně zlepšováno. Spánek a příjem jídla upraven, nyní v normě. Aktuálně stále přetrvává dráždivost a neklid. Psychomotorický vývoj ve všech sledovaných oblastech postupuje v mezích normy, aktuální úroveň psychomotorického vývoje odpovídá 2. měsíci věku. Vzhledem k rizikové anamnéze dítěte je ovšem prognóza dalšího vývoje dosud nejistá.

Pěstounská péče na přechodnou dobu je velmi prospěšná, t. č. naplňuje všechny potřeby Adélky (biologické, psychické, sociální i vývojové). Její nevýhodou je ovšem nutnost přetržení již navázaného specifického pouta (dle současné legislativy nejpozději do 1 roku po převzetí dítěte do péče).

**Doporučení:** S pěstounkou probrány závěry vyšetření, doporučen vhodný přístup k Adélce a stimulace všech složek psychomotorického vývoje. Pro adekvátní posouzení psychomotorického vývoje Adélky s ohledem na rizikovou anamnézu doporučuji péči neonatologické ambulance (neurologické vyšetření). Klinicko-psychologické sledování je vhodné, cílené vyšetření je indikováno za 3 měsíce. Zpráva včetně doporučení předána pěstounce a příslušnému OSPOD.

## Druhé vyšetření

**Věk dítěte – 5 měsíců a 5 dnů kalendářního věku**

### Okolnosti vyšetření

Dle OSPOD je spolupráce s biologickou matkou obtížná, matka nespolupracuje, je stále na útěku z diagnostického ústavu, kontaktuje svoji matku, ale nejeví zájem o Adélku. Biologická babička Adélky má zájem o převzetí vnučky do pěstounské péče. Aktuálně je v kontaktu s vnučkou formou návštěv 2x – 3x do týdne. Zatím není soudní rozhodnutí o svěřeni Adélky do příbuzenské pěstounské péče babičky. Babička přítomna druhému vyšetření Adélky.

**Strategie vyšetření a použité metody:** rozhovor s pěstounkou a s babičkou, pozorování vzájemné interakce pečující osoby a dítěte, pozorování spontánní aktivity dítěte, vývojová škála dle Bayleyové (BSID-II).

### **Základní informace týkající se biologické babičky**

Věk 39 let; rozvedená; má dvě děti – matku vnučky Adélky a mladší dceru, která žije u svého biologického otce; stýkají se příležitostně; aktuálně žije s druhem v pronajatém bytě 2+1; vzdělání – vyučena bez maturity; pracuje jako prodavačka v supermarketu Albert. Nabídkou OSPODu pečovat o svoji vnučku byla potěšena i zaskočena. Je přesvědčená, že s pomocí druhu péči o Adélku zvládne. Těší se na postupné seznamování a až péči o Adélku převezme. S dcerou neplánuje se stýkat, ta Adélku opustila, tak jí zatím, do plnoletosti, nepatří.

### **Shrnutí rozhovoru s paní pěstounkou a s babičkou**

Adélka je nyní klidnější a spokojenější holčičkou, než byla v prvních měsících věku, velmi hezky na svoji pěstounku reaguje. Pěstounka to dokládá řadou zážitků, které s Adélkou má. Adélka dělá pokroky v motorickém vývoji, spontánně se již sama několikrát přetočila na břicho. V poloze na zádech si chytá nožičky. Na břichu je spokojená. Stravování: začala jíst mixovanou stravu lžičkou, pěkně polyká, bez nápadností. Má pravidelný spánkový režim. Vokalizuje, směje se nahlas.

### **Shrnutí z neonatologické ambulance**

Adélka je sledována v rámci neonatologické ambulance se závěrem, že objektivně vývojově dominuje sklon k opistotonu, přítomen lehký hypertonus na dolních končetinách.

Doporučení: zahájení neurovývojové rehabilitace, polohovat, chovat v klubíčku, dávat do volného prostoru, dokulovat na břicho – prevence záklonu. Pěstounka i babička poučeny. Dnes je objednána na ultrazvukové vyšetření mozku. Pyridoxin ½ tbl. denně. Ke kontrolnímu klinicko-psychologickému vyšetření je objednána. Kontrolní vyšetření na neurologii za 2 měsíce.

Adélka je v pravidelné péči PLDD, bez zdravotních potíží. Růstové tempo je přiměřené, somaticky prospívá, aktuálně ve vývoji dítěte PLDD neshledává výrazné abnormality.

### **Pozorování vzájemné interakce pěstounky a dítěte**

V průběhu vyšetření se Adélka rozplakala, podle paní pěstounky hůře přijímá cizí osoby a prostředí, ale rychle se zklidnila v jejím náručí. Ze vzájemné interakce paní pěstounky s Adélkou je zřetelné pozitivní přijetí holčičky, pěstounka adekvátně verbálně i emočně reaguje na její potřeby, dostatečně poskytuje příležitosti ke stimulaci vývoje. Interakce Adélky a pěstounky je plynulá, dobře synchronizovaná.

**Pozorování vzájemné interakce babičky a dítěte**

V průběhu setkání babička pozoruje situaci, trochu nejistě a opatrně reaguje na Adélku, zcela respektuje osobu pěstounky, jen lehce doplňuje její informace. V kontaktu s Adélkou je opatrná, verbalizuje obavu, aby jí neublížila, „je velmi malá“. Snaží se Adélku zaujmout, spontánně delší dobu v poloze vleže nabízí Adélce chratítko, chrastí jí přímo před obličejem. Adélka zpočátku zpozorní, po chvíli krabatí čelo a začíná plakat. Babička se lekne, cukne rukou a ptá se pěstounky, co má dělat, aby malá neplakala. Nechce malé ublížit. Nechá si vysvětlit, jakým způsobem by si mohla s Adélkou v rámci setkání hrát a řídí se tím.

**Pozorování spontánní aktivity a chování dítěte:**

Adélka je pohledná, čistá, upravená, somaticky drobná holčička, bez fyziognomických nápadností. Adaptuje se na situaci vyšetření, postupně navazuje kontakt, orientuje se na vyšetřující a spolupracuje. V kontaktu vokalizuje, směje se. Zájem o testový materiál a podněty je adekvátní. Adekvátní psychomotorické tempo i reaktivita, pozornost lehce odklonitelná. Vytrvalost při plnění úkolů je snižená. Při vyšetření převažuje pozitivní ladění.

**Vývojová škála dle Bayleyové (BSID-II)****Mentální škála**

*Adaptivní chování:* V sedu u stolečku kostku zpozoruje, sahá vytrvale po kostce, kostku uchopí, zvedne kostku, sahá po druhé kostce, bouchá kostkou o stolec; hraje si se šňůrkou; směje se na svůj obraz v zrcadle, sahá po něm, dotýká se zrcadla; manipuluje se zvonkem; zvedá obrácený hrníček.

*Řeč:* prodloužené samohláskové zvuky, vokalizací vyjadřuje pocity, směje se nahlas.

**Motorická škála**

*Hrubá motorika:* v poloze na zádech se otáčí ze zad se na břicho, uchopuje nohu rukama; přitahuje se do sedu; na břichu stabilní, zvedá hlavičku vytrvale, udržuje ji v rovnováze, pokládá ji s volní kontrolou, vzpírá se o ruce, opírá se o předloktí.

*Jemná motorika:* ručky má otevřené, otáčí zápěstím při manipulaci s hračkou, v poloze na zádech kroužek uchopí, podrží, přendává z ruky do ruky, vkládá do úst; u stolečku kostku uchopí konečky prstů, pokouší se uchopit peletku; tyčku uchopí celou rukou, sahá jednostranně, převážně užívá pravou ruku.

*Sociální chování:* Adélka je kontaktní, pozoruje okolí, sociabilní.

Dosažené hrubé skóry a vývojové indexy:

HS = 52, MVI = 97

HS = 29, PVI = 82

V případě mentální škály hodnota hrubého skóru je 52 bodů a dle tabulek pro příslušný věk dítěte dosahuje mentální vývojový index (MVI) hodnoty 97, což odpovídá průměrnému výkonu.

V případě motorické škály hodnota hrubého skóru je 29 bodů a dle tabulek pro příslušný věk dítěte dosahuje psychomotorický vývojový index (PVI) hodnoty 82, což odpovídá mírně opožděnému vývoji.

**Interpretace** dosažených hrubých skóru v mentální a v motorické škále převodem dle tabulky z anglické verze manuálu BSID-II na vývojový věk:

Mentální škála – HS – 52, vývojový věk odpovídá 5. měsíci věku.

Motorická škála – HS – 29, vývojový věk odpovídá 4. měsíci věku.

**Shrnutí:** Psychomotorický vývoj ve všech sledovaných oblastech odpovídá pásmu širší normy, aktuální úroveň psychomotorického vývoje odpovídá 5. měsíci věku (mentální vývoj) a 4. měsíci věku (motorický vývoj).

### **Otázka k zamyšlení**

6. Co vnímáte jako rizikové faktory při přechodu dítěte z pěstounské péče na přechodnou dobu (PPPD) do plánované pěstounské péče (PP) biologické babičky?

### **Komentář**

Adélka velmi hezky prospívá v rámci pěstounské péče na přechodnou dobu, její potřeby jsou adekvátně satureovány. Mírně vážně motorický vývoj, z tohoto důvodu doporučena vývojová rehabilitace dle profesora Vojty. Biologická babička se zapojuje do péče o vnučku, OSPOD tuto aktivitu vítá, kloní se k tomuto řešení.

Upozorňuji na nutnost dlouhodobého klinicko-psychologického sledování psychomotorického vývoje Adélky i po předání do péče babičky. Přemýšlím nad osobností babičky a jejich možností se adekvátně a dlouhodobě o vnučku starat (babička je rozvedená, vztah k vlastní dceři nemá vyřešený, z výpovědi je zřejmá ambivalence k ní).

Jedním z rizikových faktorů vnímám možnost výchovného selhání babičky. Je pravděpodobné, že babička již selhala ve svém působení jako matka. Její dcera – matka vnučky – má nařízenou ústavní výchovu, což se v současné době děje v opravdu závažných životních situacích, kdy jsou problémy dlouhodobé a kdy selhalo veškeré možnosti sanace biologické rodiny. Z tohoto důvodu chci zůstat

pozorná a citlivá v pohledu na osobnost babičky a její prarodičovské kompetence.

V této chvíli není vytvořen dostatečný prostor ani možnost, abych se věnovala babičce, proto neznám odpovědi například na otázky, jak sama vnímá svoji dceru, jak došlo k jejímu umístění do DD, jak se její matka snažila jí pomoci, apod.

Jako prevenci možného výchovného selhání bych doporučila systematickou psychoterapeutickou péči babičce, možnost psychoterapeuticky pracovat se svým životním příběhem; zpracovat svůj vztah s dcerou nebo zpracovat vlastní subjektivně negativní prožívání vlastního výchovného selhání.

Babička verbalizuje záměr OSPOD předat vnučku její biologické matce po dovršení zletilosti, dcera bude mít právní nárok na své dítě. Výhledově i nyní babička bude potřebovat podporu a péči odborníků i pomáhajících organizací – např. rané péče, která může babičku vést a rozšiřovat její prarodičovské kompetence, ukázat ji, jak může empaticky reagovat na aktuální stav Adélky, dbát na pravidelnost denního režimu a emoční vyladění Adélky. Velmi vhodně by mohla být využita například služba „Videotrénink interakcí“, který je zaměřen na vyhledávání pozitivního chování a jednání blízké osoby k dítěti. Výhledově by bylo možné například využít i docházky do zájmového kroužku pro děti, ve kterém by byl psychomotorický a sociální vývoj Adélky adekvátně rozvíjen. Předávání dívky do péče babičky by mělo probíhat pozvolna, s konkrétním časovým plánem, který by měl vycházet z projevů a chování Adélky.

Z pohledu dětského klinického psychologa, který má v péči ohrožené dítě, je potřeba velmi citlivě zvažovat možnosti a hranice sanace nefunkčních, patologických rodin a reálnou naději na změnu. Sanace biologické rodiny by měla být jednak účelně indikována, jednak vedena aktivně a dostatečně intenzivně v dostatečném časovém prostoru, aby neohrožovala zdravý vývoj dítěte (deprivace, deprese), popř. aby nebránila možnosti umístění dítěte do náhradní rodinné péče (NRP).

Předání dítěte by mělo probíhat za adekvátních podmínek, protože tento akt klade zvýšené nároky na všechny zúčastněné. S ohledem na současnou legislativu musí být provedeno do 1 roku od zahájení PPPD. Obecně jsou pěstounky na přechodnou dobu připravovány k předání dítěte, ale často tento přechod bývá pro ně náročný, a to především v případech, kdy dítě předávají do rodiny, s jejíž úrovní péče si nejsou moc jisty. Samy potom využívají supervizní setkání s doprovázející organizací, aby se s odchodem dítěte vyrovnaly a mohly dále svoji profesi profesionální pěstounky vykonávat.

## Závěr

Adélka je holčička ve věku **5 měsíců a 5 dnů kalendářního věku** s rizikovou anamnézou. Nyní v pěstounské péči na přechodnou dobu. Aktuální úroveň psychomotorického vývoje odpovídá 4.–5. měsíci věku. Vývoj je v mezích širší normy.

Vzhledem k přiměřenému psychomotorickému vývoji aktuálně neshledávám zjevné symptomy FAE (tj. prenatálního organického poškození CNS vlivem alkoholu v prenatálním období). Přesto je s ohledem na věk nadále při stanovení prognózy nutná opatrnost.

Doporučuji dítě do NRP – do příbuzenské PP biologické babičky (s nutností sledování péče prostřednictvím OSPOD) nebo do klasické PP vhodným žadatelům, tolerantním k rizikové anamnéze dítěte.

**Doporučení:** Pokračování v péči neonatologické ambulance a vývojové rehabilitaci. Nadále vhodné klinicko-psychologické sledování, další cílené vyšetření plánováno v 9 měsících věku. S paní pěstounkou i s babičkou probrány závěry vyšetření, doporučen vhodný přístup a stimulace všech složek psychomotorického vývoje. Konkrétní postup při předávání Adélky do PP byl doporučen jen rámcově. Vlastní proces předávání mají v kompetenci doprovázející organizace, které předávání monitorují. Zpráva včetně doporučení předána pěstounce a příslušnému OSPOD.

## Třetí vyšetření

**Věk dítěte – 9 měsíců a 3 dny kalendářního věku**

### Okolnosti vyšetření

Adélka byla vrácena do biologické rodiny, do péče babičky, matky maminky Adélky, v 6 měsících věku, aktuálně v péči již třetí měsíc. Babička aktuálně pobírá mateřskou dovolenou. S výchovou Adélky pomáhá druh babičky, všichni žijí ve společné domácnosti.

### Shrnutí rozhovoru s prarodiči

Matka již není na útěku, aktuálně byla umístěna do jiného diagnostického ústavu. Telefonicky se ozvala, o Adélku projevila zájem. Ptala se, jak se má malá. S ohledem na Adélku babička na návštěvu matky do diagnostického ústavu nejezdí. Matka má vycházky, případně dochází na návštěvy v sobotu, vždy se potkávají mimo domov Adélky. Adélka má ráda svůj klid a režim, je-li během dne více podnětů a návštěv, v noci špatně spí a je neklidná. Adélka je šikovná, sama si vyhraje, zabaví se. Hodně se spravila, vývoj pokračuje. Je ale také lítostivá, potře-

buje pochovat v náručí a zklidnit. Na břicho se dostane sama, plazí se, začíná se houpat na všech čtyřech končetinách, rehabilitační péče pokračuje, již cvičí jen na míči. Rozpovídala se, začíná spojovat slabiky (tata nebo haf- haf v reakci na pejska). Před spaním si dokáže sama povídat v postýlce. Pravidelný denní režim mají zavedený, spánkový režim: přes den spinká ještě 3x, spí celou noc, babička neuspává, usíná sama. Stravovací režim bez nápadností, Sunar dostává jen večer před usnutím, má běžnou kojeneckou stravu, pěkně prospívá.

### **Shrnutí z neonatologické ambulance ve věku 9 měsíců**

Zralý novorozenec, porod mimo zdravotnické zařízení, sonografie mozku v normě. T. č. objektivně vývoj ve stadiu plazení a stabilizace na všechny čtyři končetiny.

Doporučení: nadále nutná rehabilitační péče, motivovat k lezení, neučit chůzi – babička poučena. Kontrolní vyšetření ve 13 měsících věku.

### **Pozorování spontánní aktivity a chování dítěte**

Adélka je pohledná, somaticky drobná holčička. Sociálně pěkně kontaktní, adaptuje se v novém prostředí. Je živá, pohyblivá, aktivní, rychle se pohybuje po zemi a zkoumá okolí, plazí se, koulí se na obě strany, jde na všechny čtyři končetiny. Po dobu vyšetření většinou pozitivně laděná, hlasitě vokalizuje, předvádí sociální hříčky. Při vyšetření preferuje ty činnosti, které ji zaujmou, některé odmítá, vytrvale se snaží dosáhnout svého. Pokud se jí to nepodaří, předvede mírné vztekání.

Do herní interakce s prarodiči vstupuje radostně, při hře je iniciativní. Zaznamenány projevy období první separační úzkosti ve vztahu k osobě babičky (při krátkodobém odchodu babičky z ordinace), dá najevo nelibost, sleduje babičku zrakem, hlídá si ji. Prarodiče vyznařují spokojenost, jsou z Adélky nadšení, mají z ní radost.

## **Vývojová škála dle Bayleyové (BSID-II)**

### **Mentální škála**

*Adaptivní chování:* v sedu u stolečku obratně zvedne kostku, přendává adaptivně z ruky do ruky, vhodí do hrníčku. Uchopí druhou kostku, podrží dvě kostky a pokouší se získat 3. kostku (sahá po ní ústy). Uchopí zvonek, manipuluje s ním, otáčí ho, zajímá se o podrobnosti, záměrně zazvoní. Pozoruje čarání. Záměrně tahá za šňůrku, aby si přitáhla kroužek, uchopí jej. Zvedá hrníček za ouško, aby odkryla kostku. Dívá se na obrázky v knížce, obrací stránky. Hledá obsah krabičky, hledá korálky. Postrkuje auto. Uchopí peletku. Ohmatává otvory v kuličkové desce.

*Řeč:* je komunikativní, vokalizuje, napodobuje vokalizaci, po celou dobu vyšetření hlasitě žvatlá, užívá expresivní žargon a začíná užívat první slova, umí sociální hříčky. Užívá gesta k vyjádření svých potřeb a přání.

### **Motorická škála**

*Hrubá motorika:* pohybuje se plazením, pivotuje kolem vlastního těla; zkouší vkládat nožky pod břicho a stabilizovat na všech čtyřech končetinách; sama se zatím neposadí.

*Jemná motorika:* bez nápadností, uchopuje kostku konečky prstů, uchopí peletku klíškovým úchopem.

*Sociální chování:* pěkný sociální kontakt, je živá, temperamentní, převažuje pozitivní ladění, ale zaznamenány projevy období první separační úzkosti.

Dosažené hrubé skóry, vývojové indexy, **interpretace:**

HS = 75, MVI = 92

HS = 48, PVI = 83

V případě mentální škály hodnota hrubého skóru je 75 bodů a dle norem pro příslušný věk dítěte dosahuje mentální vývojový index (MVI) hodnoty 92, což odpovídá průměrnému výkonu.

V případě motorické škály hodnota hrubého skóru je 48 bodů a dle norem pro příslušný věk dítěte dosahuje psychomotorický vývojový index (PVI) hodnoty 83, což odpovídá velmi mírně podprůměrnému výkonu.

**Interpretace** dosažených hrubých skórů v mentální a v motorické škále převodem dle tabulky z anglické verze manuálu BSID-II na vývojový věk:

Mentální škála – HS – 75, vývojový věk odpovídá 9. měsíci věku.

Motorická škála – HS – 48, vývojový věk odpovídá 7. měsíci věku.

**Shrnutí:** Psychomotorický vývoj je ve sledovaných oblastech nerovnoměrný, v mezích širší normy, aktuální úroveň psychomotorického vývoje odpovídá 9. měsíci věku v oblasti mentálního vývoje a 7. měsíci věku v oblasti motorického vývoje.

**Další vývoj:** do pěstounské péče biologické babičky byla Adélka předána s adekvátní úrovní psychomotorického vývoje, přiměřeně prospívala, lehce opožděn motorický vývoj. Paní pěstounka dala Adélce dobrý životní základ, saturovala její potřeby, emočně byla stabilní.

Aktuálně Adélka prospívá v péči babičky pod dohledem OSPOD. Při změně výchovného prostředí v rámci klinicko-psychologického sledování zaznamená-



váme přiměřené vývojové tempo ve všech oblastech psychomotorického vývoje. Současné lehké motorické opoždění je zatím stále přítomno, ale kvalitativní projevy chování (aktivita, zájem). Sociálně emoční vývoj Adélky je přiměřený. Adélce bylo umožněno díky pěstounské péči na přechodnou dobu zažít prostředí citové vřelosti a připoutání se k náhradní pečující osobě trvalým citovým poutem, které bylo pro ni i paní pěstovanku zdrojem radosti a uspokojení. Adélka zažila zkušenost, že její svět je bezpečný a dává ji pocit jistoty a bezpečí. S touto zkušeností byla připravena navázat vztah k nové osobě, k babičce. Vzhledem k rizikové anamnéze dítěte je potřeba pokračování v klinicko-psychologickém sledování.

**Závěr:** Adélka je holčička ve věku **9 měsíců a 3 dnů kalendářního věku** s rizikovou anamnézou. Aktuální úroveň psychomotorického vývoje odpovídá 7.–9. měsíci věku, což je v mezích širší normy. Prognóza vývoje spíše příznivá.

**Doporučení:** S prarodiči probrány závěry vyšetření, doporučeno pokračování v podnětném přístupu k dítěti se zaměřením na pohybový vývoj. Kontrolní vyšetření v 1 roce věku. Zpráva včetně doporučení předána babičce a zaslána praktickému lékaři pro děti a dorost (PLDD).

K domluvenému klinicko-psychologickému vyšetření Adélky se babička nedostavila, omluvila se telefonicky pár dní po termínu, celá rodina byla nemocná. Další návštěvu si chtěla osobně domluvit v následujícím týdnu při návštěvě neonatologické ambulance.

**Shrnutí poslední návštěvy v neonatologické ambulanci ve 13. měsíci věku:** zralý novorozenec, porod mimo zdravotnické zařízení, ultrazvuk mozku v normě. T. č. obj. vývoj je nález fyziologický (samostatná chůze i stoj, dle věku v normě). Doporučení: bez nutnosti rehabilitace, péče o správnou obuv, kontrola zde jen podle potřeby.

Návštěvu v psychologické ambulanci si babička nedomluvila a žádným jiným způsobem mě nekontaktovala. Uvědomila jsem příslušný OSPOD.

### **Otázka k zamyšlení**

7. Formulujte závěr a doporučení (zvažte prognózu dalšího vývoje, jaká rizika se mohou objevit v dalších fázích vývoje dítěte?)

## **Komentář**

Závěr: Dítě s rizikovou anamnézou (**casus socialis, novorozenecký abstinencní syndrom, susp. rozvoj FAS,**) ve 13. dnu věku umístěno do PPPD, v 6. měsíci předáno do pěstounské péče biologické babičky.

Navzdory závažným prenatálním, perinatálním a postnatálním rizikům psychomotorický vývoj dítěte pěkně postupuje ve všech sledovaných oblastech. V průběhu sledování psychomotorického vývoje dítěte úroveň vývoje vždy odpovídala věku, lehce se opožďoval motorický vývoj. U Adélky nebyl potvrzen obraz FAS.

Emocionální a osobnostní vývoj hezky postupoval, byly saturovány všechny potřeby Adélky. Aktuálně v období první separační úzkosti ve věku 9 měsíců, což je zcela adekvátní přirozenému tempu vývoje.

Psychomotorický vývoj t. č. odpovídá širší normě vzhledem ke kalendářnímu věku dítěte. Prognóza vývoje dítěte spíše příznivá.

**Doporučení:** S ohledem na rizikovou anamnézu dítěte je vhodné pokračovat v klinicko-psychologickém sledování. Přestože se nerozvinul plný obraz FAS, stále přetrvává riziko poruch způsobených užíváním alkoholu během těhotenství, jako např. riziko narušení neurokognitivních funkcí (narušení paměti, narušení exekutivních funkcí, poruchy učení) a poruchy seberegulace (náladovost, podrážděnost, agrese, impulzivita, poruchy pozornosti) v pozdějším vývoji Adélky.

Dále vzhledem k tomu, že za 1 rok biologická matka dosáhne plnoletosti, je vhodné sledovat vývoj vztahu mezi matkou a Adélkou. Prozatím matka o Adélku projevovala zájem spíše formální (telefonické dotazování) než skutečný. Adélka si aktuálně vybudovala pevnou citovou vazbu k prarodičům a je v zájmu jejího dalšího citového vývoje, aby byla tato vazba i nadále posilována, tedy aby Adélka i v budoucnosti žila s blízkými osobami, které jí saturují její potřeby, vytváří láskyplné prostředí a jsou schopni nadále udržovat pevný citový vztah k Adélce.

Teorii citové vazby (attachmentu) formuloval v roce 1969 John Bowlby. Zdokonalila ji Mary Ainsworthová. Teorie studuje citové přilnutí dítěte útlého věku k matce a k dalším blízkým osobám. Základní princip spočívá v hledání fyzického a emočního uspokojení a ochrany před ohrožením. Dítě se charakteristicky projevuje (např. vyhledává tělesnou blízkost pečovatele, usmívá se, pláče a křičí) a tímto projevem vyvolává specifickou odpověď na straně pečující osoby projevující se např. aktivním fyzickým kontaktem – hlazením, kolébáním, nošením; dále krmením, zpíváním a verbálním kontaktem. V takovém případě vzniká tzv. bezpečná vazba (Bowlby, 2010).

Pokud je chování blízké pečující osoby vyhýbavé nebo nekonzistentní, vzniká některý z typů tzv. nejisté vazby, které odpovídá vznik jiných strategií chování u dítěte. Rozlišujeme vazbu vyhýbavou, úzkostně ambivalentní a dezorientovanou neboli dezorganizovanou. K různým pečujícím osobám může mít dítě různý typ vazby, přičemž pro zdravý vývoj je důležité, aby nejméně jedna z těchto vazeb byla bezpečná.

Adélka nyní i do budoucna potřebuje zajistit trvalé, stabilní rodinné prostředí, láskyplné zázemí, podnětné, klidné a důsledné vedení a volit správný výchovný přístup. Je důležité poskytnout jí pocit bezpečí a řádu a do budoucna tím eliminovat případná rizika vývoje.

V případě, že bude Adélka svěřena do péče biologické matky, je potřeba zvážit rizika plynoucí z osobnostní nezralosti biologické matky, její sociální poměry (zaměstnání, rodinný stav, bydlení, apod.) po propuštění z diagnostického ústavu, a tím i riziko zanedbávání dítěte. Jako prevenci doporučuji dlouhodobý dohled OSPOD. Dále doporučuji jako prevenci adaptačních obtíží u dítěte i matky a potažmo celé rodiny psychologické doprovázení. Dítě umístěné do prostředí nové rodiny vyžaduje trpělivost a respekt k individuálním zvláštnostem v chování dítěte, což může klást zvýšené nároky na fyzickou a psychickou odolnost biologické matky. Výhledově doporučuji využít spolupráci s doprovázející organizací, která celou rodinu může podporovat v jejich dovednostech, poskytovat jim odbornou pomoc a koordinovat potřebné služby.

# 3 | DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA PERVAZIVNÍCH VÝVOJOVÝCH PORUCH

*Dana Krejčířová*

Diferenciální diagnostika dětského autismu a vývojových poruch řeči a komunikace je v posledních letech jednou z nejčastějších diagnostických otázek, které dětský klinický psycholog řeší. Téma dětského autismu a dalších pervazivních vývojových poruch (resp. poruch z okruhu autistického spektra – PAS dle DSM-5) se od konce minulého století dostalo do centra odborného zájmu psychologů a psychiatrů a počet dětí s těmito diagnózami od té doby významně narostl. Zvyšující se četnost diagnózy je dána nejen přesnější diagnostikou, ale především tím, že se diagnostická kritéria pozvolna mění ve snaze zahrnout do tohoto okruhu i děti s velmi lehkými variantami pervazivních vývojových poruch, i tím, že se zvýšil počet služeb, které jsou těmto dětem poskytovány (systematická terapie nebo sociální nácviky, služby rané péče, přidělení pedagogické asistence, ale i sociální příspěvky apod.) a rodiče mají velký zájem o jejich využití i u dětí s pouze drobnými sociálními potížemi. Diagnóza dětský autismus navíc nemá tak negativní konotaci, resp. je méně stigmatizující než diagnóza mentální retardace.

Vlastní diagnostika poruch z okruhu autistického spektra je často obtížná. Od konce minulého století bylo sice sestaveno velké množství na PAS cílených diagnostických metod – jde ovšem obecně buď o škály posuzovací (ADOS, CARS) nebo metody dotazníkové či strukturované rozhovory (ADI-R). Všechny tyto postupy jsou však silně zatíženy prekonceptí posuzovatele a jsou pouze metodami pomocnými, pro vlastní diagnózu je vždy rozhodující klinické posouzení dítěte odborníkem (dětským psychiatrem nebo klinickým psychologem) s dostatečnou znalostí psychopatologie dětí v celé její šíři.

Klinický obraz klasického dětského autismu bývá zřetelný a diagnostika tedy dosti spolehlivá již kolem 2. roku věku a terapeutická práce s dítětem by měla být zahájena co nejdříve. Rodiny dnes také často přicházejí k dětskému klinickému psychologovi již před druhým rokem věku na základě pozitivního screeningu (M-CHAT) u obvodního pediatra. Zejména u méně těžkého stupně poruchy, ale i v případě kombinace PAS se závažnou celkovou psychomotorickou či mentální retardací nebo u varianty s časným regresem se však klinický obraz obvykle krystalizuje až později (během 3. – 4. roku věku) a v případě atypického autismu nebo u dětí s Aspergerovým syndromem dokonce ještě později (ev. až po 5. roce). Rodiče se tak setkávají s odlišnými závěry vyšetření provedenými v různém věku a u různých konkrétních odborníků a výsledky vyšetření jsou pro ně matoucí. Problémy v diagnostické shodě mezi různými odborníky navíc mohou být podmíněny i rozdílností jejich pojetí pervazivních vývojových poruch, daného rozdíly mezi evropským klasifikačním systémem (MKN-10), který v rámci spektra rozlišuje řadu různých užších diagnóz, a DSM-5, kde je zvažována obecně pouze jediná široká dg. PAS (která je dále vnitřně diferencována podle úrovně adaptivního fungování a dalších přidružených symptomů).

## VOJTĚCH, 3;2 až 4;0 let

### První vyšetření

Do ambulance dětského klinického psychologa přichází chlapec v doprovodu matky na doporučení pediatra a následně i foniatra a klinického logopeda, u kterých byl poprvé vyšetřen ve 2 letech a 9 měs. pro opožděný vývoj řeči a kde byla stanovena diagnóza vývojové dysfázie, ale současně bylo vyjádřeno i podezření na možnost PAS. Ambulantní neurologické vyšetření proběhlo ve 3 letech věku se závěrem ADHD syndrom, susp. vývojová dysfázie.

### Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** matka, v době nar. chlapce jí bylo 25 let, VŠ vzdělání (právnička); otci bylo při narození dítěte 50 let, vzdělání středoškolské, podnikatel. U obou rodičů uváděn v dětství opožděný vývoj řeči, dva polovlastní starší sourozenci (ze strany otce) mají specifické poruchy učení a ADHD. V širší rodině matky uváděny u několika vzdálených příbuzných dílčí symptomy časté u poruch autistického spektra (PAS), resp. „zvláštní osobnost“ (v.s. tzv. širší autistický fenotyp).

**Osobní anamnéza:** z 1. fyziologického těhotenství, porod v 38. týdnu sekci z indikace matky, porodní parametry 2770 g / 47 cm, Apgar skóre 10-10-10. Silnější

novorozenecký icterus, 2 měs. na fototerapii, kojen do 13 měs. Raný motorický vývoj v normě (samostatná chůze v 11 měs.), vývoj řeči opožděný – první náznačková slůvka kolem 1 roku, ale dále vývoj řeči nepostupoval. Kolem 1 roku první sociální hříčky (paci-paci, jak jsi veliký). Od počátku samostatné chůze byl velmi živý, neustále v pohybu, leze po výškách; ale dle rodiny sociálně reaktivní; hra je spíše chaotická, ale bez stereotypů; dobře ovšem ovládá mobil či PC. Susp. změny chování a nárůst neklidu uvádějí rodiče v 18 měs. po krátké hospitalizaci na infekčním oddělení (v doprovodu matky, zde byl velmi neklidný, chvílemi kurtován). Od 3 let začal docházet na denní pobyt do MŠ – malá třída pro děti s poruchami řeči – zde byl bez větších adaptačních obtíží, připojoval se k pohybovým hrám, ale do klidných činností se zprvu nezapojoval, pokud byl k zapojení nucen, objevovaly se zlostné afekty. Společnost druhých dětí ale vyhledává a do školky chodí rád.

Podle rodičů je Vojta nesmírně tvrdohlavý, vše si chce dělat po svém, nenechá si s věcmi pomoci a oni jej nedokážou k ničemu donutit; pokud na věcech trvá – upadá do záchvatu vzteku (uklidní se sám, když jej rodiče ponechají v jeho pokojíčku). Doma tráví hodně času se zapnutou televizí – ne vždy ji ale sleduje; nemá zájem o pohádky, ale spíše ho zaujmou reklamy či různé soutěže apod., někdy vydrží u zpravodajství, to si všímá hlavně běžících titulků. Od nástupu do školky (před 2 měsíci) se u něj začala rozvíjet řeč a celkově se hodně zlepšil, ve školce také ochotněji dělá věci, které doma odmítá.

Do ambulance přichází chlapec v doprovodu obou rodičů, sociálnímu kontaktu se nebrání, neodtahuje se a neprojevuje ani žádné zjevné známky úzkosti nebo tenze, ale jakoukoliv řízenou činnost odmítá – nereaguje na pokyny nebo se záměrně odvrací od předloženého materiálu. Rodiče situaci komentují s tím, že takto obvykle reaguje v jejich přítomnosti, lépe pracuje, pokud je s cizím člověkem sám. Odchod rodičů z místnosti Vojta skutečně přijal dobře, bez známek stresu a po jejich odchodu se do řízené činnosti zapojil, spolupracoval ale značně výběrově – jen u některých položek, které jej samotného zaujaly. Při řízené hře se často objevovaly spontánní odklony pozornosti. Zájem o podněty byl převážně jen krátkodobý, na pokyny či pobídky ke hře reagoval mnohdy s prodlouženou latencí a jeho pozornost byla sociálně dosti obtížně usměrnitelná. Reakce na pobídky ke sdílení pozornosti u něj kolísaly, místy byl zcela nereaktivní, po chvílích ale zájem o sdílení pozornosti a zapojení do společné hry projevil a reagoval pak živě. Při řízené činnosti dobře zvládl imitaci akcí, gest i jednoduchých slůvek. Velmi pěkně pozitivně – s živým zaujetím – reagoval zejména po návratu rodičů do místnosti při zapojení do jednoduchých pohybových a sociálních hříček či škádlení s otcem. Oční kontakt s rodiči byl při hře dobře modulovaný, s vyšetřující oční kontakt průběžně navazoval, opa-

kovaně se snažil „žertovat“ (schovávka za křeslo apod.), ale kvalitativně byl jeho oční kontakt s examinátorkou spíše ulpívavý a nemodulovaný. Při volné hře neprojevilo prakticky žádný spontánní zájem o nabízené hračky, držel se v blízkosti rodičů a dožadoval se tělesného kontaktu, mazlení a pohybových hříček. Místy projevoval zájem o světla, odlesky v zrcadle nebo jiné vizuálně nápadné podněty intenzivněji, než bývá u dětí jeho věku obvyklé. Asi 10 min. vydržel při samostatné hře s otčovým mobilem. Během celého vyšetření bez pohybového neklidu nebo motorických stereotypů. Nápadná byla také jeho celkově snížená emoční expresivita, mimika je nevýrazná – emočně byl živý a radostný při hře s rodiči, jinak byla jeho emoční reaktivita spíše chudá, převažovalo neutrální emoční ladění.

K posouzení aktuální vývojové úrovně byly použity vývojové škály N. Bayleyové a škály Gesellovy:

**BSID-2.** MVI i PVI pod 50 (tj. významně opožděný vývoj) – výkon byl ovšem značně ovlivněn chyběním řeči a kolísavou reaktivitou, chlapec zcela odmítal úkoly verbální a práci s většinou obrázkových materiálů, krátce projevil zájem pouze o písmena v obrázkové knížce; významu obrázků však jinak zjevně nevěnoval žádnou pozornost.

### **Gesell:**

**Adaptivní chování** – celkově kol. 24 měs. (s velkým rozptylem: 18–36 měs.) – velmi dobrá schopnost vizuální percepce (spolehlivě přiřazuje jednotlivé geometrické tvary i barvy, včetně složitějších tvarů z SB-verze LM), základní tvary vloží do zasouvačky – ale odmítá rotaci destičky, desku vehementně otáčí zpět; kostky staví na sebe (věž ze 4 – ojediněle 6 kostek) a napodobí „vláček“ ze 3 kostek, ale již nepřidá „komín“, o „most“ se nepokouší. Tužkou spontánně čará, drží ji v pěstitičce, v náznaku napodobí svislý tah a kruhové čarání. Skládanky SON – SKL HS 1 (po předvedení vloží poslední dílek).

**Hrubá motorika** – bez nápadností, dobře běhá, spontánní pohyby jsou koordinované, zvládá chůzi po schodech bez přidržování (ze schodů přísouvá nohy), stojí na 1 noze neimituje. V minulosti dle rodičů občas chodil po špičkách.

**Jemná motorika:** při práci s drobnými předměty (korálky, peletky) patrná neobratnost, manipulační schémata zhruba na úrovni 24 měs. Lateralita nevyhraněná, při manipulaci ruce střídá.

**Řeč:** rozsah aktivního slovníku kolem 30 jednoduchých slůvek, která významově použije na pokyn (při jmenování běžných věcí), ale spontánně je téměř neužívá; má ale velkou snahu imitovat slůvka nová (snaha si je zapamatovat). Sám ovšem aktivně komunikuje primárně fyzickým vedením druhých, ruku druhého používá mnohdy

jako „nástroj“ (uchopí a postrčí žádaným směrem), oční pohled přesouvá při žádání z předmětu na druhou osobu nekonzistentně – spíše sporadicky; v poslední době ale stále častěji používá i jednoduchá konvenční gesta (např. ukazování prstem, gesto „prosím“). Porozumění řeči vzhledem ke kolísavé reaktivitě chlapce je hodnotitelné jen orientačně – rozumí spolehlivě zákaz, běžným pokynům vyhoví v přirozených situacích (jdeme ven, vezmi si botičky apod.), zná názvy některých běžných věcí (na slovní pokyn předmět podá); na oslovení však dosud reaguje nespolehlivě. Celková úroveň slovního porozumění tedy významně nepřesahuje 12 měs. vývojového věku.

**Sociální chování:** nerovnoměrně kol. 24 měs. – v MŠ se snaží o samostatnost a přiměřeně zde zvládá základní sebeobsluhu, sám se nají lžičkou, ev. vidličkou, pije z hrníčku, obuje si boty, při oblékání spolupracuje; doma se však nechá obsluhovat. S druhými dětmi má zájem o paralelní pohybové hry, rozumí střídání při pohybové hře; do kooperativní hry se ale nezapojí. Je schopný imitovat jednoduché hry funkční („jakoby pije z hrníčku“), spontánně symbolickou hru nerozvíjí.

Facilitované sociální reakce (situační pobídky dle **ADOS2 – modul 1**) – hraniční výsledek.

**CARS** viz tab. 3.1.

	Body
1. Vztah k lidem	2
2. Imitace	1,5
3. Emoční reakce	2
4. Pohybové projevy	2
5. Používání předmětů	3
6. Adaptace na změny	1,5
7. Zrakové reakce	2
8. Sluchové reakce	2
9. Chuťové, čichové a hmatové reakce a používání těchto smyslů	1
10. Strach nebo nervozita	1
11. Verbální komunikace	3
12. Neverbální komunikace	2,5
13. Úroveň aktivity	1,5
14. Úroveň a konsistence intelektových schopností	3
15. Celkový dojem	1,5
Celkem	29,5



**Otázka k zamyšlení**

1. O jakou vývojovou poruchu by se u Vojty mohlo jednat – zvažte diferenciálně diagnostické možnosti. Co svědčí pro možnost pervazivní vývojové poruchy a co proti ní?

**Komentář**

**Mentální retardace** – opožděný vývoj řeči je obecně součástí klinického obrazu mentální retardace (ev. celkové psychomotorické retardace); vývojový profil přitom nemusí být zcela rovnoměrný. U dětí s mentální retardací navíc bývá právě vývoj řeči v důsledku omezené schopnosti učení poněkud pomalejší než vývoj bazálních sensomotorických dovedností. U Vojty skutečně celkový vývojový kvocient do pásma deficitu již spadá (v BSID-II MVI i PMI pod 50 IQ) a jsou přitom u něj lépe rozvinuty dovednosti percepční a motorické než schopnosti komplexnější, jakými jsou např. konstruktivní hra a vizuoprostorová představivost. Rozdíly mezi jeho jednotlivými dovednostmi jsou však větší, než je u dětí s mentální retardací očekáváno (rozptyl od 12 do 36 měs. vývojově) a v některých oblastech jeho dovednosti odpovídají chronologickému věku (např. schopnost percepční diferenciacce podnětů). Výsledky testu jsou navíc silně ovlivněny problematickou motivací chlapce. Součástí obrazu mentální retardace bývá i malý zájem o nové podněty a hračky a chudá spontánní hra. Celkovým vývojovým opožděním však plně nevysvětlíme některé u Vojty zachycované kvalitativní abnormity v chování a v sociálních reakcích: jeho pozornost je těžké upoutat žádoucím směrem, místy je nereaktivní – jakoby podnět nevnímal (dosud nereaguje zcela konsistentně ani na oslovení jménem, kterému jistě rozumí), při hře také neníulpívavý, jak bychom to u mentálně retardovaného dítěte očekávali, ale spíše se projevuje jako nadměrně selektivní.

**Porucha pozornosti a aktivity** – tento závěr (resp. diagnózu ADHD podle DSM-5) uvádí dětský neurolog. Pro diagnózu svědčí u Vojty přelétavá pozornost a malá výdrž u úkolů během testu, ve školce i doma; má rád pohybové hry, ale klidné verbální aktivity odmítá. V anamnéze je u něj ve 2. roce života popisován výrazný motorický neklid (při hospitalizaci na pediatrii musel být kurtován), dle popisu rodičů byl v batolecím věku extrémně živé dítě, lezoucí po výškách, obtížně usměrnitelné. Během vyšetření ale Vojta nebyl pohybově neklidný a jeho pozornost nebyla typicky vázaná na vnější podněty (snadno odklonitelná), ale byla spíše sociálně těžko usměrnitelná a nadměrně selektivní.

**Nedůsledný výchovný přístup, nedostatečná podnětnost prostředí** – problémy výchovného vedení chlapce zdůrazňuje především mateřská škola, kde se Vojta během 2 měsíců naučil řadu nových dovedností – začal jíst samostatně (doma je stále krmen), pomalu u něj narůstá i slovní zásoba, začíná se zapojovat do řízené práce. Nápadná je i skutečnost, že podstatně lépe pracuje v situaci, kdy je s cizím dospělým sám, než v doprovodu rodičů. Rodiče připouštějí, že Vojtu k mnoha činnostem prostě přimět nedokážou a vzdávají to. Při popisu běžného denního režimu také uvádějí, že doma většinu doby běží (jako kulisa) TV a Vojta má vlastní televizi, kterou chce mít trvale puštěnou, a to i ve svém pokojíku.

Rodiče jsou tedy zjevně výchovně bezradní, ale chlapci věnují hodně času a dokázali si k němu najít cestu (hrají s ním různé pohybové hry a škádlivky, snaží se přitom sociální rutiny měnit a Vojta při emočních výměnách s rodiči velmi nápadně ožívá a o hříčku si umí i pěkně neverbálně požádat). Při vyšetření se navíc Vojta nijak nadměrně neprosazoval, nebyl ani zjevně negativistický, ale buď (v přítomnosti rodičů) inhibovaný – jakoby odpovědnost za interakci předával jim a nabízené podněty nevnímal, ev. byl skutečně nereaktivní (sociální podněty pro něj nemají dostatečný signální význam).

**Specifická porucha řeči** (VD – vývojová dysfázie) – tuto hypotézu zastává foniatr a klinický logoped. Vývoj řeči je u chlapce nesporně těžce opožděný a atypický – náznaková slůvka či situačně posilované zvuky rodiče zaznamenali již kolem 1 roku věku, pak ale rozvoj řeči nepostupoval a další slůvka se u něj začala objevovat až kolem 3 let věku. Nyní má asi 30 slov, ale téměř vůbec je aktivně nepoužívá – podobný rozdíl mezi rozsahem slovníku a užíváním řeči je ovšem u VD velmi častý. V době počínajícího řečového spurtu je také obvyklé, že se děti snaží slyšená slova, která ještě neumí, bezprostředně opakovat a tak si je i zapamatovat, což u Vojty jednoznačně platilo (i přímo během vyšetření).

Otázkou zůstává, zda chlapec opakuje skutečně slůvka ve smyslu symbolů, nesusoucích význam, nebo jde v jeho případě jen o hru s hlasem a tedy o prosté bezprostřední echolálie (imitace zvuků, které význam nenesou), čemuž by mohl nasvědčovat neobvyklý rozdíl vývojové úrovně expresivní a receptivní řeči (převaha exprese nad porozuměním). Jednat by se tedy mohlo o **smíšenou nebo primárně receptivní poruchu řeči**, která by vysvětlila i některé nápadnosti sociálních reakcí dítěte (jako důsledek neporozumění pokynům apod.), případně o poruchu pragmatiky, tedy o **sociálně komunikační (pragmatickou) poruchu** dle DSM-5 (viz dále). Jiné nápadnosti však dg. vývojové dysfázie dostatečně nevysvětluje (např. nadměrné percepční zaujetí světlý, nereaktivitu i tam, kde Vojta slovům

nepochybně rozumí dobře – např. reakce na oslovení, malý zájem o hračky a chybění symbolické funkce i ve hře).

### **Pervazivní vývojové poruchy (PVP)**

Pro PVP tedy svědčí zejména některé abnormality reakcí – zejména malý zájem o sdílení pozornosti – jeho pozornost je obtížné usměrnit, na pobídky ke sdílení reaguje nekonzistentně; sám druhým lidem jen deklarativně (na věci neukazuje). Pozorujeme u něj také některé dílčí nápadnosti sensorické reaktivity. Spíše proti hypotéze PVP svědčí zejména dobrá schopnost verbální i neverbální imitace, nejsou uváděny žádné výraznější stereotypy, Vojta má potřebu interakcí s dospělými i s druhými, diferencovaně navazuje vztahy. Ani výsledky posuzovacích škál (CARS, hodnotící kritéria ADOS) u Vojty k jednoznačnému závěru nevedou – výsledný skóre se blíží hraničnímu bodu, svědčícímu pro PAS, ale nepřesahuje jej.

Pokud bychom se přiklonili k hypotéze PVP, je nutné ještě zvážit diferenciální diagnózu v rámci spektra:

**Dětský autismus** – v případě infantilního autismu dominují v klinickém obraze sociokomunikační abnormality, ale současně jsou vždy přítomné i další kvalitativní nápadnosti v chování, u klasického klinického obrazu jsou tyto odchylky zjevné již kolem 2. roku věku. Očekáváme tu nejen chybění některých dovedností (řeč, hra), ale i výraznější behaviorální abnormality (pohybové stereotypy, repetitivní hru, sociální nereaktivitu a atypické styly navazování interakce, narušený emoční kontakt a další) – z tohoto hlediska tedy Vojta kritéria MKN-10 zjevně nenaplnuje.

V kategorii PVP je dále možné zvažovat ještě diagnózu **atypického autismu** (kde nemusí být diagnostická kritéria pro autismus naplněna beze zbytku) a která také umožní zahájit s dítětem cílenou terapeutickou práci, současně ovšem může mít tato diagnóza pro dítě i negativní důsledky – např. odmítnutí v „logopedické“ školce, snížená očekávání co do rozvoje komunikačních dovedností a vývoje vztahů ze strany okolí. Přitom je zjevné, že Vojta o vztahy s dospělými i s druhými dětmi hodně stojí a rodiče i učitelé u něj popisují značné změny v chování s narůstajícím věkem a postupnou adaptací na MŠ.

Vzhledem závažnosti diagnózy PAS, dosud nízkému věku chlapce, celkově opožděnému vývoji (odhadovaný MV globálně přibližně na úrovni 2 let) a k popísaným relativně rychlým vývojovým pokrokům a pozitivním změnám chování v posledních měsících je vhodnější přiklonit se buď v rámci MKN-10 ke kategorii PVP nespecifikované, která je ovšem kategorií velmi vážná a o dítěti mnoho nevy-

povídá nebo využít diagnózu navrhovanou v doplňkovém diagnostickém manuálu, určeném pro děti do 3 let věku (DC 0-3 let).

Tou je **Multisystémová vývojová porucha** (Diagnostic classification – 0–3 years<sup>2</sup>) – u Vojty jsou splněna následující kritéria:

*Vztahy:* b = intermitentně zapojený

*Komunikace:* b = intermitentně jednoduchá významová gesta

*Emoce:* b – c = chvilkové uspokojení a radost při interakci, intermitentně lhostejnost či rezervovanost

*Senzorické zpracování:* b = intermitentně organizované chování, smíšený vzorec senzorické reaktivity.

Další vývoj dětí s MSDD obvykle – ne však vždy – směřuje k rozvoji klinického obrazu PAS.

## Druhé vyšetření

Vyšetření se realizovalo ve dvou sezeních ve věku 4;0 let. K ambulantnímu vyšetření přichází Vojta opět v doprovodu obou rodičů, do místnosti vstupuje bez tenze, je zjevné, že si prostředí ambulance zapamatoval. Rodiče referují, že u chlapce pozorují rychlé vývojové pokroky, rozrůstá se jeho slovní zásoba. Do školky chodí rád a děti se nestrání, v posledních měsících si však vždy vybere buď jednoho dospělého nebo jedno konkrétní dítě a chce být trvale v jeho těsné blízkosti (jde s učitelkou i na WC, je-li mu bráněno, následuje zlostný afekt; druhým dětem vstupuje do osobního prostoru, sahá na ně a ony jej pak odmítají); stížností na chování ale zvolna ubývá. Také doma mají rodiče dojem, že je snazší „se s ním domluvit“. Zájmy: Ve školce často při volné hře jen bloumá po herně, přitom si propěvuje, ev. opakuje úryvky ze svých oblíbených TV pořadů. Začal si občas hrát s autíčkem nebo vláčkem, ale nevydrží dlouho, raději má techniku; snadno si na mobilu nebo PC vyhledá oblíbený program. Zná už všechna písmena a pozná některá slova (čte globálně, ale zvládá i spojení dvou hlásek do otevřené slabiky), trvá velký zájem o počítání. Rodiče vnímají chlapce jako velmi inteligentního, ale tvrdohlavého; hračky ho prostě nebaví – zajímají ho „dospělé“ věci, a ty se učí rychle. Doma jsou nyní důslednější, trvají na základních pravidlech, ale současně se mu i více individuálně věnují a omezili dobu sledování televize i užívání IT techniky.

V úvodu sezení v přítomnosti rodičů chlapec opět nespolupracoval, převažuje již ale spíše sebestrosazování, než nereaktivita – dožaduje se otcova mobilu, přehrabuje se matce v kabelce, testové materiály odstrkuje, ev. od stolku

<sup>2</sup> Viz příloha str. 31.

utíká. Po odchodu rodičů se opět do spolupráce zapojil lépe a chvílemi se snažil vyhovět, kvalita spolupráce i koncentrace pozornosti ale kolísala – na začátku vyšetření měl snahu hru řídit – ujímal se vedení a s materiálem zacházel podle okamžitého vlastního nápadu, postupně se nechal vést a u strukturovaných úkolů dával najevo radost z úspěchů. Asi po 20 min. nastupuje únava a ochota ke spolupráci rychle klesá.

K druhé části vyšetření (asi po týdnu) již do ambulance vstupuje sám, ale i tak je spolupráce značně kolísavá. O sociální interakci má zájem, ale oční kontakt nazvazuje nekonsistentně, jeho neverbální komunikační signály jsou nemodulované, na neverbální signály a mimické projevy examinátora reaguje jen ojediněle, podstatně reaktivnější je na pokyny verbální.

Při volné hře jen krátce věnuje pozornost nabízeným hračkám, většinu doby ale jen bloumá po prostoru a prozpěvuje si, místý se jako hlasová hra objevují echolálie (obvykle úryvky reklam).

Při prvním setkání byla k vyšetření úrovně řeči použita škála Gesellova a situační sociální pobídky dle ADOS, při druhém setkání byl k hodnocení neverbálních schopností užit SON-R (vzhledem k problematické spolupráci jsou hodnotitelné pouze 4 subtesty):

**SON-R:** IQ = 62 (testový věk 2;5 let).

MOZ – VS 2 (HS 1 – tj. u první položky zaplnil řadu a tímto postupem splnil formálně i 3. položku, změnu řazení ale nepřijal, ani po opakovaném povzbuzení nebyl schopný imitace), MV pod 2;4

KAT – kartičky odmítl

SKL – VS 4 (HS 2 – dílky vkládá tak, aby zaplnily prostor, ale obsah ignoruje) – MV 2;6

ANA – VS 10 (HS 6, úkol ho zaujal, zvládal dobře třídění podle tvaru a částečně i podle barvy, u těžších položek chyby z nepozornosti) – MV 3;10

SIT – VS 2 (zvládl pouze 1. položku – spíše podle barvy, význam obrázků ignoruje) – MV pod 2;4

VZO – v pracovním sešitě nezvládal imitaci (HS 0); po zácvciku na volném listu papíru ale napodobil svislý tah, kruhové čárání a přibližný křížek

**Gesell** – Oblast řeči – pojmenoval některé předměty, čtyři z 10 obrázků a 4 části těla na examinátorce; dokáže ale pojmenovat správně všechny barvy (i více než jen základní – př. šedá, oranžová) a poznává (čte) většinu písmen i číslic a některá slova. Aktivní slovník již obsahuje více než 50 slov, slova někdy kombinuje (řadí vedle sebe), ale skutečné věty (s užitím intuitivní gramatiky) netvoří; doplňuje

slůvka do říkanek a opakuje echolalicky i delší fráze. Nová slova i nadále často imituje. Artikulace je většinu správná a zřetelná, řeč již užívá i komunikačně s funkcí imperativní (pro žádání), nyní upřednostňuje řeč před gesty nebo jinými neverbálními prostředky. Porozumění řeči je však i nadále narušeno výrazněji – plní max. úroveň 18 měs. – v podstatě dokázal ukázat jen některé z věcí či obrázků, které sám pojmenoval, na jmenované objekty se někdy jen podíval, někdy použil ukazováček. Splnil jednoduchý pokyn (dej míč mně, dej ho matce), ale již ne pokyn složitější (dej míč na stůl); pojmenování činností na obrázcích nerozumí.

**CARS** viz tab. 3.2.

	Body
1. Vztah k lidem	2,5
2. Imitace	2,5
3. Emoční reakce	1,5
4. Pohybové projevy	2
5. Používání předmětů	2,5
6. Adaptace na změny	1,5
7. Zrakové reakce	1,5
8. Sluchové reakce	2
9. Chuťové, čichové a hmatové reakce a používání těchto smyslů	1
10. Strach nebo nervozita	1
11. Verbální komunikace	2,5
12. Neverbální komunikace	3
13. Úroveň aktivity	1,5
14. Úroveň a konsistence intelektových schopností	3
15. Celkový dojem	2,5
Celkem	30,5

### **Otázka k zamyšlení**

2. Jak byste diagnózu uzavřeli nyní? Co doporučíte rodičům a jaká doporučení předáte do MŠ?

### **Komentář**

S věkem došlo u Vojty k řadě pozitivních vývojových změn, současně se ale zvýraznily některé kvalitativní abnormality v chování v sociální oblasti i v oblasti

zájmů (převažuje zájem o počítání a písmena). A rozvojem řeči se současně plně projevila tendence k echoláliím (opakování frází ve hře bez komunikačního záměru). Výsledky vyšetření již neukazují na celkovou mentální retardaci, i když celkový SON IQ skóre do tohoto pásma spadá (62). Výkon v testu ukazuje spíše na odlišný kognitivní styl: Vojta se při řešení problémů zaměřuje na detaily, má výbornou schopnost percepční diferenciacce a podnětů i mechanickou paměť pro detaily, na základě těchto schopností začíná být schopný globálně přečíst několik slov. V subtestu Analogie v SON-R podal vzhledem k věku zcela průměrný výkon (VS 10); je schopný artikulačně zřetelně a velmi přesně opakovat slyšená slova, ale i celé věty nebo úryvky dialogů z pohádek apod. (formou odložených echolálií). Chybí mu však schopnost vnímat a zohledňovat celostní význam (viz práce se Skládankami v SON-R) a nedokáže se dostatečně dobře učit sociální nápodobou. Při navazování vztahů s lidmi začal být aktivnější, a to víc je patrné, že nedokáže intuitivně vyhodnotit situaci a respektovat nepsaná sociální pravidla (př. respektování osobního prostoru druhých lidí). Nápadnější se s věkem stala i špatná kvalita neverbální komunikace i neschopnost chlapce neverbálními signály druhých rozumět. Přes dosud nízkou úroveň expresivní řeči již nyní preferuje komunikaci verbální. Také výsledky formálního posouzení jeho projevů (CARS) již lehce převyšují hraniční bod pro PAS (30,5 b.).

Klinický obraz se tedy jednoznačně krystalizoval směrem k **pervazivní vývojové poruše**. V rámci DSM-5 bychom uzavírali na **poruchu z okruhu autistického spektra – bez poruchy inteligence** (ale s atypickým profilem schopností), **se středně těžkou poruchou řeči, bez katatonie**. Jde dle DSM o **PAS lehkého stupně** (s individuální podporou dokáže fungovat nenápadně, bez individuální asistence je ale nápadný a sociálně selhává; jeho běžné adaptivní fungování je významně pod úrovní jeho celkové inteligence).

Pokud zvažujeme diferenciální diagnózu v rámci **pervazivních vývojových poruch dle MKN-10**, uzavíráme nyní na diagnózu **atypický autismus**. Kritéria klasického **dětského autismu** Vojta beze zbytku nenaplníuje především v oblasti stereotypů (zájem o čísla a písmena je u předškoláků běžný a u Vojty není extrémní – má-li příležitost – pak před písmenky, ale i před PC, dá přednost pohybové hře; nepozorujeme u něj pohybové stereotypy), chlapec má zájem o vztahy a dobře zvládá všechny změny (doma, na dovolené apod. i v rámci MŠ např. přechod do jiné třídy, změnu učitelek apod.); problémy se objevují zejména tam, kde situaci nerozumí a nedokáže se domluvit.

V současnosti navštěvuje malou specializovanou třídu, učitelé si na něj zvykli a při individuálním přístupu nemá velké problémy, logopedickou péčí má zajiš-

těnou jak ve školce, tak i v rodině (1x týdně docházejí ke klinickému logopedovi). Rodiče se nyní snaží respektovat všechny pokyny učitelek i ostatních odborníků.

**Priority práce** s ním můžeme určit na základě profilu CARS – nejzávažnější obtíže má Vojta kromě řeči v oblastech neverbální komunikace, sociální interakce (vztahů), imitace a hry – na tyto oblasti je tedy nutné se primárně zaměřit. Můžeme tedy rodičům např. doporučit, aby schopnost vzájemné nápodoby (mimiky, pohybů a akcí) rozvíjeli během Vojtových oblíbených hříček, hráli si společně před zrcadlem apod. Do těch her je možné zapojit i různé figurky (plyšáky nebo maňásky apod.) a podpořit tím schopnost základní symbolizace. Pomohou tím Vojtovi lépe rozumět neverbální komunikaci. Další závažnou problémovou oblastí je jeho kognitivní styl: nedostatek centrální koherence a nadměrné soustředění na detaily. Při práci s obrázky nebo skládkami apod. je tedy důležité klást důraz vždy na celek / konkrétní obsah sestavovaného obrázku a méně pozornosti věnovat vedlejším detailům.

Ve školce má Vojta nyní obtíže hlavně s komunikací a s nedodržováním nepísaných sociálních pravidel ve vztahu s vrstevníky. Přestože u dětí s PAS s poruchami řeči bývá doporučována komunikace augmentativní (tj. podporovaná názorem – např. VOKS, tj. výměnný obrázkový komunikační systém), budeme nyní u Vojtiška podporovat spíše komunikaci verbální, kterou on sám již nyní preferuje (vyhoví spíše slovním pokynům než gestům, význam obrázků má sklon přehlížet). Kromě pokračování logopedické péče je ale možné podpořit schopnost porozumění vizuálně – s využitím základních schémat, rozvrhů s popisky (Vojtu zajímají písmena a na psaný text reaguje s větším zájmem než na obrázky samotné). Současně je velmi důležité klást ve školce důraz na zapojení Vojty do kooperativní hry s druhými dětmi (zapojení do společného vyrábění různých věcí) a na nácvik prosociálního chování (poskytnout pomoc druhému dítěti apod.).

## Katamnéza

Vojta je průběžně sledován v ambulanci dětského klinického psychologa, poslední setkání proběhlo ve věku 10;1 let:

Doma dle matky nemá Vojta problémy, je snaživý; rád tráví čas na PC (youtube, mapy, wikipedie), ale smíří se s omezením; své povinnosti (do školy i domácí) se snaží plnit až příliš svědomitě. Chtěl by být astronomem.

Vojta nastoupil po odkladu školní docházky do běžné ZŠ – menší venkovská škola, 18 dětí ve třídě, má trvale pedagogickou asistentku. Škola je velmi vstřícná, Vojta navíc v době nástupu již uměl dobře číst, psal hůlkovým písmem a zvládal paměťové počítání do 100, neměl tedy problémy se zvládnutím učiva a dobře ho



přijaly i ostatní děti. Nyní je ve 4. třídě, podle třídní učitelky je ale izolovaný, kamarády nemá. On sám ale sděluje, že do školy chodí rád, „protože si tam může hrát s paní asistentkou“. Kamarády dle svých slov má – „jeho nejlepší kamarád je Josef Nováček, protože nezlobí“.

Kliniky při vyšetření byla velmi dobrá spolupráce, ale sociálně je extrémně nezralý – v kontaktu povídavý, ale uniká od tématu, občas dospělému tyká. Hůře zvládá ev. neúspěch – po selhání v některé položce testu dochází k odklonům pozornosti, výkon blokován zkouškovou úzkostí. Trvá atypický kognitivní profil:

IQ **IDS v 10 letech** je 101 (Fonologická paměť a Informovanost VS = 15, VS Sluchová paměť; Expresivní i Receptivní řeč = VS 7, ostatní kognitivní subtesty jsou v pásmu průměru, tj. VS = 8-11); Psychomotorický index 72 PMI (rovnoměrně), Socioemoční index 70 SEI (Rozpoznávání emocí VS = 11, ostatní subtesty VS = 4-6).

**ROR** viz tab. 3.3.

I.	je šedý... <b>netopýr</b> . Q: křídla a ty ruce mají podobný tvar, oči jsou podobný <i>halloweenskejm, akorát jich je víc...</i>
II.	vůbec nic, tady ta šedá, a červená a červená. Q: <i>Šlápota</i>
III.	Ňáký <b>monstrum s mašlí</b> – hlavně tady (ukazuje obvyklý D) a tady ty šlápoty
IV.	40s latence, otáčení – <b>Netopýr</b>
V.	skoro to úplně stejný, jen ty <b>rohy</b> jsou trochu nahoře. Q: <i>že má tady uši</i>
VI.	<b>Létající zvíře s velkým pláštěm</b> – no je prostě velký, moucha s pláštěm. Q: <i>duch podle mě s pláštěm</i>
VII.	<b>Bláto</b> . Q: <i>černé, špinavé, pohybující se, roztýká se to</i>
VIII.	<b>Hoří strašidlo, postraší na něco</b>
IX.	<b>Duch v ohni</b> . Q: <i>tady má oči – S</i>
X.	<b>Modří skřítkové</b> , mají nohy, mají více nohou než pavouci (běžný D) <b>Hmyz</b> – tady, tady ...

## Příloha 1

### 706. Multisystémová vývojová porucha (MSDD)

Řada kliniků dává u kojenců a batolat let přednost diagnóze MSDD před PDD-NOS, pokud dítě splňuje následující kritéria:

- významně narušená schopnost vstupovat do emočního a sociálního vztahu s primárním pečovatelem (např. dítě se může chovat vyhýbavě nebo bezcílně, ale vykazuje některé jemné či naznačené formy vztahování se nebo občas (intermitentně) se zapojuje dosti vřele
- signifikantní porucha utváření nebo udržení preverbální komunikace prostřednictvím gest nebo verbální i neverbální symbolické komunikace
- významná porucha zpracování vizuálních, akustických, taktilních, proprioceptivních a vestibulárních podnětů, včetně hyperreakivity a hyporeaktivity na sensorický vstup
- výrazná porucha motorického plánování (sekvenčních pohybů).

Děti a batolata s diagnózou MSDD mají v uvedených čtyřech oblastech obtíže, které se ovšem mohou s postupujícím vývojem měnit. Popisy zahrnují v každé z uvedených oblastí značný rozsah pozorovatelných projevů.

#### 1. Vztahy

- a) bezcílný a převážně nezapojený
- b) intermitentně zapojený
- c) často zapojený

#### 2. Komunikace

- a) velmi málo používaných jednoduchých záměrných gest
- b) intermitentně jednoduchá záměrná gesta
- c) konsistentně významová záměrná gesta
- d) užívá řeč

#### 3. Emoce

- a) ploché nebo nepřiměřené
- b) chvilkové uspokojení a radost při interakci

- c) intermitentně lhostejnost či rezervovanost
- d) zjevné potěšení z interakcí

#### 4. Senzorické zpracování

- a) autostimulace a stereotypní chování, hypo- i hyperreaktivita
- b) intermitentně organizované chování, smíšený vzorec senzorické reaktivity
- c) často organizované chování, počátky integrace

### JITKA, 5;0 let

Jitka byla vyšetřena na doporučení dětského neurologa pro opožděný vývoj řeči a atypické projevy chování, ve 3 letech u ní byla ambulantně dětským psychiatrem stanovena diagnóza pervazivní vývojové poruchy.

### Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** oba rodiče vyučeni, u otce je v dětství uváděna dyslexie, mladší bratr (2 roky) je zdravý. Jinak bez neuropsychiatrické zátěže v širší rodině.

**Osobní anamnéza:** z 1. těhotenství, porod spontánní ve 35. týdnu, bez komplikací, p. h. 2250 g / 45 cm, AS 9-10-10. Po narození silnější ikterus s fototerapií, dále bez komplikací. Raný motorický vývoj v normě (samostatná chůze od 13 měs.), vývoj řeči od počátku opožděný a postupující jen velmi pomalu (ve 3 letech měla cca 30 jednoduchých slůvek), bez uváděného regresu. Od 2 let péče logopedická, ve 3 letech neurologické vyšetření bez topického nálezu.

Ambulantně dětská psychiatrie: ve věku 3;1 let konstatován výrazný neklid, minimální oční kontakt (lépe s matkou) a některé další nápadnosti v chování: ráda běhá nahá, u oblékání chce mít puštěnou pohádku; nevyhledává vrstevníky (do MŠ zatím nechodí). Dle matky je roztěkaná a neposlouchá. Uzavřeno jako pervazivní vývojová porucha (nespecifikovaná) s hyperaktivitou – doporučena medikace (Risperdal), kterou ale rodiče dívce nepodávali.

Na základě doporučení psychiatra nastoupila ve 4 letech do MŠ – třída pro děti s autismem, snadno se adaptovala, ve školce se pracuje s využitím principů strukturovaného učení s vizuální oporou, což Jitce vyhovuje a pomáhá jí to v situaci se vyznat. Do školky chodí ráda, projevuje zájem o hru s druhými dětmi (ty jsou ale většinou nekomunikativní). Problémem je stále komunikace – např. na hřišti se snaží mezi děti zapojit, pokud se jí ale druhé dítě na něco zeptá, ona mu nedokáže odpovědět a děti od ní odejdou. Matka váhá, zda by ji neměla přesunout do běžné třídy, aby měla lepší komunikační vzor a aby jí druhé děti „táhly“. Doma si hodně vyhraje s panenkami nebo figurkami, do hry zapojuje mladšího bratra.

## Vlastní vyšetření

**Použité metody:** SON-R (neverbální schopnosti, Gesellova vývojová škála – řeč, test světa Bühlerové (posouzení socioemoční zralosti), CARS orientačně k hodnocení míry symptomů častých u PAS.

Celé vyšetření absolvovala Jitka v doprovodu matky, krátkou separaci (matka si vyřizovala telefonát) zvládla bez obtíží. Na začátku vyšetření – po příchodu do neznámého prostředí byla nejistá a hodně stažená, poměrně rychle se ale na prostředí adaptovala a většinou se snažila pokynům vyhovět. Pokud ale pokynu neporozuměla (zejména, ale nejen při úkolech verbálních), měla tendenci přecházet k spontánní hře, odvracela se od úkolu a přestávala na examinátorku reagovat; v těchto chvílích byla její pozornost velmi obtížně usměrnitelná, navrátit jí zpět k práci vyžadovalo značné úsilí. Při volné hře i při hře se scénickou technikou (Test světa) byla reaktivní, přijímala sociální pobídky druhých a jejich zapojení do její hry, sama ale při interakci žádnou sociální iniciativu nevyvíjela; velmi dlouho vydržela u hry solitární. Oční kontakt navazuje spíše jen krátkodobě, neudrží, pohled očí není dobře synchronizovaný s řečí nebo jinými neverbálními signály; řeč nedoprovází gesty. Mimika při hře je živá, dívka je hrou zaujatá, pozitivně naladěná.

**SON-R** – IQ 86, významný rozdíl mezi škálou usuzovací (IQ 107) a performační (IQ 74). Subtesty MOZ 6, KAT 10, SKL 6, ANA 12, SIT 11, VZO 5.

Většinu úkolů přijala Jitka se zájmem, místy bylo ale nutné jí povahu problému vysvětlovat opakovaně, zjevně nerozuměla slovním pokynům, ale ani instrukcím zadávaným gesty (opakovaně pak slova nebo gesta jen přesně imituje). Při obtížích řešení časté odklony pozornosti, hraje si s materiálem, vrtí se, kope nohama; k úkolu se spontánně nevrací a je někdy obtížnější její pozornost znovu na úkol zaměřit.

### **Gesell - škála řeči:**

**Expresivní složka** – 24 měs. (slovní zásoba přesahuje 50 slov, Jitka pojmenovala 8 z 10 obrázků, ale nepojmenuje činnosti ani barvy, během vyšetření používá pouze jednotlivá slova nebo opakuje slyšené fráze. Doma dle matky užívá dvouslovné kombinace, ale gramaticky správné věty netvoří, slovesa spontánně prakticky vůbec neuvádí. Artikulace řeči bez nápadností (lehce nekonsistentní – přiměřená rozsahu slovní zásoby). Chybění slov se nesnaží kompenzovat neverbálně.

**Porozumění** – max. 30 měs. (ukáže všechny základní obrázky, rozumí názvům činností, ale již ne předložkám, názvům barev ani vztahovým pojmům (větší – menší apod.). K porozumění vždy potřebuje názor nebo oporu v kontextu.

**Test světa:** materiál si prohlíží, na plochu pak staví do řady vždy několik stejných domů („ulice“), ve zbývající části plochy nahodile rozmísťuje stromy, figur-

ky lidí a domácích i divokých zvířat. Se zvířaty brzy začíná přehrávat symbolické scénky – vytváří rodinné skupinky, zvířátka se navzájem honí nebo si hrají. Zapojení examinátora přijímá – ochotně mu figurku půjčí, snaží se zvířata pojmenovat. Sestava je vzhledem k věku spíše neuspořádaná, chaotická, ale co do počtu užitých prvků a kategorií přiměřeně bohatá, bez známek rigidity či úzkosti; mírné agresivní prvky (odpovídající věku). Dobrá schopnost symbolizace.

**CARS** viz tab. 3.4.

	<b>Body</b>
1. Vztah k lidem	2,5
2. Imitace	1,5
3. Emoční reakce	1,5
4. Pohybové projevy	1
5. Používání předmětů	1
6. Adaptace na změny	1,5
7. Zrakové reakce	2,5
8. Sluchové reakce	2,5
9. Chuťové, čichové a hmatové reakce a používání těchto smyslů	1
10. Strach nebo nervozita	1,5
11. Verbální komunikace	2,5
12. Neverbální komunikace	3
13. Úroveň aktivity	2
14. Úroveň a konsistence intelektových schopností	3
15. Celkový dojem	1,5
Celkem	29,5

### **Otázka k zamyšlení**

1. Jak byste případ nyní uzavřeli – zvažte diferenciálně diagnostické možnosti.

### **Komentář**

Na základě výsledků SON-R a Gesellovy škály můžeme vyloučit **symptomatickou poruchu řeči u celkové mentální retardace** (SON IQ dosahuje do pásma slabšího průměru), ev. u poruchy sluchu (pro dobré audiopercepční schopnosti svědčí m.j. i schopnost kvalitního echolalického opakování kratších vět). Diferen-

ciálně diagnosticky tedy připadá v úvahu buď symptomatická porucha řeči při pervazivní vývojové poruše (na niž uzavíral ve 3 letech věku dětský psychiatr) nebo specifická vývojová porucha řeči.

**Pervazivní vývojová porucha:** Z okruhu PAS můžeme na základě vstupního vyšetření vyloučit klasický obraz dětského autismu – Jitka nevykazuje žádné výraznější symptomy v oblasti stereotypů, rituálů či úzkých zájmů, obecně preferuje hlavně typicky dívčí hru s panenkami nebo figurkami, při hře si vytváří vlastní scénáře, které dále rozvíjí a které nemají repetitivní charakter. V anamnéze uváděně vyžadování některých rituálů (stále stejná pohádka při oblékání) není u tříletých dětí ničím nezvyklým a s věkem těchto rituálů ubývá. Ani v oblasti vztahů nejsou kritéria dětského autismu beze zbytku naplněna. Vzhledem k výrazně abnormnímu vývoji řeči je vyloučena i dg. Aspergerova syndromu. V úvahu tedy ze spektra PVP připadá atypický autismus, pro který by mohl svědčit opožděný vývoj řeči (výrazněji ve složce porozumění) a dále především zjevná porucha užívání i porozumění komunikaci neverbální: Jitka zjevně nerozumí gestům, neverbální pokyny (např. v SON-R) často prostě imituje (echopraxie), deklarativní či deskriptivní gesta neužívá. Řeč je u ní nejen opožděná, ale i kvalitativně abnormní a často echolalická. Při nejistotě či neporozumění pokynům je pak mnohdy obtížné její pozornost upoutat žádoucím směrem. Proti diagnóze atypického autismu naopak svědčí živý zájem Jitky o vztahy s vrstevníky, snaha o aktivní zapojování se do hry a dalších sociálních interakcí s nimi a citlivost k jejich potřebám (včetně hry s mladším bratrem, kterému se umí hezky přizpůsobit) a také velmi dobrá schopnost symbolické hry. Jitka také dává najevo velkou potřebu sdílení zážitků s druhými lidmi (i během vyšetření s examinátorkou).

**Poruchy řeči:** Vzhledem k zjevnému deficitu v oblasti porozumění při poměrně dobré schopnosti exprese (opakování slyšeného) zvažujeme především smíšenou (ev. primárně receptivní – sémantickou) vývojovou poruchu řeči (dysfázii). Pro tuto diagnózu svědčí i získaný kognitivní profil s velkou převahou neverbálních intelektových schopností nad dovednostmi verbálními a současně v oblasti vývoje řeči kvalitní schopnost imitace slyšených slov a také poměrně dobrá kvalita artikulace. Specifické vizuomotorické a vizuoprostorové deficity (v SON-R významný rozdíl škály usuzovací oproti škále performační) jsou často součástí klinického obrazu VD; schopnost symbolické hry bývá u dysfázíí zachována. Proti této diagnóze však svědčí deficit v oblasti pragmatiky (nedostatečné funkční používání již osvojených slov pro komunikaci) a především závažná porucha užívání i porozumění neverbálním komunikačním signálům, která bývá typická naopak spíše pro PAS.

**Sociální (pragmatická) komunikační porucha:** Těžká porucha používání verbální i neverbální komunikace je naopak charakteristická pro sociální komunikační poruchu dle DSM-5 (viz příloha), řazenou do kategorie vývojových poruch řeči. Jitka má zjevně velké problémy v užívání komunikace pro sociální účely – chybí jí zejména schopnost používat komunikační signály pro sdílení informací a zážitků adekvátním způsobem, tak aby sdělení bylo pro druhé srozumitelné – disponuje již poměrně bohatým slovníkem, ale komunikačně tato slova téměř nepoužívá. Není při neporozumění druhých jejímu sdělení schopna doplnit vysvětlení gestem či jiným neverbálním signálem. Celkově tedy dobře naplňuje uvedená kritéria. Autoři DSM-5 navrhují tuto diagnózu při použití klasifikačního systému MKN-10 zařadit do kategorie vývojových poruch řeči pod dg. F 80.8 (jiná specifikovaná porucha řeči).

## Katamnéza

V současnosti je Jitce 12 let, měla odklad školní docházky, pak nastoupila do ZŠ jako integrovaná žákyně s asistentkou; od začátku zde ale měla velké prospěchové obtíže. Při kontrolách v naší ambulanci zachyceny známky SPU – v PPP potvrzena dyslexie; kognitivní vývoj má ale dlouhodobě celkově zpomalující se trend – poslední vyš. ve 12 letech s pomocí WIS-III: CIQ 73 (bez většího rozdílu VIQ a PIQ, rozptyl VS 4-9). Při běžném rozhovoru o každodenních událostech a vlastních zážitcích je řeč dosti plynulá a nenápadná; nápadné jsou stále velmi závažné problémy slovního porozumění. Velmi nízké výkony ale podává dívka i ve vizuoprostorových úkolech. Jitka nyní chodí do 6. třídy ZŠ – integrované zařazení s pedagogickou asistencí, pracuje zde podle IVP – od 5. třídy s minimálními (redukovanými) výstupy. Sociálně je ale začleněna dobře, ve třídě má kamarádky, vzájemně se navštěvují, v chování bezproblémová. Zájmy dosud dětské – ráda si ještě hraje s panenkami, ale také ráda pomáhá matce s vařením apod., hezky to umí s mladším bratrem.

Průběžné sledování tedy skutečně již pro PAS v žádném ohledu nesvědčí, dominuje receptivní porucha řeči a celkově snížená (hraniční) intelektová výkonnost. Mírný pokles IQ ve školním věku je ovšem u receptivních, resp. pragmatických poruch řeči zachycován velmi často – neuropsychologicky je předpokládáno, že je projevem poruchy neuronové sítě v CNS (konektivity), kdy bazální jednoduché funkce (percepce, motorika, základní slovní zásoba) se mohou rozvíjet poměrně dobře, ale chybí již rezervní kapacita pro zvládání funkcí komplexnějších. Porucha porozumění sémantického charakteru přitom souvisí přímo s obtížemi tvoření obecných pojmů a přechodu k abstraktnímu myšlení, které je s nástupem puberty již nezbytné.

## Příloha 2

**315.39 Sociální (pragmatická) komunikační porucha**

Trvalé obtíže užívání verbální a neverbální komunikace:

1. Deficit v užívání komunikace pro sociální účely (jako je pozdrav nebo sdílení informací) způsobem odpovídajícím sociálnímu kontextu
2. Porucha schopnosti změnit komunikaci tak, aby odpovídala kontextu nebo potřebám posluchače (např. mluví jinak ve třídě než na hřišti, jinak s dětmi než s dospělými, vyhýbá se užití nadměrně formálního stylu řeči)
3. Obtíže v dodržování pravidel konverzace a vyprávění (např. střídání se při rozhovoru, přeformulování slov při nedorozumění, správné užití verbálních i neverbálních signálů k regulaci interakce)
4. Obtíže při porozumění tomu, co nebylo řečeno explicitně (např. vyvozování závěrů) a přeneseným nebo víceznačným významům slov (idiomy, humor, metafory, mnohočetné významy slov závisující na kontextu)
5. Deficity způsobují funkční omezení efektivní komunikace, sociálního zapojení a vztahů i školních a pracovních výkonů
6. Počátek je v raném dětství (ale projeví se až tehdy, když sociálně komunikační nároky překročí kapacitu)
7. Tyto symptomy nelze připsat jinému zdravotnímu nebo neurologickému postižení nebo nízkým schopnostem v oblasti řeči (struktura řeči, slovní zásoba a gramatika) a nelze je lépe vysvětlit poruchou autistického spektra, mentální retardací, celkovým vývojovým opožděním nebo jinou duševní poruchou.

**TOMÁŠ, 5;8 let**

Vyšetření se realizuje na žádost dětské lékařky, kterou matka upozornila na některé nápadnosti v chování chlapce a které byly zmíněny i ve zprávě z předchozího psychologického vyšetření ve 4 letech věku na jiném pracovišti; lékařka vyjádřila podezření na dětský autismus.

**Anamnéza**

**Rodinná anamnéza:** matka má VŠ vzdělání – učitelka; v dětství uváděna pohybová neobratnost, v dospívání rozvoj demyelinizačního syndromu. Její matka a její dědeček léčeni pro depresi.



Otec SŠ (podniká), v jeho rodině neuropsychiatrická zátěž neuváděna.

O 2 roky mladší sestra je zdráva.

**Osobní anamnéza:** z 1. fyziologického těhotenství, porod spontánní, v termínu (3640 g / 50 cm), po narození krátce porucha dýchání, ventilován, dále bez obtíží. Raný motorický vývoj nerovnoměrný, nelezl, stavěl se s oporou od 12 měs., samostatná chůze ve 14 měs. Pohybově dle rodičů neobratný, dosud nezvládá jízdu na kole. Vývoj řeči v normě, slůvka kol. jednoho roku, krátké věty ve 2 letech, odpovídal na otázky, rychle se učil básničky. Artikulačně trvá lehčí vícečetná dyslálie. Vzhledem k diagnóze matky vyšetřen ve 4 letech věku komplexně neurologicky a geneticky s normálními nálezy. První psychologické vyšetření ambulantně v místě bydliště pro nesoustředěnost, hyperaktivitu a horší spolupráci; intelekt hodnocen ještě v širší normě (hraniční výkonnost), špatná koncentrace pozornosti; zaznamenány odchylky sociální reaktivity (excesivní zájem o sdílení pozornosti, ale menší recipocita, špatné užívání neverbální komunikace; místy stereotypní opakování stejné otázky) – vysloveno podezření na možný rozvoj PAS.

MŠ od 3 let, obtížná adaptace – nepřizpůsoboval se režimu. O druhé děti měl zájem, ale kontakty s nimi navazoval nevhodně – šťouchal do nich nebo je pusinkoval, dával jim prsty do očí. Docházka do MŠ byla po 2 měsících pro velkou nemocnost na čas přerušena; nyní má zajištěnou podporu sdíleného pedagogického asistenta a docházku již zvládá.

Doma u hry je dle rodičů trpělivý, preferuje knížky a hru s auty, ta má tendenci stavět do řadu („parkuje“), ale přijme vlastně jakýkoliv návrh rodičů ke změně hry, zapojí se i do hry symbolické.

K vyšetření přichází v doprovodu matky a jeho větší část byla provedena v její přítomnosti, řízenou kratší separací ale zvládal bez obtíží. V cizím prostředí zcela bez projevů úzkosti, při rozhovoru byl reaktivní, sám aktivně navazuje sociální kontakt, klade otázky, má ovšem snahu rozhovor řídit a často odbíhá od tématu k vlastnímu aktuálnímu zájmu.

**Z rozhovoru:** chodí do školky, líbí se mu tam; nejraději si hraje s Liduškou s piánkem. Kamarády má „všechny“, na otázku, který je jeho nejlepší: „Já su jeho kamarád“. V testové – strukturované situaci přijímal úkoly se zájmem, lépe ovšem pracoval u úkolů verbálních, u obtížnějších neverbálních úkolů po prvním selhání rychle ztrácí motivaci a další položky začíná odmítat, objevuje se maladaptivní upoutávání pozornosti (šáskuje, dělá záměrné chyby, nesmyslná řeč s neologismy). Při manipulaci s testovými materiály výrazně neobratný (navlékání korálků v IDS nezvládá). Řeč je poměrně plynulá, místy obsahuje paměťově osvojené fráze s ne zcela přesným významem, ale užívá je komunikacně, často pro udržení interakce. Artikulačně trvá lehčí dyslálie (r, ř) Porozu-

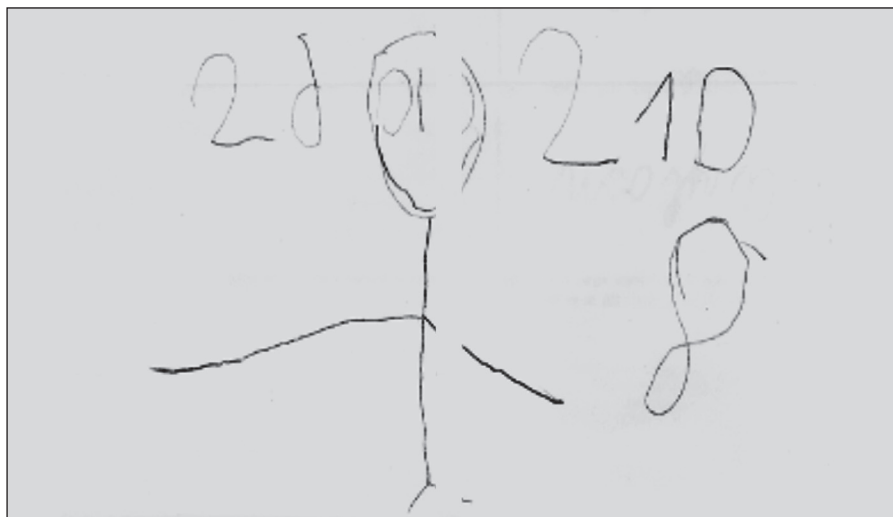
mění řeči zprvu bez obtíží, při únavě ale osciluje, na některé otázky pak odpovídá spíše jen volnou asociací (např. Co uděláš, když rozbiješ věc, která ti nepatří? „Rozbiju hrneček“). Při únavě ke konci vyšetření začíná být pohybově neklidný.

**Použité testové metody:** SON-R (vybrané substesty), SB – forma L-M, ROR, kresba postavy.

**SB-LM:** MV 5;0 let – IQ 87, převaha verbální: plní vše pro věk 4;6 let, ale u neverbálních úkolů pro 5 let selhává; verbálně ovšem plní vše pro věk 5;0 a z 6;0 ještě slovník a protikladné analogie, zvládá i jednu položku z úkolu rozdílů (z věkové úrovně 7 let zadán pouze úkol Porozumění, kde selhává).

**SON-R** (4 substesty): CIQ 57 – testový věk 3;2 let (performační skóre pod 55, usuzovací škála 61 IQ – rozdíl není statisticky významný). Scatter: MOZ VS 2, KAT VS 3, SKL VS 2 a SIT VS 3.

**Kresba postavy:** po formální stránce kresba odpovídá vývojové úrovni 3 let, je velmi chudá, jednodimenzionální trup i končetiny, chlapec k ní spontánně dokresluje číslice (místy reverzní tvar). Matka doplňuje informaci, že se o čísla a písmena začal Tomík v poslední době více zajímat; zájem ale nepopisuje jako nadměrný, v předškolní třídě se v MŠ s čísly seznamují všechny děti.



Obrázek 3.1

**ROR:** Tabule přijal ochotně, povahou úkolu pak byl zaskočený, většinu odpovědí nijak nevysvětluje, lokalizuje detaily tam, kde jde o popis tabule, ale nerozumí otázky na lokalizaci jmenovaných obsahů. Formálně je protokol nehodnotitelný (nedosahuje konvenčního stádia). Viz tab. 3.5.

**Tab. 3.5**

I.	To je nějaká <b>zajímavá věcička</b> , má to tady takový kousky (drobné Dd po okrajích)
II.	5s Tady <b>to má balonky a kousky jako.... Takový čerti</b> jako, má neexistující, když na tom najdete <b>tajemství</b> .... a najednou...
III.	Tady se podobá – <b>kousek a veverky</b>
IV.	Nevím
V.	<b>Ptáček</b>
VI.	Selhání
VII.	Selhání
VIII.	<b>Opice</b>
IX.	To je moc těžký
X.	Selhání

#### **Otázka k zamyšlení**

1. Zvažte diferenciální diagnózu – jedná se o pervazivní vývojovou poruchu, pokud ano – o jaký typ PVP? Jaké jiné možnosti připadají v úvahu?

## **Komentář**

**Mentální retardace:** Tomáš se nesporně nevyvíjí standardně a nároky přiměřené jeho věku zvládá jen s pomocí asistenta. Jako hlavní problém popisují rodiče jeho neobratnost motorickou, nesoustředěnost a neobratnost při navazování vztahů s druhými dětmi. Pro hypotézu MR svědčí některé anamnestické údaje (zejména lehce opožděný vývoj motoriky v kojeneckém věku). Testové výsledky jsou značně kolísavé a nejednoznačné – v SON-R podal Tomáš relativně rovnoměrný výkon odpovídající středu pásma lehké mentální retardace; v SB-LM v neverbálních položkách jeho dovednosti dosáhly do úrovně 4;6 let MV – což by vzhledem k povaze norem dnes odpovídalo spíše úrovni kol. 3;6- 4 let testového věku a také tedy již pásma LMR, na podobně velmi nízké úrovni jsou i jeho projevy kresebné. Celkový SB-LM skór (IQ 87) spadá ke spodní hranici pásma průměru; po zvážení vlivu Flynnova efektu (v současnosti nadcenění cca o 15-20b.IQ) ovšem odhadujeme reálný výkon v pásma hraniční výkonnosti (IQ kol. 70-80 b.).

Proti hypotéze MR však svědčí poměrně dobré (minimálně průměrné) výkony verbální (v SB testu zvládal většinu verbálních položek na úrovni 6 let) – tedy i po zohlednění povahy norem minimálně v pásmu slabšího průměru; u dětí s MR bychom naopak očekávali spíše převahu v neverbální oblasti a selhávání v úkolech s nároky na základní abstrakci (např. vystižení rozdílů mezi objekty, porozumění pojmům stejný – jiný, definice slov).

**Hyperaktivita s poruchou pozornosti:** Na neklid a nesoustředěnost si stěžují zejména učitelky v MŠ, rodiče naopak chlapce popisují jako velmi trpělivého a pěkně soustředěného u prohlížení knížek. I během vlastního vyšetření pozornost kolísala spíše situačně (tam, kde se Tomášovi nedařilo a ztrácel motivaci nebo při únavě), u verbálních činností byl soustředěný.

V úvahu však připadají další **specifické vývojové poruchy** (z okruhu tzv. lehkých mozkových dysfunkcí) – zejména motorická koordinační porucha, porucha artikulace řeči a deficity prostorové představivosti- tedy souhrnně obtíže označované jako **neverbální porucha učení – NPU** (Rourke, 2008). Tato vývojová porucha je nacházena zejména u dětí s lehčím perinatálním poškozením bílé hmoty mozku (více v pravé hemisféře) a je charakterizována především motorickou neobratností, deficitem vizuoprostorových funkcí a na jeho podkladě ve školním věku dyskalkulí. Silnou stránkou těchto dětí bývá naopak řeč, jazykové dovednosti (včetně čtení, psaní a pravopisu) a dobře rozvinutá verbální paměť. Sociokomunikační či socioemoční deficit přímo součástí tohoto syndromu není, vzhledem k obtížím vnímání neverbálních aspektů komunikace (gesta, mimika, tón hlasu, intonace) však bývá s NPU často spojený; značná část dětí s NPU může splňovat i kritéria pro PAS (kódujeme jako souběh diagnóz). Z výsledků vyšetření je zřejmé, že Tomáš kritéria NPU splňuje a mnohé z jeho praktických obtíží a nápadností jsou jejím přímým důsledkem, nevysvětlují ovšem všechny Tomášovy deficity beze zbytku.

## Příloha 3

### Neverbální porucha učení

Silné stránky	Deficity
Auditivní pozornost a percepce	Motorika, taktilní vnímání, vizuální pozornost (psaní)
Sluchová paměť	Neverbální tvoření pojmů; vizuoprostorové dovednosti (matematické dovednosti)
Čtení, pravopis	Porozumění neverbálním komunikačním signálům

**Pervazivní vývojové poruchy:** Tomáš splňuje kritéria PVP v oblasti sociálních interakcí a v oblasti komunikační: má závažné problémy v navazování vztahů s lidmi – má velký zájem o interakci, ale je neobratný (s druhými dětmi navazuje kontakt často nevhodným způsobem, ještě v 5 letech je pusinkuje, strká jim prsty od očí; vůči dospělým je vstřícný, ale zcela mu chybí sociální zábrany, bez ostychu se dožaduje se odpovědi na stále stejné otázky, apod.). Při komunikaci jen velmi málo využívá mimiku nebo gesta a často neverbálními signály druhých nerozumí / ne-reaguje na ně. V řeči se u něj dosud místy objevují významově částečně smysluplné echolálie (v anamnéze měl kratší období, kdy o sobě hovořil v 2 .os. j. č. – „Chceš banán“). Kritéria pro dětský autismus však nejsou naplněna v oblasti stereotypů či rituálů – Tom nemá žádné pohybové stereotypy, má sice v poslední době větší zájem o číslice, ale tento zájem nepřesahuje míru běžnou u předškoláků; výrazněji preferuje některé hry, které jsou ale pro věk normativní (zejména knížky a autička), a nechá se snadno motivovat i k jiné aktivitě; zapojuje se i do her symbolických. Mírné stereotypy jsou uváděny pouze v oblasti řeči (stereotypní opakování otázek se snahou udržet interakci). Pro PAS naopak dosti jednoznačně svědčí protokol ROR – kvantitativně (skórování) je protokol nehodnotitelný, přes velkou snahu o spolupráci nedokáže Tom skvrny interpretovat (zprvu je pouze popisuje – „tady jsou kousky“...), ev. nápady (formované konfabulačně – př. čerti na II. nebo veverka na III. tab.) již s percepcí zpětně neporovnává, je patrné, že chybí snaha o porozumění smyslu celostních situací či zkušeností (deficit centrální koherence) a výrazně narušený je i vývoj teorie mysli (otázkám při dotazování chlapec nerozumí, nechápe, že druzí mohou „vidět“ skvrnu jinak).

K rozvaze tedy zůstává diagnóza **atypického autismu**, který je ovšem málo specifickou kategorií, o dítěti mnoho nevypovídající. Charakteristiky nynějších Tomášových projevů chování, jeho současný kognitivní profil i anamnestická data (a zejména včasný vývoj řeči) by nejlépe odpovídaly obrazu Aspergerova syndromu, k němuž ale patří i pro věk atypické úzké zájmové zaměření – tyto zájmy se obvykle krystalizují po 4. roce věku a u Toma v téměř 6 letech zatím nejsou zaznamenány (nápadná je ale kresba postavy, kde se projevil jeho narůstající zájem o čísla). Další kritérium, které je v daném případě sporné, je oblast inteligence, která by se u Aspergerova syndromu měla pohybovat alespoň v pásmu širší normy. Odhad CIQ u Tomáše spadá do pásma hraniční výkonnosti, tj. spodní hranice podprůměru až lehké mentální retardace, která by již diagnózu Aspergerův syndrom vyloučila. Reálně však může být kapacita chlapce v důsledku špatné spolupráce u neverbálních testů mírně podceněna. Výhodou diagnózy Aspergerův syndrom je větší specifická klinického obrazu, což může přispět k lepšímu porozumění dítěti ze strany rodičů i učitelů a v budoucnosti usnadnit jeho školní adaptaci.

Vyšetření tedy zatím uzavíráme jako PVP (dosud nekrytalizovanou, susp. v budoucnosti s vývojem směrem k Aspergerově syndromu) na podkladě neverbální poruchy učení.

### **Otázka k zamyšlení**

2. Tomášovi bude na jaře 6 let a měl by tedy v příštím školním roce zahájit školní docházku – jaká je perspektiva zvládnutí školních nároků, je na místě odklad školní docházky? Jaké bude jeho optimální zařazení (specializovaná třída, redukce výukového programu, pedagogická asistence)? Co dalšího rodičům doporučíte?

## **Komentář**

V nejbližší době budou rodiče a pedagogové řešit otázku případného odkladu školní docházky – na základě výsledků vyšetření je odklad možné jednoznačně doporučit. V době odkladu je vhodné buď jeho zařazení do třídy přípravné (0. ročník ZŠ) ev. pokračování v předškolní přípravě ve stávající MŠ. Optimální výběr školního vzdělávacího programu i konkrétního typu školy bude definitivně možné doporučit až v předškolním roce. Předběžně i vzhledem k možnostem v místě bydliště doporučíme nejspíše menší třídu ZŠ (ev. i malotřídku na vesnické škole) s pedagogickou asistencí. V individuálním vzdělávacím plánu (IVP) bude nutné zvážit redukci nároků především v psaní, výtvarné a tělesné výchově, případně ovšem i v matematice (dyskalkulie je součástí neverbálních poruch učení).

V rámci terapie je důležitý nácvik sociálních dovedností – zejména zaměření na rozpoznávání pocitů druhých lidí, porozumění emocím, resp. obecněji neverbálním komunikačním signálům, základy teorie mysli apod. Přestože je u dětí s PVP obecně doporučováno strukturované vyučování s vizuální oporou a dobrá struktura práce jistě napomáhá k lepšímu zvládnutí úkolů všem – tedy např. i lidem s mentální retardací nebo s organickým postižením centrální nervové soustavy, přesto je nutné při výuce brát v úvahu, že Tom preferuje verbální komunikaci, lépe jí rozumí a reaguje spíše na slova než na materiály prezentované vizuálně, které v rámci NPU opomíjí nebo je interpretuje chybně. Obě modality je tedy u Toma nutné kombinovat, zvyšovat jeho motivaci pomocí verbálních komentářů, vtipů apod. Rodičům jsme současně doporučili návštěvu dětského psychiatra – medikace v tuto chvíli není indikována, ale vzhledem k vysokému riziku rozvoje deprese do budoucnosti (velmi častá komorbidita jak u Aspergerova syndromu, tak i u NPU, současně je přítomná vysoká hereditární zátěž) je vhodné, aby jej dětský psychiatr poznal v kompenzovaném stavu a tedy včas zaznamenal even-

tuální nástup obtíží (projevy aktuálních psychických poruch bývají u PAS často neobvyklé).

## Katamnéza

V průběhu dalšího sledování se klinický obraz skutečně krystalizoval směrem k diagnóze Aspergerův syndrom. Tomášovi je nyní 14,5 roku, chodí do 8. třídy běžné základní školy s trvale zajištěnou pedagogickou asistencí; ve škole velmi dobře prospívá (měl 3x dvojku – z matematiky, chemie a tělocviku (z tělocviku a matematiky mu ale ve čtvrtletí hrozila čtyřka a v rámci IVP bylo přistoupeno k redukci rozsahu učiva). Baví ho jazyky a čte encyklopedie, sbírá informace z více různých oblastí vědy; chtěl by být astronomem nebo předkladatelem. Ve škole je druhými dětmi tolerován, ale nijak je neoslovuje, povídá si hlavně s asistentkou; na spolužácích mu vadí, že zlobí a ruší jej při učení. Dle zprávy ze školy je v podstatě vzorný, jen špatně snáší neúspěch (rozpláče se nebo následuje špatně ovlivnitelný zlostný afekt).

Při vyšetření byl velmi vstřícný, přehnaně zdvořilý, hovoří spisovně. **ROR** protokol je již skórovatelný, podal celkem 17 odpovědí. Zobrazené reprezentace jsou nápadně fragmentované, převažuje výklad D. Obsahově je protokol extrémně chudý (100% tvarová determinanta, bez syntetických odpovědí, obsahově převažuje A nebo Ad, převážně dobré, ev. neobvyklé tvarové kvality; celkem 2H odpovědi – PHR na III tab. (F – tvar) a GHR – P uchopení na VII tab.).

**WISC III:** CIQ 80; VIQ 86, PIQ 76 (VS subtestů: Věd 11, Pod 10, Poč 8, Slo 8, Por 2, OČ 10 (rozdíl HS mezi opak. dopředu a pozpátku 5b.)

Nyní zvažována profesní orientace po ukončení ZŠ – přes podrobné prodiskutování zachycovaných schopností on sám i rodiče jednoznačně preferují gymnázium.

# 4 | DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA U DĚTÍ SE SMYSLOVÝM POSTIŽENÍM

*Martina Pastuchová*

Smyslové poškození znamená zejména nedostatek přiměřených podnětů ve vývoji dítěte, a tím vznikající abnormality ve vnímání, myšlení, afektivitě, chování i osobnosti. Psychický vývoj prochází stejnými vývojovými fázemi a děti mají stejné psychické potřeby jako děti zdravé, ale hloubka a druh smyslového postižení způsobují funkční omezení, specifické potíže v závislosti na chybějící funkci.

Možnost kompenzace smyslového poškození a dopad na celkový vývoj dítěte závisí na závažnosti poruchy, době vzniku, prognóze, další zátěži (kombinaci poruch), schopnost kompenzace pak na dalších somatických a psychických dispozicích, na temperamentu a stabilitě, rozumových schopnostech, adaptibilitě. Silný vliv má rodina, její reakce, odlišnost postojů k dítěti, postojů společnosti.

Vrozené smyslové vady způsobují senzorickou deprivaci, například obtíže v příležitostech učit se a získávat dovednosti. Získané vady jsou traumatem, vyžadují adaptací na novou situaci, mohou vést k neurotizaci. Poškození může být subjektivně prožíváno jako závažnější než je „objektivně hodnocený stav“, narušuje sebehodnocení, mění afektivitu, schopnost přizpůsobit se a dochází k důsledkům v určitém prostředí či sociálním kontextu (Vítková, 1999).

Uvedené chceme ukázat ve dvou kazuistikách dětí se smyslovým defektem.

Je nutné zdůraznit význam časně diagnostiky (Holmanová, 2016). I když je u nás dlouhodobě snaha screeningem u novorozenců zachytit v raném věku poruchy sluchu, v případě neodhalení vznikají závažné důsledky (viz kazuistika Jitka).



## JITKA, 9 let

Jitka je vedena od předškolního věku na ambulanci dětského klinického psychologa, s diagnózou těžká percepční nedoslýchavost, která byla řešena kochleárním implantátem (na levém uchu) ve 3 letech.

Aktuálně přichází na ambulanci s doporučením lékaře pro nárůst afektivních projevů, vázaných na prostředí školy (družina, přestávky). Doma je bez potíží. Ve škole řešili označenou „šikanu“ vůči spolužačce, dala jí facku, poté odložila sluchadlo a zůstala sedět, nechtěla komunikovat ani s učitelkou, ani s dětmi. Také namalovala spolužačce obrázek, kde jí uřezává hlavu, okolo stříká krev, a podala jí ho během hodiny. V družině kousla druhou dívku.

Rodiče jsou nespokojení, nesouhlasí s řešením a návrhy školy (důtka za nevhodné chování). Mluví o neshodách mezi asistentkou pedagoga a učitelkou ve třídě, kdy učitelka po nárůstu nevhodného chování zpřísnila a začala asistentku limitovat v dopomoci Jitce, zejména při zpracování slovních úkolů.

Jitka je vedena na ambulanci od 4 let, poslední kontakt byl před nástupem do 1. třídy. Nyní je ve 2. třídě běžné základní školy, zařazena s inkluzními opatřeními Speciálně pedagogickým centrem pro sluchové vady. Ve škole má individuální plán zejména pro jazyk český, má asistentku pedagoga.

Jitka je v ambulanci v kontaktu po celou dobu usměvavá, dobře naladěná. Při otevření tématu řešeného obrázku ve škole, s okamžitou negací, mračila se, otočila se tváří k opěradlu židle a přestala odpovídat.

Při změně tématu a nabídce oblíbené činnosti kreslení, rychle přijala, změnila výraz i postoj a dále opět ochotně spolupracovala a zvládla další podněty a vyšetření již bez potíží.

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** oba rodiče vysokoškolsky vzdělání, pracují, v manželství uvádí soulad, oba se podporují a podílí na řešení smyslové poruchy Jitky, mají pomoc v širší rodině (prarodiče, teta). Jitka vyrůstá bez sourozenců. Kontakt s dětmi v rodině má se dvěma bratrance, stejného věku, často je ona dominantní a chlapi se jí podřizují. V rodině nezjištěna zátěž.

**Osobní anamnéza:** Jitka byla donošená, plánované chtěné dítě, zralá, neshledána rizika. První rok vývoje popisují rodiče bez nápadností. Bez nástupu vokalizace a exprese řeči. Motorický vývoj bez problémů, kvalitní úchop, velmi zdatná v jemné motorice, kreslila od 2 let, hodně gestikulovala, odezírala (pozorovala tvář dospělých), v afektu do operace implantátu hodně hlasitě křičela, dráždivá (křiky i 2 hodiny do propocení a usnutí). Pohybově zdatná, zvládá lyže, brusle,

plavání. Matka od 2. roku upozorňovala na potíže v řečových dovednostech, ve 2,5 letech potvrzena oboustranná vrozená hluchota geneticky podmíněná (mutace genu pro Connexin 26), doporučena ke kochleární implantaci vlevo, která byla provedena v jejích 3 letech.

Od raného věku se hodně prosazovala, paličatá, divoká. Dráždivá, dodnes neklidná v hlučném prostředí (nádraží, obchodní centra, kino, divadlo, veřejné akce).

**Somaticky:** léčí se od 5-ti let s astmatem, potíže kompenzovány. Vedena na foniatrii a klinické logopedii od 2,5 let, od nástupu do logopedické školky péče speciálně pedagogického centra.

**Sociální anamnéza:** Po operaci ve 3,5 letech na půl roku docházela do speciální třídy mateřské školy při nemocnici. Od 4 let v logopedické mateřské škole, od počátku dominantní, většinou si uspořádala prostor podle sebe, určovala druhým dětem činnost, neshody řešila křikem a žduchnutím, ve školce se více držela dospělých, ráda pomáhala, dospělé respektovala.

Do základní školy vstupovala s odkladem školní docházky (v 7;9 letech), ve třídě je snížený počet dětí, od nástupu má Jitka problémy mezi dětmi. Má jednu kamarádku, se kterou chodí do výtvarného kroužku (mají kontakty ve třídě a v kroužku), tam je schopna samostatné klidné práce, k podobným obtížím jako má ve škole tam nedochází.

Je žačkou největší školy ve městě, která je hodnocena jako výkonově nejpřísnější, na škole mají výuku genetickou metodou čtení a Hejného matematiku. Matematiku a výtvarnou výchovu má velmi ráda. Prospívá na jedničky, v jazyce českém je slovně hodnocena (srovnatelně ke známce 3). Ve 2. třídě zahájili výuku anglického jazyka pomocí obrázků, pexesa, k říkankám a písničkám se v cizím jazyce nezapojuje. Zvládá výukové programy na tabletu (prvouka, angličtina).

## Dostupné zprávy

**Z vyšetření foniatra:** Vrozená oboustranná hluchota, kochleární implantát vlevo. Implantát nosí celodenně, bez technických obtíží. S kochleárním implantátem opakuje slova i věty bez odezírání. Hůře rozumí v hluku, nemá směrové slyšení. Při nemožnosti nosit vnější části implantátu neslyší vůbec.

### *Výsledky měření audio:*

1. s kochleárním implantátem: Slovní audiometrie bez šumu je srozumitelnost 100 %. Slovní audiometrie v šumu je srozumitelnost 50–70 %.

2. bez kochleárního implantátu: Audiogram vlevo bez odezvy, vpravo malé zbytky sluchu. Ztráty oboustranně, úplná ztráta, stav sluchu trvalý.

**Ze zprávy klinického logopeda:** Komunikace orální s dopomocí odezírání. Dobře využívá kochleární implantát. Spolupracuje, po zátěži (škola, odpoledne) bývá unavená. Spontánní řeč je částečně srozumitelná, delší slova komolí a má tendenci opouštět komunikaci.

Výslovnost prozatím nepřesná – zejména měkčení, L, R-Ř. Tvorba vět s četnými agramatismy (rody, neužívá předložky, užití sloves).

Porozumění jednoduchým krátkým větám dostačuje, ale delší věty jen bez plného porozumění, je nutné vysvětlovat nový pojem.

V nejistotě se v minulosti stereotypně pohybovala (kývání hlavou) a ztrácela pozornost. Dříve mívala masivní afekty, byla neklidná. Od 6. roku je výrazně zlepšena spolupráce.

Vážne časoprostorová orientace, má potíže s abstraktními pojmy, sluchovou pamětí a diferenciací. Potvrzeny výrazné obtíže při vnímání řeči ve větším počtu osob.

Čtení zvládá dobře, přiměřeně věku, bez plného porozumění (potřebuje vysvětlení nových pojmů). Velmi jí pomáhá zraková opora.

**Starší psychologická vyšetření:** Ve 4;6 letech **SON-R** zvládla na velmi dobré úrovni: MOZ VS 11, KAT VS 12, ANA VS 8, SIT VS 8, VZO VS 11. SON-PŠ: 108 IQ, SON-ŠU: 89 IQ, SON-IQ: 99 (konfidenční interval 80 %: 91-107 IQ). S dobrou pozorností a zájmem o nové úkoly, snaží se pomáhat (skládání – vykládání), rychlá, motoricky zdatná.

V 6;6 letech **WISC III:** Dop 9 VS, Věd 7 VS, Kód 8 VS, Pod 6 VS, ŘO 10 VS, Poč 5 VS, Kos 10 VS, Slo 5 VS, Skl 10 VS, Por 5 VS. VIQ 73 (konfidenční interval 95 %: 67-85 IQ), PIQ 95 (konfidenční interval 95 %: 87-103 IQ), CIQ 80 (konfidenční interval 95 %: 75-88 IQ), ISP 74 IQ (konfidenční interval 95 %: 67-86 IQ), IPU 97 IQ (konfidenční interval 95 %: 89-106 IQ). Pracovala rychle u performačních subtestů, se ztrátou pozornosti a výkonu u verbálních subtestů.

**Kresba** Toma a Jerryho je nakreslena na celé ploše papíru, vidíme barevné provedení s detaily, oblibu tématu zvířat, dítě ji podepíše tiskacími písmeny. Kresbu provedlo s jistotou, sebevědomě, barvy odrážejí emoční prožívání, aktivní postava Toma co do velikosti dominuje, je umístěna v centru plochy, lze uvažovat o sebeprojekci – viz obr. 4.1.



Obrázek 4.1

věkové normy s oslabením ve škále usuzovací, rozdíl škál PŠ : ŠU (rozdíl škál 19 bodů IQ) je statisticky významný, oslabení neverbální konceptualizace a řešení problémů může odrážet pozvolnější rozvoj abstrakce na terénu opožděného vývoje řeči při poruše sluchu a menší sociální zkušenost (SIT). Před nástupem do školy ve WISC III podala celkově podprůměrný výkon, s největším oslabením ve verbálních položkách, což je adekvátní výsledek u dítěte s poruchou sluchu.

Je tedy nutné zmapovat aktuální kognitivní funkční úroveň a zvážit její vliv při školním začlenění.

V předškolním věku je popisována afektivní labilita v souvislosti s přetížením v oblasti sluchového kanálu nebo s nepochopením ze strany okolí při opožděném vývoji řeči, tedy reaktivně v zátěži, poměrně v silné intenzitě, zvažujeme tedy i nyní reaktivní projevy. Projevovala se vždy dominantně. Je nutné zvážit i kategorie poruchového chování (agresivita, impulzivita, potíže s autoritou), zvažujeme dle MKN-10 **Porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování** (F 43.24).

### Otázka k zamyšlení

1. Zohledněte kontext včetně informací z předchozích vyšetření, navrhněte strategii vyšetření. Co by mohlo být příčinou aktuálních potíží, jaké lze formulovat hypotézy na základě nyní známých skutečností a proč?

### Komentář

Vzhledem k primární poruše sluchu a následné operaci jsou v popředí funkční sluchové potíže a vzniklé disability v komunikaci, je možné uvažovat i o slabším porozumění řeči, předpokládáme problémy s verbální pamětí (Neubauer, 2018).

V předškolním věku byly zjištěny neverbální kognitivní schopnosti v pásmu

Při zohlednění sluchové vady se může jednat o **potíže v porozumění sociálním situacím** (Neubauer, 2018). Bude vhodné posoudit její sociálně emoční kompetence na kognitivní úrovni i v méně strukturované situaci, vzhledem k primárnímu smyslovému poškození bude vhodné volit jiné než primárně verbální nástroje, lze dle MKN-10 zvažovat **Jiné poruchy sociálních vztahů v dětství** (vzniklý důsledek smyslové poruchy v sociálním kontextu) (F 94.8) nebo také **Smíšená porucha chování a emocí** (F 92).

## Výsledky aktuálního vyšetření

Vyšetření bylo realizováno ambulantně v dívčině věku 9;1 až 9;4 let.

**IDS kognitivní část:** Zrakové vnímání VS 7; Selektivní pozornost VS 5; Fono-logická paměť VS 4; Vizuálně – prostorová paměť VS 7; Konstrukční myšlení VS 14; Pojmové myšlení VS 10; Sluchová paměť VS 5. Průměr VS = 7,4; suma VS 52, to odpovídá IQ 79 (konfidenční interval na 99 % = 64-93 IQ).

Z provedení: Opakovaně nedoposlechne instrukci, nutno opakovat (u prvních dvou subtestů), impulzivní/zbrklá, v subtestu Selektivní pozornost jsou četné chyby vynecháváním. U subtestu Pojmové myšlení (zdůvodnění výběru verbálně s agramatismy: položka 4: „jsou zvíře“, položka 6: „tam číslice“, položka 7: „je to... jede“). U subtestu Sluchová paměť je jen minimum spontánního vybavení, s otázkou dostáváme komolené odpovědi, není schopna reprodukce jmen. Příklad: Jak se jmenuje ten pes? Odpověď: „Se pes-psem“, Kdo byl doma? Odpověď: „Holek“, Jak se jmenuje sestra? Odpověď: „Šelma“.

### Vývojová část IDS:

**Sociálně-emoční kompetence:** Rozpoznávání emocí VS 12, Regulace emocí VS 8, Porozumění sociálním situacím VS 14, Sociálně kompetentní jednání VS 8. Průměr VS 10,5 (pracovala velmi zaujatě).

**Logicko-matematické myšlení:** VS 12

**Řeč:** Expresivní řeč VS 8; Receptivní řeč VS 6, průměr VS: 7

V **doplňkových verbálních subtestech:** Informovanost VS 5; Verbální konceptualizace VS 7, průměr VS: 6

**Indexové skóre IDS:** RKI 80 IQ, VKI 77 IQ, NKI 89 IQ, SEI 104 IQ.

**Zkouška čtení – subtesty z výkonové části K-ABC,** dosaženo skóre 92 IQ (čtení, dekódování) a 70 IQ (čtení, porozumění). Klinicky významný rozdíl standardního skóre v neprospěch čtení s porozuměním (až k hraničnímu výkonu).

**Obraz v písku** – vytvoří bohatou scénu na téma „bazén a zahrada“, rozmísťuje v centru bazén a 3 děti (ona a 2 bratrance), léto, venku na zahradě jsou dospělí – všichni z rodiny a mají piknik. Používá barevné kostky k vytvoření okrajů a plochy bazénu, postavičky volí konkrétní, tři děti a dospělí. Pečlivě chystá piknik na zahradě



Obrázek 4.2

(ovoce, potraviny, doplňuje o kytiky, stromy). Viz obr. 4.2.

**Z pozorování:** v řečovém projevu si není jistá (špatná slovní spojení, nedostatečná zásoba, spěchá, občas vzdává, potřebuje povzbudit), oční kontakt udrží, stydí se zpočátku, ve vlastní tvorbě spontánní, usměvavá, jistá.

**Z verbálního projevu** (rozhovor po celou dobu hlasitý, neregulovaný): „*Máme se doma dobře, máme domek a bazén tam je, voda a kluci (bratrance), plavu, jo. To bude asi, budu rovnátka mít, na zuby, co budu mít zítra (jdou na ortodoncii). Mám to, no, to odpoledne kreslím, jak ty děti, co tam jsou. Mám se tam už dobře, mám tam sedět a kamaráda, tam mám. Škola to je křičení, na honění co je přestávka, víš, no to ta holka, shodila mi pouzdro, bo já tam mám pastelky, novou pastelku a zlomila se. Tak já jí no ta fucka a to se nesmí, tak pak bylo to, paní učitelka zlobí se, to se nemá...“*

### Otázky k zamyšlení

2. Zhodnoťte hypotézy po zahrnutí aktuálních diagnostických výsledků.
3. Co vnímáte jako rizikový faktor mimo základní hendikep, co se podílí na vzniku a rozvoji obtíží?
4. Navrhněte další postup, doporučení.

## Komentář ad 2)

Výkon v řečové oblasti je aktuálně v pásmu nízkého průměru až podprůměru, v subtestu Expresivní řeč převažovaly chyby v gramatice. V subtestu Receptivní řeč byla zaujata úkolem, přesto byl její výkon nižší než u exprese (kde k výkonu

zřejmě pomohly i podnětové obrázky), naznačen je i problém v porozumění vícestupňovému pokynu, resp. v rozsahu verbální paměti (k tomu odkazuje i nízký skór v subtestu Fonologická paměť a Sluchová paměť), obdobný vliv pozorujeme ve výkonu v oblasti verbálního myšlení (jako důsledek slovního zadání, kdy je zatížena sluchová pozornost). Koherence verbálního projevu je velmi rozdílná při zadávání testově (instrukce, struktura) a při volném rozhovoru.

Jitka byla operována ve věku 3 let, ač rehabilitace byla započata ihned, bylo to až ve věku kulminujícího fyziologického rozvoje řeči. Má nadále velké potíže s percepcí řeči v jakémkoliv šumu (včetně rozhovoru druhých osob). Při individuální strukturované práci (viz testový výkon) zvládá práci lépe. Má prokazatelné potíže v oblasti receptivní složky řeči, vážne centrální zpracování informací. Má nadále potíže s intonací a gramatickou stavbou jazyka.

Aktuální výkon je silně nerovnoměrný, největší obtíže (podprůměrné zpracování) jsou v subtestech verbálně zatížených (Selektivní pozornost, Fonologická paměť a Sluchová paměť). Nadprůměrný výkon je v subtestu Konstruktivní myšlení (opora o zrakový materiál bez nároků na jakékoliv pojmosloví). Průměrný je výkon v subtestu Pojmové myšlení, pravděpodobně opět díky vizualizaci. Oba výkony odkazují k předpokládanému primárnímu potenciálu (a korespondují s výsledky SON-R z minulosti). Potvrzeny jsou dobré schopnosti motorické a vizuomotorické v souladu s výsledky v předškolním věku. Celkové výsledky jsou sníženy verbálně zatíženými položkami a také zvýšenou impulzivitou, a následně chybovostí (subtest Selektivní pozornost).

Oproti předškolnímu vyšetření jsou nyní celkové výsledky slabší, je ale nutné zohlednit fakt, že IDS je oproti WISC III nejnovější standardizovanou metodou, na výsledcích má podíl i nadhodnocování výsledků WISC III (již "měkké normy" v důsledku tzv. Flynnova efektu). Zkoušky čtení ukazují na nerovnoměrnost mezi schopností dekodovat a porozumět čtenému, potvrzují potíže v centrálním zpracování informací.

**Porozumění emocím a sociálním situacím** (dle SEI v IDS) jsou v normě (dokonce zralejší než kognitivní výkon), výkonu pomohla jistě vizuální forma podnětů, a také vývojová zkušenost s nutností zvýšené všímavosti k druhým při původní absenci sluchového kanálu. Určité obtíže jsou patrné v subtestu Regulace emocí (obtíže ve zvládnání vzteku a strachu) a chování (tendence opírat se o autoritu – „Zavolat tatku, tatka dá...“, „Říct paní učitelce“). Z pozorování (reakce na zátěž, otázka na problém ve škole) je schopna se bránit neverbálně ukončením komunikace. Při nabídce jiného tématu, aktivity se ihned spontánně bez emočních potíží vrací ke spolupráci.



V obraze v písku při vytváření scény pracovala spontánně, s jistotou. Dominantním tématem byla rodina, tedy kontakt, který zažívá nejčastěji. Nebyly zaznamenány projevy úzkostnosti ani depresivity (scénu zpracovává hravou formou, v kontaktu je otevřená, spontánní). Děti se sluchovým handicapem mívají nedostatek komunikačních možností a omezený sociální kontakt, příležitosti mívají spíše v rodině, zato málo zkušeností navenek, osobnost bývá často sociálně nezralá. Ve scéně můžeme vnímat potřebu kontaktu s druhými, blízkost, potřebu sdílení, společné aktivity (prosociální faktory).

U Jitky se nejedná o „pravou“ **poruchu chování (F 91)** ani o **poruchu chování smíšenou s depresí nebo jinou emoční poruchou (F 92)**, vzdorovité projevy mají **reaktivní charakter**. V klidové situaci je schopna přiměřeně navazovat vztahy v rodině, v kroužku ke kamarádce, je schopna nahlédnout chybnosti jednání (... *ta holka, shodila mi pouzdro ... tak já jí no ta facka a to se nesmí ...*). Děti se sluchovým handicapem často reagují prudce či negativisticky právě z důvodu neporozumění nebo odmítnutí okolím, pro které je s nimi často obtížný kontakt z důvodu hlasité modulace hlasu, chybění citového zabarvení v řeči či inkoherentního vyjadřování.

Dle kritérií MKN-10 uzavíráme potíže Jitky s dg. **Porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování (F 43.24)**.

### ad 3)

Jitčiny projevy jsou od raného věku charakteristické dominantním chováním vůči druhým, očekává totéž i ve školním prostředí, používá naučené chování v rodině a ve školce, kdy jí vycházeli podpůrně vstříc. Nyní to není tolerováno, Jitka může mít nyní menší kontrolu nad situací.

Školsky při inkluzi v klasické, navíc výkonově orientované škole mezi dětmi bez významnějších potíží může být stresována při srovnávání se s jejich výkony.

Dalším rušivým vlivem je hluk při plném obsazení třídy v době hodin, a speciálně pak v čase přestávek a družiny. Jako stresový faktor se pravděpodobně významně podílí na vyšší unavitelnosti dívky a následně na jejich zkratkovitých reakcích, snižuje její schopnost přizpůsobení a klidného reagování v zátěži (Lechta, 2008). Dále oslabuje její schopnost podat kvalitní výkon. Přitom v klidnějším prostředí kroužku v menším počtu dětí Jitka tyto potíže nemá.

Letos navíc začala výuka cizího jazyka, což je pro dítě se sluchovým a řečovým hendikepem výraznější zátěž. Roli hraje i postoj pedagogického personálu k Jitce a zřejmě jejich neznalost problematiky sluchového poškození a důsledků této poruchy (Lechta, 2008).



**ad 4)**

Je nutné respektovat a naplňovat potřebu klidu, redukovat vliv hluku, zejména o přestávkách, v družině. Důležité je konkrétně vysvětlit, jak může napomoci asistentka a přizpůsobení podmínek v prostředí (místnost s možností kontaktu s menším počtem dětí s preferenčními činnostmi, například malování, tvoření, hra, pohyb).

Děti se sluchovým poškozením v činnostech často napodobují pozorované činnosti, ale do aktivit nevnašejí více tvořivost, experimenty, naopak se mohou stahovat z kontaktů a činností ostatních. Dochází pak k absenci socializačního faktoru, náhodného učení a následně se opožďuje rozvoj sociální inteligence.

Doporučujeme opakovaně oceňovat, posilovat a nacvičovat adekvátnější formy komunikace a ventilace nepohody, navazování kontaktu s dětmi např. ve výchovných předmětech (výtvarná výchova, pracovní výchova, tělesná výchova), v družině, v malé skupině.

Je nutná dopomoc asistentky vždy při vysvětlování nových či neznámých pojmů během učení (potíže v porozumění novému, sdělení, kontextu).

Jeví se důležitá podpora a edukace paní učitelky v postupech práce s dítětem se sluchovým hendikepem (konzultace se speciálním pedagogem speciálně pedagogického centra).

**MIREK, 6 let**

Mirek byl na ambulanci dětské klinické psychologie doporučen obvodním lékařem. Cílem by mělo být hodnocení aktuálního stavu, popis jeho kognitivního profilu, získaných deficitů i silných stránek, návrh rehabilitačního programu, případně orientační zvážení prognózy.

Ve věku 5;6 let mu byl odoperován astrocytom, pooperačně vznikla amauroza, atrofie optiků, hypofyzární hypofunkce, levostranná pyramidová i extrapyramidová symptomatologie. Je v multioborové péči neurologa, neurochirurga, rehabilitace a fyzioterapie, onkologie, očního.

**Anamnéza**

**Osobní anamnéza:** raný vývoj bez rizik, probíhal adekvátně věku. Očkován řádně, bez obtíží, s ničím se neléčil.

**Premorbidní fungování:** Právák, nerad kreslil, dovedně skládal puzzle, lego, vydržel u hry bez obtíží. Před operací váha 20 kg, vyšší postavy, štíhlý. Pohybově zdatný jezdil na kole od 3 let, bruslil. Preferoval stavebnice. Řečové projevy bez nápadností. Přiměřeně aktivní, bez afektů, spal dobře, v jídle občas vybíráví.

**Onemocnění:** Potíže vznikly náhle v 5;5 letech, objevila se neobratnost v prostoru, pády a výpadky ve zrakovém poli. Potvrzen pilotický astrocytom ve 3.komorě, 1.grade. Operován, hospitalizace na odborném pracovišti 2 měsíce, poté 4 měsíce rehabilitační lázeňský pobyt, dále již v ambulanci multioborové péči.

Pooperačně vznikla amauroza na obou očích, levostranná hemiparéza, mírná obezita při hypofyzární hypofunkci. Nárůst váhy o 10 kg.

**Rodinná anamnéza:** úplná rodina, matka (vyučena prodavačka) nyní na mateřské dovolené s mladší dcerou, otec (středoškolák, elektrikář). Oba rodiče zdraví. Mladší sestra čtyřletá, do mateřské školy nastoupila v době hospitalizace Mirka. Rodina bydlí ve 2 pokojovém bytě ve 3.patře domu bez výtahu, děti mají společný pokoj. S péčí o sestru v době hospitalizace matky pomáhala teta dětí. Sourozenecké vztahy před operací byly běžné, občas rivalita o hračky.

**Sociální anamnéza:** Mateřskou školu navštěvoval od 4 let, zvládal dobře. K pádům došlo ve školce, kde si také všimli změny v chování a upozornili rodiče. S dětmi vycházel dobře, preferoval stavění s kluky, pohybové hry.

#### **Z dalších informací:**

Pobyt v nemocnici a lázních zvládl, po celou dobu byl s matkou. Mírek byl po operaci plačtivý, podrážděný, měl obtíže se spánkem asi 3 týdny. Při zákrocích spolupracoval. Potíže nastaly v hrubé motorice, bál se chůze, až během lázeňské rehabilitace zvládl chůzi samostatně. Sestra s otcem pravidelně dojížděli 1x týdně na návštěvy (nemocnice vzdálena 180 km).

Rodina začala během pobytu v lázních spolupracovat se střediskem rané péče, dostali první instrukce k možnostem pro stimulaci pohybu, návrhy na pomůcky (podněty, knihy, hračky), byla doporučena speciálně pedagogické péče, byli pozváni k účasti na pořádaných víkend. Mají v plánu funkční posouzení zraku.

V lázních zkoušeli zařazení mezi děti do malé skupinky při cvičeních, zůstal většinou sedět a naslouchal, snažil se volat jmény (dětí, které zná ze školky) a při opravě „*To není ..., jmenuje se ...*“, opět reagoval původním jménem. Nezapojil se do aktivit, opakovaně dával matce najevo, že chce odejít, taháním za ruce a dotazováním „*Jdeme domů?*“.

#### **Aktuální situace:**

Po návratu do domácího prostředí bývá Mírek hodně unavený, spí během dopoledne 2 hodiny a před večerem další 2 hodiny. Často sám pojmenuje: „*Bolí mě záda, bolí mě nohy, chci ležet*“. V bytě se pohybuje sám, dle rodičů „po paměti“. Často si nahlas říká, kde co je v bytě, připomíná si pamětně prostorové uspořá-

dání (okno, dveře, nábytek, zeď). Na schodiště si netroufá, křečovitě zůstane stát a drží se zábradlí, při scházení dolů s panickými reakcemi, křikem, nepomáhá ani vedení a pomoc rodiče. Při stoupaní na schodišti se pohybuje lépe, přidržuje se zábradlí a přisunuje si levou nohu, stoupá po jednotlivých schodech sám. Má zvýšenou chuť k jídlu, rodiče ho musí omezovat (uzamkli spíž, nenechávají nic volně dostupné). Zvládá se najíst sám neobratně lžící, dávají mu bryndák, občas ho matka dokrmuje. Obléká se jen s dopomocí druhého, s obtížemi, často se vzteká.

Kontaktovali školku, kam Mirek docházel, zkusili tam být týden s matkou na 2 hodiny. Všimli si obranných negativních reakcí při pohybu dětí okolo a při různých zvucích (židličky, hračky) s úleky a podrážděním, plakal. Po návratu byl hodně unavený. Proto se rozhodli pro speciální třídu mateřské školy pro děti se zrakovým oslabením, kde má možnost pravidelného ortoptické rehabilitace. Aktuálně je v plánu adaptační pobyt.

Za měsíc by měl jít k prvnímu zápisu do školy, střediskem rané péče i neurologem je doporučeno zažádat o odklad školní docházky, rodiče souhlasí.

### **Shrnutí situace:**

U Mirka došlo k vážnému defektu způsobeného poškozením mozku nádorovým onemocněním CNS. Premorbidně byl dobře disponován, vyvíjel se bez potíží. Dobrou perspektivou může být jeho věk, v předškolním věku se ještě ve větší míře může uplatnit plasticita CNS (schopnost modifikovat strukturu nebo funkci). Většina dětí mívá po zákroku potíže s pozorností, motorikou, poruchy prostorové a pravolevé orientace, mívají ztráty paměťové a poruchy aktivity (Vítková, 1999).

### **Informace speciálního pedagoga Střediska rané péče:**

Rodina spolupracuje od počátku velmi aktivně, otec má pravidelné nápady k vylepšení možností pohybu pro Mirka, matka se nejčastěji doptává na vývoj zdravotního stavu. Mirek si přivýval na příjezd „tety“ do lázní povolna, vytvořili pomůcku, hmatovou kostku jako signál, co se bude dít, pokyn k práci. Dosud neabsolvovali funkční zrakové vyšetření. Dle klíčové pracovnice se prozatím dle jejich zkušeností Mirek zrakem neorientuje (zkoušeli nasvícené předměty, podsvícenou tabuli), ale poznání probíhalo zejména hmatem.

### **Otázka k zamyšlení**

1. Zvolte strategii aktuálního posouzení, zhodnoťte, jaké jsou možnosti a omezení při použití diagnostických metod.

## Komentář

Mirek je nyní po totální ztrátě zraku (kortikální poškození) odkázán na další dva smysly – sluch, hmat. Tím jsme limitováni při volbě testových metod. Základem bude pozorování Mirka v pohybu a aktivitě nejlépe ve více prostředích, čímž můžeme zmapovat, jak se v krátké době adaptoval na ztrátu vnímání, a naznačí možnosti kompenzace vzniklé poruchy. Můžeme se opřít o substesty s verbálním zadáním a zpracováním opřeným o sluch a řeč. Je nutné si všimnout jeho hmatového poznávání a orientace.

V nedávné době prodělal Mirek závažnou neurochirurgickou operaci, můžeme očekávat výkyvy pozornosti, výraznější únavnost, vyrovnávající stereotypy, afektivní reakce na zátěž, výraznější dráždivost. Zároveň je třeba preventivně se vyhnout přetížení dítěte nároky vyšetření! Je nutné zohlednit fakt, že výsledky testů nemusí znamenat konečnou úroveň schopností, ale mapují aktuální stav, jenž lze ovlivnit následnou rehabilitací. Orientační prognózu bude ovlivňovat další vývoj zdravotního stavu, a to v obou směrech. Pro formulaci nálezu a dalších opatření bude nutné spolupracovat multioborově.

Základem diagnostiky nevidomých dětí je vždy důkladná anamnéza a pozorování, dále v našich podmínkách lze použít u dětí raného věku například upravenou verzi BSID-I pro slabozraké děti, od předškolního věku se běžně užívají verbální substesty kognitivních testů. Diagnostiku vizuomotorických schopností z vývojového hlediska lze provést s použitím škály Reynellové a Zinkinové. Specifické dovednosti, například prostorovou představivost, prostorovou percepci s využitím hmatu, můžeme diagnostikovat modifikovanou verzí Kohsových kostek (Baslerová, 2012).

## Vlastní vyšetření

Po dohodě s rodiči byly navrženy schůzky v domácím prostředí, dále v prostředí ambulance a pozorování v prostředí školky.

## Klinická část vyšetření

V domácím prostředí (6;1 let) psychologa přivítal podáním ruky, pozdraví „ahoj“ a jde do pokoje. Statný, mírně obézní chlapec, oči široce rozevřené, nemrká, oči směřuje nejčastěji za zvukem (orientuje se zvukem), při sezení u PC otočen upřeně k obrazovce. Sledováno bylo občasné kmitání zornic. Sám si hraje na koberci v pokoji, má rozložena okolo autíčka (menší velikosti) a poblíž má k dispozici krabici s lego kostkami. Dle matky je to jeho oblíbená činnost. Skládá podél okraje podložky kostky a po uzavření prostoru naloží všechna auta dovnitř. Znovu

činnost opakuje. Pak si řekne o program „zvírátek“ na počítači (zapůjčeno ranou péčí), vydrží po celou dobu sedět u stolu s počítačem a se zájmem poslouchá zvuky. Správně pojmenovává zvířata (poznává domácí, lesní zvěř i zvířata v ZOO). Přijme dotazování psychologem a odpovídá na jeho otázky (ke zvířecím zvukům). Když program skončí, zavolá si na mámu: „*Ještě zvířata*“, sledování programu opakuje 3x. Nesnaží se hmatat na klávesnici ani na obrazovku. Vydrží 15 minut.

**Z rozhovoru**, téma nemocnice: „*Tam byli doktoři a měl jsem hadičky, ty už nemám, chodím cvičit. Mám sestřičku Elišku, je ve školce. Tady spím já a tady je Eliška (vždy vstane a jde k posteli, když narazí nohama na pelest, pohladí povlak). Táta je v práci, spravuje dráty. Budeme si hrát?...*“ Přijme společnou činnost s legem na koberci, podává kostky psychologovi a ptá se: „*Co budeme stavět?*“. Sám pak začíná klást kostky na plochu, popisuje: „*To je garáž, auta tam budou spát a opraví je tam.*“

Mluví v celých větách, mírně dyslalicky, občas šeptem, polohlasně. Interakci u rozhovoru a hry udrží (10 minut). Sám si zajde na WC, volá matku po vykonání potřeby. Opakovaně se ptá matky na oběd, co budou mít, kdy bude oběd, zda už je oběd atp.

Před odchodem matka mimo přítomnost Mirka začíná mluvit o únavě, obavách z budoucnosti (*najdeme školu?, uvidí?, spraví se ta ruka?*) s lakrimací. Byla oznámí v původní práci, že nemůže nastoupit. Za 3 měsíce jí končí mateřská dovolená, dosud nemají projednaný příspěvek na péči, obává se, zda vše finančně zvládnou. Zatěžuje ji dojíždění do speciální školky vzdálené 20 km od bydliště, matka nemá řidičské oprávnění, dojíždí s Mirkem autobusy. Předtím spolu odvářejí sestru do školky.

Další kontakt proběhl ve **speciální školce (6;2 let)**, Mirek je zde třetí týden, dnes přítomno 9 dětí, učitelka, asistentka a ortoptická sestra. Mirek je v adaptaci, je jediný s totální ztrátou zraku. Docházel týden s matkou po svačince dětí na 2 hodiny. První týden se fyzicky držel mámy, naslouchal dětem i pedagogům, obcházel si prostor, zaujaly ho zvukové hračky (větší auta s houkačkou, zvukem). Asistentka ukazovala matce pohyb po třídě s dopomocí hmatání rukou před sebe. Nyní od 2. týdne je matkou přiváděn do šatny jako druhé děti, po vstupu ihned vyhledává dospělé, přijme doprovod a dopomoc asistentky i učitelky. Začíná hmatem poznávat hračky a má zájem prozkoumávat všechny prostory poliček, skříněk.

Při společném zpívání s dětmi a pohybových činnostech na třídě zůstává sedět na lavičce a naslouchá, neguje přivedení asistentkou na koberec („*Ne, nechci*“) a drží se pevně lavičky. Nyní v zimním období s dětmi neodcházejí na zahra-

du ani ven, nemají prozatím zkušenost, jak Mirek tuto změnu zvládne. Mirek si jeden den přinesl svou svačinu a zvládl se najíst u stolu s dopomocí asistentky.

K Mirkovi se připojuje jeden z menších chlapců, Mirek na něj nemluví, komunikuje jen s asistentkou. Je aktivní zejména při chystání hraček (krabic) na stůl a úklidu, má zájem o nové. Hračky uchopuje do pravé ruky, levá ruka hypotonicky podél těla, při upozornění asistentkou krátce přidrží kostky neobratně levou rukou, ale po chvíli opět pracuje jen pravou. Je tichý, hodně naslouchá. Orientuje se dle zvuků okolo, kdy pomocnice přiváží pojízdný stolek s hrnky a on komentuje: „*Máme čaj nebo džus, kakao nechcu*“. Při nabídce lepení na papír se snaží sám, ale netrefí se (na černém papíře předkresleny žluté kruhy, sněhulák), asistentka musí vést jeho ruku k lepidlu a také k papíru. Při dokreslení čar k hmatové orientaci (vystouplé okraje, reflexní žlutá) si ohmatává opakovaně a pojmenovává „sněhulák“.

**Vyšetření v ambulanci** (věk 6;2 let): Přichází s otcem v dobré náladě, při vstupu po schůdcích ho otec přidržuje zezadu za rameno. Přivítá se s psychologem: „*Ahoj, budeš si zase hrát?*“ (psychologa spontánně poznává, usmívá se). Po vstupu do místnosti dlouho (15 minut) obchází prostor s dopomocí otce, otec ho slovně upozorňuje na zeď, dveře. Po upozornění otcem před sebe hmatá rukou a zkoumá nejdřív okna, stůl, křesla, stoleček, neustále pojmenovává. Přijme přivedení ke stolku, usedá, po celou dobu vydrží. Při dotazu „kde je okno?“ pravou rukou mávne za sebe a odpoví otázkou: „*Tady?*“ (okno je vlevo od něj). Jednou si řekl o návštěvu WC, zvládá s pomocí otce. Při chůzi napadá na levou stranu, zakopává. Levé rameno má svěšené, levá ruka je po celou dobu povislá u těla. Silnější salivace, polyká, otec ho otírá.

Před odchodem otec sděluje, že má v plánu pracovat jen na ranní směny a více vypomoci s Mirkem doma. Přeje si, aby manželka zvládla řízení vozidla. Použijí finance, které dostal jako mimořádný příspěvek od zaměstnavatele. Sděluje, že Mirek se v posledních 2 týdnech opakovaně v noci pomočil, bylo to asi 2x do týdne. Mívá více afektů, ty jsou směřovány vůči sestře, odstrkává ji z pokoje, nechce ji tam. Rodičům se jeví zlostnější, ale dávají mu prostor, nezasahují, ustoupí mu.

## Testová část vyšetření

### SB IV:

**Verbální myšlení:** subtest Slovník zadáván od počátku slovně otázkou „Co je.“ (dosažené standardní věkové skóre 45), Porozumění (standardní věkové skóre 50). Standardní věkové skóre oblasti Verbálního myšlení 95.

**Krátkodobá paměť:** Paměť na věty (standardní věkové skóre 39), Paměť na čísla (standardní věkové skóre 47). Standardní věkové skóre oblasti Krátkodobá paměť je 88.

### **IDS:**

**Verbální myšlení:** Informace VS 8, Verbální konceptualizace VS 5, průměrné vážené skóre oblasti Verbální myšlení 6,5 VS.

U testové práce vydržel po celou dobu sedět u stolečku, přidržoval se židle pevně po okrajích sedací plochy. Nehmatal před sebe na stolek. Instrukce k zadání pochopil bez větších obtíží. Při selhávání a větší obtížnosti reaguje ujištěním: „Kde je táta?“.

Projektivní zadání **Testu tří přání:** „Kinderku“ (Kinder čokoládu), „Klouzačku“ („No, domů jako máme ve školce“), „Nevím“.

### **Otázky k zamyšlení**

2. Popište aktuální stav Mirka, jeho vnímání, silné a slabé stránky, také rodinnou situaci a rizikové okolnosti v ní.
3. Zformulujte doporučení pro rodiče, školku, vyjádřete se k perspektivě školního zařazení.
4. Jaká témata bude nutné v rámci podpůrného vedení rodiny řešit?

## **Komentář**

### **ad 2)**

Z pozorování máme informace o schopnostech adaptace, přijetí a reakce na „známé – neznámé“ prostředí, o kompenzačních strategiích. V ambulanci, kam došel poprvé, si musel prostor s pomocí otce obejít, ohmatat (nové poznává hmatem). Stejně jako ve školce na lavičce, tak při samotném vyšetření, se po celou dobu přidržoval okraje židle (ujištění v prostoru). V prostředí školky se postupně orientuje a zapojuje, prozatím nejvíce reaguje na dospělé (učitel, asistent).

Vnímá a orientuje se primárně sluchem a začíná používat i hmatové poznávání. Jeho silnou stránkou je zájem o nové, schopnost dobré interakce s dospělým, slabou stránkou je únavnost a prozatím nejistota v kontaktu s dětmi.

Mirkovy kognitivní schopnosti (na základě verbálních subtestů IDS) hodnotíme v pásmu podprůměru, tento výsledek může ovlivňovat ještě funkční oslabení CNS po zákroku, což potvrzuje rozdíl VS mezi subtesty verbálního myšlení. Orientačně je jeho intelektová kapacita dostatečná. Subtest Informovanost ukazuje

zejména na znalosti, uložené informace, ale subtest Verbální konceptualizace již vyžaduje ke zpracování abstrakci, myšlení a je citlivý na organicitní zátěž. Paměťové subtesty SB IV tuto úvahu potvrzují. Výsledky SB IV je však nutné zohlednit charakteristiku dostupných norem – ty jsou výrazně nadhodnocující. Celkovou výkonnost bude nutné ověřovat postupně v dalším roce, sledovat i tempo dalšího vývoje s využitím stejných metod, což je samo o sobě výhodné, neboť můžeme srovnávat výkon objektivně v rámci vývoje dítěte, lze hledat absolutní rozdíly mezi dosaženými hrubými skóry v konkrétním subtestu, položkovou analýzou pak vyhodnotit, kde dochází k pokroku a kde ne, vytvářet hypotézy o příčinách a strategiích kompenzace nebo účinku rehabilitace. Současně je nutné počítat s rizikem retestového efektu.

Dochází k emočním a afektivním změnám, Mirek začíná reagovat dráždivěji, neguje přítomnost sestry v pokoji. Je nyní více závislý na péči (dokrmování matkou, podání čehokoliv, co potřebuje – k hraní, činnostem) a také doma zažívá přístup jako k mladšímu dítěti (bryndák, hlídání). Má četné potíže pohybové v prostoru, potíže při sestupu ze schodů souvisí i s motorickou koordinací, dominuje hemiparetické omezení, i se ztrátou trojrozměrného vnímání. Afektivní projevy mohou být způsobeny oslabením nervové soustavy, projevy organicitní zátěže (mozkový nádor, operační zákrok), pokračuje jeho únavnost (potřeba spánku, bolest končetin).

Celá rodina má spolu s Mirkem za sebou traumatizující období. Matka těžce nese ohrožení a ztrátu zdraví u svého dítěte, musela se také oddělit na čas od mladší dcery. Je aktuálně zaměřena na bezpečí Mirka (ochranný postoj) a prožívá obavy z dalšího vývoje. Mladší Mirkova sestra byla sice v náhle vzniklé situaci dosycována přítomností a péčí tety, ale ztráta blízkosti matky, ale také změna chodu rodiny, nutný rychlý nástup do školky a behaviorální změny, handicap Mirka mohou mít do budoucna dopad. Otec se snaží více racionálně a prakticky reagovat na situaci, aktuálně je tímto proaktivním postojem chráněn, s ohledem na zkušenosti s dynamikou v takto zasažených rodinách je u něj riziko reaktivní potíží s odstupem po připuštění si následků dané situace.

### ad 3)

Všechna tato zjištění podporují aktuálně návrh odkladu školní docházky. V domácím prostředí je potřeba dále rozvíjet samostatnost v sociálních dovednostech (oblékání, stolování), postupně prodlužovat aktivity a spánek 1x denně po příchodu ze školky. S vedením střediska rané péče je žádoucí začít používat kompenzační pomůcky u stolování, hygieny, hry, běžných denních činností. Podporovat



hmatovou i sluchovou orientaci. Při práci na počítači konzultovat možnost hlasového výstupu. Také je nutné dále pokračovat v pravidelné rehabilitaci s fyzioterapeutem.

Problém jídla a přibývání na váze je ovlivněn hypothalamickou dysfunkcí a je nutné konzultovat s endokrinologem, dietologem režimová opatření, medikaci. Doporučuje se podávat pravidelně menší množství porcí častěji.

Volba vhodné školy dle doporučení speciálního pedagogického centra vzhledem k tíži deficitu (aktuálně totální ztráta) zřejmě základní školy věnující se dětem se zrakovým postižením. Ve školce by se kromě základní ortoptické rehabilitace měla asistentka a učitelé pokusit motivovat Mirka k činnosti s druhými dětmi, a to postupně, spojovat s odměnou. Podpořit Mirka aktivní rolí u společných činností (například hudební nástroj do ruky v situaci, kdy mají děti pohybové aktivity). Dětem ukázat způsob, jak mohou k Mirkovi přistoupit a jakým způsobem ho kontaktovat (hlasem, dotekem na rameno) a Mirka ocenit za případnou interakci (Vítková, 1999). Mirek prozatím vyhledává kontakt s dospělými, kteří s ním komunikují a interagují dovedněji, jistěji, než jsou toho schopni děti jeho věku. Zároveň jsou dospělí ochranitelští, přizpůsobují se jeho projevům.

#### ad 4)

Rodinná podpora pro všechny členy rodiny bude v dalším období prioritní. Matka se dle projevů a kladených otázek projevuje úzkostně depresivně (jedná se o fázi reakce následující po šoku z diagnózy), je důležité naslouchat a být jí k dispozici, počítat s emočními výkyvy, vyčerpáním, případně doporučit odbornou pomoc.

Otec se jeví zdánlivě ve fázi racionálního vyrovnávání. Muži velmi často tímto způsobem potlačují depresivní prožívání a často se stávají „hybatelem rodiny“, který je schopen cokoliv zařídit, odvést, připravit, ale přes toto nemají prostor k vyjádření emocí. Je vhodné ho podpořit a poskytnout mu individuální prostor k rozhovoru na toto téma, nezapomínat na jeho potlačené emoční prožívání.

Oba rodiče by potřebovali prostor pro sebe, jak individuálně, tak partnersky. Je nutné je ocenit, jak situaci zvládli, podpořit je, aby buď s pomocí širší rodiny, nebo hledáním asistenční podpory budovali pravidelný čas trávený mimo děti, a to pro vlastní regeneraci, relaxaci.

Mladší sestra dle popisu rodičů prozatím nereaguje na situaci, rodiče vystupují ochranně vůči Mirkovi, naopak Elišku nevědomě vedou jako zralejší. Doma v rodinném systému vstoupila do role „staršího – schopnějšího“, resp. zdravého sourozence, což přináší riziko neúměrného zatížení nároky okolí a vnitřními

pocity viny. Bude důležité toto téma s rodiči otevřít, podpořit rovněž přirozené i negativní reakce vůči Mirkovi v různých situacích, neomlouvat jeho chování onemocněním.

Mirek má za sebou, vedle významné smyslové ztráty, také období změn (pobyt v nemocnici, lázních, změna školky). Byl v posledním období hodně vázán k matce, prozatím se u něj neprojevují separační obtíže. V sourozeneckém vztahu „spadl“ na úroveň mladšího, méně schopného dítěte a dle posledních sdělení pravděpodobně začíná na tento fakt afektivně reagovat. Jeho počínající enuretické projevy mohou mít psychogenní podíl (regresivní projev), ale je nutné vyčkat závěrů lékařských vyšetření specialistů (neurolog, urolog).

# 5 | DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA V PRÁCI DĚTSKÉHO KLINICKÉHO PSYCHOLOGA NA NEUROLOGII

*Marcela Kvardová*

Dětské pacienty přicházející do ambulance dětského klinického psychologa od dětského neurologa lze orientačně rozdělit do dvou skupin. Do první spadají děti s diagnostikovaným neurologickým onemocněním, resp. somatickým onemocněním s dominující neurologickou symptomatikou, jakou je např. epilepsie, nádorová onemocnění CNS, genetické syndromy s dopady na kognitivní i celkový rozvoj dítěte, do druhé pak děti s různou symptomatikou, kde se zvažuje částečný či významný podíl psychických faktorů v etiologii (nejčastěji bolesti hlavy, kolapsy apod.).

U první skupiny je zakázka převážně doporučení a další opatření pro vývoj a stimulaci, u druhé skupiny dětí jde v první řadě o diagnostiku etiologie obtíží a návrh dalšího postupu a možnosti psychoterapie. Smyslem kazuistik je rovněž ilustrovat potřebu multidisciplinární spolupráce a nutnost získání základní orientace dětského klinického psychologa také v dalších medicínských oborech, s jejichž pacienty přichází do styku.

Vše uvedené chceme ilustrovat na dvou následujících kazuistikách.

## **TONÍK, 4;5 let**

Toník přichází k vyšetření na doporučení klinické logopedky primárně pro opožděný vývoj řeči, k diagnostice podkladu potíží, v úvaze i porucha autistického spektra.

**Nynější onemocnění:** Chlapec byl hospitalizován na dětské neurologii ve věku 3;5 let (tj. před rokem, zrovna začal chodit do MŠ). Objednán byl pro opakované stavy náhlého pádu ze stoje v chůzi s třesem nohou. Těmto stavům předchází únava, motorický neklid rukou. Stav rodiče pozorují od nástupu chůze. Vyskytují se jen při nemoci nebo v únavě, eventuálně když hoch málo jí. Popisováno je náhlé podlomení nožek v průběhu chůze, s pádem a následným jemným třesem obou dolních končetin, stav ustupuje do několika vteřin, bez poruchy vědomí, bez zvracení, bez deviace bulbů. Někdy míval drobný třes končetin při našlápnutí na počátku chůze, propadala se mu pravá nožička, to za poslední rok nebylo pozorováno. Na bolesti končetin, hlavy či jinde si nestěžuje. V noci spí klidně. Matka popisuje u chlapce stereotypní pohyby předcházející atakám padání: chlapec si protírá oči a kořen nosu. Odmala bylo pozorované opakované přivírání víček oboustranně. EEG elektrogenéza<sup>3</sup> je zpomalena k věku. Záznam je těžce abnormní pro hojný výskyt epileptiformní abnormity charakteru hrot-vlna. Pozorována je korelace nálezů s klinickým projevem záchvatu. Nasazena byla antiepileptická terapie, před propuštěním byla hladina v referenčním rozmezí. Oční vyšetření je v normě. EMG (elektromyografie) je také v normě (tedy bez nálezů svalového oslabení či poruchy nervosvalového vedení, ev. tetanického podkladu potíží).

**2. hospitalizace na dětské neurologii po 3 měsících:** Po hospitalizaci užíval léky s velmi dobrým efektem, došlo k vymizení záchvatů podlomení nohou, ale pro zavírání očí, pohybové automatizmy rukou ve smyslu protírání očí, byla navýšena medikace ošetřujícím neurologem ambulantně, následně podobné projevy už nebyly pozorovány. Objektivně neurologicky byl bez patologického nálezů. Popisována je silná vazba na matku, při vyšetření nespolupracuje, pokynům rozumí, slyší dobře. Magnetická rezonance mozku byla v normě, zjištěna jen hyperplazie sliznice maxillárních ethmoidálních a sfenoidálních sinů a mastoideů více vpravo (zmožení buněk sliznice vedlejší nosní dutiny). Diagnosticky byl Toník veden jako paroxysmální syndrom parciální s komplexní symptomatologií (epilepsie s lokalizovanou epileptickou aktivitou v části mozku, která se může šířit dál, projevy jsou pouze v určité části těla, doprovázeny jsou ale určitou formou poruchy vědomí – obvykle stereotypní pohyby s „nepřítomným pohledem“) se specifickým EEG korelátem.

**Ze zprávy klinické logopedky:** Tichý, bez hlasového projevu, gesta neužívá, oční kontakt navazuje, výborně se koncentruje, v činnosti střídá obě ruce, staví do řad, rovná do vzoru. Dle sdělení rodiny se objevují afekty trvající i 40 minut,

<sup>3</sup> Vývoj elektrické aktivity mozku.

obvykle při změně. V klidu pozorováno stáčení očí vzhůru, třepání ručkama, mycí pohyby. Vadí mu mokrá ústa. Hlavou kýve na souhlas či nesouhlas, někdy neadekvátně, slovně neodpovídá, nezapojuje se do hry, vtipu rozumí, vyhoví pokynu, ukazuje na obrázky, předměty, rozumí užití předmětu, přiřazuje předměty a fotky, rozumí činnostem – ukáže obrázek. Vkládačky zvládá, tvary složí, v kresbě střídá ruce, dělá tečky, čáry, kruhy, klubička, dokreslí čáry slunci, obličej dle návodu, dokreslí některé detaily. V nápodobě řeči se snaží napodobit pohyby rtů, nenapodobí rytmus a slabiky. **Souhrn:** Grafomotorika a kresba na úrovni 2,5 roku, expresivní řeč max. 15 měsíců, impresivní řeči 3 roky. Doporučeno bylo vyšetření sluchu a psychologické vyšetření pro předpokládanou poruchu autistického spektra.

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** Oba rodiče i sestra jsou zdraví, v širší rodině není uváděna žádná významná zátěž.

**Osobní anamnéza:** Toník se narodil z druhé fyziologické gravidity v termínu, spontánně záhlavím, nebyl kříšen. Novorozenecký ikterus měl mírnější průběh, nebyla indikována fototerapie, kyčle v normě, kojený byl 1,5 roku, očkování probíhalo řádně dle kalendáře, bez komplikací. Neměl žádné úrazy, nepodstoupil žádnou operaci. Raný psychomotorický vývoj mírně opožděn, bez opory a sám si sedal přibližně od 10. měsíce, lezl po čtyřech ve 12 měsících, u opory vstával od 13 měsíců, obcházel ve 14 měsících, samostatně pak chodil bez opory od 16 měsíců. V oblasti vývoje řeči rodiče udávají opožděný, velmi pozvolný vývoj, slabiky produkoval v roce, pak popisována stagnace, první slova s významem se objevila po třetím roce, maximálně dvouslabičná, věty ani spojení slov dosud nepoužívá, aktivně užívaná slovní zásoba má rozsah 20 slov, výslovnost dyslalická. Aktuálně stran vývoje jemné motoriky – staví lego, nekreslí rád. Hygienu dodržuje od 2,5 roku věku. Bývá vcelku zdravý, plané neštovice prodělal zřejmě v 1.roce života, v prvním roce života býval opakovaně nachlazen, klíště neměl, alergie není udávána.

**Sociální a školní anamnéza:** Navštěvuje klasickou školku od 3;5 let, adaptoval se běžně. Bydlí s rodiči v rodinném domku, v rodině je udávána shoda, otec má 37 let, vystudoval VŠ – ing., matka vystudovala VŠ – Mgr., 37 let, oba pracují ve svém oboru.

**Z rozhovoru s matkou:** Před rokem došlo k rozvoji epilepsie, má medikaci (nyšní Levericetam v dávkování 1,5-0-1,5), ty stavy mají charakter stočení očí v sloup vsedě či ve stoji s krátkou poruchou vědomí, dříve byly i pády a křeče končetin,

od věku 3;10 let již nebývají. EEG (elektroencefalogram) byl opakovaně negativní, a to i video EEG<sup>4</sup>, i magnetická rezonance, jíž měl před měsícem, byla v pořádku. Nemluví, logopedka zmínila možnost autismu (choval se ale jinak než doma, vedl mamince ruku v činnostech, stavěl do řad, to není jeho standard), již třikrát změnili logopeda, paní logopedky vždy hodnotily jeho stav jako vážný. Občas nějaká slova užije, pomalu, ve slabikách, ale znovu je většinou nezopakuje, zvládá slabiky, zdvojení, ale nespojí dvě různé slabiky nebo jen s velkým úsilím, při vedení v nápodobě. Nová slova přidává postupně, velmi pomalu, s velkým úsilím okolí, snaží se říct jednoduchá slova, s podporou schopen zopakovat někdy rozloženě. Chodí do klasické školky, má „blok“, nemluví, chodí tam se sestřenicí, ta mluví za něj, jsou spolu i mimo školku, hrají si, jiné kamarády nemá. Vždy býval unaven, obtížně se aktivizoval, na antiepileptické medikaci posun. Víc si hraje, zajímá se, jde do kolektivu. Matce se autistický nejeví. Hraje si na pejska, prodávání, se sestrou, ona jej vede, on se zapojuje. Sám si hraje s auty, legem, na zahradě si hraje, staví hrad z písku, rád pomáhá dospělým s pracemi – hrabe, s tátou seká sekačkou. Vázaný je hodně na otce. Mívá afekty, dokáže se vztekat i desítky minut, nejčastěji v únavě, není-li mu vyhověno, s časem to ustupuje, průběh je mírnější, dříve mu více vycházeli vstříc, hlavně jako prevenci proti rozvoji záchvatu. Spouštěčem záchvatů bývá i infekt, bývá často nemocen. Na cílený dotaz žádné rituály či stereotypní chování maminka neuvádí.

### **Otázka k zamyšlení**

1. Zhodnoťte aktuální stav dítěte, nastiňte diagnostickou strategii.

**Objektivně:** Přichází s maminkou s úsměvem až rozsahu grimasy, trošku s „plovoucím“ očima (zastřený pohled), občas úsměv i neadekvátní situaci, oční kontakt kolísá, spíše prchavý. Drží se matky, sedí jí na klíně. Z kontaktu s vyšetřující se odtahuje, zpočátku odmítá nabízené úkoly. Postupně se daří jej díky mamince motivovat k manipulačním úkolům, po chvíli testuje hranice, provokativně dává špatné odpovědi, někdy na tom trochu ulpívá, u toho však oční kontakt, úsměv, přenos pohledu, škádlivý pohled, proměny emočního výrazu, s maminkou sdílí. Postupně spolupracuje lépe, s mírnými výkyvy, s časem se zvyšuje únava.

<sup>4</sup> Kontinuální EEG záznam s videozáznamem chování pacienta v průběhu delšího úseku, např. části dne nebo noci.

Onomatopoea užívá spontánně, adekvátně (tam, bu, be), nespojuje slova, jeho mimika je omezená, na výzvu opakuje slova, jakoby seká slabiky, řeč působí velmi nepřirozeně, skandovaně. Neverbálně komunikuje, ukazuje, je-li zaujat, snaží se vyhovět a ukázat odpověď gesty, aby mu bylo porozuměno. Jednoduchému pokynu vyhoví, vícestupňovému ne, zdá se, že si jej spíše nepamatuje.

Zaujmu je hračky, figury ožívuje, přehrává jednoduché scény.

## Testové vyšetření

Dle položek v **BSID II**: expresivní slovník v řeči na 15 měsíců, na dva roky porozumění, pro lepší orientaci jsou splněné položky vyznačeny tučně. Viz tab. 5.1.

**Tab. 5.1**

Věk (m)	Řeč aktivní	Řeč pasivní	Neverbální řeč
42	155 Jmenuje 4 barvy 159 Stabilní pořadí čísel 164 Počítá – základní číslice 166 Jmenuje neúplné obr. 167 Časová posloupnost	156 Rozumí pojmu více 172 Rozumí perspektivě druhého 174 Rozumí splnitelnosti úkolů	
41	154 Určí pohlaví		
40			
39		153 4 předložky	
38	148 Minulý čas 152 Opakuje řadu 3 čísel		
36			
35	142 Věty v reakci na knihu		
34	146 Počítá (názvy čísel)	(147 Porovnání váhy)	
32		(145 Porovnává velikost)	
30		141 Rozumí pojmu jeden (143 Rozumí pojůmům geometrickým)	
29			
26		140 Rozumí dvěma předložkám	
24	136 Klade otázky		
22		<b>134 Verbální porozumění – všechny položky</b>	
21	129 Kontingentní sdělení 133 Jmenuje 5 obrázků		

Věk (m)	Řeč aktivní	Řeč pasivní	Neverbální řeč
20	126 Jmenuje 3 předměty 127 Tříslavné věty		
19	121 Zájmena	<b>124 Rozliší kostku, klíč, knížku</b> <b>131 Poslouchá pohádku</b>	
18	117 Napodobí dvouslovnou větu		
17	114 Dvouslovné věty	<b>118 Poznává předměty na fotce</b> <b>122 Ukáže 5 obr.</b>	
16	113 8 slov		
15	<b>111 Kombinuje slova a gesta</b>		<b>111 Komb. slova + gesta</b>
14	<b>106 Užívá slova k vyjádření přání</b> <b>109 Jmenuje 1 obr. – ato (auto)</b> <b>110 Jmenuje 1 předmět (Ba = balón)</b>	<b>99 Ukáže 2 obrázky</b> <b>108 Ukáže 3 části těla</b>	
13		<b>107 Splní pokyny s panenkou</b>	
12	<b>100 Přiměřeně užití 2 slov</b>	<b>101 Ukáže část oblečení, předmět</b>	
11	<b>94 Napodobí slovo</b>		
10			
9	78 Vokalizuje 4 různé slabiky		
8	71 Opakuje slabiku 76 Expresivní žargon	81 Reaguje na slovní pokyn	
7		70 Naslouchá selekt. 2 známým zvuk.	
6			68 Užívá gesta k vyj. přání
5	61 Vokalizuje 3 různé samohl. zvuky 63 Napodobuje vokalizaci		
2	21 Vokalizuje, když vyš. mluví 22 Vokalizuje 2 samohlásk. zvuky 31 Vokalizací vyjadřuje pocity 33 Vokalizace při úsměvu vyš.		
1	10 Vokalizuje 4x	3 Reaguje na hlas	

Tento arch je vytvořený na základě tabulky 3.5 amerického manuálu pro záznam vývojového věku dle splněných položek a rozdělen na část aktivní a pasivní dle klinické zkušenosti, položky v části pasivní řeči uvedené v závorce v manuálu jsou zařazeny do skupiny kognice, ale dle klinické zkušenosti jsou syceny i porozuměním řeči – Bayley, str. 53).

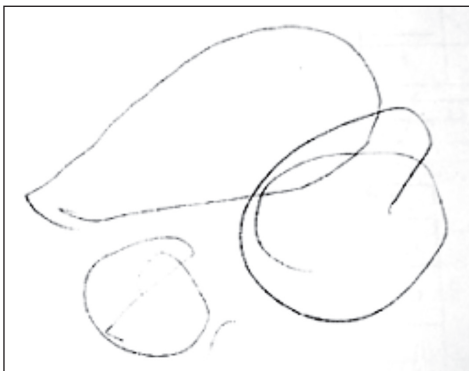


**SON-R** profil: Moz 4 VS, Kat 8 VS, Skl 8 VS, Ana 9 VS, Sit 7 VS, Vzo 4 VS, SON PŠ 73 IQ, SON ŠU 87 IQ, SON IQ 77 b.

**Kresba postavy:** nezvládá, nakreslí auto, spontánně čmárá, napodobí kruh, tah, kříž ne. Viz. obrázek 5.1.

#### Otázky k zamyšlení

2. Zformulujte diagnostický závěr.  
Jakou předpokládáte etiologii potíží?  
Vyjádřete se k diferenciální diagnóze.
3. Jaké doporučujete další intervence?
4. Jaký lze předpokládat další vývoj?  
Rizikové a protektivní faktory?



Obrázek 5.1

## Komentář

### ad 1)

Aktuálně je v popředí klinického obrazu významně opožděný a stagnující vývoj řeči od počátečních stádií, je třeba zohlednit i pozvolnější raný vývoj motoriky a dlouhodobou anamnézu záchvatových stavů. Primárně je potřeba zhodnotit celkovou úroveň výkonu a řeči, vzhledem k vadě řeči je vhodný neverbální test na ní nezávislý. Nepředpokládáme prvotně jen globální opoždění vývoje – mentální retardaci. V kontaktu je vhodné se zaměřit na sledování složky neverbální komunikace a hry, zejména imaginativní a nápodobivé pro podezření z poruchy autistického spektra.

### ad 2)

Porucha řeči v obou složkách, výrazněji v expresi, fakticky zde na úrovni 15 měsíců, porozumění odpovídá 2 rokům, to vše při kalendářním věku 4 roky a 5 měsíců, s neverbálním kognitivním výkonem v hraničním pásmu, v úsudkové části dosahuje dolní hranice průměru, výkon v percepční části je v pásmu hraničním. Obtíže v percepční části testu naznačují, že obtíže v oblasti řeči mohou mít i podklad v oslabení schopnosti percepční analýzy a syntézy obecně. Výkon je negativně ovlivňován menší a kolísavou ochotou ke spolupráci a zvýšenou unavitelností. Kresba velmi nezralá, pozvolněji se rozvíjející s obtížemi v motorickém zpracování i ve schopnosti abstrakce – ztvárnění objektu.

Poruchu autistického spektra nediodnostikujeme. Referovaný menší sociální zájem, snížený zájem o komunikaci a malou flexibilitu sociálního kontaktu a komunikace předpokládáme jako sekundární k poruše řeči, neboť tato porucha ztěžuje dítěti adaptaci. Při vyšetření je patrná přiměřená emoční a sociální reaktivita, chlapec neverbálně komunikuje, interakci zvládá na úrovni své kapacity. Hra je s nápodobou a imaginací, figury oživuje. Na logopedii popisované repetitivní a specifické vzorce rodina hodnotí jako pro Toníka nestandardní, vzhledem k sociální inhibici je vhodné jejich eventuální výskyt dále sledovat.

Při zohlednění všech informací z anamnézy lze předpokládat rozvoj epilepsie již od ranějšího věku. Záchvatovité onemocnění není nadále plně kompenzováno, ač je chlapec medikován. Předpokládáme tedy vliv neurologického onemocnění na alterovaný vývoj řeči, tedy **symptomatickou poruchu řeči, vs. smíšenou** (oslabení složky exprese, porozumění i artikulace), zde se však pravděpodobně spolupodílí i oslabení pozornosti při epilepsii, spolu s celkově nižší kognitivní výkonností v rámci primární poruchy CNS (ač vzhledem k rodinné anamnéze dispozice předpokládáme spíše vyšší – oba rodiče jsou vysokoškolační a neverbální výkony dítěte jsou v pásmu podprůměru až hraničním). Dle MKN-10 bychom zařadili do diagnostické kategorie **F 06.8 Jiné specifikované organické duševní poruchy při poškození a dysfunkci mozku a somatickém onemocnění**.

V klasifikaci nicméně může být sporné, zda spíše dle MKN-10 nehledat diagnostické označení v rámci **vývojových poruch řeči** (F 80.8), a to s argumentací, že sice souvislost s neurologickým onemocněním se jeví vysoce pravděpodobná až jistá, nicméně vzhledem k předpokládanému nástupu epilepsie v nejtětlejším věku a také k úvahám o jistém primárním poškození CNS zřejmě nikdy nebyly vytvořeny optimální předpoklady pro to, aby se řeč mohla vyvíjet standardní vývojovou cestou. Tedy její vývoj zřejmě by mohl být či byl alterován téměř od samotného počátku, a proto by mohlo být přiléhavější o poruše uvažovat jako o **poruše vývojové** (a ryze teoreticky nelze vyloučit ani kombinaci primární vývojové poruchy se získanými deficitemi). Nicméně, uvedené je spíše teoretickým dilematem a názory se mohou různit. Naopak nelze hovořit o afázii, ta by předpokládala předcházející období adekvátního vývoje řeči s následným regresem, což v anamnéze nenacházíme (Lechta, 2008).

Vývoj řeči je nápadně opožděn oproti ostatním složkám, neverbální testové výkony jsou vyšší, nejde o „prostou“ **mentální retardaci**. Vzhledem k popisovaným projevům v interakci a hře se hypotéza poruchy autistického spektra nejeví jako relevantní (Neubauer, 2018).

### ad 3)

Doporučení: Jako vhodné pro celkovou další stimulaci vidíme zařazení do logopedické MŠ.

Je nutné prokonzultovat se speciálním pedagogem Speciálně pedagogického centra (SPC) pro vady řeči konkrétní návrhy další stimulace, konkrétní opatření pro práci ve školce. Aktuálně primární se jeví pravidelná logopedická péče. Vedle stimulace oromotorické oblasti, je důležitý rozvoj všech složek komunikace. Jako vhodné se jeví rozvíjet podpůrně vizualizované formy komunikace, v samotné expresi se jako vhodné jeví využití chlapcových schopností neverbální komunikace a ve spolupráci s logopedem nacvičit **Makaton** (= jazykový program užívaný ke komunikaci či k rozvoji mluvené řeči i porozumění pojmů u dětí a dospělých s komunikačními problémy – obvykle neslyšící, s mentální retardací, PAS, po úrazech mozku atp., vytvořený britskými odborníky, název je složeninou jejich křestních jmen, systém využívá manuální znaky – zejména u klíčových slov, mluvenou řeč a symboly v kombinaci (Walker, Armfield, 1981). Pro podporu porozumění chlapce je vhodné využít vizuální systém **VOKS** (VOKS = Výměnný Obrázkový Komunikační Systém – česká varianta metody, která vychází z principů metody PECS – The Picture Exchange Communication System, jde o systém alternativní komunikace určený dětem s narušenou komunikační schopností, převážně pro děti s autismem, využívá se i k přímému rozvoji funkčních komunikačních dovedností, je založený na sadě černobílých obrázků – piktogramů pro předměty a činnosti). Jeho výhodou je možnost vizuálních instrukcí, režimu, vč. podpory rozvoje slovních spojení pomocí větného proužku, aktuálně existují i elektronické verze pro dotykové technologie tablety, a pod. K rozvoji lze využít i komunikační deník pro dítě (fotografie a obrázky z denních činností ve školce a doma pro usnadnění komunikace o zážitcích mezi prostředím).

Pro kvalitní spolupráci rodičů a školky doporučujeme intenzivní osobní schůzky a informace formou deníkových záznamů či videozáznamů.

Ve školce je nutné rozvíjet vrstevnické vztahy formou podpory společné činnosti a hry v malých skupinkách, nejprve s asistencí dospělé osoby.

Nutné je podpořit rozvoj grafomotoriky – využít polohy ve stoje (tabule atp.), kresby, nácvik diferenciac tvarů (vertikála, horizontála), syntézy (skládání objektů dle třírozměrného modelu). Postupně dle zlepšování grafomotoriky pak kresby u stolku.

Při vedení k řízené činnosti je vhodné využít formu vizualizovaného plánu s motivací odměnou, důležitá je důslednost, ale také přiměřenost zátěže – pozor

na přetížení. Vhodné je dbát na správné posazení s oporou zad a nohou pro zlepšení koordinace a koncentrace.

#### ad 4)

Vzhledem k dosud nekompenzované epilepsii i při medikaci, relativně časněmu začátku obtíží a výrazně alterovanému vývoji řeči příliš nepokračujícimu ani po 4. roce věku, i s ohledem na prognózu dětí se smíšenými fatickými obtížemi je riziko výrazného snížení globální funkční výkonnosti až k pásmu lehkého defektu (úroveň lehké mentální retardace).

Positivními faktory jsou velmi dobré rodinné zázemí, emočně sytící, stimulující, i širší podpora rodiny, s maximální snahou o stimulaci a kompenzaci hendikepu.

Rizikovými faktory, vedle neurologického onemocnění a jeho dosavadního vývoje, je celková labilita s tendencí k opozici, v reakci na zátěž volí spíše externalizační styly, oslabená je frustrační tolerance, obtížná je adaptace na změnu a zátěž, afektivní reaktivita, což rovněž bývá nález častý u dětských (ale i dospělých) pacientů s poruchami struktury či funkce CNS, tj. lze o popsaném uvažovat i jako o dalším korelátu onemocnění epilepsií.

### MARKÉTKA, 6;11 let

Přichází na žádost dětského neurologa pro stavy ztuhlosti s hyperventilací, trismem, tonickou konvulzí končetin s vazbou na spánek dle neurologa charakteru parciálních komplexních záchvatů, zvažována i možnost záchvatů psychogenních.

Maminka popisuje asi dva roky stavy točení hlavy, zcela ojediněle pády, ztráty vědomí, předpokládá, že jsou psychogenně podmíněné. Měla hodně stresů, několikrát změnila školku, stěhovali se, narodila se jí sestra, je citlivá, nesnáší hluk, větší kolektiv, často se budí, nespí, méně jí, ale častěji, reaguje tak více na prožívaný stres. Je důrazná v prosazování svých přání, vzdorovitá, popisuje afektivní křik při omezení, nátlak nemá efekt, zkoušela to. Matka připouští, že nejsou vždy důslední, neví, zda na ni mohou být důraznější. Z léků má rodina strach, má obavu z následků léčby, zkoušeli alternativní prostředky.

Rozvoj onemocnění: Od 5 měsíců byly pozorovány při probuzení či usínání stavy rozhození rukou s třesem, ve frekvenci asi 1-2x denně, občas bylo pár dní bez záchvatu, tyto projevy odezněly, ve věku 9 měsíců byla vyšetřena neurologicky, EEG bylo bez nálezu, projevy byly hodnoceny jako benigní spánkový myoklonus<sup>5</sup>, nebyla nasazena medikace. Ve dvou letech při usínání, a posléze i přes den

<sup>5</sup> Nepatologické záškuby rukou, nohou i obličejových svalů, neurologický nález i vývoj dítěte jsou normální.

a ve spánku, se objevily stavy náhlého strnutí s vytřeštěním očí, nereagováním, křečovitě sevřela ruce, zrychleně dýchala, občasné se v průběhu pomohla. EEG v odpoledním spánku bylo bez nálezů, rodiče doporučenou medikací (Rivotril) zpočátku nepodařilo. Ale protože obtíže pokračovaly, po čase léky nasadili, mělo to pozitivní efekt na spánek, ale nikoliv na popisované stavy, matka jej proto opět vysadila. Ve věku 3,5 roku podstoupila videoEEG monitoraci, bez epileptického nálezů, stavy byly hodnoceny jako parasomnie (poruchy spánku charakteru nočních děsů). Stavy nadále trvají v noci, občasně během dne, dle rodičů jim v 50 % předchází afekt nebo více podnětů, stav dopředu vnímá (má auru), přiběhne za rodiči, a to i v noci. Znovu byla hospitalizována na dětské neurologii v 4;1 letech, kde se podařilo natočit tzv. iktální EEG (EEG v průběhu záchvatu), kde byl popsán nález zpomalení záznamu provázený křečí trvající 2 minuty a hyperventilací. Neurologicky bylo nyní hodnoceno jako paroxysmální syndrom se záchvaty fokálního typu s komplexní symptomatologií.

Nasazen byl Depakine, záchvaty trvají, první typ – chvilkové točení hlavy, o kterém říká rodičům (ti tento typ nepoznají), druhý typ – stavy celkového ztuhnutí, někdy jde na čtyři, drží se nábytku či rodičů, je úzkostná, nemůže mluvit, hyperventiluje, stav provází zkroucení rukou a nohou, poté následuje někdy nauzea a zvracení, po záchvatu bývá dívka úzkostná, překotně mluví. Dle matky na medikaci byla dívka apatická, spavá, trpěla nechutenstvím. Medikaci po dohodě s neurologem vysadili v 6;1 letech, po vysazení začala být Markétka aktivnější, rodiče si nepřejí další léky, matka to zdůvodňuje tím, že stavy nejsou ohrožující na životě, sama předpokládá z větší části psychogenní příčinu potíží. Nyní byla Markéta hospitalizována znovu v 6;11 letech, objevil se stav delšího trvání – 30 minut (po vysazení Depakine) – ležela, nereagovala, pohybovala rukou, po aplikaci Diazepamu rektálně stav odezněl.

Aktuálně video EEG monitorace – interiktálně (mezi záchvaty) ukazuje na bohatou specifickou aktivitu temporálně vlevo, iktálně (v průběhu záchvatu) parciální záchvat s nereagováním, křečí pravé ruky a automatismy levé ruky, s průvodním generalizovaným zpomalením.

Dle maminky ráda kreslí, zpívá, vypráví pohádky, staví si ze stavebnic, plave, má ráda vodu, mapy, jezdí na kole bez koleček. S dětmi nemá problém, vyhledává je, je ráda v kolektivu, mezi děti se bojí po zhoršení stavů, špatně prožívá odmítnutí, nevyhovění. Usíná u čtení pohádek nebo sledování pohádky, u ukolébavky. V době záchvatů je neklidnější, u usínání se dožaduje rodičů, přijde za nimi. Sestru plácne, štípne, rodiče se snažili sourozence oddělovat, domlouvali, ojedinele dostala dívka naplácano.

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** Žije s rodiči a sestrou Klárkou, které jsou 3 roky, matka je na rodičovské dovolené, je jí nyní 38 let, vystudovala VŠ, otcí je 58 let a má středoškolské vzdělání. Z prvního manželství má otec dospělé děti, společně se stýkají ojediněle.

**Osobní anamnéza:** Dívka se narodila z 1. fyziologické gravidity, porod ve 34. týdnu těhotenství, spontánně, záhlavím po odtoku plodové vody, porodní míry: 2450 g/46 cm, nebyla kříšena, novorozenecký ikterus si vyžádal fototerapii, 3 dny byla v inkubátoru k observaci. Rehabilitována nebyla. V kojeneckém věku měla převrácený režim spánku/bdění, byla uplakané miminko, vždy špatně spala, dva roky se budila křikem, byla k neutíšení, zkoušeli to přejít nevšímáním. Kojena byla do 21 měsíců.

**Psychomotorický vývoj** probíhal dle milníků, mírně opožděn byl vývoj řeči, první slova začala používat v roce, spojení slov po druhém roce, validní domluva až od tří let, dyslalia přetrvává dosud (6 let). Motorický vývoj probíhal bez nápadností, prošla všemi stadii, samostatně chodila od 16 měsíců. Nebývala nemocná.

**Sociální a školní anamnéza:** MŠ navštěvovala od necelých 4 let, obtížně se od-poutávala, dožadovala se rodičů, plakala, trvalo to dlouho, než si zvykla, třikrát se změnila paní učitelka, přes prázdniny byla u známé paní učitelky, tam lépe fungovala. V novém školním roce si opět těžko zvykala, neplakala, nechtěla ráno vstávat a jít do školky. Pak přešla do logopedické školky, tam už byl klid, Proběhl odklad školní docházky na doporučení PPP pro emoční nezralost a dyslálii. Nyní bude nastupovat do první třídy.

**Objektivně:** Přichází s matkou, křečovitě se jí drží, nevstupuje do kontaktu, rychle provede kresbu, pak sedí matce na klíně a odmítá se od ní oddělit, odmítne si jít hrát v době rozhovoru s matkou bez ní. Po opakované výzvě vyhoví požadavku vrátit se ke stolku, vyhoví manipulačním úkolům neochotně, pracuje rychle, bez většího zájmu. Pracuje za přítomnosti matky, opakovaně se k ní obrací očima o potvrzení odpovědi, občas má tendenci vstát, jít k ní, sedat si jí zpět na klín, držet se za ruku, maminka vše přijímá. Spontánně mluví málo, odpovídá ale ve slovních spojeních, ve větách, občasně s dysgramatismy, při odpovědích se dívá na matku, očekává potvrzení odpovědi, patrná je vada výslovnosti R, Ř. Snadno se unaví. Vyšetření bylo rozloženo do dvou setkání.

Při druhém setkání dívka odmítá odchod matky, vydrží ale pracovat u stolku a spolupracuje lépe, občas se na matku ohlíží, zejména zpočátku. Oproti minulému setkání v řízené činnosti mluví více, vždy v odpovědi na otázku, úsporně, spontánně hovoří nadále v omezené míře (už nechci, chci za maminkou).

Sděluje, že v nemocnici je proto, že se „v noci, spinká, ... pak se něco stane... vzbudí se, ... utíká k mamince, ... někdy i ve dne je jí špatně, ... Asi se někdy bojí, neví, co to je...“ „Bydlí s maminkou a tatínkem, má sestřičku, ta ale někdy zlobí, křičí a bouchá ji. Chodí do školky, hraje si s dětmi, má ráda zvířátka, tancování.“ Projektivní rozhovor odmítá, „nevím, ... nechci.“

### Otázka k zamyšlení

1. Jaká je Vaše diferenciatně diagnostická úvaha stran etiologie potíží na základě prvních informací?

## Testové vyšetření

**WISC III** (byl zvolen vzhledem k tomu, že IDS bylo použito při vyšetření školní zralosti v PPP před necelým půlrokem). Viz tab. 5.2

**Tab. 5.2**

CIQ	71	Do	7	Věd	3
VIQ	71	Kod	5	Pod	9
PIQ	74	ŘO	7	Poč	4
ISP	73	Kos	7	Slo	6
IPU	76	Skl	5	Por	4
IRZ	71	HS	5	OČ	4
IKO	68	Blu	-		

### CATO:

1. Maminka dala na stůl obídek a zrovna někdo přišel Q: ŘEKNI MI VÍCE... táta z práce Q: DÁL... nevím
2. Někdo čte a někdo otevřel dveře Q: ŘEKNI MI VÍCE... nějaký kamarád Q: DÁL... nevím
3. Dává na židličku miminko, bude pít mlíčko, nechal rozházené věci, to miminko nebo to druhé Q: DÁL... nevím
4. Zrovna vstává z postele Q: DÁL... nevím
5. Jde asi psát, má nákou hračku, třeba se bude učit nebo něco Q: DÁL... nevím
6. Tatínek děťátku koupil zmrzlinku, asi někde půjdou, je tam stromeček Q: DÁL... nevím
7. Někdo otevřel dveře a něco tam vidí Q: DÁL... nevím
8. Někdo něco rozbil, tady je pes, někdo přichází nebo odejde Q: DÁL... nevím

9. Někdo je ve škole a učí se psát na tabuli Q: DÁL... nevím
10. Malé miminko leží v postýlce, přichází maminka nebo někdo, je ráno a miminko vstává nebo jde spát
11. Někdo se tahá o oblečení, někdo se dívá
12. Někdo je schovaný za keřama a je tam okénko, hrají si
13. Někdo někoho chce bouchnout, jde pryč, ven, je zlý?
14. Někdo si hraje s balónem, někdo už nechce, někdo půjde domů, asi chce spát

**Kresba postavy** viz obrázek 5.2.

### Otázky k zamyšlení

2. Potvrzují výsledky testového vyšetření diferenciatně diagnostickou úvahu? Zdůvodněte.
3. Jaká rizika se mohou objevit v dalších fázích vývoje dítěte?
4. Navrhněte další opatření pro nejbližší období. Zvažujete edukaci rodičů, jakou formou?



Obrázek 5.2

### Komentář

ad 1)

Vzhledem k prvním informacím se jeví hypotéza o **kombinaci epileptických a neepileptických záchvatů** jako velmi pravděpodobná i s ohledem na konkrétní zátěžové faktory v anamnéze dívky, uváděné změny školek, adaptační obtíže v kolektivu, zvýšenou senzitivitu dívky a zároveň popisovanou tendenci k sebeprosazení, rodinou připouštěné afekty předcházející záchvatům, i výchovnou nejistotu rodičů.

Nicméně je velmi neobvyklé, aby rodiče sami přicházeli s hypotézou psychogeně podmíněných záchvatů, a to i s ohledem na dlouhotrvající záchvaty od raného věku a sdělované obavy a opakované vysazování medikace. Je možné zvažovat i vliv úzkostného nastavení rodiny jako faktoru spolupodílejícího se na progresi onemocnění, zároveň se zdá, že výchovný styl rodičů nerozvíjí frustrační odolnost.

Objektivně u záchvatů vázaných na spánek předpokládáme spíše etiologii somatickou. Komplikujícím faktorem je dlouhá historie záchvatů a negativních neurologických a funkčních vyšetření, aktuálně však již nález na EEG je.



Celkově předpokládáme spíše smíšenou etiologii potíží a funkční spolupodíl jako sekundární. Testově je třeba se zaměřit na zjištění aktuální úrovně kognitivní výkonnosti a možné projevy funkčního oslabení při epilepsii, efektivitu kognitivního výkonu a funkčního zvládnání, v projektivních testech budeme hledat projevy emoční poruchy, vnitřních konfliktů, reference o vnímání sociálních vztahů.

## ad 2)

Testově je kognitivní výkonnost významně oslabená pod věkovou normu do pásma hraničního, při hodnocení výsledků daného testu je třeba brát v úvahu, že dítě je ve věku při dolní hranici užití testu a zároveň v probíhajícím odkladu, některé dovednosti tedy nemusí být cíleně stimulovány (informovanost, početní dovednosti), je třeba zohlednit i méně optimální výkonové nastavení dítěte – frustrační tolerance a pracovní aliance je oslabena. Výkon je však snížen globálně v podstatě ve všech sledovaných oblastech, s ohledem na vzdělání rodičů lze předpokládat hypotetický potenciál premorbidně výše, příčinu poklesu schopností je možné hledat v dlouhém období trvání epileptického onemocnění, které se nedaří kompenzovat. Zároveň je třeba zvažovat možné snížení kognitivní výkonnosti již v předchorobí na primárně oslabeném terénu raných peri- a postnatálních rizik (porod ve 34. týdnu gravidity, inkubátor).

Profil schopností je až na dva subtesty vcelku rovnoměrně snížen a rozložen v pásmu hraničním. Nejslabší je výkon v prvním subtestu informace, kde předpokládáme vliv iniciační úzkosti a negativismu, výkon bývá také snížen u dětí s odkladem školní docházky. Naopak nejvyšší, v pásmu normy, je výkon v subtestu podobnosti, zde a zvláště v iniciačním věku testu bývá výkon zvyšován při zkušeností z tréninku ve stimulačních programech, což u dítěte zařazeného v logopedické školce předpokládáme. Kresba postavy je velmi jednoduchá, málo popracovaná, slabá po obsahové i formální stránce, naznačuje nižší potenciál.

V projektivních technikách, v CATO a částečně i v ROR, je nejnápadnější velká vágnost a nedostatečná ochota k sdílení vlastních prožitků a myšlenek, nedostatečné využívání symbolických či projektivních možností testu, vztahy jsou popisovány mnohdy jako neosobní. Nápadné je vyhýbání se či potlačování negativních prožitků nebo konfliktů – zřejmě vlivem vnitřní nejistoty (viz i snížené sebepojetí v ROR – nízký index egocentricity), tento styl je obecně očekávaný právě v případě somatizačních tendencí (a posiluje úvahu o spolupodílu psychických faktorů ve vývoji nemoci). Zároveň nenacházíme významnější projevy úzkosti ani disociativních fenoménů.

V ROR shledáváme však také významné projevy emoční lability (četná „m“, labilní barvy), ulpívanost v odpovědích, slabší kognitivní zpracování odpovědí, objevují se percepčně i mediačně neobvyklá zpracování odpovědí (lidé na III.), obtíže ve zpracování do celku a pojmenování – narušení schopnosti syntézy (tabule V., X.).

Klinicky (zdrobněliny, slabší verbalizace) i testově (vývojová kvalita protokolu ROR je nižší) je významná infantilní reaktivita. Spolupodílí se také celkově snížená ochota ke spolupráci.

Uhrnem nacházíme projevy kognitivního oslabení, nezralosti, snížené frustrační tolerance jako kombinace vlivu primárního oslabení CNS, mírně i osobnostního stylu, je třeba vzít v úvahu i spolupodíl výchovného působení – malá stimulace ke zvládnání afektů. Testově tedy nacházíme globální snížení výkonu, malou diferencovanost emočního prožívání a schopnost o něm referovat, celkovou nezralost, oslabenou frustrační toleranci a sníženou schopnost navázat pracovní společenství. Pozorujeme velmi úzkou vazbu na matku s vyhýbavými tendencemi. Globálně tedy výsledky korespondují s hypotézou kombinované etiologie potíží – projevy oslabení CNS, a to primárně na křehkém terénu raných rizik a epilepsie, se spolupodílem vyhýbavého osobnostního stylu s vlivem rodinného výchovného stylu.

**Diferenciální diagnóza:** Není jisté pochyb o tom, že dívka má epilepsii a minimálně že část záchvatů je epileptických. Jak však popsat zjištěný psychogenní podíl? Vzhledem k MKN-10 zvažujeme, pokud jde o onu „psychogenitu“:

- v **kombinaci následky epilepsie i v oblasti osobnosti a chování** primárně jako projevy **oslabení CNS** (F 07.8) Jiné organické poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku) v kombinaci s oslabenou CNS danou již **rizikovou porodní anamnézou**. Uvažované psychogenní záchvaty by pak měly povahu **reakce na zátěž** (F 43.2)
- epileptické a psychogenně podmíněné záchvaty v kombinaci v rámci **šířeji pojaté diagnózy F 54** (Psychické a behaviorální faktory spojené s poruchami nebo nemocemi klasifikovanými jinde), tj. v souladu s klasickým **psychosomatickým pojetím**.
- **konverzní poruchu** (nejspíše F 44.82 Přechodné konverzní poruchy vyskytující se v dětství a adolescenci)
- **faktivní (předstíranou) poruchu** (F 68.1), tj. Münchhausenův syndrom
- **simulaci** (Z 76.5)
- v neposlední řadě je třeba zmínit i **Münchhausenův syndrom by proxy** (v zastoupení) – tedy předstírání symptomů dítěte rodiči

Z uvedeného lze zpochybnit nejspíše **poruchu konverzní** (nenacházíme disociativní fenomény ve vyšetření, dominuje zde spíše chudost, typ práce s emocemi v ROR nasvědčuje spíše křehkosti terénu, impulzivité, ev. oslabené racionální kontrole emočních hnutí, ale nikoli vytěsňování emocí nebo dramatizacím).

Nepravděpodobný je také **Münchhausenův syndrom v zastoupení** – rodiče se nedomáhají řetězených vyšetření, nežádají změny léčby, sami přichází s hypotézou o psychogenitě, vystupují spíše farmakofobně, zjevně by „měli dítě raději zdravé“.

Na místě je zamyslet se nad možností **faktivní poruchy**. U této poruchy jsou symptomy předstírány vědomě, ale pacientovi není zřejmá motivace, proč tak činit; současně má pacient sníženou volní schopnost zdržet se předstírání. Motivace spočívá nejčastěji v získání pozornosti a v jistém „pobavení ze zahrávání si“ se zdravotníky, ev. v tomto případě i s rodiči. Podle dostupných údajů testových i klinických se zdají být potřeby dívky dobře saturovány, v nemocnici se nechová nijak dramaticky ani pro okolí překvapivě, vývoj její poruchy je prost zvratlů, tj. typická münchhausenovská dynamika spíše chybí.

Je třeba zvážit i hypotézu o **simulaci** – je hypoteticky možné, že dívka si je vědomá, že „nočním záchvatem“ získá přemístění se k matce (zvýrazněná vazba na ni je při vyšetření patrná). Očekávali bychom však v tomto případě spíše to, že dívka o svých obtížích bude hovořit plasticky a ochotně, což nečiní. Vzhledem k věku a kognitivní výbavě je také pravděpodobné, že by Markétčino předstírání (ať už v rámci faktivní poruchy nebo simulace) bylo dostatečně naivní a snadno odhalitelné, nevzniklo by tedy popsané diagnostické dilema.

Zbývá tedy hypotéza celkového **multifaktoriálního oslabení CNS** zahrnujícího i nižší toleranci k zátěži (a odtud pak potíže podmíněné stresem – F 43.2) s **psychosomatickými záchvaty** (F 54). Pro obojí je dosti podkladů – kognitivní oslabenost, chudost, verbální odstup od emocí, ale současně jsou doklady, že emoční sféra je živá a nezpracovaná. K zátěži pak přispívá nižší samostatnost, spoléhání na dospělé, tedy nižší výzbroj proti stresu a zátěži, v důsledku čehož je snazší podráždit frustrační práh a/nebo vyvolat emoční odezvu s manifestací v tělesné sféře.

Uvedená diferenciativně diagnostická rozvaha není jen slovíčkařením. Od zhodnocení, v čem psychogenita a širěji etiologie obtíží vlastně spočívá, by se pak optimálně měly odvíjet konkrétní psychotherapeutické strategie (respektive jejich co nejefektivnější volba).

Při jednoznačné a primárně stanovené organické příčině obtíží (v tomto případě epilepsie) je v intervenci primární snížení zátěže, dále úprava prostředí,

tolerance projevů oslabenosti, ale také rozvoj celkové odolnosti (aspekty nácviku), důraz na medikaci v edukaci, posílení compliance dítěte a rodiny, ev. zvažení možnosti stabilizace emotivity vhodně volenými léky – některá antiepileptika jsou současně efektivními thymostabilizátory a může být s výhodou efekty spojit. Toto pak záleží na domluvě dětského neurologa s pedopsychiatrem.

Při zhodnoceném převážně psychosomatickém podkladu (F 54) potíží je v terapeutickém vedení kladen důraz na ventilaci emocí „jinou cestou“, na témata emancipace, a zejména pak na práci s rodinným systémem v rámci rodinné terapie, tj. preferovanou péčí bývá efektivní nastavit tak, jak je obvyklá u klasických psychosomatických poruch.

V případě předpokládané konverzní etiologie k nejefektivnějším strategiím patří zapojení technik sugesce, ev. práce s placebem, práce s magickými prvky v psychoterapii, využití vývojových aspektů v psychoterapii.

U faktitivní poruchy je v terapeutickém přístupu podstatný důraz na emoční stabilizaci a hledání jiných cest k nasycení potřeby pozornosti, která bývá často přebujelá. Důležitá bývá také behaviorální modifikace chování. Při simulaci bývá stěžejní behaviorální modifikace chování a zaměření se na řešení problémů, primárně obvykle komunikačních, dále pak ev. vztahových, emočních.

### ad 3)

Rizika spočívají v dlouhé historii nekompenzované epilepsie, nejistých rodičovských výchovných postojích a negativním nastavení rodičů vůči doporučené farmakoléčbě (riziko slabší compliance). Dalším rizikem je nízká funkční výkonnost již nyní před nástupem do školy, nelze vyloučit nepříznivý posun funkční výkonnosti k pásmu lehké mentální retardace.

### ad 4)

Vzhledem k dlouhodobému období, po které již záchvaty probíhají, je spolupráce primárně s dětskou neurologií nutná a medikace také, současně považujeme za důležitou podporu rodiny ve spolupráci s lékaři. Žádoucí je podpůrné vedení s cílem redukovat úzkost rodičů formou rodinné terapie.

Vhodné se jeví poučení o faktu, že někteří pacienti mohou reagovat citlivěji na některé typy antiepileptik, pak je třeba hledat jiný, vhodný typ. Neefektivita či netolerance jednoho typu medikace ještě nevylučuje možnost kompenzace jiným lékem. Je třeba probrat fakt, že epileptické a neepileptické záchvaty se u dětí s epilepsií (i u dospělých) běžně kombinují, častější záchvaty dále zvyšují riziko dalších záchvatů, medikace může tedy jejich počet redukovat v budouc-

nosti. Vzhledem k častým záchvatům ve spánku lze předpokládat, že kvalita spánku je narušena, což vede k vyšší unavitelnosti dítěte, záchvaty mohou mít negativní vliv na jeho naladění, kondici (v budoucnu také ve škole), na jeho další vývoj celkově, je možný další pokles výkonnosti a další zvyšování záchvatovité pohotovosti. Je vhodné rodiče citlivě poučit o syndromu náhlého úmrtí epileptika, jehož riziko stoupá s nekompenzovaností záchvatů při farmakorezistenci a non-compliance pacienta (nespolupráci na léčbě).

Vzhledem k úrovni funkčního kognitivního výkonu, již dřívější oslabené adaptabilitě na změny bude aktuálně zátěžovým faktorem nástup do školy, a zpětnovazebně je tato zátěž riziková pro další destabilizaci neurologického onemocnění. Nutná je spolupráce s rodinou a školou k nastavení podpůrných opatření, nejprve k respektování pomalého tempa, podpůrné vizualizace k podpoře pozornosti, nutné bude vzájemné informování formou pravidelných konzultací a prostřednictvím deníku. Sledování zvládnání nároků školy a postupné nastavení konkrétních opatření vzhledem k vývoji.

Je potřeba podpořit nastavení rodiny k pravidelné předškolní (a následně školní) přípravě, práci s přestávkami, uvolňovací a grafomotorická cvičení, nácvik zrakové diferenciaci a fonemického sluchu – analýzy a syntézy jako všeobecné předškolní přípravy – nácvik dílčích funkcí. Cílem je jak příprava na zaškolení, tak nácvik zvládnání zátěže a postupná vyšší emancipace dítěte úměrnější vzhledem k věku.

Je nutné vést rodinu k podpoře verbalizace, ventilace přání, pocitů, a to jak pozitivních, tak negativních, vhodná je exkulpace hněvu. Zřejmá je potřeba podpořit rodiče i v konfrontaci dítěte s nevhodnými strategiemi (agrese vůči sestře), pracovat s následky chování.

Vhodné bude další kontrolní posouzení (zadání např. IDS) k přesnějšímu rozboru jednotlivých kognitivních a vývojových schopností s dalším doporučením k edukaci a stimulaci.

# 6 | DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA SCHIZOFRENIE V DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ

*Karolína Malá*

Diagnostika schizofrenie u dětí a dospívajících patří k velmi náročným úkolům. Ne vždy se můžeme opřít o výskyt klinicky zjevných strukturálních či obsahových poruch myšlení a o přítomnost poruch vnímání, tyto příznaky nemusí být jednoznačně v popředí klinického obrazu. Relativně běžně vidáme u dětských pacientů poruchy psychomotoriky (př. manýrování, psychotický negativismus). Zvláštní význam mívají symptomy desorganizace, zejména pak u menších dětí (Malá, 2005). Jindy jsou v popředí především příznaky negativní, a to bez pro schizofrenii specifických prekursorů, teprve celkový pokles výkonnosti a adaptability dítěte upozorní na možnost psychotického onemocnění.

Důvody odeslání do odborné péče takového dítěte, u něž se nakonec prokáže schizofrenní porucha, bývají velmi variabilní. Velice často jsou tyto děti dlouhodobými psychiatrickými pacienty nebo pacienty klinickopsychologických pracovišť a bývají zde léčeny pro poruchy chování či deprese (snad z naší zkušenosti téměř nejčastěji právě pro ně), dále pro sebepoškozování, hyperaktivitu s impulivitou, ale i pro potíže z okruhu neurotického, např. obsedantně – kompulsivní poruchu, fobickou poruchu, panickou poruchu, ev. jiné. Předchorbí pozdějších pacientů se schizofrenií bývá skutečně velice různorodé, nicméně z hlediska psychiatrického či klinickopsychologického tyto děti velice často bývají nějak (nespecificky) nápadné již před propuknutím či diagnostikou psychotického onemocnění (Malá, 2005).

Setkáváme se pak naopak i s případy, kdy sdělování halucinací (při normálním nálezu neurologickém a vyloučení etiologie toxické) k diagnóze schizofrenie nevede.

Výše uvedené bychom rádi ilustrovali na třech řešených kazuistikách.

## **BÁRA, 16 let**

Bára byla přijata do psychiatrické nemocnice za poměrně dramatických okolností. Byla vyšetřena ambulantním pedopsychiatrem, ten se s diferencially diagnostickým požadavkem obrátil na dětského klinického psychologa. To, s čím do ambulance pacientka přišla, byl rodinou popisovaný postupný pokles adaptability s relativně výraznějším zhoršením asi před půl rokem. Pacientka začala absentovat ve škole, volala ráno opakovaně matce, že neví, co si má obléci, kladla dotazy např. na barvu ponožek, vhodné šperky, apod. Stávalo se, že v těchto drobnostech nakonec nebyla schopna učinit rozhodnutí a finálně z domova neodešla, případně dorazila do školy s několikahodinovým zpožděním. Subjektivně si stěžovala na potíže s usínáním, vágně formulované úzkosti, nejistotu; záleželo jí na tom, co si o ní druzí myslí, nedokázala učinit rozhodnutí ohledně oděnění do školy. Jindy naopak hovořila o tom, že jí lidé nezajímají a žádala v obecné rovině po nich, aby se nezajímali o ni. Nekontaktovala kamarády, což byla přeci jen změna, prázdniny strávila převážně tak, že stála doma u okna, dívala se ven, přemýšlela o smyslu existence, ale i o banalitách. Po matce (jinak zjevně dobře pečující) vyžadovala ujištění o maličkostech, na matčiny oprávněné požadavky reagovala dramaticky, vztekala se, byla verbálně agresivní. Matka hovořila až o terorizaci dcerou, která neodchází do školy, a to často s argumentem, že neví, co si vzít na sebe. Např. jí Bára až 10x ráno telefonovala do práce, aby jí pomohla s rozhodnutím, nenechá se odbýt. Doma je neusměrnitelná, reaguje dramaticky a nelogicky, pokud se po ní někdo požaduje. Také matku obviňuje pro maličkosti, nechce poslouchat, hledá na bratrovi chyby, které nemají významnější opodstatnění. Na prvním orientačním vyšetření v psychologické ambulanci pasivně spolupracovala, její produktivita vč. testové, byla mimořádně slabá.

Na druhém, pokračujícím vyšetření od dveří atakovala slovně psycholožku, obvinila ji vulgárním způsobem z liknavosti, požadovala okamžitou nápravu své nepohody, byla rezonantní, nakonec i fyzicky agresivní. Odmítla energicky až drze spolupráci, protestovala proti hospitalizaci, matka na ní naopak trvala. Nakonec asistovaly pro aktivní Bářin odpor RZS a policie. V obou případech Bára na ambulanci přišla až nápadně nazdobená, na vysokých jehlových podpatcích, s množstvím ozdob, oblečení by lépe odpovídalo diskotéce nebo party.

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** oba rodiče jsou středoškoláci, plně adjustovaní, žijí asi 4 roky odděleně, vztahy ale mají dále dobré, s dcerou si přes rozdílné názory na výchovu neví rady ani jeden z nich. Bratr je o 4 mladší, bezproblémový. Neuropsychiatrická zátěž v pokrevním příbuzenstvu není.

**Osobní anamnéza:** nejsou žádné nápadnosti prenatální, perinatální ani postnatální, od útlého věku se jevila spíše uplakaná, hůře utišitelná. Spolehlivě byla přítomna primární i sekundární intersubjektivita, interagovala recipročně, hrála si běžně, řečový i motorický vývoj byl bez nápadností. Astmatička, jinak je zdráva, nejsou žádné jiné komplikace tělesného vývoje.

Adaptace na předškolní zařízení ve 3 letech byla velice zdlouhavá, hrála si sama, byla pasivní v zapojování se. Nástup do ZŠ proběhl v termínu, navštěvovala respirační třídu, učila se průměrně, s nástupem na druhý stupeň přišly vyšší nároky nové školy, prospěch se zhoršil na trojky a čtyřky. Matka se s ní učila, dle matčina soudu snahu pacientka bojkotovala s argumentací, že ji stejně ve škole nechají projít. Přesto přípravu i školu pacientka nakonec pasivně strpěla. S kázní ve škole problémy nebyly nikdy. Končila ZŠ s několika čtyřkami, vymohla si střední školu, aby mohla maturovat a jít na VŠ (chce být historičkou a pracovat v archivu, protože tam nejsou lidé). Z první SŠ byla vyloučena (pro pozdní příchody, a tedy neomluvené hodiny), nyní se problém opakuje na druhé SŠ s tím, že má i celodenní absenec. Trvá však na tom, že chce na školu chodit, odmaturovat a pokračovat na VŠ.

Na prvním stupni navštěvovala dramatický a výtvarný kroužek, přestala s docházkou asi v 11 letech, více nikam nechtěla chodit. Žádné problémy s psychoaktivními látkami se nikdy nevyskytly, netoulá se, nemá kamarády ani známost, na sociálních sítích postuje své vyumělkované fotky, které připomínají pózováním, oděvem a celkovou kompozicí spíše portrétní klasicistní díla holandských mistrů než sebe prezentaci mladé dívky. Přátelé na tyto fotografie sice pozitivně reagují, Bára jejich reakce ponechává bez komentáře, nevyužívá je k navázání konverzace.

Dle matky je zhoršování již dlouhodobé, ale s pubertou výraznější. Kromě uvedeného výše např. dívka nechce po bratrovi zhasnout vypínač na světlo, argumentuje špínou, na stranu druhou jiným potencionálním kontaminacím se nevyhýbá. Pomoc při úklidu v domácnosti odmítne s tím, že pak matka bude muset vyprat její oblečení, ve kterém uklízela, tedy se o faktickou pomoc matce finálně nejedná a je lépe, když nic dělat nebude. Matku však nejvíce zaráží celková dceřina apatie, nelogičnost jejích výmluv, úporná neschopnost se rozhodovat kolem oblečení; to vše s příležitostnými a špatně odhadnutelnými zlostnými a agresivními výpady.

Neurologicky je Bára zcela v pořádku, byla podrobně vyšetřena.



**Otázka k zamyšlení**

1. O jakých diferenciatně diagnostických možnostech byste mohli uvažovat už ambulantně a proč?

**Komentář**

Organická příčina obtíží byla vyloučena podrobným neurologickým vyšetřením. V úvahu dále přicházejí zejména následující možnosti: **generalizovaná úzkostná porucha** (stíženosti na úzkost, která nemá jasnější spouštěče, dekoncentrace), **deprese nebo dystymie** (faktická nevykonnost, subjektivně potíže se spánkem, inaktivita, nepřítomnost činností, které by pacientku bavily, absence kamarádů, rozvahy o smyslu existence), **poruchy chování nejspíše na narcistním povahovém základě** (nedocházka do školy, odmítání plnit běžné požadavky rodičovských autorit, bezskrupulózní útočnost proti ambulantní psycholožce a výdrž v negativním postoji, ambicióznost nereflktující reálné školní výsledky, narcistní pohrdání požadavky z okolí, dlouhodobost obtíží s přízpusobivostí a s postupnou gradací problémů), **bipolární afektivní porucha** (inaktivita a ev. uvažovaný depresivní syndrom ve střídání s průlomy do resonance a aktivního odporu), **rozporná a/nebo nedůsledná výchova** (pacientka je nakonec vlastně úspěšná ve vyhýbání se škole i povinnostem, rodiče si ve výchově dlouhodobě nerozumějí, což vytváří půdu pro manévrování), **schizofrenie** (volná úzkost bez vegetativních příznaků, bizarnost starostí o oblečení, vágnost stížností, postávání u okna jako hlavní prázdninová aktivita, pseudofilozofické rozjímání a existenciální úvahy, ambivalence a ambivalence – dbá na vzhled a oblečení, současně žádá, aby si jí okolí nevšímalo; postuje na internet, ale nevyužívá oceňující komentáře na sociálních sítích k navázání kontaktu; dále malichernost, ale i bizarnost některých stížností na bratra, bezúčelně agresivní vstup do interakce s psycholožkou na ambulanci, stížnosti na neschopnost vyvinout soustředění, pokles výkonnosti navzdory vysokým ambicím, prázdnota v popředí klinického obrazu).

Na pedopsychiatrickém oddělení již pacientka přijala situaci v klidu. Zde se konsistentně straní dětí, pasivně sedí, a to i tehdy, je-li na programu atraktivní aktivita spojená s výhodami. Vydrží zde např. 3 hodiny nečinně sedět, aniž by se zapojila nebo vyjádřila nevoli, sedí až strnule. S psycholožkou, která ji odeslala k hospitalizaci, nemluví, ani jí nevěnuje pohled, ani ji nepozdraví. V tomto postoji konsistentně setrvává, k ostatnímu personálu se chová pasivně, ale vstřícně, běžnou rutinu oddělení nijak neruší, plní nezbytné. Na dimisi naléhá jen krátce (řádově dny), to vše bez vztekání se a beze smutku či pláče, nestěžuje si na stesk, jen konstatuje, že by chtěla

domů, po odmítnutí poděkuje. Raritně se stane, že drobný požadavek u ní vyvolá zlobnost a hádavost (př. žádost, aby si přesedla pro jednou na jiné místo v jídelně – vzteká se, že ji tím rušíme a že jí bude jen hůře).

**Objektivně:** astenického habitu, i v nemocničním prostředí dbá zvýšeně na ozdobu, psychomotorické tempo v normě, orientace plná všemi kvalitami, hypomimická, s podivně upřeným pohledem „trochu za partnera v dialogu“, převážně hypodynamická, ale ne soustavně, dokáže nenadále zmobilizovat síly. Klinicky paměť a pozornost intaktní, emotivita oploštělá, příležitostně až nepřiléhavá, afektivita s tendencí k epizodickým průlomům, nálada bez poruch, vícekrát se v rozhovoru zasměje, smutnější polohu emocí však nevyjadřuje ani při facilitaci. Subjektivně je vágně formulovaná anxiozita (bez neurovegetativního doprovodu), tenze pozorovatelná není. Myšlení chudé obsahem, stereotypní, v zásadě je v dialogu sdílná, odpovědi rozvíjí, reaguje bez latencí, myšlení bez jasných a krystalizovaných obsahových poruch ve smyslu bludů, z hlediska formálního lze zaznamenat příležitostně volnější asociace nebo méně obvyklou logiku, spíše však diskrétně. Poruchy vnímání jsou popírány a není na ně ani velké podezření. Lze tušit difúzní paranoiditu, projevuje se jako všímavá ohledně detailů a drobností. Poruchy spánku objektivně nepozorovány nejsou.

**Testově:** Nutno předeslat, že dívka se snaží a z neschopnosti zlepšit nebo obohatit výkon je spíše bezradná, vydrží trpělivě i dlouhou zátěž, neklade požadavky na odpočinek.

**WISC III** viz tab. 6.1.

**Tab. 6.1**

CIQ	74	Do	6	Věd	6
VIQ	79	Kod	4	Pod	8
PIQ	71	ŘO	6	Poč	1
ISP	88	Kos	6	Slo	11
IPU	75	Skl	7	Por	8
IRZ	55	HS	5	OČ	3
IKO	68	Blu	7		

V Poč (VS 1) je poslední zvládnutou operací v limitu položka č. 14, tj. odečítání  $12 - 5 = ?$ ; v dalších aritmetických úlohách dívka zjevně zná operaci, avšak překročí limit nebo nezprocesuje správně výpočet; zadání zopakovat nepotřebuje. Slo i Por jsou bez formulačních nápadností. V OČ (VS 3) zvládne maximálně 3 prvky dopředu v jednom pokusu, pozpátku maximálně 3 prvky v jednom pokusu).

**Kresba postavy:** chudá, u obou postav je nejlépe, přesto chudě ztvárněn obličej, vlasy pouze na obrysu hlavy, ústa jednodimenzionální, oči u jedné postavy vzájemně disproporční, s panenkou, nos je hákovitý, směrem k tělu se kresba „ztrácí“ (slábnoucí přítlak na tužku), v podstatě od krku dolů jde již jen o dvojdimenzionální schéma. Komentář ke kresbám je velice vágní. Viz obr. 6.1.



Obrázek 6.1

**ROR** viz tab. 6.2.

**Tab. 6.2**

I.	1. <b>motýl</b> Q: tady to tělo, křídla, podle křídel 2. možná ještě nějaká <b>můra</b> Q: podobné tomu motýlovi, těmi křídly taky... prostě podobné 3. nebo možná nějaká <b>vosa, včela</b> Q: tady tělo, křídla, žihadlo
II.	Latence 32 s, otáčí a–b–c–zpět do a 4. já v tom nic nevidím Q: je to barevná čmáranice
III.	Latence 58 s 5. jako <b>dva lidi</b> Q: hlava, tělo, ruce, nohy,... a tady (symetricky) to samé
IV.	Latence 28 s 6. já nevím Q: možná krtek, to tělo, hlava a tady nějaké ty rohy a ocas... já v tom doopravdy nic nevidím
V.	7. <b>netopýr</b> (bezprostředně) Q: tělo, křídla, uši
VI.	32 s latence 8. <b>rejnok</b> Q: W – tělo, ocas, a tady ploutve (laterální D)
VII.	V tomto nic nevidím
VIII.	9. <b>dvě zvířata, po něčem lezou</b> Q: chameleoni, jsou barevní, lezou asi po skalách a stromech (odkaz na barvu)
IX.	10. nevím, jenom <b>barevná čmáranice</b>
X.	11. nevím, <b>barevná čmáranice</b> , ty barvy mi nic neřikají

Druhá asociační fáze nepřináší žádnou odpověď. Klade jen dotaz, zda je to „blbé“, že nic dalšího nevidí.

Morgenthaler: Preference: X – je to hezky barevné; Odmítání: VII – protože tam nic neviděla

**Tři přání?** I. aby byla historik, II. aby byla šťastná, III. aby byla ona a matka zdráva. Nejlepší životní zážitek? Nic ji nenapadá. Nejhorší životní zážitek? Když musí odejít z domova do školy nebo tady teď ta nemocnice (směje se tomu).

### AAC:

1. Ta holka ji tam budí, protože zaspala a nestíhá do školy, já nevím. DÁL? Vstane a půjde do školy. FACILITACE – no, že nestíhají... možná je nervózní...
2. Ta holka tam sedí, je smutná, asi protože jí třeba ujel autobus... nevím... DÁL? Počká na další autobus (směje se).
3. Tady otec radí dceři s úkolem. FACILITACE – že tomu nerozumí, neví, co má dělat... když jí poradí, tak potom už není tak nervózní.

Další odpovědi jsou podobně chudé a vágní. Pacientka uvádí stručný popis, pokud uvede emoci, pak nervozitu nebo smutek, u toho však se usmívá nebo i nahlas směje. Protagonista je obvykle pasivní, nesměřující k řešení, interakce je minimálně, Bára nerozvádí příběhy, často reaguje, že už neví. Vyústění jsou typická tím, že je pouze konstatována nervozita protagonisty. Často se objevuje téma toho, že se něco nestihlo. Přes chudý výsledek pacientce nelze upřít při administraci snahu.

**HSPQ:** zpracovávala s přestávkami přes 3 hodiny. Výsledky<sup>6</sup>: A (VS 1), B (VS 4), C (VS 6), D (VS 7), E (VS 8), F (VS 3), G (VS 5), H (VS 1), I (VS 4), J (VS 10), O (VS 7), Q<sub>2</sub> (VS 10), Q<sub>3</sub> (VS 5), Q<sub>4</sub> (VS 7). Q<sub>I</sub> (VS 1), Q<sub>II</sub> (VS 10), Q<sub>III</sub> (VS 10).

### ADOR:

Matka: Poz 5, Dir 1, Hos 1, Aut 4, Ned 2, Poz/Hos 5, Dir/Aut 1

Otec: Poz 2, Dir 2, Hos 4, Aut 3, Ned 3, Poz/Hos 2, Dir/Aut 2

<sup>6</sup> A = uzavřenost/bezprostřednost; B = nízká/vysoká inteligence; C = citová nestálost/stálost; D = klidnost/vznětlivost; E = poddajnost/průbojnost; F = sklíčenost/nadšenost; G = svévolnost/zodpovědnost; H = plachost/smělost; I = citová tvrdost/citová choulostivost; J = družná aktivnost/individualistická zdrženlivost; O = sebedůvěra/úzkostní nejistota; Q<sub>2</sub> = závislost na druhých/soběstačnost; Q<sub>3</sub> = nedostatek sebevlády/sebevláda; Q<sub>4</sub> = nízké/vysoké pudové napětí; Q<sub>I</sub> = společenská introverze; Q<sub>II</sub> = úzkostnost; Q<sub>III</sub> = sebezprosazení.

**Otázky k zamyšlení**

2. Co jednotlivé diagnostické hypotézy po zahrnutí poznatků z hospitalizace podporuje a co svědčí proti nim?
3. O které diagnózy by mohlo jít v rámci poruch schizofrenního spektra?
4. Jaké by byly opěrné body další práce s pacientkou a její rodinou?

**Komentář****ad 2)**

Následující diferenciálně diagnostická rozvaha zmíní pouze opěrné body bez nároku na úplnost. Soustředíme se však při ní nejen na to, **co v testovém obrazu je**, ale také na to, co bychom při znalosti příběhu a uvažované diagnóze očekávali, a přesto to **v testech zcela chybí**. Bývá to v diagnostice stejně důležité.

**Generalizovaná úzkostná porucha:** nacházíme argumenty spíše proti diagnóze – projev pacientky je více chudý než zjevně úzkostný, bez naléhavosti, nejsou pozorována úzkostná rozrušení, neobrací se na personál ani pacienty s požadavky na ujišťování, nezabezpečuje, ROR je non-neurotický, AAC především chudé. Nejsou pozorovány ani referovány vegetativní koreláty úzkosti, které bývají u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou obvykle stěžejními stížnostmi a snáze pozorovatelnými příznaky.

**Deprese nebo dysthymie:** zde je diferenciálně diagnostická rozvaha již podstatně obtížnější. Příznaky jako ochuzení, stažení se z vrstevnických vztahů a z příjemných aktivit, rozvahy o smyslu života, chudost v testových metodách, v ROR málo odpovědí, být vlastně konvenčních, stejně jako sporá produkce v AAC – to vše by mohly být příznaky až skutečně vážného poklesu nálady s hypodynamií a absencí energie. Inspirativní je pak ovšem v diferenciálně diagnostické rozvaze HSPQ, v němž pacientka naopak referuje nadprůměrnou připravenost k sebeprosazení, sebedůvěru, rozhodnost a další, což nejsou kvality kongruentní s pocíťovaným nedostatkem energie. V rozhovorech s pacientkou také na rozdíl od projevů dobré nálady či smíchu nejsou výbavné emoce signalizující pokles nálady, což je u depresivních rovněž více než neobvyklé (depresivní nebo i ev. resonantní nálada by měla být špatně odklonitelná nebo neodklonitelná, zejména vyjdeme-li z toho, o jak vážnou depresivní náladu by mělo jít dle chudosti ROR či AAC). ROR rovněž vnáší pochybnosti směrem k depresi – pacientka reaguje labilně na barvy, při jinak dominantní chudosti neabsentují pohybové odpovědi. Pacientčina inaktivita zjevně není vysvětlitelná nedostatkem energie nebo anhedonií, Báře nezapojování se relativně vyhovuje, nestěžuje si na tento

druh diskomfortu a přeje si (možná ze strachu), aby se lidé o ni především nezajímali.

**Poruchy chování nejspíše na narcistním povahovém základě:** Rovněž nejde o diagnózu odůvodněnou. Dramatické výstupy byly totiž popisovány hlavně z domova, v nedocházce do školy byla sice pacientka urputná, na oddělení již ale téměř nepůsobí žádné obtíže, neprosazuje se, neprotestuje nijak proti škole, režimu, chová se převážně neagresivně, není pozorován aktivní vzdor. Pokud významněji a neoprávněně zaprotestuje, omluví se. V ROR i AAC chybí dramatické momenty (které bychom při poruchách chování očekávali). Absentují rovněž intelektualizace, symbolismy, hravé kompozice (ty bývají u poruch chování a osobnostních variant z dramatického typu obvyklé). Výdrž a steničnost odporu vůči odesílající ambulanti psycholožce by naopak mohla diagnózu hypoteticky podporovat.

**Bipolární afektivní porucha:** tato diagnóza je po observaci v nemocnici již nepravděpodobná. Na oddělení totiž není pozorována expanzivita, množství aktivity je spíše podprůměrné, nejsou zaznamenávány epizody zvýšené energie a nadprůměrné aktivity, není pozorována snížená potřeba spánku; pokud se vyskytne iritabilita, tak jen prchavě a vlastně nezávažně. O diferenciální diagnóze depresivní fáze již byla řeč výše.

**Rozporná a/nebo nedůsledná výchova:** dle anamnézy i ADORu jsou výchovné přístupy (resp. jejich percepce pacientkou) u obou rodičovských autorit rozdílné, přesto ani v jednom prostředí není adaptabilita pacientky lepší či horší. Změna prostředí na nemocnici s pevně nastaveným a přehledným režimem nevede ke zmírnění nebo alteraci základních obtíží, obraz je víceméně stacionární.

**Schizofrenie:** pro diagnózu může svědčit mimo již zmíněného v prvotní diagnostické úvaze také výkon ve WISC III. Pacientka není schopna vyvinout ani krátkodobě efektivní pozornost (Poč), klinicky i testově je přítomná patrná zjevná snaha narážející na bezradnost a astenii. Není pravděpodobné, že s výkonem podaným v subtestu Počty by prošla základní školu bez opakování ročníku, byť se slabým prospěchem; potíže Báře činí již banální aritmetika, přičemž je patrné, že není obtíž v konceptualizaci výpočtu, ale v jeho efektivním zpracování. Nutno také dodat, že pokles indexu IKO je jedním z nejčastějších průvodních projevů počínajících psychóz (ne však projevem pro schizofrenii specifickým a také ne vždy přítomným). Svědčí totiž o neschopnosti efektivní mobilizace sil, zvláště tam, kde je jinak zřetelná snaha a případně i ambicióznost (jak je tomu v případě naší pacientky). Porovnáme-li chudost a stereotypie v myšlení (ROR, AAC) s referencemi o příležitostné energičnosti a vytrvalém odporu doma, stejně jako s klinicky pozorovatelným dramatickým výstupem na ambulanci,

i to je varovné z hlediska možného rozvoje psychózy (testově bychom totiž při znalosti vstupních problémů přeci čekali spíše opak, tj. dramatizační momenty, energii, apod., ale dostáváme chudost, astenii). Podobně je tomu při srovnání oné chudosti a stereotypnosti v ROR a AAC a Bářiny sebepercepce zahrnující naopak dostatek sil a připravenost vložit energii (HSPQ). Jistá základnost interpretací v ROR i popisnost v AAC je totiž v daném případě odrazem zbytkově držící centrální koherence a Bářina soustředění se na to nejzřejmější v povšechné nejistotě a úzkostném chaosu. Fakt, že pacientka i hodiny vydrží být neaktivní (ani se nezapojuje, ani nevyjadřuje odpor) při atraktivních skupinových činnostech, lze rovněž vyložit psychózou.

Momenty stenické (negativismus směřovaný k odesílající psycholožce, výdrž v izolaci od ostatních, ale i pokřivený vztah k bratrovi, požadavky na nevšímavost okolí) je možné v daném kontextu vysvětlit paranoiditou. Svým vyzdobováním a svými posty na sociálních sítích (které jsou však v podstatě více bizarní než vábivé či koketní) se pacientka paradoxně spíše snaží nějak zapadnout do vrstevnického módu, stát se tím nenápadnou a odvrátit nežádoucí zájem okolí. Hypoteticky možný je i difúzní dysmorfobický blud. Podobný význam má neschopnost se rozhodnout ohledně maličností v oděvu, kvůli kterým pacientka nakonec neodcházela do školy, jiná motivace tu není zřetelná, už protože na studiu má zájem a domáhá se jej.

Nelze popřít, že k diagnóze schizofrenie bylo finálně dospěno i per exclusio- nem – nebyla nalézána logická vysvětlení (př. tréma, výchovné nedostatky, nízké sebehodnocení ústící ve strach ze školního výkonu, lenivost či neochota podrobovat se výuce), postrádali jsme i faktickou energičnost, která by podkládala tak vážné disruptivní chování, jakým je úporné a na intervence nereagující záškoláctví. Dominantou se jevila vnitřní prázdnota s volnou úzkostí, difúzní paranoidita, neproduktivnost a další. To vše navíc ve vývojovém období, kdy by předpokládaný vývoj měl zahrnovat spíše rozmach sil, nárůst významu vrstevnických skupin, flexibilitu myšlení a podobně.

### ad 3)

Pravděpodobně se jedná o **simplexní schizofrenii**, teoreticky by připadala v úvahu i **schizofrenie katatonní**. Do obrazu katatonního by spadal neúčelný negativismus při požadavku na vyhovování požadavkům okolí a dále informace, že pacientka trávila dlouhé prázdninové dny postáváním u okna, evt. pozorováním, že sedí strnule i hodiny bez jakékoli aktivity nebo vyjadřované emoce (hypoteticky by mohlo jít o poruchu psychomotoriky – katatonní stupor). Jelikož za hospitali-

zace bylo v popředí spíše povšechné ochuzení, diagnóza katatonní schizofrenie se jeví jako méně pravděpodobná oproti diagnóze schizofrenie simplexní (dlouhodobě pozorovatelný pokles výkonnosti s neostrým zlomem před několika měsíci, dominance negativních příznaků).

#### ad 4)

Směrem k pacientce je potřebné zapracovat především na compliance – tj. na potřebě užívat léky, na pokusu o náhled, že jde o nemoc, na zajištění kontaktu na ambulantního psychiatra. Hospitalizace bude nutná déledoběji pro faktické riziko suicidálního jednání (suicidální pokus je jednou z nejčastějších komplikací u počínajících schizofrenií, mladí pacienti jím mj. mnohdy reagují na subjektivně prožívaný zlom životní linie v období, které u zdravých lidí mívá spíše význam nastartování životní perspektivy). Bude vhodné podpořit vztahy k oběma rodičům, neboť je více než zjevné, že i v dospělosti bude pacientka do jisté míry potřebovat jejich pomoc a součinnost.

Edukace rodičů by měla být zaměřena na vysvětlení principů poruchy (nevýkonnost, obtíže s iniciací činnosti, nutnost citlivé aktivizace, modifikace profesní volby na jednodušší učební obor, protože studijní a profesní perspektiva se nyní stává poněkud nejistou, a další).

Další pilíře psychoterapie uvádíme heslovitě: práce na přijetí reality, nutnost užívat léky a mít ambulantního psychiatra, ke kterému bude mít pacientka důvěru, nutnost při znejistění a nárůstu úzkosti kontaktovat psychiatra i mimo termín. Potřeba vyššího monitoringu kvůli riziku autoagrese, vhodnost antikoncepce. Práce se zdravým bratrem. Podpora rodinného prostředí, psychoedukace a pravidelná péče – všechno uvedené představuje základní pilíře, o něž se i v obecné rovině opírá naděje na lepší prognózu psychóz, a to nejen u dětí a dospívajících (Anderson, Reiss, Hogarty, 1986, Malá, 2005).

### Dovětek

Na kazuistice jsme se pokoušeli ilustrovat především to, že na vážné duševní poruchy z okruhu psychóz bychom měli myslet i v případech, kdy nenalzáme jasné pozitivní příznaky (klinicky či testově), zvláště pak u vleklých obtíží, ve kterých obtížněji hledáme logiku či motivaci pacienta pro neadaptivní chování, anebo tam, kde se nám intervence dlouhodobě nedaří. Při diagnostických rozvahách je velmi důležité všimnout si nejen toho, co v testových výstupech nalzáme, ale také toho, co v nich není a očekávali bychom to – tato úvaha může být klíčová pro finální diagnostické rozhodnutí.



## RADIM, 11-13 let

Radim žije spolu se svým bratrem od 9 let v dětském domově. Byl přijat v 11 letech do psychiatrické nemocnice s tím, že se u něj začínají projevovat závažnější poruchy chování, ubližuje dětem, je vznětlivý, špatně reaguje na výchovná opatření. Dětský domov pozoruje atypické sexuální chování – hraje si na dívku, koupil si paruku, píše dětem obojího pohlaví, že se s nimi chce milovat, někdy, ale ne stabilně, se podepisuje jako dívka. V minulosti neprojevoval žádné vážné známky gender dysforie. Bylo již realizováno sexuologické vyšetření se závěrem transexualismus.

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** do 8 let byl v péči matky, která je snad mentálně postižená, bližší informace nejsou k dispozici. Zanedbávala jej, byl špinavý, hladový, úředně přemístěn do péče otce (nezaměstnaný, žijící po ubytovnách), ten přišel ovšem o bydlení a Radim šel s bratry přes ZDVOP (Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, typicky tzv. „Klokánky“) do ústavní péče. Ani jeden z rodičů se o děti nezajímá. Kromě dvou vlastních bratrů (starší léčen pro hyperkinetickou poruchu chování, mladší bez psychologické nebo psychiatrické péče) má Radim ještě další sourozence umístěné v pěstounských rodinách. O familiární zátěži toho kromě výše zmíněného příliš nevíme.

V **osobní anamnéze** nalézáme rizikové údaje – z 5. těhotenství, porod v 35. týdnu, porodní parametry 1990 g/49 cm, dýchal hned, Apgar skóre 10-10-10, oxygenoterapie 1 den, dále prospíval. Raný vývoj hodnocen pediatrem jako přiměřený, až ve 3 letech konstatován opožděný vývoj řeči, do 10 let chodil na logopedii, s efektem. Nikde není popsán regres vývoje. V psychiatrické péči je od 10 let, začaly se projevovat poruchy chování s postupnou gradací, pak se objevilo nápadné sexuální chování. Tělesně je Radim zdravý, v době přijetí k hospitalizaci byl ještě bez známek somatosexuálního vospívání.

Nastoupil rovnou do základní školy praktické (tehdy ještě tyto školy byly součástí školského systému), učil se na jedničky a dvojky, také škola referovala poměrně náhlý nástup potíží s chováním v 10 letech (velmi vulgární, bezdůvodně křičí, je konfliktní apod.). Chodí do kroužku vaření, chlapecké zájmové aktivity jej nezajímají, ale nebrání se jim protestem. Pracovníky dětského domova je hodnocen jako samotářský, citlivý, není zlomyslný, vzplanutí agrese vůči dětem je někdy špatně pochopitelné. V asi 10 letech začali pracovníci dětského domova pozorovat změnu v chování, Radim jedl jako zvířátko, smál se tomu, předváděl, že má mobilní telefon (bloček papíru), dělal, že telefonuje, do „telefonu“

vulgárně nadával. Ráno bývá „duchem nepřítomný“, hledí před sebe, kýve se. Zpívá si dokola jednu písničku, mluví někdy pisklavým hlasem, jindy vydává nesmyslné zvuky. Začal se strojit jako dívka, ale ne stabilně.

### **Otázka k zamyšlení**

1. O jakých diferenciatně diagnostických možnostech byste v tuto chvíli uvažovali a proč?

## **Komentář**

Radim přišel se stížnostmi na disruptivní chování, které se zvyrazňuje, je tedy na místě pátrat po jeho motivačních zdrojích. V danou chvíli uvažujeme jen na základě první reference z úst personálu dětského domova a ambulantní pedopsychiatričky a s vědomím, že chlapec má mimořádně závažnou sociální anamnézu. Nabízí se předně hypotéza **externalizačního reagování na ztrátu citových vazeb, změny bydlení a podmínek existence** v uplynulém roce. Možné jsou i **vztahové potíže v rámci dětského domova**, byť je nám referováno, že je to Radim, kdo je intruzivní; nelze vyloučit zátěž plynoucí z nějakých okolností současného Radimova života. V anamnéze popsané stereotypy by mohly být v souladu s výše uvedenými úvahami (dissociativní symptomy, stereotypy k redukci úzkosti, apod.). Dle MNK-10 bychom pak diagnostikovali nejspíše **poruchu přizpůsobení s převládající poruchou chování**, je na místě se zamyslet i nad možností **posttraumatické stresové poruchy s dissociativními symptomy** (trauma nesexuální, i sexuální), neboť při známé i neznámé anamnéze jen stěží dohlédneme, co vše mohl chlapec zažít a zda není vážně traumatizován. V úvahu přichází pochopitelně i **disharmonický osobnostní vývoj**, nejspíše emočně nestabilní – impulsivní nebo hraniční. Je třeba věnovat pozornost také atypickému sexuálnímu chování, které může signalizovat **poruchu pohlavní identity**, a zabývat se případnou souvislostí této poruchy s poruchovým chováním.

**Objektivně:** v objektivním nálezu lze konstatovat ochotný kontakt i spolupráci, psychické tempo mírně zpomalené, motorické v normě, orientován plně všemi kvalitami, pozornost s odklony bez zjevného podnětu v okolí, paměť se klinicky nejví jako specificky narušena. Emočně labilnější – někdy nápadně veselý, až neadekvátně, jindy dysforický, kolísání nebývá vázáno na objektivně zřejmý podnět. Převažující nálada je úzkostná, hůře odklonitelná. Afektivita dysregulovaná. Pozorovatelná tenze. V myšlení pozorovány potíže s udržením

determinující tendence při volném projevu, výrazné asociační přeskoky kliniky zatím pozorovány nejsou. V myšlení byly zjišťovány magické prvky neodpovídající věku (i mentálnímu). Myšlení běžné dynamogenie. Jasně prokazatelné obsahové poruchy myšlení v této fázi pozorovány nebyly, nápadně často však Radim hovořil o kamarádovi Dennym, povídal si s ním po „telefonu“, tato postava neměla oporu v reálném životě pacienta. Na poruchy vnímání bylo v této fázi péče jen nejasné podezření dané ne zcela srozumitelnými odklony pozornosti (hypoteticky by ale mohly mít odklony pozornosti i dissociativní podstatu). Řeč srozumitelná, dysgramatická, ojediněle se vyskytl neologismus. Motorika bez nápadností.

Na oddělení je Radim nápadný, nejen pro své občasné výstřední oblékání, ale také pro neschopnost zapojit se mezi děti, ty mu nerozumějí a straní se jej, svými nevypočitatelnými akty je Radim někdy až děs. Radim děti sám kontaktuje, ale způsoby nesrozumitelnými, má nepřiléhavé komentáře v dialogích s dětmi, koná bizarní akce při vstupech do hry. Druhé děti si Radima víceméně nevšímají, nevyhledávají jej, ale ani nevyjadřují nevoli, neposmívají se mu.

### **Otázka k zamyšlení**

2. Napadají vás nyní nové diferenciací diagnostické možnosti? Jak byste volili strategii vyšetření?

## **Komentář**

Klinická data již signalizují možnost rozvoje **psychotického onemocnění** (tenze, odklony pozornosti bez okolní srozumitelné motivace, občasné neadekvátní reagování emoční, odchylky v myšlení – obtíže držet determinující tendenci, nápadné zastoupení magických prvků, atypická činnost s „telefonem“, občasné neologismus, apod.). Vzhledem k nápadnostem v myšlení by mohla být teoretickou variantou **dosud nediodagnostikovaná pervazivní vývojová porucha (PVP)**. Pripustíme-li, že donedávna se chlapci vlastně nikdo nevěnoval, porucha by velmi hypoteticky mohla uniknout pozornosti a mohla začít být nápadná až personálu dětského domova poté, co již chlapce začali považovat za adaptovaného na změnu a na prostředí.

Diagnostiku je nutné založit zejména na důkladném pozorování, dále je potřeba se orientovat v intelektu a jeho profilu, specificky se zaměřit také na možnosti detekce poruchových úsudků, nejlépe prostřednictvím ROR, posoudit celkovou míru organizace prožívání, apod. Dle výstupů těchto metod je potřeba průběžně

pracovat s výchozími hypotézami a upravovat další strategii vyšetření doplněním dalších metod za účelem upřesňování původních hypotéz, ev. tvorby nových.

## Testové vyšetření

**WISC III** viz tab. 6.3.

**Tab. 6.3**

CIQ	73	Do	8	Věd	6
VIQ	75	Kód	6	Pod	8
PIQ	72	ŘO	6	Poč	4
ISP	79	Kos	5	Slo	6
IPU	73	Skl	5	Por	7
IRZ	71	HS	4	OČ	3 (4 prvky dopředu, 4 zpátky)
IKO	67	Blu	3		

Průměrný testový věk z deseti základních subtestů je 8;0 let.

Kvalitativně například: Věd.: Kryštof Kolumbus = nevím, asi Karel IV. Pod.: hněv x radost: hněv takový, že je to zajímavější, radost, že jsem zvědavější, že se směju, takže je to skoro stejný... Slo.: průhledný = že nejsme vidět a jsou na něm pruhy... Vstřebat = že děláme dřepy...

**Tab. 6.4 – ROR:**

I.	<b>Black</b>	Q: red je červená a black je černá, černá je kůže
	Je to <b>pavouk</b>	Q: WS: ruce (D1), dvě oči (D22), tady noha a zadek (Dd33 a Dd31) a tady takový trojúhelník (DdS30+29)
	<b>Netopýr</b>	Q: W: malinký ouška, bouličky, křídla, tady jehličky (Dd33), zadek nemá. Že žije v noci černý.
	<b>Maska</b>	Q: W: maska netopýra. Oči (DdS30), Pusa (DdS29) a nos (DdS27). Jako fousky (Dd31), když je u pusy, tak fousky, na parádu, ušičky, obočí
II.	c – <b>Black, red, černočervená</b> a tady je to <b>za motýla</b>	Q: WS: křídla (D1), nožičky (D2) a tělo (D5) a hlavička (D3). Bude se jmenovat Červenka, ahoj červenko, jak se máš? Že je křehká, motýli, když spadnou do vody, tak už nežijou.
	c – <b>víla</b>	Q: WS: růžičky (Dd25), křídla (D1), tělíčko (D5), nožičky (D2). Očka červený (červený Dd v D1), hlava (D3)... a křídla a stonečky – růžičky

III.	<b>Black, red, černočervená.</b>	
	<b>Žába</b>	Q: D1+2, vylučuje D3: uši(D2), pusa, vousy, stejně jako maska žáby a tady jako odstříklý pusu – opisuje kontury DdS 24), vlasy (D2), nos (D7)
	<b>Klaun</b>	Q: WS: oči (Dd32), nos jako mašličky (D3), vlásky (D2). Bílý i černý je pusa (D5+S)
IV.	<b>Black</b>	
	<b>Jezevec</b>	Q: W: ruce (D4), hlavičku (D3) a nožičky (D2) a ocásek (D1) a vypadá, že je to černobílý, hlavičku má černobílou
V.	<b>Black</b>	
	a je to <b>netopýr</b>	Q: W: růžičky (Dd34), křídla tahaný jako tyčky (D10), nožičky (D9)
VI.	To nevím. c – asi nějakéj <b>bobr</b>	Q: W: hlavičky, ruce, nožičky, ocásek (D6) a koušou, mají ostré zuby (Dd28+21), koušou lidi, jsou masožravci. Rozcuchaný chlupy (Dd22), spojený dva, dvě hlavičky, takhle se narodili.
VII.	<b>Smajlík</b>	Q: W: oči (D1), pusa (D4), brýle (D1), tady má něco jako že je zamilovaný (D3)
	Takový <b>sochy, sochyčky</b>	Q: W: hlavy (D1), vlasičky (D5), ocas a tělo(D3), něco nesou, aby nespady (D4). Ocas mají, aby to nebylo smutné.
VIII.	c – <b>Oranžová, zelená, růžová</b> a je to <b>krab</b>	Q: W: obranu (D4+5), ručičky (D1) a tady uši (Dd26) a chodí pozpátku, tady taky
	a – <b>Krabšión</b>	Q: W: jako že krčí, brr, je mu zima (Dd23), uši (Dd26), klapadla, aby štípal (D1), ruce (D1), a může se i upéct a zčervenají.
IX.	To je takhle <b>skála a tady teče voda</b> , takhle <b>vodopád</b> , takhle <b>most</b> , aby lidi přišli, aby nespady dolů, skála chráněná, vzácná	Q: W: skála (D12+6), tekoucí voda (D5+8), most (Dd34). nesmí se (most) vyndat, nespadne, i ta voda... vzácná skála, protože někdo hodil kámen, tak spadne celej, i ta voda. Že lidi nejsou, budou chodit a nesmí upadnout, všechno bude potopený...
X.	<b>Paříž</b> , teda <b>Ještěd</b> . Tady má kopeček a tady <b>teče voda</b> , je taky chráněná, nesmí upadnout, tady <b>kameny</b> utopí se do vody.	Q: W: podrobně interpretaci popisuje, mj. sděluje, že je tam král krab (D10), hlídá, aby se voda nepropadla, pomáhají mu koničci (D9), je tam vodní chameleon (D6), je silný, taky hlídá... celkově vysvětlení není příliš uchopitelné.

Morgenthaler: -:VI: je to moc černé, +: X: je to barevné

**Scénotest:** staví dvě scény, obě volné. Nejdříve na scénu umísťuje předměty (i mimo vyhraněný prostor): záchod, kobereček, krávu, křeslo, stromy a při své práci vše komentuje: „tady bude stromy... jablečník... to bude jako les... Ježíš, to je krokodýl... aby nás nekous’... co to je? (tabule)...jé, ptáček, prasátko, slepička... co to je? (postava pána)... a jsou tady židličky?... bych potřeboval tohle sundat (brašna z kluka)... né, škola bude tady (mimo prostor scény), tohle bude paní učitelka... že nestojí (právě jsou mu vysvětlovány magnety na postavičkách)... takže bude škola tady (uvnitř prostoru scény)... miminko, kde bude miminko... můžete... kdo to je? (další postavy)... teto, tady to taky stojí (v krabici)... Můžeme začít?“ Scénu Radim nazval „Divadlo Rodina“. „Takový lidi, který se ptaj, jak se jmenuje miminko a tak, tenhle (pes) hlídá, kdyby se kradlo, haf, haf (Radim se s ním mazlí). Bych ho chtěl, bych ho choval. A tohle bude muset být tady na odpočívání. Můžeme začít?“ Radim se pak postavil, uklonil a začal povídat o tom, co se na scéně děje. „Teď jdeme do školy. Dobrý den, paní učitelko. Budeme číst. Domů. Ahój pejsku. Můžeš se převést. Je vedro. Půjdu vyvětrat prase. Jsem pán, který zkontroluje, co se stalo... Ahój mimi... jak se jmenuješ... já jsem tvůj tatí. Maminko, tady máš miminko, brečí... (zpívá miminku). Já jdu pro mlíčko (ke krávě, dojí mléko). Co se vám stalo? Pomóc! Babička, něco se jí stalo. (Táta provádí resuscitaci). Zavolejte sanitku. Mobil 155, tady jsme v Chomutově, Jirkově. Tady ba-.. ba-.. paní učitelka nedýchá, přijedte... Je už stará, umřela, musím operovat, kdyby něco, tady máte léky, zavolejte, kdyby něco... mimi, co tady dělá to mlíko? A jdeme papat... to je všechno, děkuji za spolupráci, máte přestávku, a to bude Ordinance 2... Teď budeme potřebovat... třída nebude, tu uklidím... (Radim staví další scénu.) Scénu nazývá Ordinance v Růžové zahradě 2. Scény vždy chaotické, měnlivé, Radim dává dohromady nesourodé předměty, v podstatě nedokáže žádnou ze scén sám koncepčně uzavřít. Pracuje i mimo plochu.

**IDS:** použity normy pro věk 10;11 let. Užito modulárně. Rozpoznávání emocí VS 13 (testový věk >10;11), Regulace emocí VS 10 (10;9-10;11), Porozumění sociálním situacím VS 9 (8;0-9;2), Sociálně-kompetentní jednání VS 4 (5;0-5;11), Expresivní řeč VS 6 (6;6-6;11), Receptivní řeč VS 2 (5;3-5;5), Informovanost 2 (7;6-8;2), Verbální konceptualizace VS 5 (7;0-7;5).

### **Otázky k zamyšlení**

3. Pokuste se nyní integrovat klinicky a testově získaná data a vyjádřete se k diagnóze.
4. Jaká opatření navrhuje, jaký by měl být další postup?

## Komentář

### ad 3)

Již v klinickém obrazu zjišťujeme některé nápadnosti, které jsou špatně vysvětlitelné v rámci reaktivních poruch či poruch chování u disharmonického osobnostního vývoje. Jedná se zejména o nápadnosti v oblasti myšlení. Výše jsme velmi teoreticky a právě s ohledem na poruchové prvky v myšlení vznesli hypotézu **dosud nezaregistrované pervazivní vývojové poruchy**. Proti té ale svědčí vývojová charakteristika potíží u pervazivních vývojových poruch. I když známe z anamnézy jen málo, přesto není důvod zpochybňovat tvrzení personálu dětského domova a školy, že se problémy u Radima objevily nově a poměrně náhle. Je popsán spíše zlom v chování, tj. propuknutí příznaků (a to u PAS ani jiných vývojových poruch neočekáváme). Také neologismy, které vidíme v ROR (růžičky – místo rohy, růžky; krabšión = krab + škorpión), mají jistou oporu v jazyce v tom smyslu, že jsou odvozené nebo vzniklé aglutinací (aglutinace je proces typický pro schizofrenii) a nejsou zcela idiosynkratické nebo vzniklé metaforou (což lze spíše očekávat u PVP). K desorganizaci v rámci **desintegrační poruchy** nebo k případnému **regresu u jiných PAS** také dochází v podstatně nižším věku, nadto symptomy jako halucinace a bludy (na něž je klinicky určité podezření) k této diagnóze nepatří. V testech (více než v klinice) vidíme, jak vážně je Radimovo myšlení narušeno – v ROR i Scénotestu najdeme aglutinační tendence, Radim komponuje nesourodé vyšší celky. V asociační fázi ROR ještě místy podá perцепčně únosně uchopenou a srozumitelnou interpretaci, v inquiry se ale jeho úsudky zjevně rozpadají a Radim sahá k poruchovým argumentacím, asociační tok přestává být přehledným. Ve Scénotestu vidíme hlavně symptomy desorganizace, ale i to, co bychom v bohmovském rorschachovském systému nazvali zřejmě iniciální cenzurou (kdy pacient vypne síly k prvotnímu nápadu a vydělení podstatného, k postižení koherence, ale v dalším průběhu tyto síly dojdou a chaos se ztrátou koherence převládá; metaforicky řečeno – pacient nasadí na začátku „brzdy“, ale ty pak selžou<sup>7</sup>). Ze Scénotestu pak můžeme mj. odečítat hypotézy dotýkající se potřeb chlapce – blízkost, syčení, je také zřetelná úzkost z rozpadu.

K zamyšlení je rovněž význam atypického sexuálního chování – zopakujme, že se objevuje až po 1 roce pobytu v dětském domově, tj. bez prekursorů očekávaných u **poruch pohlavní identity** v dřívějším dětství. Sice je popsána preference dívčích aktivit

<sup>7</sup> Pro úplnost – opačným jevem je cenzura koncová (nalézáme ji u poruch osobnosti z dramatického trsu, poruch chování a dalších, v rámci psychóz pak relativně častěji u psychóz toxických oproti psychózám schizofrenního okruhu, kde častěji vidáme právě cenzuru iniciální). Koncová cenzura spočívá v tom, že pacient si zpočátku dovolí komfort rozmachu nápadů a interpretační volnosti, ale nakonec interpretaci (ev. scénu) seskládá tak, že dává relativně uspokojivý význam. Metaforicky vzato – pohrdne „brzdami“, ale pak je relativně úspěšně nasadí. Tedy „čím déle jej necháme elaborovat, tím v protokolu a zejména při inquiry lépe či příznivěji“. To je v kontrastu s tím, jakými cestami se ubírá produkce pacienta v našem příběhu.

a oblékání, ale nikoli odpor k chlapeckým; odpor k atributům vlastního pohlaví je však základním diagnostickým kritériem poruchy pohlavní identity (Janošová, 2008, Zucker, Bradley, 1995). Objektivně pozorováno, pokud je ponecháno pacientovi na volbě, variantně volí oděv, aktivity, hračky, hry, atd. dívčí a chlapecké. Není bez diagnostické zajímavosti, že atypické sexuální chování a důraz na sexualitu se zde objevuje ve vývojové fázi latence (sensu Freud), tj. v období, kdy by sexualita měla být v relativním klidu a na okraji zájmu. Jistě je nasnadě zamyslet se nad tím, zda nemůže jít o **traumatickou sexualizaci** po sexuálním ataku či zneužití (opatření by ale i tak byla spíše organizační a preventivní povahy, zasahující do prostředí, kde mohlo ke zneužití dojít a kde se bude dále Radim pohybovat, pacient totiž není v takové duševní kondici, aby mohl těžit z psychoterapie cílené na tuto problematiku). Stejně úspěšně a možná ještě pravděpodobněji lze ovšem uvažovat o tom, že atypické a vývojově nenačasované sexuální chování je svázáno spíše s **hlubokým otřesením duševní integritou chlapce** v důsledku nastupující **psychózy** a nemá nutně velkou souvislost úzce s psychosexuálním vývojem jako takovým. Po zvážení všech vstupů je na místě na základě výsledků vyšetření vyjádřit podezření na **incipientní schizofrenní proces** (nejspíše **nediferencovanou schizofrenii**, neumíme v této chvíli spolehlivěji určit subtyp), kdy v popředí jsou symptomy desorganizace.

#### ad 4)

Je nutné, aby se pacient především začal adekvátně léčit farmaky, lépe za hospitalizace. Toto je potřeba pomoci vykomunikovat nebo přímo zprostředkovat.

### Další vývoj

Přestože Radim dostal patřičnou antipsychotickou léčbu, stav se zpočátku příliš nelepšil, naopak schizofrenní epizoda se jasně manifestovala i klinicky. Psychóza se rozvinula do plně floridní fáze, Radim se bál filmových postav, pomočoval se, protože měl strach jít na WC, halucinoval, měl strach z postavy z hororového filmu Kruh, bál se o život, byl přesvědčen, že je touto figurou pronásledován a že mu jde o život. Špatně spal, nemohl být s jinými dětmi na pokoji, podezíral je, pokud byl ale sám, bál se též. Ve škole byl schopen vydržet i při nízkých nárocích sotva jednu vyučovací hodinu. Postupně se podařilo stav dostat alespoň pod částečnou kontrolu, Radim byl klidnější, byť nevykonný, byla možná dimise.

V následujících dvou letech se ještě opakovaně vrátil, důvodem pro rehospitalizaci býval v obou případech akutní úzkostný stav. Duševní stav byl opakovaně přešetřován, lze vyjmout jedno z vyšetření, toto bylo realizováno ve věku **12;6 let**. Zmiňme jen klíčové testové výsledky.



**WISCIII:** v profilu jsou uvedeny i hrubé skóry, za lomítkem jsou hrubé skóry z předchozího testování v 11 letech. Viz tab. 6.5.

**Tab. 6.5**

CIQ	56	Dop	1 (HS 7/18)	Věd	4 (HS 10/11)
VIQ	64	Kód	2 (HS 23/36)	Pod	7 (HS 12/11)
PIQ	52	ŘO	3 (HS 12/5)	Poč	3 (HS 14/14)
ISP	65	Kos	4 (HS 22/23)	Slo	1 (HS 12/20)
IPU	52	Skl	1 (HS 9/19)	Por	3 (HS 11/16)
IKO	55	HS	3 (HS 9/6)	Oč	1 (HS 5/7)
IRZ	57				

Kvalitativně: často odpovídá, že neví, vyjadřování je chudé, odpovědi bez velkých bizarností.

**ROR** viz tab. 6.6.

**Tab. 6.6**

I.	<b>Motýlek</b>	Q: W: že má křídla (D2)
II.	<b>Motýl červený a černý.</b>	Q: WS: obrysová odpověď; že má křídla (D1)
III.	<b>Žába</b>	Q: DS: obrysová odpověď – oči (Dd31), nohy (D5), mašlička (D3). Na ozdabu...
IV.	<b>Drak</b>	Q: W: že má křídla, hlavu (D1), tělo... (D7)
V.	Zase <b>motýlek</b>	Q: W: že má křídla
VI.	Nevím... <b>Drak.</b>	Q: W: že má křídla (D4) a lítá.
VII.	<b>Mráčky</b>	Q: W: že jsou na obloze (obtahuje obrys)
VIII.	<b>Kytička barevná</b>	Q: W: že jsou lístečky zelený (D5) a tady červená... (D1)
IX.	Tady <b>kouká... že se dívá</b> , nevím	Q: DS: tady jsou oči a kouká odněkud... (DdS22), třeba kravička, podle rohů (D3)
X.	Zase <b>kytičky – modrá, žlutá</b> , a tady <b>ptáčky</b>	Q: D: protože je modrá (D1), žlutá D (D2), ptáčky (také D2) mají očičko... (Dd33)

Více odpovědí se nezdařilo získat.

### **Otázky k zamyšlení**

5. Jak byste hodnotili další vývoj?
6. Jaká by měla být nyní opatření?

## Komentář

### ad 5)

U Radima pozorujeme snížení intelektové výkonnosti, a to nejen relativně vzhledem k věku, ale pozorovat můžeme i faktický úbytek již dříve nabytých schopností (srovnání hrubých skóru předchozího a současného vyšetření). Vývojová úroveň ROR se podstatně snížila, neodpovídá ani aktuálně zjištěné intelektové výkonnosti (čili za snížením vývojové úrovně ROR jsou i zdroje nezávislé na intelektu), jsou zachycovány hrubé perseverace, ať už v interpretacích, nebo v jejich zdůvodněních. Prožívání se velice zjednodušilo, pacient se drží bazální, ale vcelku konvenční centrální koherence. Je třeba konstatovat postpsychotický defekt.

U diagnózy **nediferencované schizofrenie** vzhledem k obrazu zůstáváme, byť se vedle symptomů desorganizace, které by nejbližše náležely k **hebefrennímu okruhu**, objevily i obsahy z okruhu **paranoidního**<sup>8</sup>.

### ad 6)

Radim dále pravděpodobně nebude zvládat ani snížené nároky základní školy praktické, je na místě úvaha o možnostech začlenění do základní školy speciální. Také nároky běžného dětského domova na něj budou vysoké, je potřeba mu zajistit speciální asistenci v rámci dětského domova nebo hledat jiné zařízení typu ústavu sociální péče, které by zvládalo péči o takto vážně psychicky nemocné dítě. Je třeba současně zdůraznit, že léčebně výchovné jednotky při DDŠ (dětských domovech se školou) nejsou vhodnou institucí pro výchovu psychotických dětí, neboť do nich bývají umísťovány ve své většině děti s jinými typy psychiatrických problémů (agrese, autoagrese, těžké poruchy chování s nutností trvalé a poměrně intenzivní medikace, apod.).

Závěrem lze dodat, že schizofrenie, které propukly v takto nízkém věku, mívají obvykle velmi špatnou prognózu, nejčastěji jde o průběh rychle a nepříznivě progredientní. To i navzdory tomu, že leckdy probíhají ve svých počátcích bouřlivě (naopak akutní, bouřlivý průběh u dospělých pacientů bývá spojován s nadějí na spíše lepší prognózu). V dospělosti pacienti jako je Radim často více připomí-

<sup>8</sup> Rozvoj bludu u schizofrenií mívá ten psychologický efekt, že pomůže nemocnému, aby (být patickým způsobem) opět uspořádal své systémy centrální koherence a dovoluje mu znovu porozumět světu podle nových, vlastních pravidel. To obvykle vede ke zvýšení nápadnosti v chování, ale často i k jistému zklidnění pacienta, neboť ubude subjektivních pocitů chaosu (úzkosti z rozpadu). U Radima, jehož kazuistiku předkládáme, desorganizace pokračovala a převládala, i když se později bludné obsahy objevily. Dovolujeme si dodat, že u mladších dětí nebo jedinců intelektově oslabených (obecně před nástupem schopnosti formálních operací) je průběh schizofrenie převážně přes symptomy desorganizace velmi častým obrazem.

nají lehce až středně těžce mentálně retardované a při neznalosti anamnézy za ně mohou být zaměňováni.

## MIRKA, 15 let

Mirka byla přijata k diagnosticko-léčebné hospitalizaci za poměrně nevlídných podmínek, maminka jí zalhala, že jedou na výlet a dovezla ji místo toho k hospitalizaci. V minulosti už byla hospitalizována dvakrát (před 1 rokem a před 1,5 rokem ve dvou jiných zařízeních), užívala dlouhodobě relativně vysokou dávku antipsychotika. Přišla s diagnózou rozvíjející se hebefrenní schizofrenie, která se měla dekompenzovat v posledních měsících. Maminka přináší podrobné poznámky popisující vývoj potíží. Do svých 11 let se Mirka vyvíjela v zásadě nenápadně. Mezi 12. a 13. rokem dle matky začaly výchovné potíže – nevhodné chování na Facebooku, a to zveřejňování fotek ve spodním prádle, obtěžování chlapců SMS, lhaní o tom, že byla v nemocnici, nedodržování domluvených pravidel. Po rozvodu rodičů v jejích 13 letech problémového chování přibývalo, přidalo se užití většího množství ibuprofenu, sebepoškozování, lhaní, krádež bot u babičky (líbily se jí), deklarovala, že chce umřít, má strach z okolí, z lidí, sdělovala, že nevidí písmo, podlamují se jí nohy, klepou ruce. Tvrdí, že vidí ve škole zelené tlusté chlupaté příšery s okem, mimozemšťany, kteří na ni střelí, fialové obludy venku, má léky pod postelí, chce skončit se životem.

Následovala první psychiatrická hospitalizace, zde byla medikována antipsychotiky, popisován byl další rozvoj poruch chování, sděluje zrakové komplexní halucinace (příšery, mimozemšťani, padají na ni bomby a letadla, má krokodýla pod postelí), dále halucinace sluchové – Dorota (imaginární) jí říká, že je blbá a že se má zabít, kreslí morbidní obrázky, kde z nožů kape krev, zvýrazňuje se sebepoškozování – tuče pěstí do zdi, strhává si strupy, drtí si ruku, je vulgární a verbálně agresivní, leze pod stůl, spouští alarm v nemocnici a další. Po propuštění dle matky přetrvává paranoidita (matka operuje medicínskými výrazy a rozvíjí vlastní teorie), dcera si stěžuje, že všichni se na ni prý dívají, má brouka v hlavě, ten ji pořád tahá za provázky, nepoznává některé lidi, zapomněla některé činnosti a slova, také jména příbuzných, ptá se, co je to plot, jak se stele postel, co je to květák apod. Neustále se otáčí a říká, že ji někdo sleduje a chce znásilnit, opakovaně ukazuje matce něco, co udělala, neví, že to už ukazovala, spadla z postele, protože něco padalo ze stropu atd. Následovala další psychiatrická hospitalizace, zde bylo iniciováno vyšetřování podezření ze sexuálního zneužití biologickým otcem, dívka byla vyslechnuta policií, toto podezření nebylo potvrzeno, krátce na to dívka odchází z nemocnice formou negativního reversu.

Vedena byla pod různými diagnózami – disharmonický vývoj osobnosti s dominujícími rysy vyhybavými, emočně-nestabilními a impulzivními, psychosomatickou poruchou, posttraumatickou stresovou poruchou, poruchami chování, rozvíjející se schizofrenií. Potíže se i nadále stupňují, má paniky ve škole, manipuluje s jídlem, chodí venčit psa ve spodním prádle, sebepoškozuje se nožem. Vytvrvalé uvádí auditivní i komplexní zrakové halucinace, chová se dezorganizovaně (př. paní ve vlaku dává k něčemu čichnout), používá echolálie, utekla z domova, sděluje paranoidní prožitky (všichni ji nenávidí, doma jí všechno schválně schovávají a kradou). Udávaná symptomatika je více než bohatá, vše uvedené je popisováno matkou nebo pacientkou a bráno jako objektivní.

## Anamnéza

Anamnézu kompletně podává matka, je mimořádně obtížné sehnat objektivní zdroje, přístupné jsou než zprávy z předchozích psychiatrických hospitalizací.

**Rodinná anamnéza:** Pacientka pochází z rozvedené rodiny, otec je vysokoškolák, matka středoškolačka, původně porodní asistentka, aktuálně delší dobu matka nepracuje, stará se o syna (8 let), který má diagnostikovaný autismus (kromě autismu má mít ADHD, těžkou OCD, těžkou dysfázií, lehkou mentální retardaci). Poruchou autistického spektra trpí dle matky i třetí dítě v rodině – o 2 roky starší sestra, konkrétně má mít Aspergerův syndrom, symptomatickou OCD, generalizovanou úzkostnou poruchu. Oba sourozenci mají domácí výuku.

Podstatnou informací je, že matka je velmi aktivní na internetu, zde má vlastní blog, na němž popisuje psychické potíže svých dětí, získává obdiv čtenářů, reaguje velmi promptně na příspěvky (maximálně v řádu několika desítek minut, je zjevně kontinuálně aktivní), postuje fotky Mirčiných sourozenců v dosti nelichotivých situacích a podkládá jimi náročnost péče o potomky. Pokud se vyskytne zpochybnující reakce, kontruje alergicky až agresivně. Na blogu se hádají velmi ostře přispěvatelé, jedni matku obdivují, jiní napadají její důvěryhodnost. Ukazuje se, že maminka časem blog uzavírá a zpřístupňuje jej než obdivovatelům, později přesouvá aktivitu na jiný blog, publikuje i jinými internetovými formami. O Mirce není na blozích ani zmínka. Matka usiluje úředními cestami o zákaz styku dětí s otcem.

**Osobní anamnéza:** jedná se o dítě z 2. fyziologické gravidity, porod proběhl v termínu, fyziologicky, porodní parametry i poporodní adaptace byly rovněž fyziologické. Nejsou popsány odchylky raného vývoje, Mirka nikdy nebyla významněji tělesně nemocná, v souvislosti s měnlivými potížemi v posledních

letech ale byla bohatě vyšetřována, nikdy nebyl zjištěn somatický nález, mj. neurologický nález včetně zobrazovacích metod nepřinesl žádný patologický nález.

Mirka a její sourozenci byli po rozvodu (13 let pacientky) svěřeni do péče matky, po obvinění z pohlavního zneužívání přestal být kontakt s otcem realizován, ten se jej domáhá právní cestou, v době hospitalizace však neúspěšně. Otec se smí omezeně stýkat jen se synem, dcery se jej dle matky údajně bojí. Odložené obvinění se týkalo sexuálního zneužívání obou dcer.

Mirka se bezproblémově adaptovala na předškolní zařízení, školní docházku započala v termínu, učila se na dvojky a trojky, na druhém stupni se jí zhoršil prospěch, měla trojky, jednu čtyřku. Na chování nebyly nikdy ze školy stížnosti. Nikdy nebyly potíže s psychoaktivními látkami. Mirka ráda tancovala, poslouchá hudbu, čte si četbu obvyklou v její vrstevnické skupině (fantasy), hraje počítačové hry. Vrstevnické vazby má zprerušeny psychiatrickými hospitalizacemi, nejlepší kamarádku nemá.

### **Otázka k zamyšlení**

1. Jaké jsou vaše první diferenciálně diagnostické úvahy? Jak volit strategii vyšetření, co lze a priori považovat za úskalí úspěšné diagnostiky?

## **Observace chování na oddělení**

První den hospitalizace jsou pozorovány masivní adaptační potíže, dívka je matkou podvedena, myslela, že jede na výlet. První **status praesens psychicus** je popsán následovně (zestručněno): plně při vědomí, kontakt navazuje spontánně, v popředí nápadnosti v projevu i chování, neadekvátní emotivita, inadekvátně se směje, odbrzděná, klackovitá, vzdorovitá, heboidní projev. Oční kontakt neudrží, nesoustředí se, spolupráce od počátku problematická, př. po chodbě házela toaletním papírem, odmítala se přezout, klade si různé požadavky, nebude komunikovat se zdravotní sestrou Pavlínou, protože každý, kdo je zlý, jmenuje se Pavlína, nechce být na pokoji s kluky (což nepřichází ani teoreticky v úvahu), od vyšetření má snahu odbíhat. Psychomotorické tempo se jeví mírně urychleno, odpovědi bez latencí, často nelogické. Myšlení je neurované, patrná vztahovačnost, udává poruchy vnímání, mj. cítí různé pachy (všude to páchne větry), intermitentně je pozorována intrapsychická tenze, je zjevná impulsivita, labilní afektivita, jednání velmi málo předvídatelné, přímo agresivní není, suicidální ideace neproklamuje.

Od nadcházejícího dne není takový obraz absolutně pozorován, dodržuje režim oddělení, bez větších konfliktů respektuje personál, ačkoliv je často negativistická

nebo vulgární, nakonec vyhoví požadavkům. S většinou spolupacientů nemá konflikty, ale také nenavazuje přátelství. Na oddělení si ve volných chvílích čte, avšak knížku s morbidní tematikou. Nedbá příliš na vzhled, nejraději chodí v jednom oblečení, nijak se nezdobí. Během pobytu jsou jen minimální náznaky sebepoškozování, po celou dobu normoforická, ale se sklonem k častým rozladám – zejména pokud jí není vyhověno v jejích přáních nebo pokud je vyžadována nějaká povinnost.

Během hospitalizace ji matka v nemocnici jednou navštívila, jinak byly v telefonickém kontaktu, na dovolenku nejela. Když se dozvěděla o její možnosti, konala jeden prohrěšek v chování za druhým, až se pro dovolenku svým chováním diskvalifikovala. Mirka se v prvním týdnu hospitalizace na svou mámu zlobila, nechtěla s ní mluvit, měla pocit, že se jí chce matka zbavit, a proto ji do nemocnice odvezla. Po několika dnech, kdy telefonovala výhradně se sestrou, začala s matkou komunikovat. Od této chvíle již o matce neřekla nic negativního, „matka-nejpřítel“ se bleskově změnila v Mirčině vnímání na dokonalou bezchybnou osobu, spontánně ji omlouvala, že matka nemá peníze a čas, aby za ní přijela na návštěvu. Mirka pečlivě sleduje svou medikaci, prudce reaguje na jakoukoliv změnu léku okamžitým nástupem dysforie a manipulativně se medikace domáhá. Kontakt na otce maří pacientka i matka – pacientka jej nechce vidět, matka dává personálu nefunkční kontakty na druhého rodiče.

**Klinický nález a explorační průběh psychologického vyšetření:** Obézní dívka, nepříliš upravená, nejčastěji ve stejném oblečení, obvykle nemyté vlasy, navazuje ostražitě kontakt, bez poruch vnímání i myšlení během všech částí vyšetření, snadno vyrušitelná sluchovými vjemy, dovede ruchy spolehlivě určit a vrátit se k vyšetření. Kognice se nejeví narušená, intelekt orientačně v normě. Labilní emotivita a afektivita, v komunikaci příliš nedbá na posluchače, odpovídá chvílemi neochotně, jednoslovně, odsekává nebo dává najevo, že ji téma rozhovoru nezajímá. Naopak, pokud je dobře naladěna, je vstřícná, otevřená. Chování při jednotlivých diagnostických metodách je popsáno dále.

**Z rozhovoru:** „...řekli mi, že pojedeme do „tý technie“ (Techmánie je plzeňský zábavní vědeckotechnický park) a pak mě odvezli sem, máma se mě chce zbavit, proto mě sem dali... bojím se táty... viděla jsem se s ním, to je dlouho, ještě než jsme se přestěhovali, jeho jsem viděla z okna, šel pro Jirku (bratr), říkám mu Karel... bojím se, že by mohl čekat před školou a někam mě unést do lesa a tam by mě zmlátil...“. NĚKDY JSI HO TAM VIDĚLA, ČEKAL NA TEBE? „...ne, ale máma mi to řekla, že tam čekal, když jsem byla v nemocnici (jiná psychiatrická nemocnice)...“. PROČ MYSLÍ, ŽE BY JÍ UBLÍŽIL? „Protože se o nás nikdy nezajímal, byl pořád pryč... nechtěl, abychom se dívali na televizi, ale on se díval sám, nechtěl, abychom večer jedli, zaví-

*ral nám jídlo... bojím se ho, napsal mail, že si na tu krávu Evu (sestra) počká a pak všichni uvidíme...“.* ZDA JEJ NAPSAL JÍ? „... ne, mámě, ukázala nám ho s Evou... prý jsem měla halucinace...“. DOTAZ – PRÝ...? „*Ani si to nepamatuju...“.* JAK TO VÍ? „Řekla mi to máma... chtěla bych, aby za mnou přišla na návštěvu kamarádka...“. ODKUD JE KAMARÁDKA? „*Z Plzně... ona to je kamarádka spíš mámy, ona čte její blog...“.* ZDA UŽ JI NĚKDY VIDĚLA? „*Ne, ale já ráda poznávám nové lidi...“.*

## Testové vyšetření

**WISC III** viz tab. 6.7.

**Tab. 6.7**

CIQ	85	Do	6	Věd	9
VIQ	85	Kod	7	Pod	8
PIQ	89	ŘO	8	Poč	7
ISP	86	Kos	13	Slo	7
IPU	94	SkI	10	Por	8
IRZ	88	HS	9	OČ	10 (5 prvků dopředu, 5 prvků zpět)
IKO	90	Blu			

Průměrný VS z deseti základních subtestů je 8,3.

Kvalitativně: Pracovní styl a způsob spolupráce dívky s examinátorem jsou nápadné – v některých subtestech např. KOS, SKL je dívka zaujata úkolem, dosahuje dobrých (i nadprůměrných) výsledků, soustředěně pracuje. V jiných subtestech „testuje dívka reakce examinátora“ – odpovídá „nevím“ nebo má tendenci vzdát zcela jednoduchý úkol, pracuje v časově limitovaném úkolu viditelně pomaleji, než je její obvyklé pracovní tempo. Několikrát během administrace udělala (zřejmě vědomě) chybu nebo odpověděla provokativní (přiléhavou, ale hrubě nesprávnou) odpovědí a následovalo bezprostřední dotazování examinátora na správnost odpovědi, zkoumání reakce examinátora, testování examinátorovy „pravdivosti“. Pokud důsledně trváme na odpovědi, přestože Mirka proklamuje, že neví, neumí, často odpoví správně, proto v rámci testování limitů (není zahrnuto do skórování) podává lepší výkon, než dle standardního vyhodnocení testů. Předpokládáme, že rozumové předpoklady dívky jsou vyšší než aktuální reálné (i testované) výkony. Mirka působí dojmem, že v testech záměrně nechce uspět.

**WAIS III - Matrice** (improvizovaně, podáno s nesprávnou instrukcí, že jedno nebo více řešení může být správných): podává „pod tlakem“, jenž je níže popsán,

VS 12 (normy pro 16 let). Do položky 12 je výkon suverénní, uvádí jediné správné řešení. Od položky 13 začínají obtíže. Variantně tvrdí, že neví, snaží se odkládat, při povzbuzení, aby se snažila, často „kličkuje“ tak, že volí nesprávná řešení a vynechává až do konce svých voleb k dané položce řešení správné (toto chování je pak započítáno do HS/VS jako vlastně správné řešení, odrážející faktické chápání principu řešení).

**Nedokončené věty** (vybíráme): Naši si o mne myslí, že *nejsem autista*. Dítě je v rodině *v bezpečí*. Myslím, že maminka většinou *mi chce pomoci*. Máme maminku rádi, ale *mám z ní strach*. Kdyby táta *umřel, bylo by mi líp*. Kdyby také někdy bratr *mi nenadával, bylo by mi mnohem líp*. Kdyby také někdy sestra *udělala, co chci, bylo by to pro nás všechny lepší*. Někdy se celá třesu, když *myslím na tátů*. Byla bych šťastná, *kdybychom se se svojí rodinou odstěhovali do Ostravy*. Vždycky si tajně přeji, *aby mě sny byly skutečností*.

Pro srovnání **tatáž technika v ambulanci nedávno**: Naši si o mně myslí, že patří do léčebny. Dítě je *v rodině ohroženo*. Myslím, že maminka *mě většinou nemá ráda*. Kdyby náš táta *umřel, byli bychom všichni šťastní*. Myslí, že bratr (sestra) *mi brání skoro ve všem*. Kdyby také někdy bratr/sestra *mi pomohli a neřvali, bylo by mi líp*. Nemocné dítě *je mi podobné*. Tajně si přeju *opustit rodinu*.

**ROR**: máme k dispozici zestručněný předchozí protokol z ambulantní péče (neznáme přesně lokalizaci, signování, inquiry, přesto uvádíme). Viz tab. 6.8.

**Tab. 6.8**

I.	1.	čistička... <b>čistička odpadů</b> . Smrdí to a je to černý. Q: je to černý a podle toho čistička.
II.	2. c	<b>záchod</b> Q: záchodový otvor, D 3+6 = okraje, D2 nohy člověka, jak sedí na záchodě
III.	3.	tučňák... <b>průhlednej tučňák</b> . Má <b>mašli</b> ... na nose, kde jinde by ji měl? A je tlustej.
IV.		vypadá to hrozně. <i>Odstrčí, vrátí</i> . Nebudu říkat, co to je.
V.	4.	jo, to vím, co to je... <b>netopýr</b> . Q: <i>obvyklé pojetí</i> .
VI.		<i>latence, selhání</i>
VII.	5.	<b>Číňani, „čongové“</b> . Tady na sebe <b>koukají</b> .
VIII.	6.	To jste <b>vy!</b> ( <i>vítězoslavně, s pobavením</i> ). Q <i>odmítne, není jasné, zda neumí či nechce</i> .
IX.		<i>dlouhá latence, neví, pak razantně vrazí kartu psycholožce zpět do ruky</i>
X.	7.	<b>Mravenci</b> Q: no, tady všude, <i>ale neukáže</i> . Všude jsou tu mravenci.



**ROR** při hospitalizaci. Viz tab. 6.9.

**Tab. 6.9**

I.	1.	<b>skvrna...je černá???</b> Q: černá asi, no...
	2.	čistička (W) Q: tím, jak je to černý
	3.	to nevím ( <i>povzbuzení</i> ). Taký to vypadá jak <b>netopýr</b> (W). Q: křídla, nohy... <i>mlčí</i> . Dál? <i>mlčí</i> . Kde má hlavu? To já nevím...
II.	4.	<i>18 s latence</i> . <b>Brouk</b> , velikej. Q: oči (DS30), hlava (uzavírá konturu nad D2), nohy (Dd25), tělo (D6)
III.	5.	<b>tučňák, má mašli</b> . Je tlustej, černej. Q: že je černej a má <b>mašli</b> (jen F). Dd32 – hlava a zobák, Dd27 – křídla, Dd33 nohy... jako v pohádkách. Proč má mašli? Že jako pracuje. Nakonec popisuje jako párovou odpověď.
IV.	6.	<i>5 s</i> to je něco velkého, nějaká <b>hora</b> (W). Q: tady celý, ne ( <i>podrážděně</i> ). Tvarem.
V.	7.	to je <b>nějaký pták</b> ... je velkej... Q: <i>nakonec vylučuje Dd 34, jinak obvyklé pojetí</i> .
	8.	taky to vypadá jako <b>netopýr</b> . Q: podle těch nohou (D9), taky kvůli těm křídům (D4)
VI.	9.	<b>liška rozplácá</b> (úsměv). Má vousy (Dd22). Q: jako kožešina, jindy třeba ty stažený prasata takhle vypadaj.
VII.	10.	<b>2 lidi, koukaj na sebe</b> Q: W, obvykle, takhle seděj (D4)
VIII.	11.	<b>vlci</b> . Q: D1 - že lezou po něčem... <i>co to má být, neurčí, neinvestuje úsilí</i>
	12.	a <b>krokodýl</b> (DS3+D4). Q: <i>barvu nekomentuje, jen tvar, ale intuitivně v inspiraci přítomná, jen hlava a ruce krokodýla, oči (tmavší detail ve skvrně), S - zuby</i>
IX.	13.	nevím ( <i>krčí rameny</i> ), <i>vrací tabuli, zrcadlím gesto</i> . Prase (DdS22), <b>rypák prasete</b> , to je všechno Q: <i>tvarem</i>
X.	14.	<b>hodně brouků</b> to je. Asi dva, <b>nesou list</b> . Q: brouci (D8,D15,D1), list (D12, i barvou)
	15.	jsou tu dva <b>ptáci</b> . Q: D2 – křídla, hlava, nohy, i barvou trochu)

Morgenthaler: +: III. tučňák, že mám ráda tučňáky. Dále VI, mám ráda lišky, mně se líbí. -: IV: je to takový divný, vypadá to, že je to zlý. I. nelíbí se mi to... Tím, že to vypadá ošklivě, ukazuje na S – že to vypadá divně.

Kvalitativně: nápadná nevýkonnost, náhle vzniknuvší hypodynamie, neochota a defenzivita u tab. I., VII. a IX., snaží se ušetřit každé slovo, sleduje, co si psycholožka zaznamenává. Uvedené je kontrastující s předchozí relativní čílostí, pacientka nerozvádí odpovědi, dramaticky vyčkává povzbuzení, snaží se „neposkyto-

vat“, spolupráce vyžaduje jistý důraz, pak se zlepšuje. K dotazu, zda už test viděla, odpovídá, že neví (objektivně tomu tak bylo nedávno v ambulanci).

**ADOR:** Matka: POZ3, DIR2, HOS1, AUT2, NED2, POZ/HOS4, DIR/AUT3. Otec: POZ 1, DIR 5, HOS 5, AUT 1, NED 3, POZ/HOS 1, DIR/AUT 5.

**AAC** (přinášíme rovnou interpretaci): Zpočátku značná neochota ke spolupráci, četné latence, nakonec spontánně vytváří příběhy, tabule s projektivním významem jsou hlavně č. 1, 3, 10 – nedostupná matka (unavená, spí, je zdánlivě mrtvá – tab. 1, zemřela již dávno – tab. 3), současně vztek na otce, který nabízí pomoc s úkolem, ale nelze tuto pomoc přijmout – tab. 3 (tj. nikdo z rodičů není k dispozici), tab. 10 – žena rozděljuje dům lepicí páskou, protože se pohádala s mužem, on ji považuje za nenormální, když toto dělá, ona si myslí, že je normální to, co dělá, a cítí, že má vyhráno, když to rozdělí.

Na dalších tabulích je nápadné, že zcela neutrální scény jsou vnímány problematicky, konfliktně, postavy konflikty (ne)řeší nepochopitelnými útekami, zapomenutím ve spánku. Nabízí téma podpory a důvěry v přátelském/kamarádském vztahu. Tabule, jejichž vyzývavý charakter směřuje mj. k možnosti sexuálního zneužívání, u Mirky takové asociace nevyvolávají, spontánně zpracovává jiná vztahová témata.

### **Otázka k zamyšlení**

2. Pokuste se zúžit úvodní diferenciální diagnózu a argumentovat.

Další postup v průběhu hospitalizace byl takový, že byla postupně redukována až vysazena medikace (s přechodem přes placebo – vitamín B) a důraz byl přenášen na psychoterapeutickou práci s dívkou. Stav stran možné psychózy se nijak nezměnil – chovala se nadále už organizovaně, občas byla drzá, vztahově se distancovala od spolupacientů, ale konflikty nevyvolávala, režim přestala postupně překračovat. Na halucinace si přestala stěžovat, vlastně v průběhu hospitalizace se nikdy nechovala tak, že by bylo podezření na jejich faktický výskyt (nechovala se nápadně, nepozorovali jsme např. naslouchací postoje, neměla úzkostné záchvaty bez jasné motivace, chovala se organizovaně, apod.).

Podářilo se kontaktovat otce, tento v pohovoru popisoval nemožnost domluvy s matkou, vyjádřil podezření, že matka všechny tři děti poškozuje, stěžoval si na to, že většinu času na úkor dětí věnuje příspěvkům na svých blozích. Založil vlastní blog, na kterém dementuje údaje podávané matkou, dokládá toto fotografiemi, které

objektivně zpochybňují některé aspekty postižení syna (zejm. jeho prezentovanou sociální non – reaktivitu a sociální nezájem). V kontaktu se otec z hlediska výskytu zjevné psychopatologie jeví orientačně nenápadně, ze situace je spíše nešťastný. O Mirce má podrobné vztahově nosné informace (co ji potěší, o co stojí, co jí udělá radost...), nejeví se jako neangažovaný.

Matka byla při první příležitosti pozvána též k pohovoru – je jí jemně sděleno, že je tu varianta, že Mirka žádnou poruchou z okruhu psychóz netrpí, facilitovány jsou matčiny reakce, přesto ta nevyjadřuje radost z Mirčiných pokroků, resp. nevíta neměnnost dobrého stavu i po vysazení antipsychotické medikace (což by byla mateřská reakce očekávaná). Bere za celý týden Mirku z nemocnice na negativní revers domů a stěhují se do Ostravy.

### **Otázka k zamyšlení**

3. Co by se dalo učinit nyní a proč?

## **Komentář**

### **ad 1)**

Jde o prima vista diferenciatně diagnosticky mimořádně náročný případ. Mnohé budí pochybnosti – udávané symptomy jsou nesourodé, dívka je medikována vyšší dávkou antipsychotik bez zjevného efektu, chování a informace od maminky se jeví jako ne zcela spolehlivé. Je evidentní, že z diagnostikovaných psychických poruch svých dětí může čerpat vědomý i nevědomý zisk. Co je nepochybné, to je **hluboké narušení vztahů v rámci rodiny**. Zcela orientačně lze uvažovat o těžkém průběhu **hebefrenní** či **jiné schizofrenie** (desorganizované chování dívky, matčiny reference o nápadnostech, neefektivita farmakoléčby, udávané pozitivní příznaky, ale na stranu druhou, výskyt komplexních zrakových halucinací u starších intelektově běžně vybavených dětí a dospělých bývá spíše podezřelým z hlediska možnosti přítomnosti schizofrenie).

Dále je na místě uvažovat o poruchách z ranku **dissociativních poruch** (různé výpadky paměti, popisované desintegrace funkcí u dívky, pravděpodobnost obranného mechanismu vytěsnění). Je tu také varianta sexuálního ataku (byť neprokázaného úředně) s dissociativním zpracováním traumatu, tj. **porucha přízpůsobení až posttraumatická stresová porucha**). Dále přemýšlíme o **faktitivní (předstírané) poruše** (je velmi nevýhodné v popsané rodině být zdravou dívkou), ale i možnosti **simulace/agravace**. Je potřeba uvažovat i o **Münchhausenovu syndromu by proxy** (T 74.8). Otázkou zůstává **vlastní osobnostní vybava** dívky s te-

oretickou vazbou na **poruchu přizpůsobení** (frustrace dívčiny potřeby pozornosti s jejím abnormním zpracováním na podkladě osobnostních predispozic, které by mohly mít patoplastický význam). Je nutné zabývat se tématem **formování identity a související vývojové krize**.

Úskalím diagnostiky bude **získání objektivních informací**. Cokoli, co je dívkou nebo matkou podáno, může být tendenční a k dalším zdrojům informací není dlouho přístup.

## ad 2)

Pozorování na psychiatrickém oddělení přeci jen diferenciálně diagnostickou rozvalu zužuje – varianta **psychózy** začíná být nepravděpodobná: ukazuje se, že desorganizované chování má význam adaptační (mizí po prvním dni hospitalizace). Nebylo více pozorováno chování, které by napovídalo přítomnosti halucinací nebo paranoidním bludům, nadto výskyt komplexních zrakových halucinací nemá velkou oporu v psychopatologickém obrazu schizofrenie u starších dětí a dospělých; naprosto vylučujícím ale také není. Ve výkonových testech chybí zcela alogické úsudky, spíše jde o přiléhavé (ev. i provokativní) odpovědi, které jsou hrubě nesprávné, dívka má sklony testovat examinátora. V ROR nacházíme především defenzivitu, úpornou hypodynamii, s tendencí k redukci těchto projevů při povzbuzení. Interpretace vycházejí v samém počátku testu z neostře pojatých perceptů, resp. pacientka začne zcela bizarním percepčním pojetím i myšlenkovým vývodem, ale končí dobrou odpovědí (koncová cenzura). Představuje se tedy jako „zcela nemocná, bez vazby k realitě“, toto však další odpovědi zkoriguje. Pokud se na následujících tabulích ještě vyskytnou zcela neostře perceptu (není jich mnoho), pak již jde spíše o vytváření vlastních kontur, svévoli, apod. Navzdory pozorované defenzivitě pacientce nelze upřít energetický vklad (Z – skór je solidní), zřejmě síly vkládá právě do obran. Zachována je spolehlivě schopnost vybrat z podnětu podstatné (tj. centrální koherence se jeví v pořádku) a dokonce rozpracovat ty nejkonvenčnější obsahy (schopnost naladit se na konvenční vnímání a usuzování – je dostatek populárních odpovědí, byť přicházejí v elaboraci až později). Vidíme silnou tendenci argumentovat pocity („cítím to tak, tedy to tak je“). Speciální skóry, pokud se vyskytnou (ALOG), bývají dány právě touto kathymní argumentací, nejde o genezi poruchových úsudků schizofrenního typu. Zastoupeno je dosti svévole v uchopení reality. Emotivita se jeví výrazně labilní, s potenciálem k podrážděné rozladě, emoční hnutí působí až kognitivní distorze (zkreslená posuzování reality pod emoční clonou), pacientka má potíže s integrací emocí (na barevných tabulích je již méně schopna komponovat celky, syn-

kretická odpověď je ojedinělá), tj. emoce mají vedle zkreslujícího i jistý rozkladný účinek na myšlení. Značné potíže jsou ve vztahování se k lidem, lidských obsahů je málo. Vidíme pocity prázdnoty a izolace. Nejsou znaky deprese, spíše rozlad, úzkosti, prázdnoty, nejsou jasné znaky schiziformní. Vztahové problémy nepřestávají být dominantou (ADOR, AAC, ale i ROR – chybějí očekávané odpovědi na tabuli otcovské i mateřské, vidíme znaky úzkosti).

Dlužno dodat, že výstup z ambulantního vyšetření, nakolik byl znám, zcela úvahou o schizofrenní poruše opravňoval a doporučení k observaci bylo více než na místě (ROR, nedokončené věty).

**Dissociativní porucha** – na místě je zřejmě nejspíše uvažovat o **Ganserově syndromu** (F 44.80). Pro něj velkým dílem svědčí klinické příznaky anebo vyšetření výkonovými testy, kdy se dívka mnohdy uchyluje k bizarnostem, ale po jejich nepřijetí se konsoliduje. V ROR se příliš sice dissociativní fenomény nevyskytují, na stranu druhou kolísání výkonosti v ROR (záznam pozorování) pro tuto variantu varovným zůstává. Logiku bychom pak spařovali v diagnóze **poruchy přízpůsobení s převládajícími symptomy dissociativními** (lze připustit stres/frustraci v podobě nedostatku pozornosti věnované dívce, žijící ve stínu sourozenců, kteří mají přiznanou psychickou poruchu, a v prostředí matčiných aktivit věnovaných internetové sebezprezentaci).

O variantě **posttraumatické stresové poruchy ve vazbě na sexuální zneužívání** příliš neuvažujeme (výstupy AAC nic nenaznačují, dívka si rovněž na obtěžování otcem nijak nestěžuje, nevykazuje známky traumatické sexualizace, objektivně policejním vyšetřováním nebylo nic prokázáno a je důvod se domnívat, že postmanželské konflikty rodičů a indoktrinace pacientky zde hraje vyšší roli; sama Mirka zdroj strachu z otce popisuje velmi vágně, odvolává se přitom na zkušenosti matky s fyzickým násilím ze strany otce. Pokud je povzbuzena, aby zkusila upřesnit, čeho se bojí – *„odvede mě do lesa a tam mi něco udělá... strašně mě zmlátí.“*).

Zbývá vypořádat se s diferenciální diagnózou **faktitivní poruchy** (tj. že pacientka má expresi příznaků pod volní kontrolou, manifestuje je vědomě, ale není schopná nahlédnout motivaci) a **simulace** (prezentaci příznaků má pod volní kontrolou, ví, proč tak činí a sleduje jasně definovaný cíl). Zde je stanovisko více než obtížné. Referované popisy bizarního chování dívky, přechodné izolované ztráty již získaných dovedností, poruchy vnímání – především vizuální, chování zdánlivě bez volní kontroly; v rozporu s tím ale následně prokázaná schopnost řadu týdnů dobře se ovládat a zvládat terapeutický režim oddělení; masivní paranoidea a z ní vyplývající zcela konkrétní izolované bludy, agresivita, vulgarita,

dramatické chování, přítomnost imaginární osoby – negativního dvojníka, hypodynamie, a další – tyto heterogenní a vlastně do žádného syndromu nezcelitelné příznaky mohou imponovat jako mix několika druhů schizofrenie, disociativních stavů a organicky podmíněné psychózy. Klíčové je však právě to, že příznaky **nejsou vzájemně kompatibilní do žádné konkrétní diagnostické kategorie**. Nejvíce příznaky odpovídají tomu, jak si neinformovaný nebo částečně informovaný laik představuje projevy vážného psychického onemocnění. Předstírání či zesilování symptomů **není děvcetem vědomě motivované konkrétní výhodou či ziskem**. Nicméně zřejmě lze dílem připustit podíl jak **faktivní poruchy** (nedokončené věty, z nichž je zřejmá nevýhodnost psychického zdraví dítěte v rodině, současně dívka svou psychiatrizaci v podstatě podsouvá), ale možná i jistý podíl **simulace** (pokud má jít na propustku, zcela vědomě navýší problémové chování, ovšem podstatou nepsychotické, aby domů neodešla).

Dominantní i tak nadále zůstává symptomatika **dissociativní** (nejspíše **Ganserův syndrom**). Další výše uvedené diferenciálně diagnostické rozpaky je zřejmě na místě spíše jen popsat jako vedlejší či komorbidní (simulace, faktivní porucha).

Nasnadě zůstává hypotéza **neoptimálního osobnostního vývoje**: míra, ale i typ konfliktů v rodině nutně musely pro děvče v citlivém období prepuberty představovat nemírnou zátěž, dívka postrádala kvalitní oporu pro budování vlastní identity. Uvedené muselo vyvolávat protichůdné pocity, učít ji dysadaptivním vztahovým vzorcům, kdy příklon k jednomu rodiči (loajalita s ním) znamenal automaticky nutnost pošpinit rodiče druhého. Toto vedle intrapsychických konfliktů u Mirky vede k dysforií, vzdoru. S nastupujícím dospíváním a souvisejícím vývojovým úkolem hledání identity je pak zhoršení logické. Zatím bychom zřejmě ještě hovořili o **těžké krizi identity**.

Hovoříme-li o osobnostním vývoji, za pozornost stojí Mirčino vztahování se. Subjektivní hodnocení obou rodičů dívkou je zcela černobílé, imponuje nerealisticky a není po většinu observace v souladu s tím, co dívka sděluje při prvotní exploraci v nemocnici. Ačkoliv v jiných diagnostických metodách (př. AAC) je zřejmá ambivalence ve vztahu k matce, v dotaznících je obraz rodičů jednoznačně diferencován, odštěpeno vše negativní (otec) od všeho pozitivního (matka), otec je hodnocen jako výhradně záporná osoba, navíc s maximálním skóre výchovných požadavků v kontrastu s neposkytováním volnosti – a to přesto, že se s ním Mirka téměř dva roky osobně nesetkala (jen ho viděla z okna), ani s ním nekomunikovala a fakticky se na její výchově nijak nepodílí. Naopak matka je hodnocena jako zcela ideální, bezchybná, přestože aktuální hospitalizace je mimo

jiné vyústěním dlouhotrvajících konfliktů právě s ní, Mirka předpokládala, „že se jí chce zbavit“. Uvedený typ hodnocení v adolescenci svědčí spíše o fantazijním než reálném vztahování se k rodičům, Mirka své vztahování „štěpí“ podle toho, jak aktuálně lidé naplňují její okamžitá přání či potřeby.

V klinickém obraze (sebeпоškozování, různé výlevy, křehká nejistota o sobě), v typu vztahování se i v testových výstupech je evidentní značná labilita a vážný pocit prázdnoty. Mirka je v riziku rozvoje **osobnostní disharmonie emočně nestabilního – hraničního typu**<sup>9</sup>.

V rodině mají být dvě děti s PAS, prostřední Mirka má být jako jediná z dětí až do svých 12 let zdravá. Matka píše velmi populární blog o svých autistických dětech, jedná se o osobní deník matky na sociální síti. V četných reakcích čtenářů na články je vyjádřen obdiv, podpora až adorování autorky blogu. K chodu rodiny, výchově, fotografiím dětí, osobě otce dětí se vyjadřují na internetu neznámí lidé, pravidelní odběratelé blogu či náhodní čtenáři. Ačkoliv oběma nemocným dětem je na blogu prakticky denně věnováno množství pozornosti, podrobná fotodokumentace společných činností s matkou, her, procházek atd., Mirce je zde z „pochopitelných“ důvodů věnováno minimum prostoru (nemá duševní poruchu). Mirka mámin blog čte. Z objektivního hlediska – ochrany soukromí dítěte – je tato pozice spíše výhodná, ale subjektivně se Mirce vlastní zdraví může paradoxně jevit jako handicap. Domníváme se, že matčino chování k dětem a matčín blog v mnoha parametrech signalizuje možnost „**internetové verze**“ **syndromu Münchausen by proxy** zejm. u zbývajících dvou Mirčinych sourozenců a bylo by podle našeho názoru velmi vhodné prověřit důkladně zdravotní a psychický stav obou zbývajících dětí (domníváme se, že za hospitalizace, ne ambulantně) a zaujmout k této variantě stanovisko.

### ad 3)

Na místě by byla bývala dlouhodobá psychoterapeutická práce s rodinou, která je náhlým rozhodnutím matky k ukončení spolupráce zmařena. Domníváme se, že je na místě o podezřeních na zkreslující a tendenční informace a na způsoby zacházení s dětmi ze strany matky informovat OSPOD, řádně podezření na Münchausenův syndrom by proxy (i ve formě „by internet“) zformulovat do propouštěcí zprávy a pokusit se zasadit o to, aby se legální cestou informace o rodinné

<sup>9</sup> U disharmonického vývoje hraničního je možné, že první vážnější selhávání, obvykle však rovnou velmi rasantní a závažná, začnou až v okolo puberty, a to právě v souvislosti s neschopností ustavit si identitu (což je v tomto období jedním z hlavních vývojových úkolů). Důsledkem je pak trvalý pocit vnitřní inkonsistence u lidí s hraničním disharmonickým vývojem a později poruchou osobnosti, a ten je zdrojem jejich selhávání.

situaci dostaly k odborníkům z regionu, kam se rodina přestěhovala (mimočodem, nejde o první stěhování).

## **Dovětek**

Moderní doba nabízí jistý „update“ münchausenových syndromů (vč. by proxy variant) v té podobě, že na internetu lze snáze a s věrností münchausenovské dynamice získávat zájem veřejnosti, její obdiv, pozornost, lze rovněž čerpat inspiraci pro smyšlené příběhy, žonglovat s příznaky, kreativně smýšlet příběhy a tyto lehce sdílet v sociálním prostoru s cílem získat adorující podporu a pozornost okolí (Feldman, Bibby, Crites, 1998).



# 7 | DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA PORUCH CHOVÁNÍ

*Hana Ortmannová*

Poruchy chování představují skupinu emočních a behaviorálních problémů, jejichž podstatou jsou potíže s vyhovováním pravidlům a s chováním podle společenských norem na úrovni přiměřené věku konkrétního dítěte nebo dospívajícího. Společným jmenovatelem všech poruch chování je nerespektování požadavků okolí, konkrétní projevy mohou být naopak velmi různé.

Klinikopsychologická diagnostika může zásadně přispět k posouzení motivačního komplexu, na základě kterého poruchy vznikají, čímž umožní mimo jiné zacílení terapeutických intervencí.

## **JIRKA, 13 let**

Jirka byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení na žádost ambulantního psychiatra, kde byl veden s diagnózami Somatoformní dysfunkce horního GIT, Smíšená porucha chování a emocí. Chlapec měl dlouhodobé a stupňující se potíže s dodržováním školní docházky, před hospitalizací odmítal do školy chodit úplně, před odchodem do školy udává pocity na zvracení, někdy i samotné zvracení, před hospitalizací popisováno až šestnáctkrát denně (častěji pocit na zvracení, případně „ublinkávání“ než samotné zvracení).

Jirka byl opakovaně somaticky vyšetřen, provedena podrobná diagnostika včetně gastroscopie, tělesná příčina obtíží byla spolehlivě vyloučena.

Rodina popisuje postupný rozvoj potíží se zvracením, gradaci zejména v posledních cca 2 letech, kdy se objevily první pocity na zvracení v souvislosti s plněním

školní docházky. Jirka byl v souvislosti s rozvojem potíží ambulantně psychologicky vyšetřen se závěrem: úzkostná symptomatologie s vazbou na školní situaci, s tendencí k somatizaci potíží, introvertní osobnost, snížené sebehodnocení, přátelskost, citlivost, ochota. Na základě tohoto vyšetření škola přijala podpůrná opatření, došlo ke snížení nároků, Jirka byl omlouván z výuky v souvislosti s nevolností. Ke zlepšení nedošlo, stav byl výrazně kolísavý, rodiče ho z výuky omlouvali, pokud ho do školy poslali, zvracel i ve škole. Poté, co jej matka vyzvedne, je doma „hodný“, „zaleze si a čte si“, matka se na něj nezlobí, „mám strach, že když na něj zařvu, že se zase pozvrací“.

V podrobnějším rozhovoru rodiče referují o dlouhodobé vzdorovitosti a výchovné náročnosti chlapce. Jirka je již od předškolního období nepřizpůsobivý, negativistický, odmítá autoritu pedagogů. Od raného věku ho rodiče popisují jako tvrdohlavého, urážlivého, zatvrzelého. Dlouhodobě je problém přimět ho k domácí přípravě do školy, k plnění běžných povinností. Dle matky je s efektem pouze „milá domluva“, kdy občas částečně vyhoví, postupně je z plnění běžných domácích povinností omlouván úplně. Jako vysvětlení absencí ve škole Jirka uvádí: „Do školy prostě nepůjdu, protože chci mít svůj klid“, „jestli mne tam pošlete, zase se pozvracím“. Rodiče mu všechny absence omlouvají. Škola opakovaně referuje o nedostatečné spolupráci ze strany chlapce, která zjevně nesouvisí s eventuální úzkostnou symptomatikou: chybí mu pomůcky, nedostatečná domácí příprava, odmítání spolupráce s učiteli, drzost, suverénní projev.

Na psychiatrickém oddělení se adaptoval zcela bez potíží, popisované potíže (nevolnost, zvracení) se během hospitalizace nikdy nevyskytly, od prvního dne navazuje kontakty s vrstevníky, běžně komunikuje s personálem se zjevnou tendencí překračovat hranice. Od počátku nedodržuje režim oddělení, není ochotný respektovat nastavená pravidla. Ošetřující personál pozoruje záměrné provokace ostatních dětí, zesměšňující komentáře vůči ostatním, předvádění se. S dětmi na oddělení se baví, vytváří různé party, je „středem dění“. Jeho chování je nutné opakovaně korigovat ze strany dospělých, napomenutí, vysvětlení, domluva mají krátkodobý efekt. K autoritám je drzý, arogantní, často odmítá spolupráci způsobem, že přestane komunikovat. Nebyly zjištěny autoagresivní ani heteroagresivní projevy, nevhodné chování je na úrovni komentářů, verbálního odporu, svéhlavosti, trvalého narušování a nedodržování pravidel.

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** Rodiče pacienta žijí v dlouhodobém manželství, vztahy v rodině popisují jako láskyplné, harmonické. Matka má středoškolské vzdělání, aktuálně je na rodičovské dovolené, pracovala jako personalistka, v období dospí-

vání byla krátce v psychiatrické péči (předávkování léky jako reakce na šikanu ve škole), od té doby je bez potíží. Otec má středoškolské vzdělání, pracuje ve stavebnictví, psychicky i somaticky je zdravý. Rodiče jsou nekuřáci, nemají zkušenosti s drogami, alkohol užívají příležitostně.

Pacient pochází ze 4 sourozenců, všichni žijí ve společné domácnosti. Sestra 19 let, je studentka gymnázia. Bratr 16 let, je student střední školy, maturitní obor. Dále má bratra, 1 rok věku. Všichni sourozenci jsou zdraví, bez psychiatrické péče, bez výraznějších výchovných problémů.

**Osobní anamnéza:** třetí gravidita matky, fyziologický průběh, porod spontánní v 38. týdnu, zeleně zkalená plodová voda, porodní hmotnost 2800 g/pородní délka 48 cm, poporodní adaptace bez komplikací. Kojen 2 roky, hygienické návyky udržoval cca od 1,5 roka. V oblasti motoriky probíhal raný vývoj bez opoždění nebo kvalitativních nápadností, vývoj řeči byl bez vážnějšího opoždění, popisována aktivní snaha o komunikaci, krátce byl v logopedické péči pro špatnou výslovnost.

Jirka navštěvoval MŠ od 3 let, adaptace na docházku problematická (odmítal se začlenit mezi děti, obtížně respektoval učitelku). MŠ doporučila chlapci vyšetření v PPP pro zhodnocení připravenosti pro školní práci a případné zvážení odkladu školní docházky. Rodina vyšetření nerealizovala, zaškolen byl v šesti letech. Od počátku školní docházky se vyskytly výrazné problémy, Jirka nespolupracoval s vyučující, zvažován byl dodatečný odklad. Následně po domluvě rodiny a školy opakoval první ročník ZŠ. Druhou třídu zvládl dobře, ale se zvyšujícími se nároky školní výuky docházelo k opětovnému narůstání problémů. Na základě doporučení PPP mu byl přidělen asistent pedagoga, jeho pomoc Jirka snášel úkorně, odmítal spolupracovat, konflikty s učiteli se stupňovaly, začaly velmi časté absence, prospěchově si vedl výrazně podprůměrně, několikrát byl hodnocen „nedostatečně“, dělal opravné zkoušky. Jirka školní neúspěchy bagatelizuje, „*mě to prostě nebaví*“, „*když mi to baví, tak se ani neučím a mám dobrý známky*“.

**Objektivně:** silnější postavy, menšího vzrůstu, vzhled celkově upravený, bez výraznějších nápadností. Mimika i gestikulace bez nápadností. Kontakt s psychologem navazuje na výzvu, příjmové lékařské vyšetření odmítá, vzdorovitý. Spolupráce v průběhu vyšetření kolísavá, převládá formální plnění úkolů bez větší angažovanosti. Lucidní, plně orientovaný. Psychomotorické tempo v širším průměru. Intelektové schopnosti a paměť orientačně podprůměrné. Pozornost bez narušení. Řeč hovorová, slovní zásoba přiměřená, odpovědi na dotazy logické, rozsahem úsporné (motivované nechutí k podrobnějšímu rozhovoru, je úsečný). Myšlení koherentní, nezjištěny formální ani obsahové poruchy. Poruchy vnímání nezjištěny. Nálada normoformická, emotivita povrchní, afektivita stabilní. Absence známek úzkostného pro-

žívání, chlapec neprožívá subjektivní pocity nepohody, ani je neudává v souvislosti s odchodem do školy nebo plněním školní docházky na oddělení. Konkrétní fobie vylučuje a nejsou pozorovány. Bez autoagresivních tendencí, nadměrná agresivita se nevyskytuje, častěji v odporu, vykazuje pasivně-agresivní projevy. Chuť k jídlu bez narušení, není vybíravý, v domácím prostředí volnější režim stravování („*doma se přežívám, plácám čokoládu, brambůrky, kolu...*“). Na oddělení spánek bez narušení, doma dle matky má tendenci k ponocování, je na mobilu, ráno pak dospává.

### Otázka k zamyšlení

1. Jaká je základní diagnostická rozvaha, o kterých poruchách můžeme uvažovat?

## Testové vyšetření

**WISC III** viz tab. 7.1.

**Tab. 7.1**

CIQ	77	Dop	5	Věd	5
VIQ	77	Kód	9	Pod	9
PIQ	78	ŘO	10	Poč	4
ISP	82	Kos	4	Slo	8
IPU	76	Skl	7	Por	7
IKO	69	HS	7	Oč	5
IRZ	88	Blu	7		

Chlapci chybějí základní školní znalosti, vykazuje povrchní způsob zpracování jednotlivých úkolů, při stoupající náročnosti nevyvine větší úsilí, ale rezignuje. Nízký skór v Počtech podmíněn nedodržením časového limitu, matematicky byl schopen operaci zvládnout.

**AAC:** formálně plní požadavek, příběhy dějově chudé, ale s výraznou dramatickou zápletkou za účelem šokování posluchače (vězení, šikana, domácí násilí, smrt). V příbězích obsažena často konfliktní témata, nabízí nekonstruktivní řešení situací, dominuje osobní neangažovanost a omezená schopnost empatie.

Např.: I: *no ta paní asi umřela, ten kluk kouká, jestli je mrtvá nebo tak něco. Nebo ještě je jenom nemocná, tak ten kluk přišel za ní. JAK TO DOPADNE? No buď pohřeb nebo se vyléčí. CO TEN KLUK? No asi zkoumá, jestli je mrtvá.*

**ROR:** odpovědi podává bez latencí, odpovědi zpracovává povrchně, ty vycházejí ze základních tvarů skvrny, ale jsou nepropracované. Viz tab. 7.2.

**Tab. 7.2**

I.	Nějaký <b>dvě ženy</b> . Q: <i>Jako z nějakého filmu, mají hlavy, ruce a takový šaty.</i> Připomíná mi to jako bych tam viděl nějaké <b>samuraje</b> nebo tak něco. Q: <i>Jako by měli helmu a byli fakt oblečení v nějakým tom obleku toho samuraje, jako by skákali.</i> Nějaký <b>zvíře</b> bych v tom možná viděl. Q: <i>Ocas, hlavu a tělo, připomíná mi to krávu, jak tady stojí.</i> <b>Obličej</b> tam ještě vidím. Q: <i>Obličej nějakýho člověka.</i>
II.	Jako by <b>obličej klauna</b> . To byla taková kauza, jak chodili lidi v masce klauna a vykrádali různě banky, tak toho klauna mi to připomíná. Ještě <b>dva lidi, co si podávají ruce</b> . Q: <i>Jako třeba, když si tleskají.</i> Tady jako kdybich viděl <b>motýla</b> . Tady jako bych viděl nějaký <b>palce</b> . Q: <i>Jako nějaký ruce.</i>
III.	<b>Nějaký ženský, co něco drží</b> . Q: <i>Jako takový umělecký, jako by nesly nějakou dýni třeba.</i>
IV.	Tady vidím <b>nohy</b> . Q: <i>Nějaký nohy, asi obří, podle toho, jak maj velkej ten palec.</i> Ještě <b>ruce</b> . Q: <i>Todle by mohly klidně bejt i ruce.</i>
V.	Jako kdybich tam viděl <b>motýla</b> . Q: <i>Velký křídla, malá hlava, prostě motýl.</i>
VI.	Jakože nějakéj <b>hmyz</b> . Q: <i>Jako nějakéj brouk, má to křídla.</i>
VII.	Jakoby <b>dva malý slony</b> . Mají chobot, nožičky, tělo.
VIII.	Jako bych tam viděl <b>vačice</b> . Prostě nějaký takový zvíře.
IX.	<b>Jelen</b> .
X.	Dvě <b>sněhový vločky</b> . Malej <b>lev</b> , jako když se protahuje. <b>Býk</b> .

### **ADOR:**

Matka POZ 4, HOS 2, POZ/HOS 5, DIR 1, AUT 4, DIR/AUT 1, NED 2.

Otec POZ 5, HOS 2, POZ/HOS 5, DIR 3, AUT 4, DIR/AUT 3, NED 1.

### **Otázky k zamyšlení**

2. Co jednotlivé diagnostické hypotézy po zahrnutí poznatků z hospitalizace a výstupů testového vyšetření podporuje a co svědčí proti nim?
3. Jaká je diferenciálně-diagnostická úvaha v rámci spektra poruch chování?
4. Jaké mohou být zdroje poruchového chování, které naopak hodnotíme jako nepravděpodobné?
5. Jaký je vhodný přístup v rámci hospitalizace na psychiatrickém oddělení?
6. Jaká jsou vhodná doporučení pro práci s rodinou?

## Komentář

### ad 1)

Chlapec hospitalizován pro vomitus susp. vlivem prožívání nadměrné úzkosti, zvažujeme tedy poruchu z okruhu **somatoformních poruch**. Dosud i ambulantně veden s dg. Somatoformní porucha horního GIT. Zároveň ale zjišťujeme dlouhodobé stížnosti na chování chlapce, které je v rozporu s kladenými požadavky, tyto problémy dominují i během hospitalizace. Na místě je zvážit diagnózu z okruhu **poruch chování** a pokusit se nalézt případné zdroje poruchového chování. K zamyšlení je, zda-li má zvracení souvislost s poruchovým chováním (a jakou) a jakou logiku má výskyt zvracení pouze ve škole. Podstatné pro stanovení zdrojů případné poruchy chování je zejména zmapování rodinného zázemí a osobnostního a kognitivního vývoje dítěte, zhodnotíme i případný podíl emočních poruch (eventuální nadměrné úzkosti) na vzniku potíží. Vzhledem k charakteru potíží bychom měli zmapovat oblast příjmu potravy a zvážit případnou **poruchu příjmu potravy**.

### ad 2)

**Somatoformní poruchy – somatoformní vegetativní dysfunkce zahrnující GIT:** U Honzy byla spolehlivě vyloučena přítomnost somatického onemocnění, po tělesné stránce je zdravý, jeho potíže nehodnotíme v užším slova smyslu jako psychosomatické. Opakované zvracení a nauzea naplňují kritérium přítomnosti opakovaných somatických příznaků bez somatického podkladu onemocnění. Výskyt zvracení má zcela zřejmý cíl, kterým je vyhnout se školním povinnostem, zřejmý sekundární zisk může být přítomen i u poruch somatoformních. Rozhodující je nalézt ve vyšetření argumenty, je-li Jirka schopen výskyt symptomů kontrolovat nebo ne. Potíže jsou neměnné, pouze stoupá jejich intenzita v situaci, kdy je ohrožený sekundární zisk. Okamžité vymizení potíží při změně prostředí, zároveň okamžitá úleva při dosažení cíle přispívají hypotéze, že Jirka je schopen výskyt poruch ovládat. V genezi potíží má nepochybně podstatný vliv i učení – podmiňování, především operantní. Zvracení totiž vždy úspěšně vedlo k vyhnutí se školní zátěži i k získání omluvné pozornosti rodičů a jejich ústupu z požadavku na byť bazální plnění školních povinností. Naopak za hospitalizace nebyl pozorován výsledek učení respondentního, kdy bychom předpokládali motivační komplex „škola způsobuje u Honzy zvracení“ (není předpoklad, že se změnou prostředí by spoj ze dne na den vyhasl anebo se symptomatika neproměnila v jinou z anxiózního spektra). Testové metody nepotvrzují výskyt emočních potíží, abscentuje úzkost, neprokazuje se depresivní prožívání, naopak

v projektivních metodách vidíme tendence k dramatizaci, nízkou schopnost empatie, tendenci šokovat examinátora. Subjektivní vnímání potíží může přispět k argumentaci proti této diagnóze, Jirka potíže nepopisuje jako omezující, neprožívá je jako subjektivně nepříjemné, ale naopak jako vedoucí k jeho cíli, do značné míry si je hýčká a operuje s nimi jako s výhrůžkou.

**Poruchy chování:** v průběhu hospitalizace jednoznačně dominují problémy s chováním chlapce, který zcela záměrně porušuje pravidla, je iniciátorem konfliktů, záměrně (ale především skrytě) provokuje děti i dospělé. Z dostupných informací vyplývá, že zjištěné obtíže jsou pro chlapce typické již od předškolního období a vyskytují se u něj prakticky trvale. Potíže se zvracením se objevují zejména v posledních dvou letech, nasedají na poruchy chování a jsou jejich součástí. Jedná se o chování se záměrem vyhnout se plnění povinností, příznaky jsou vůli ovlivnitelné, pacient příznaky vyskytnutím symptomů i vyhrožuje.

**Poruchy příjmu potravy:** poruchy příjmu potravy můžeme v tomto konkrétním případě vyloučit, chybí typický motivační komplex, Jirka se nezajímá o svou tělesnou hmotnost, zvracení není motivováno kontrolou příjmu potravy, nejsou přítomny epizody omezování jídla ani přejídání, ve spojitosti s příjmem potravy absentují výčitky, příjem potravy nijak nereguluje, chybí zvýšený zájem o tělesné schéma, vzhled. Jeho stravovací návyky jsou velmi volné, zjišťujeme spíše nedostatek dohledu a režimu v oblasti stravování.

### ad 3)

Podstatou poruch chování jsou velké potíže s vyhovováním pravidlům a s chováním dle společenských norem. Tento základní znak naplňuje Jirka bezesporu, jeho vnější projevy poruch chování jsou ale diskrétnější, než je obvyklé. Poruchové chování nemá charakter otevřené agrese k lidem ani ke zvířatům, není přítomné záměrné ničení majetku nebo zjevně delikventní chování, nepřikláníme se k dg. porucha chování socializovaná ani nesocializovaná.

Nedodržování pravidel se vyskytuje napříč různými prostředím, není tedy ani vázaná na vztahy v rodině. Nezjišťujeme žádné znaky svědčící pro ADHD, ani charakter potíží nesvědčí pro zvýšenou impulsivitu, sníženou schopnost ovládat své impulsy, hyperkinetickou poruchu chování nepotvrzujeme.

Nevhodné projevy nelze zlehčovat, narušování pravidel je přítomno prokazatelně od předškolního období a je popisováno jako trvalé, vyskytuje se tedy i v obdobích, kdy je zcela v rozporu s vývojovou fází dítěte (nelze je hodnotit

jako zvýraznění vývojově přiměřeného trendu, např. jako projev pubertální re-volty). Je provázeno provokací, škodolibostí a zákeřností, absentují výraznější pocity viny, Jirka má omezené schopnosti poučit se z trestu, není motivován ke změně svého chování. Uvažujeme diagnosticky mezi **opozičním vzdorovitým chováním a smíšenou poruchou chování a emocí**.

V ambulanci péči byl předpoklad, že potíže vznikají na podkladě prožívané úzkosti a psychické nepohody, susp. byla zvažována i porucha nálady ve smyslu **deprese**. Provedené vyšetření ale svědčí proti této hypotéze, klinicky ani testově (v ROR dostatečný počet odpovědí, pohybové odpovědi, párové odpovědi), není přítomen pokles ladění, sebehodnocení elevované, subjektivně je prožívaná bezstarostnost, nevyskytují se typické poruchy spánku ani příjmu potravy, absence úzkosti přítomná v průběhu celého vyšetření, naopak přítomna snaha šokovat posluchače, suverénní arogantní projev, povrchní emoční prožívání, nepřiměřená tendence k sebeprosazování i na úkor potřeb ostatních. Uzavíráme tedy na **opoziční vzdorovité chování a záměrné vyvolávání nebo předstírání somatických nebo psychických symptomů nebo tělesné či psychické neschopnosti (předstíraná porucha – F 68.1)**.

#### ad 4)

**Zhodnocení rodinných vztahů** ukazuje, že vztahy v rodině jsou chlapcem i rodiči hodnoceny jako pozitivní, emočně vřelé. V rodině vylučujeme závažnou sociální patologii, neuvažujeme o psychické deprivaci, rodina je přiměřeně sociálně adaptovaná, ostatní členové se chovají dle sociálních norem a pravidel. Jirka také pravidla zná a etické a společenské normy má adekvátně definovány. Ve výchově identifikujeme prvky, které mohly přispět k udržování potíží – výchova chlapce je hyperprotektivní, dlouhodobě pozorujeme nekoncepční řešení problémů (viz např. odklad školní docházky). Ve srovnání se staršími sourozenci můžeme předpokládat i slabší kognitivní výbavu chlapce, susp. lze očekávat na straně rodičů tendence k omlouvání a kompenzování insuficience dítěte. Zároveň i ze strany chlapce může být poruchové chování snahou upozornit na sebe v rámci rodinného systému, získat způsob, kterým se odlišuje od ostatních sourozenců, „prostor, kde vynikám“. Hlavní zdroj poruch chování diagnostikujeme v **narušeném osobnostním vývoji** chlapce, u kterého jsou zvýrazněny narcistické a pasivně-agresivní povahové rysy (problematická interpersonální oblast – v ROR vysoký zájem o interpersonální svět, ale omezená schopnost porozumění druhým a jejich potřebám; trvalý odpor proti plnění povinností;



bez otevřeně disociálních projevů; povýšené a arogantní chování; absence prožitků viny, malá chuť k nápravě; v AAC výrazné dramatické momenty a touha šokovat; nadnesené sebevědomí, podložené nereálnými představami o svých vlastnostech).

Nešťastným příspěvkem k zátěži je pak podprůměrný intelekt (nejen krystalická, ale i fluidní inteligence). Jirka je osobnostně disponován tak, že cítí potřebu se občas „blýsknout“, podat mimořádný výkon, být obdivován, k tomu není dostatečně nadaný, trpělivý ani poddajný. Jeho intelektová kapacita na to, aby dobrým výkonem ve škole zaujal a sytil svou potřebu obdivu, nedostačuje. Volí tedy v souladu s rýsující se osobnostní výbavou cestu vyhnutí se povinností, a to takovou, která jej nedevaluje a dává mu status nemocného (nelze očekávat, že by měl Jirka vědomý náhled na tuto komponentu motivačního komplexu).

#### ad 5)

S ohledem na diagnostické závěry jsou pro chlapce zásadní režimová opatření a důraz na dodržování nastavených pravidel. Při zavedení tohoto přístupu lze očekávat odpor a větší manifestaci potíží, vhodné je nastavit pravidla tak, aby jejich dodržování přinášelo chlapci adekvátní benefity. Nezbytné je zamezit získávání výhod z nevhodných projevů, ale docílit toho, aby respektování pravidel vnímal jako osobně výhodné a umožnilo mu tak alespoň formální přizpůsobení se požadavkům společnosti.

#### ad 6)

Vhodné je upevňování školních, potažmo pracovních návyků, rodinu vést k tomu, aby Jirka dodržoval školní docházku, k dohledu nad pravidelnou školní přípravou. V případě výskytu somatických potíží, důsledně dodržovat režim „nemocného“ a zamezit veškerým sekundárním ziskům z nemoci. V rámci rodinného systému vytvořit prostředí, kde by Honza mohl najít uplatnění, nemít školní výkon jako jediné kritérium úspěchu.

### ALŽBĚTA, 14 let

Alžbětka byla hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení po předávkování lékem Actrapid (používán ke snižování vysoké hladiny cukru v krvi u pacientů s diabetes mellitus), který si sama aplikovala. Jedná se o opakovanou záměrnou manipulaci s předepsanými léky, které si dívka svévolně aplikuje, i v tomto případě dívka sebevražedný úmysl v podstatě vylučuje. Dívka je poprvé psychiatricky

hospitalizována, zhruba v posledním roce se stupňují problémy s chováním dívky, rodiče se snažili řešit s pomocí ambulantní psychologické péče, Alžbětě žádný psycholog nevyhovoval, docházelo ke střídání odborníků, návštěvy byly nepravidelné, nedošlo k žádnému posunu.

Zjištěno bylo záškoláctví, opakovaně podváděla s omluvenkami, které si sama psala, k učitelům byla dívka drzá, nerespektovala jejich autoritu, Alžběta připouští drobné krádeže v obchodě i krádeže menších finančních částek doma (od rodičů dívka měla dostatečné kapesné, krádeže se jeví jako nesmyslné). V domácím prostředí časté hádky a konflikty s rodiči, Alžběta má tendenci rodiče podvádět, lhát jim, opakovaně utekla z domova – bez povolení šla večer ven za přáteli, poté se v noci vrátila. Dívka dále začala experimentovat s návykovými látkami, opila se, zkoušela kouřit.

Ve věku 12 let byla dívce diagnostikována cukrovka, po stanovení diagnózy vše vypadalo bez problémů, hodnoty glykémie se dařilo držet stabilizované, dívka dodržovala diabetický režim, na léčbě spolupracovala. V průběhu cca prvního půl roku po stanovení diagnózy se stav ale začal postupně měnit. Alžběta se naučila způsoby, jak lze podvádět (přepíjela se vodou, aby měla nižší hodnoty glykémie, z přístroje na měření hladiny cukru vyndala baterii, manipulovala s množstvím podávané medikace), důvodem bylo, že chtěla jíst běžná jídla a sladkosti, chodila se spolužačkami do kaváren a provozoven rychlého občerstvení, po porušení diabetického režimu se snažila záměrně měnit hodnoty glykémie, aby zakryla své prohřešky vůči nastavenému režimu.

Alžběta vývoj potíží subjektivně popisuje: *„prostě jsem to najednou přestala zvládat, já vím, že mám tu nemoc, ale prostě jsem jí nechtěla mít, tak jsem třeba přestala brát úplně inzulin. Přestala jsem si rozumět s kamarádkami, neměla jsem se s nimi o čem bavit, rozešla jsem se se svým klukem. Jediný, co jsem chtěla, je být stejná jako ostatní. Nechci se v ničem omezovat, navíc u mě to funguje stejně jinak, já můžu sníst, co chci a stejně mi cukr nestoupne. I doktoři to říkají, že jsem asi nějaká výjimka. Já to prostě nemusím dodržovat...“*

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** Oba rodiče mají středoškolské vzdělání s maturitou, matka pracuje jako fyzioterapeutka, otec podniká. Sestra již dospělá, dokončila střední školu, žije samostatně s přítelem. Rodiče žijí spolu, vztah popisují jako harmonický, funkční, sociální zázemí dobré. V rodině nebyla zjištěna žádná neuropsychiatrická zátěž.

Rodiče formálně velmi dobře spolupracují, aktivně se o Alžbětu zajímají, materiálně jí nadstandardně zajišťují. Oba prezentují výrazně kritický postoj k lékařské

péči: „*doktoři nejsou schopni stabilizovat hodnoty cukru u Alžběty, žádný psycholog jí vůbec nepomohl*“, zároveň na odborníky přesunují veškerou zodpovědnost za zdravotní stav dívky. Zjevná je nekritičnost k dívce a k jejímu chování, velmi benevolentní výchovný přístup.

**Osobní anamnéza:** žádné komplikace v prenatálním vývoji, porod v termínu, bez komplikací, poporodní adaptace dobrá. Prospívala dobře, kojena cca 1 rok. Raný psychomotorický vývoj probíhal bez opoždění nebo kvalitativních nápadností, stejně tak vývoj řeči a vývoj v sociální oblasti. Prodělala běžná dětská onemocnění. Bez vážného úrazu, v bezvědomí nebyla, otřes mozku nikdy neměla, operace žádné. Menstruace od 12 let, cyklus pravidelný, hormonální antikoncepci neužívá, sexuálně aktivní není. Ve 12 letech diagnostikován diabetes mellitus I. typu.

Dívka navštěvovala MŠ od 3 let, adaptace bezproblémová, je popisována jako šikovná, bez problémů v kolektivu. Zaškolená v 6 letech, prospěch na ZŠ nadprůměrný, nikdy neměla zhoršenou známku z chování. Po páté třídě nastoupila na víceleté gymnázium, kde z počátku zvládala učivo bez potíží. Poslední asi rok je charakteristický radikálním zhoršením prospěchu, opakovaným záškoláctvím, problémy i s respektováním autorit učitelů. Organizovanou volnočasovou aktivitu dívka nemá, dříve běhala závodně orientační běh, věnovala se gymnastice, tancování, hře na flétnu. Veškeré volnočasové aktivity opustila v průběhu posledních dvou let.

**Objektivně:** vzhledově odpovídá věku, běžného vzrůstu i postavy, dbá o svůj vzhled, nosí značkové oblečení, je upravená, ale nepůsobí přehnaně vyzývavě. V průběhu vyšetření i na oddělení spolupracující, ale spolupráce často spíše formální, respektive sama dívka určuje témata, o kterých je ochotná mluvit. O své nemoci (cukrovka) mluví na „odborné“ úrovni (používá lékařskou terminologii, vysvětluje principy onemocnění) není ale ochotná mluvit o svých pocitech spojených s nemocí. Pokud psycholog přistoupí na „její témata“ a modus komunikace, je spokojená, místy až zahlcující, pokud je vedena k subjektivně nepříjemným tématům, nespolupracuje a má tendenci rozhovor ukončit. Psychologickou péči otevřeně neodmítá, nicméně ke všem dosavadním psychologům (v ambulantní péči jich vystřídala asi pět) se vyjadřuje velmi kriticky, nikdo jí nepomohl, „*všichni se mnou chtěli řešit akorát cukrovku a o to nemám zájem*“. S ostatními dívkami na oddělení vychází bez konfliktů.

Psychomotorické tempo je průměrné, orientace plná všemi kvalitami. Mimika a gesta přiměřená, kopírující téma hovoru. Poruchy vnímání nezjištěny. Klinicky paměťové funkce průměrné, pozornost bez narušení, dokáže zaměřit

pozornost a soustředěně pracovat přiměřenou dobu. Emotivita přiměřeně diferencovaná, emoční prožívání potlačené, dívka má silnou tendenci nepřipouštět si negativní emoční prožitky, afektivita regulovaná. Nálada během hospitalizace bez hlubšího depresivního poklesu, pozorovány občasné dysforické rozlady (vzdorovitost, až rezonantní ladění). Klinicky nejsou pozorovatelné vnější projevy úzkosti. Myšlení koherentní, bez formálních nebo obsahových poruch, odpovědi na dotazy logické, rozsahem přiměřené. Intelekt klinicky imponuje minimálně v pásmu vyššího průměru. Bez poruch spánku. Chuť k jídlu má, problémy s příjmem potravy ve smyslu nedodržování diabetického režimu, kdy dívka vědomě porušuje pravidla (jí např. běžné sladkosti, nedodržuje pravidelnost stravování).

### **Otázka k zamyšlení**

1. Jaká je základní diagnostická rozvaha, o kterých poruchách můžeme uvažovat?

K hospitalizaci byla dívka přijatá na základě předávkování, s hospitalizací souhlasila pouze pod vlivem okolností, zejména zpočátku se ale k pobytu na oddělení stavěla značně kriticky. Po několika dnech přešla k formální spolupráci a dodržování pravidel. Režim oddělení dokázala respektovat zcela bez problémů, v hodnocení chování byla vždy mezi nejlepšími. V průběhu hospitalizace byly řešeny prohršky pouze vůči diabetickému režimu stravování, jinak dokázala své chování korigovat tak, aby významně nepřekročila výchovné hranice a pravidla oddělení. Vlastní poruchy chování se v době hospitalizace nevyšly. V průběhu hospitalizace dívka podstoupila intenzivní psychoterapeutický program, který z počátku plnila pouze formálně – Alžběta plnění požadavků na oddělení subjektivně chápala jako rychlejší cestu k propuštění z nemocnice a takto k němu i přistupovala. Po několika týdnech došlo k postupné změně v postojích dívky vůči léčbě, podstatné bylo, že rodiče trvali na dokončení léčebného pobytu (bylo nutno významně podporovat toto rozhodnutí ze strany personálu oddělení) a dívka se nedařilo z psychoterapeutické péče „utéct“, jak to dosud praktikovala v ambulantních podmínkách.

Psychoterapeutická práce se zpočátku dařila pouze se zaměřením na aktuální prožívání a potřeby dívky (jak se cítí v nemocnici; co by pro ni mohlo být přínosné, aby se teď cítila lépe), což dívka byla ochotná přijmout a nevnímala tyto témata jako ohrožující. Postupně Alžběta lépe vnímala své emoční prožívání, dokázala ho reflektovat a následně i o něm mluvit. Sama přinesla téma „problematického

vycházení s vrstevníky“, díky kterému postoupila až k pocitům, které má spojené s diagnózou cukrovky. Postupně byla schopna reflektovat pocity vzteku a strachu ze svého onemocnění, pocity osamocení, odcizení se od vrstevníků. Ke konci hospitalizace byla Alžbětka plně spolupracující, vstřícná, ochotná. Alžběta připustila závažnost a zejména nevhodnost svého chování, v rámci terapeutických dovoolenek projevovala aktivní snahu své chování změnit. Rodiče ke konci léčby popisovali výrazné zlepšení, lepší domluvu s dívkou, mírnější průběh konfliktů i zlepšení dodržování diabetického režimu.

## Testové vyšetření

**WISC III** viz tab. 7.3.

**Tab. 7.3**

CIQ	126	Dop	12	Věd	9
VIQ	119	Kód	13	Pod	11
PIQ	128	ŘO	16	Poč	17
ISP	112	Kos	16	Slo	13
IPU	157	Skl	12	Por	15
IKO	127	HS	15	Oč	12
IRZ	124				

Ve Vědomostech nezná stát s největším počtem obyvatel, neví hlavní město Řeka, nevyjmenuje oceány, v Počtech vypočítá všechny příklady s výjimkou jednoho v časovém limitu 2 bodů. V úkolech s časovými limity plní naprostou většinu úkolu v nejrychlejším limitu, patrná je silná výkonová orientace a vysoké ambice dívky u úkolů, kde se subjektivně vnímá jako schopná, relativní selhání v subtestu Vědomosti koresponduje s aktuálně negativním vztahem ke škole, dívka v těchto úkolech vydává minimální snahu, otázkami školského typu má tendenci opovrhovat.

**AAC:** úkol plní spíše formálně, příběhy jsou nápadné především absencí jakékoliv zápletky, respektive jakéhokoliv děje, dívka přehlídí i zjevně konfliktní témata, situace líčí jako zcela banální. Např. u IV. tabule: *asi holky ze školy, šly se někam projít nebo jsou třeba na tělocviku? CO SE TAM DĚJE? Toť otázka, těžko říct, no třeba si povídají, řekla bych, že se mají dobře. JAK TO DOPADNE? No asi půjdou zpátky...*

**ROR:** K testu přistupuje značně kriticky, opakovaně kritika objektu, je opatrná v interpretacích, nejistá ze situace, kterou nemá plně pod kontrolou. Viz tab. 7.4.

**Tab. 7.4**

I.	No to jsou teda ptákoviny, tydle skvrny, já mám hodně bujnou fantazii, tak třeba <b>obličej</b> .  Nebo <b>netopýr</b> .	Z celku vyjme D7, interpretuje včetně S = oči.  W, vnímá populárně.
II.	Uf, jakmile jsem uviděla tu červenou, představila jsem si <b>krev</b> , můžu to otočit i nějak jinak? INQ: je to úplně rozprsklý, jako když prostě kapka krve spadne na zem.  Tady to by mohlo být <b>srdíčko</b> .	W, tvarově není schopna uchopit.  D3, nejedná se o An
III.	Tady je <b>mašle</b> . Nebo by to mohla být <b>hlava mouchy</b> .	D3 Dd35
IV.	Tady je <b>hlava draka</b> .	D1
V.	Nějakéj <b>pták</b> .	W, vnímá populárně.
VI.	Tady vidím <b>vážku</b> .	D3
VII.	Nějaká <b>bysta</b> , jako vyobrazení člověka, hlava a kousek těla.	D2, vnímá populárně, není párová.
VIII.	Nějaká <b>šelma</b> .	D1, vnímá populárně.
IX.	To by mohl být <b>motorkář na motorce</b> .	D1
X.	Ježíš, to je nějaký moc barevný. Mohla by to být <b>ryba</b> . Nebo tady by mohl být <b>anděl</b> .	D12 D10

**Z rozhovoru:** největší přáním Alžběty je mít cukrárnu, chtěla by se živit výrobou a prodáváním dortů... ta nemoc jí přijde hrozně nespravedlivá, jediné, co by si přála, je být jako ostatní a moc jít normálně na zmrzlinu... Doma se o té nemoci nikdy moc nebavili, mluví pouze o tom, co Alžbětka musí dodržovat, jaká má omezení...

### **Otázky k zamyšlení**

2. Rozeberte podrobněji diferenciálně diagnostickou úvahu.
3. Jaké faktory mohou přispívat k rozvoji a udržování poruchy?
4. Jaká je prognóza vývoje poruchy? Jaká jsou vhodná doporučení při propuštění dívky z hospitalizace?

## Komentář

### ad 1)

Alžběčiny potíže hodnotíme jako rozvíjející se **poruchy chování** (záškoláctví, konflikty s autoritami, experimentování s návykovými látkami, nedodržování pravidel, manipulace s užíváním léků), v rámci diagnostické úvahy zvážíme, zda poruchové chování představuje syndrom jiné poruchy nebo se jedná o samostatnou diagnostickou jednotku (**F 91 – poruchy chování**), o jaký subtyp poruchy chování se jedná a popíšeme případné zdroje, které k rozvoji poruch vedly. Dostupné údaje z anamnézy ukazují na (minimálně časovou) souvislost rozvoje potíží se závažnou životní událostí – stanovení diagnózy cukrovky, poruchové chování může být tedy projevem **poruchy přízpůsobení s převládající poruchou chování**.

### ad 2)

Závažnost nevhodného chování nelze bagatelizovat, chování Alžběty je jednoznačně v rozporu se sociálními normami a překračuje „běžné zlobení“, má tendenci se stupňovat, není izolované na jeden způsob poruchového jednání, škála přestupků je poměrně široká napříč různými prostředími a trvá kriteriálně dostatečně dlouho. Otázkou je, zda se jedná o některou z poruch chování klasifikovaných v rámci F 91, či jde o spíše o **deformující vliv sociálně patologický**, anebo zda nacházíme **jiné zdroje poruchového chování** a kde by se dle MKN-10 měly klasifikovat.

Poruchy chování mohou vznikat na bázi **disharmonického osobnostního vývoje**. Zde nacházíme argumenty proti této úvaze, nevhodné chování se objevilo u dívky, která se dlouhodobě chovala dle společenských norem a požadavků, nenacházíme dlouhodobou linku stereotypně problémových vzorců chování či prožívání, abychom mohli uvažovat o disharmonickém vývoji osobnosti. Jedná se o dívku, která zná společenské normy a je schopná je dodržovat (argumentem mohou být i výsledky ve WISC III). Výrazný podíl na poruchách chování dále může mít **sociální prostředí**, ve kterém se dospívající pohybuje. Zde lze argumentovat tím, že rodina dívky je sociálně adaptovaná, nepředpokládáme vlivy emoční deprivace, nejedná se o prostředí „kriminální subkultury“, ve kterém by se dívka chovala dle očekávání svého okolí, chová se tedy v rozporu s tím, co se od ní očekává. Není zřejmý ani pokrývající vliv sociálně deviantně se chovající vrstevnické skupiny (vrstevníci už v tomto věku mohou mít vyšší význam coby vzory než rodiče). Zvážit můžeme i podíl **poruchy nálady** (s ohledem na zvažovanou suicidální motivaci), ale ani zde nenacházíme pádné argumenty

pro eventuální diagnózu **depresivní poruchy chování**. Nezjišťujeme pocity bezmoci nebo beznaděje, dívka má naopak výraznou snahu po sebeprosazení. Subjektivně neuvádí žádné potíže, sama situaci hodnotí tak, že „problémy mají lidé okolo, nikoliv ona sama“. Testově jsou přítomny známky, které by mohly poukazovat pro pokles ladění zejména v projektivních metodách (absence párových odpovědí, nízký počet odpovědí, početní převaha tvarové determinanty v ROR – ale v kontrastu s výraznými šokovými fenomény na II. a X. tabuli, chudost protokolů), z vyšetření je však zřejmé, že se jedná o výsledek dívčiny snahy udržet kontrolu nad testovou situací. Výkon v inteligenčním testu poukazuje na schopnost zapojit vnitřní síly a vykonat cílenou činnost se značnou energií a úsilím.

Jako hlavní zdroj poruch chování u dívky zjišťujeme **pocity frustrace** spojené s omezeními, které vyplývají z jejího somatického onemocnění, Alžbětka se nedokázala adaptovat na tuto životní změnu a nové situaci se přizpůsobit. Poruchové chování je syndrom, kterým se u dívky projevuje nepřizpůsobení se životní změně. Výkony v testových metodách diagnózu z okruhu poruch chování v rámci F 91 také nepodporují: v ROR nenacházíme obvyklou dramatickosti, agresivní obsahy, povrchní vztahovost k lidem, ale spíše neurotické fenomény. AAC je chudé, bez děje naproti očekávanému bohatému dynamickému protokolu s dramatickými zvraty.

**Porucha přizpůsobení s převládající poruchou chování:** tato porucha vzniká v období adaptace na významné životní změny. U Alžbětky zjišťujeme časovou souvislost potíží a stanovení diagnózy cukrovky. Subjektivně dívka žádné nepříjemné pocity neudává, ale i ona sama příčinu potíží shledává ve své nemoci, přestože je schopna ji definovat pouze na úrovni znalostní (rozumové). Nedokáže ovšem příliš specifikovat, co vlastně všechno nemoc znamená pro ni. Z rozhovorů vyplývá mj. popření negativních emocí, dívka proti nemoci vzdoruje a popírá její význam, snaží se argumentovat proti lékařským doporučením. Současně jasně deklaruje, že nemoc nechce, nemoc pro ni tématem tedy logicky být musí. Z dlouhodobější psychoterapeuticky zaměřené práce vyplývá, že nemoc dívce přináší pocity odlišnosti vůči vrstevníkům, a subjektivně dívce způsobuje výrazný sociální handicap. V projektivních metodách nacházíme úzkostné symptomy (šokové reakce na červených a barevných tabulích v ROR, nezralé odpovědi, celkové emoční stažení se v projektivních metodách, chudost protokolů, která nekoresponduje s inteligenčními výkony). Alžbětka nemoc přijala na rozumové úrovni, emoční prožitky potlačila a ventilovala je prostřednictvím poruchového chování.



**ad 3)**

**Rodinné prostředí:** Popření negativních emocí se jeví jako způsob užívaný napříč celou rodinou, který Alžbětku utvrzuje v jejích postojích a neumožňuje jí ventilovat negativní emoce s nemocí spojené. Zároveň rodina nenastavuje pevnější výchovné hranice, výchova je velmi volná, vůči chování Alžbětky nekritická. Dívka v poruchovém chování našla způsob, jak zvládat pocity frustrace, rodina svým omluvným postojem tyto způsoby upevňuje. Na nastavení pevných režimových opatření na psychiatrickém oddělení reaguje Alžbětka počátečním vzdorem, nicméně poměrně brzy dochází ke zlepšování stavu a dobré spolupráci s dívkou.

**Vývojové období:** Na vývoji a udržení poruchy se podílí i vývojová fáze dívky, je v pubertálním období. Pro dívku má enormní význam identifikace s vrstevnickou skupinou, přičemž cukrovku vnímá jako handicapující a závažně limitující. Nepřijetí diagnózy lze chápat i jako projev revolty vůči autoritám, kdy Alžbětka nedodrží režimová diabetická opatření zcela záměrně a projevuje tak vlastní autonomii.

**Osobnostní výbava:** Dívka je velmi silně výkonově orientovaná, je ambiciózní, cílevědomá. Svoji nemoc subjektivně vnímá jako slabost, v jejím vidění světa pro ni onemocnění představuje překážku v dosažení dokonalosti, kterou ona sama nemůže zcela ovládat, respektive nelze ji překonat dostatečným úsilím, což posiluje již zmíněné pocity frustrace.

**ad 4)**

Prognóza poruchového chování je relativně dobrá. Negativní projevy v chování jsou v přímé souvislosti s významnou životní změnou, zamezení jejich výskytu závisí na schopnosti Alžbětky emočně a kognitivně přijmout tuto změnu, rozhodující bude i změna v rodičovských postojích, včetně důslednějšího výchovného vedení. Předložený případ se pokouší ilustrovat, jak podstatné je stanovení zdrojů, na základě kterých poruchové chování vzniká, a tomu přizpůsobit i zaměření terapeutické péče, zároveň jsou zdroje poruchového chování podstatné při hodnocení prognózy (více než intenzita a konkrétní projevy poruchového chování, které mohou být i poměrně závažné, tak jak to vidíme u Alžbětky).

Jako vhodné se jeví individuální psychologické vedení dívky po propuštění z hospitalizace, ideálně v kombinaci s rodinnou terapií, která by dala prostor pro změny v celém rodinném systému. Vhodná je edukace rodiny se zdůrazněním nutnosti dodržování diabetického režimu, včetně kontroly užívaných léčiv. U Alžbětky (přes její vysokou inteligenci) zcela zjevně nemůžeme veškerou zodpovědnost přenést na ni, dívka na tuto zátěž není připravená emočně.

## JARKA, 11 let

Jarka byla hospitalizovaná na psychiatrickém oddělení na žádost ambulantního psychiatra, k hospitalizaci byla přivezena ze Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP). Tam byla umístěna krátce před hospitalizací, důvodem bylo podezření na sexuální zneužívání v rodině (Jarka barvitě vyprávěla spolužákům ve třídě o různých sexuálních tématech, maminka spolužáka pojala podezření na pohlavní zneužívání dívky. Toto bylo vyšetřováno PČR, podezření na sexuální zneužívání dítěte nebylo potvrzeno). V ZDVOP popisována dívka jako velmi konfliktní, vulgární, náladová, přestože zde strávila pouze několik dnů, její další pobyt zde vnímali vychovatelé jako zcela nepřijatelný. Usínala kolem 2:00 hodiny ráno, v noci budila své spolubydlící, tahala je za vlasy, snažila se povídat si s nimi. Ráno se spontánně budila kolem 7:00 hodin. V průběhu dne docházelo k častému střídání nálad, dívka i na malé požadavky reagovala velmi podrážděně, vzápětí se ale bez vnější pomoci sama uklidnila a začala běžně komunikovat. Problémy měla dívka i s dodržováním osobní hygieny, kdy často bouřlivě odmítala běžné každodenní činnosti jako čištění zubů, objevila se nepravidelná enuréza (při zabrání se do činnosti Jarka neodejde na záchod a pomoci se).

První nápadnosti a problémy s adaptací spolehlivě jsou popisovány od nástupu dívky do školy, kde si dívka zvykla s výraznými problémy. Dle pedagogů „živější“, nevydrží sedět v lavici, konfliktní, dráždivá. Problémy ve škole se stupňují, v posledním roce mimo popisované chování i agresivní konflikty se spolužáky.

Jarka v domácím prostředí dostávala kapesné, které ihned utrácela – nejčastěji si kupovala postavičky Mimoňů nebo jiné hračky, sbírala hokejové kartičky. V domácím prostředí měla přístup na internet, otec zpětně zjistil, že vyhledávala pornografické stránky a sledovala zde různá erotická videa. Jarka žije sama s otcem, ten její projevy z části přičítal tomu, že má dívka „takovou povahu“ (živá, hlučná), z části je vnímá jako problematické, vyžadující výchovné zásahy a snažil se je řešit (různé zákazy, vysvětlování – bez efektu).

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** Oba rodiče jsou vyučení, žijí odděleně, dívka je od rozchodu rodičů v péči otce (cca 6 let), s matkou je v pravidelném kontaktu. Polorodá sestra je již dospělá. V rodině se vyskytuje neuropsychiatrická zátěž – matka byla psychiatricky hospitalizovaná (deprese), sestra byla opakovaně psychiatricky hospitalizovaná (emočně nestabilní porucha osobnosti).

**Osobní anamnéza:** žádné komplikace v prenatálním vývoji, porod indukovaný v termínu, bez komplikací, poporodní adaptace dobrá. Prospívala dobře, jako

miminko popisována jako klidná. V novorozeneckém období rehabilitována Vojtovou metodou pro hypotonický syndrom, motorický vývoj byl opožděný, samostatná chůze až před dosažením druhého roku. Sociální vývoj bez kvalitativních nápadností, přítomna primární i sekundární intersubjektivita, hra běžná, dívka od mala zvýšeně mazlivá. Vývoj řeči opožděný, pomalejší rozvoj slovní zásoby, v péči logopeda pro špatnou výslovnost, nezaznamenány kvalitativní nápadnosti v řečovém vývoji, vývoj řeči spíše kopíroval celkově pomalejší vývoj kognitivních funkcí.

Somaticky dívka zdravá, nemocnost běžná, v průběhu života prodělala specifická vyšetření (screening metabolických vad, genetické vyšetření), bez relevantního nálezu.

Vzhledem k pomalejšímu vývoji nastoupila dívka do školy s odkladem školní docházky, nastoupila do třídy s malým počtem dětí, byla vzdělávána dle individuálního vzdělávacího plánu. Od počátku školní docházky jsou popisovány problémy s plněním nároků školní docházky, především ve smyslu neposlušnosti, neposednosti dívky. Dívka do školy chodí ráda, nemá pocit neúspěchu ve škole.

### **Otázka k zamyšlení**

1. Jaká je základní diagnostická rozvaha, o kterých poruchách můžeme uvažovat?

## **Komentář**

Dívka k hospitalizaci přichází ze ZDVOP, kde byly formulovány stížnosti zejména na **poruchy chování** (agresivita vůči dětem, náladovost, zvýšená pohotovost k agresi), které zachycujeme i dlouhodoběji (konfliktnost ve škole, dlouhodobé potíže s dodržováním pravidel a režimu), za předpokladu výskytu poruchy chování (ne na pozadí duševní choroby) bychom měli posoudit nejvýznamnější motivační zdroje těchto poruch (posouzení faktorů na straně rodiny – **kvalita výchovných vlivů**, případný výskyt sociální patologie; **disharmonický vývoj osobnosti** – vyloučit zejm. dissociální vývoj, ale nejen). Údaje z osobní anamnézy poukazují na opožďování vývoje již od raného dětství, uvažujeme tedy o možné **mentální retardaci s hyperaktivními projevy**, případně problematiku **ADHD** (dlouhodobé závažné opožďování vývoje a přítomnost typických „organických“ problémů s chováním – výrazná hyperaktivita, afektivní labilita, problémy exekutivních funkcí). Nacházíme ale i specifické symptomy pro **bipolární afektivní poruchu** v dětství (narušení spánku, expanzivní nálada, zájem o sexuální témata a sexualizované chování, nepřiměřené sebevědomí). Vzhledem k okolnostem přijetí (zcela neúnosné projevy po umístění do ZDVOP) můžeme uvažovat i o problematic-

ké adaptaci dívky na nové prostředí a odloučení od rodiny ve smyslu **poruchy přízpůsobení** s disruptivními projevy. Zejména zohledníme-li předpoklad sníženého intelektu, můžeme předpokládat, že nároky kladené na dívku v souvislosti se změnou prostředí již překročily její adaptační možnosti. V rozvaze nelze opominout ani fakt, že bylo vysloveno podezření na **pohlavní zneužívání** dívky (na základě sexualizovaného chování a zvýšeného zájmu o sexuální témata), je tedy nutné zhodnotit, zda ve vyšetření nalézáme případné psychické následky sexuálního zneužívání (**traumatickou sexualizaci**).

**Objektivně:** obézní postavy, běžného vzrůstu, vzhled celkově neupravený, postava již se znaky dospívání. Dívka se neobléká vyzývavě, nosí oblečení spíše s dětskými motivy, nicméně trička upnutá, chodí bez podprsenky, po upozornění na nevhodnost oblékání zcela bez náhledu s tendencí k vztekání. V průběhu vyšetření i na oddělení spolupracující, stojí o kontakt s dospělým, snaží se plnit požadavky personálu. Psychomotorické tempo zrychlené (v řeči, i v běžných činnostech), orientace plná všemi kvalitami. Mimika a gesta výrazná, místy až teatrální. Klinicky paměť podprůměrná. Dívka má velmi slabé autoregulační schopnosti, není schopna adekvátního volního zaměření pozornosti. Narušená tenacita pozornosti (krátká výdrž, časté samovolné střídání úkolů, nedokončování), oslabená koncentrace (lehká vyrušitelnost, nutné opakovaně kontrolovat soustředění na zadané úkoly). Emotivita labilní, afektivita neregulovaná, silné emoční reakce vznikají téměř okamžitě, rychle i odeznívají. Nálada během hospitalizace expanzivní, dívka je aktivní, sebevědomá, má chuť do všech aktivit, nepřipouští si neúspěch. Před hospitalizací popisována nálada jako rezonantní. Úzkostné prožitky nezachycujeme nebo pouze velmi krátké, prchavé. Myšlení chudé obsahem, stereotypní, konkrétní, v tempu zrychlené, někdy pro okolí obtížné sledovat tok jejích myšlenek, zejména pak asociační řetězce, které jsou povrchní, volné. Intelekt klinicky imponuje v pásmu lehké mentální retardace. V rozhovoru mnohomluvná, mluví bez ohledu na posluchače, není schopna respektovat běžné zásady rozhovoru, „druhého nepustí ke slovu“. Na oddělení je velmi hlučná, neustále něco komentuje, k někomu mluví. Poruchy vnímání nezjištěny. Poruchy spánku přítomny prokazatelně od umístění do ZDVOP, v době vyšetření nižší potřeba spánku, podrobnější vývoj potíží se nepodařilo zmapovat. Chuť k jídlu zvýšená, množství sněženého jídla musí regulovat okolí. Motorika není hrubě narušená, přítomna neobratnost v oblasti hrubé i jemné motoriky, pohyby zbrklé, špatně koordinované.

Silnější vztahová vazba k členům rodiny, dívka má vytvořené diferenciované vztahové vazby, jako nejsilnější vazba se jeví vazba k otci, který je i hlavní pečující

osobou, na oddělení je po otci významně stýskavá. Dívka má přátelské vrstevnické vztahy ve své původní škole. K ostatním dětem na oddělení se chová velmi vstřícně, ihned navazuje kontakty, nevýběrově si se všemi povídá. Vztahy na oddělení navazuje velmi povrchní, mezi dětmi není příliš oblíbená, ona sama ale toto během hospitalizace nereflektuje. Pravidla režimového oddělení plní s velkými obtížemi, přestože je zjevná velká motivace dívky zavděčit se, dodržovat pravidla a být pochválena, dlouhodobě selhává. Na oddělení se dostává do konfliktů s dětmi, které vyústily i v agresivní reakce dívky. V chování k personálu není dívka schopna respektovat běžná pravidla, dospělým často tyká, vyžaduje objetí, chce chodit za ruku s personálem.

## Testové vyšetření

Dívka plní testové metody s nadšením, bez náhledu na neúspěch, na dotazy často odpovídá ještě dříve, než jsou položeny.

**WISC III** viz tab. 7.5.

**Tab. 7.5**

CIQ	65	Dop	4	Věd	4
VIQ	67	Kód	3	Pod	7
PIQ	66	ŘO	6	Poč	3
ISP	69	Kos	5	Slo	5
IPU	68	SkI	4	Por	3
IKO	65	HS	4	Oč	3
IRZ	64				

V Řazení obrázků chybje již u položky Přejchod řeky, kde přehlédne podstatný detail. V subtestu Slovník není schopna vystihnout podstatu, prezentuje vše, co o dané věci ví. (Např.: deštník = *když prší, dáš si to nad hlavu, držíš to takhle rukou, aby ti nepršelo na oblečení a nebyla jsi mokrá, aby ses nemusela pak sušit...*), pokud jí chybí znalosti, zkouší tipovat (Vědomosti – oceány: *severní, jižní, západní*; delší měsíc v přestupném roce: *březen, duben nebo květen*).

**ROR:** V asociační fázi někdy obtížné rozlišit jednotlivé odpovědi, dívka volně přechází mezi jednotlivými reakcemi, asociační řetězce velmi volné, pro pozorovatele často nesrozumitelné. Odpovědi podává bez latencí, celkový čas administrace asi 6 minut. Viz tab. 7.6.

**Tab. 7.6**

I.	No to je něco černýho, to je nějaký pavouk, ne? Je to <b>pavouk</b> ? No je to něco černýho a v noci to není vidět, tak to je něco jako <b>vosa</b> .
II.	Vypadá to jako <b>jablko</b> , jako teda takový ten <b>jádrinec</b> , jak má to jablko, já mám ve škole kamaráda... (zcela se odklání od tabule k nesouvisejícímu dlouhému vyprávění) Já vím, co to je, to je <b>motýl</b>
III.	Tak to je <b>žralok</b> , ten má zuby a oči. A pak vidím něco jinýho, viděla jsem tam ty čáry, tak to je něco jinýho.
IV.	Tady vidím <b>ručičky, hlavu, tykadla, nožičky a křídla</b> .
V.	To je nějaký ten, jak mává křídly, to je <b>motýl</b> , ne?
VI.	To vypadá jako <b>list</b> , tady má <b>ruce</b> .
VII.	Jako <b>usměváček</b> , má pusku, zuby, oči, uši.
VIII.	To je jako <b>prdelka</b> , to mají holky i kluci
IX.	Tak to vůbec nevím, co to je, povíte mi to?
X.	Tak to jsou <b>pavouci</b> . Nějaká čára. Je tu <b>metr</b> . Nějaká <b>prdelka</b> . Nějaký čáry vidím. Taky <b>pavouk</b> tu je. Dvě velké <b>tečky</b> . <b>Křídla</b> . A malý <b>tykadla</b> .

**Test rodinných vztahů:** mezi členy rodiny zařadí otce (20 +/ 3 -/ konfliktnost 2), matku (9 +/ 6 -, konfliktnost 2), sebe (4 +/ 0 -, konfliktnost 4), pan Nikdo (2 +, 31 -, konfliktnost 1), dále zařazena dospělá sestra, té ale nepřirazuje žádný vzkaz (v době vyšetření již sestra žije mimo společnou domácnost).

**Kresby:** Obsahově chudé, vývojově na úrovni 6 let. Nápadné jsou především velikostí, kdy Jarka se s žádným obrázkem „nevejde“ na rozsah papíru, u lidské postavy většinou začne kreslit hlavu, která spolehlivě zabírá více než dvě třetiny prostoru, poté se snaží situaci řešit „vtlačení“ zbytku postavy, způsob provedení se stereotypně opakuje na všech obrázcích.

#### **Otázka k zamyšlení**

2. Jaké jsou společné symptomy ADHD a bipolární poruchy? Jaké symptomy by naopak mohly pomoci s diferenciací diagnózy mezi těmito poruchami?

#### **Komentář**

V předložené kazuistice jsou společné symptomy obou diagnóz. V klinickém i v testovém obraze dominuje narušení především volní složky pozornosti, dív-

ka je zbrklá v rozhodování, způsob zpracování úkolů je rychlý a povrchní (ROR, ŘO ve WISC III, kresby), neumí hospodařit s vnitřními silami, do každého úkolu nastupuje s velkou energií, ta ale rychle odezní a Jarka není schopna úkoly dokončit. Dívka je lehce odváděna vnějšími podněty, je snížena schopnost seberegulace a inhibice (na otázky odpovídá dříve, než jsou dokončené, chyby odhalí až poté, co úkol označila za hotový), narušené je plánování činností (kresby). Přítomná je impulsivita a hyperkinetické projevy, pozorujeme téměř trvalý motorický neklid. Zde nacházíme i hlavní zdroje selhávání dívky, která „naráží“ tam, kde se akcentuje dodržování pravidel a je nutné přizpůsobení se vnějším požadavkům (škola, ZDVOP, režimové oddělení). Dívka se bez rozmyslu pouští do činností, které jsou nad její síly, „dříve koná, než myslí“ (do činností ale nevstupuje na základě potřeby vyhledávat nové podněty nebo na podkladě nedostatku inhibice, jak bychom předpokládali u ADHD, nýbrž zejména na podkladě zvýšeného sebevědomí, kdy je přesvědčená, že dané činnosti skvěle ovládá).

Rozlišujícím kritériem jsou specifické symptomy pro **bipolární afektivní poruchu** (BAP), které u dívky nacházíme: přítomné **narušení spánku** (zejména snížená potřeba množství spánku – oproti tomu u ADHD typické problémy s usínáním); **nálada je expanzivní**, rychle cyklující, zároveň klinicky zřetelně přítomny propady do deprese, která se u dívky projevuje jako rezonantní a odmítavá nálada (kdy vidíme hádavost, odmítání elementárních požadavků), která kontrastuje se snaživou a motivovanou povahou dívky; vidíme **zrychlené tempo řeči i myšlení** (SLO ve WISC III, ROR – odpovědi podávané bez latencí, nízký reakční čas, vyšší množství detailů, na integraci detailů jí nezbývá čas, nabízí odpovědi v tempu jejího myšlení, naznačené poruchy myšlení (tab. I., VI.) se jeví jako produkt zrychleného myšlení, které vede k pseudoinkoherencím), sexualizované chování a předčasný **zájem o sexuální témata** (nápadný zejména v kontextu ostatních zájmů dívky – hra s Mimoni, sbírání hokejových kartiček) a extrémní **emoční instabilitu**. Rozlišujícím znakem je i vnitřní prožívání dívky: Jarka si nepřipouští zjevnou sociální i školní neúspěšnost, má **vysoké sebevědomí**, evidentní je absence sebepodceňování (dívka je přesvědčena, že zvládne kognitivní hádanky, sportovní úkoly, snaží se prosadit i mezi výrazně staršími dětmi), přes aktuálně nepříznivé životní podmínky (hospitalizace, omezený kontakt s rodinou) je dívka optimistická, veselá, s chutí do aktivit, nepřipouští si obavy z budoucnosti. U dětí se syndromem ADHD naopak častěji zjišťujeme snížené nebo kolísavé sebevědomí, zvýšenou úzkostnost, tendence k sebepodceňování, někdy až sociální stažení se vlivem opakované neúspěšnosti v kolektivu. Děti s ADHD typicky zažívají pocity nepohody, které nejsou schopny ovládat (částečně se může jednat i o důsledek

reakcí okolí dítěte, které na blízké lidi působí rušivě, dráždivě, bývá tedy často hodnoceno negativně, zažívá více kritiky a odmítnutí).

Mánie v dětském věku nemívá epizodický průběh, potíže bývají chronické a dlouhodobé (Drtilková, 2004, Geller, Delbello, 2005, Papolos, 2006). U Jarky jsou prokazatelné potíže po dobu několik let (minimálně od nástupu do školy), specifické příznaky svědčící pro BAP jsou přítomny spolehlivě asi rok (spolehlivé údaje o dřívějších příznacích již nejsme schopni zjistit). Na základě dostupných údajů se jako pravděpodobné jeví, že BAP u dívky nasedá na celkově opožděný vývoj probíhající v pásmu lehké mentální retardace s výraznou poruchou pozornosti s hyperaktivitou.

### **Otázka k zamyšlení**

3. Co by svědčilo pro a proti ostatním diagnózám ze základní diferencially diagnostické rozvahy?

## **Komentář**

**Poruchy chování:** V nevhodném chování chybí záměrná snaha překračovat pravidla, dívka je naopak velmi motivovaná k fungování dle pravidel, velmi kladně reaguje na pochvalu. Konflikty vznikají na podkladě její dráždivosti a neschopnosti regulovat afektivitu. Ve vyšetření nenacházíme znaky pro dissociální vývoj (dívka má vytvořené vztahové vazby, k lidem se chová empaticky a prosociálně, agresivita je v reakci na konflikt ve způsobu neschopnosti regulovat své projevy). Poruchy chování nelze vnímat jako samostatnou diagnostickou jednotku, ale jako symptomatický projev BAP.

**Porucha přizpůsobení s disruptivními projevy:** při podrobnějším seznámení se s případem je zřejmé, že potíže jsou dlouhodobé, nelze je přičíst pouze na úkor nepřizpůsobení se významné životní změně. I v samotném vyšetření nacházíme argumenty proti poruše – absence úzkosti, expanzivní nálada, nadnesené sebevědomí, zapojování se do aktivit, v ROR nejsou neurotické fenomény. Subjektivně dívka zcela bez negativních prožitků.

**Následky sexuálního zneužívání:** v případech iniciálních následků bychom očekávali u dívky zvýšenou úzkost, sebeobviňování, stud, pocity viny, ostudy. Okolí může pozorovat náhlé zhoršení školních výsledků, sebepoškozování, případně výskyt poruch chování, psychosomatické reakce, hostilní chování. U Jarky naproti tomu nacházíme absenci úzkosti, zvýšené sebevědomí a absenci studu v rozhovoru o sexuálních tématech. U traumatické sexualizace kromě odbrzděného



zájmu o sexuální témata (což u Jarky sledáváme) bývá v popředí i vnější důraz na sexuální roli (kokotérie, vyzývavost, strojení se), případně projevy v chování (excesivní masturbace, pobízení druhých k vzájemné sexuální stimulaci apod.). Tyto příznaky Jarka nevykazovala.

### **Otázka k zamyšlení**

4. Jaká jsou témata pro práci s rodinou a ostatními pečovateli obecně i v případě Jarky?

## **Komentář**

Při práci s rodinou bychom měli podrobně vysvětlit, že potíže dítěte jsou projevem psychického onemocnění a pomoci pečovatelům s přijetím nemoci dítěte. Rodina musí být připravena zajistit dohled a kontrolu nad fungováním dívky, pro lepší představu lze uvést rámcově mentální věk dívky (kognitivní úroveň odpovídá věku cca 6–7 let, úroveň socioemoční je ještě nižší, dle úrovně ROR kolem 5 let), který by měl být určující pro přístup rodičů k Jarce. Nutné je důsledné vedení v oblasti každodenní hygieny, Jarka v období, kdy převládala rezonantní nálada, odmítala poslouchat dospělé i v zcela běžných činnostech (čištění zubů, mytí). Vhodný je dohled nad stravováním (zejména pak zamezení nekontrolovanému přejídání). Rodina před hospitalizací významně podcenila kontrolu dívky ve virtuálním prostředí, konkrétně s rodiči probrat možnosti rodičovské kontroly pro bezpečné chování Jarky na internetu. Postupně je potřeba edukovat rodinu i Jarku o vhodném partnerském a sexuálním chování, rodinu připravit na nezbytnost užívání hormonální antikoncepce.

Rodina by měla být informována o riziku suicidálního jednání v dalším vývoji nemoci. Zejména u prepubertálních dětí jsou epizody poruchy smíšené, z hypomanického ladění rychle propadají do depresivní rozlady, nešťastnosti, a to zahrnuje riziko suicidálních úvah, které mohou vést až k realizaci suicidálního jednání.

Po ukončení hospitalizace dívka přejde do **následné ambulantní psychiatrické péče**, je pravděpodobné dlouhodobé užívání psychiatrické medikace. S ohledem na charakter potíží i aktuální intelekt nelze předpokládat, že dívka sama zajistí pravidelné užívání léků, toto je zodpovědnost rodičů.

Dívka je ve třídě s nižším počtem žáků, sama má ke škole pozitivní vztah, jako vhodný se jeví **návrat do původní školy**. Pedagog by měl být poučen o původu potíží dívky, zdůraznit, že rušivé projevy nejsou důsledkem schválnosti nebo záměrné provokace. Pro vlastní vzdělávání jsou v zásadě vhodné zásady pro práci

s dětmi s ADHD – úkoly zadávat jednotlivě a kontrolovat jejich plnění, dbát na kvalitu provedení, pobízet dívku k pečlivějšímu přístupu a opakované kontrole (aby zvládala). Umožnit Jarce častější střídání činností, po splnění úkolu umožnit odreagování (přinést něco učiteli, smazat tabuli apod.). Úkolem pedagoga je pomoci se znovu začleněním do třídního kolektivu, sledovat fungování dívky v kolektivu, zamezit nevhodným projevům Jarky (získávání si pozornosti šaškováním a předváděním se), naopak podporovat vhodné projevy, využít Jarčiny kamarádké a dobrosrdečné povahy. Při dobré adaptaci na školu je na místě zvážit vhodnou volnočasovou aktivitu.

## **Dovětek**

Diagnostika bipolární poruchy, respektive mánie v dětství, může být komplikována tím, že nebývají přítomny klasické manické symptomy jako velikášství a euforie, u dětí není typické ani střídání depresivních a manických period, to obvykle zachycujeme až v době dospívání a později v dospělosti. Děti samotné obtížně své vnitřní prožitky sdělují, to, co pozoruje okolí, jsou většinou různé projevy poruchového chování, emoční instabilita a dráždivost, které můžeme přičítat projevům i jiných poruch nebo nemocí. K úvaze o manických potížích nás mohou vést specifické příznaky, kterými jsou nepravidelnost nebo narušení fyziologických funkcí, rychlé střídání nálad (i v rámci jednoho dne), výskyt sexualizovaného chování.

# 8 | KOMPLEXNÍ DIAGNOSTICKÁ A TERAPEUTICKÁ PÉČE U PSYCHOSOMATICKÝCH PORUCH

*Oldřich Ďurech*

Klinicko-psychologická péče o děti s psychosomatickými obtížemi má svá specifika. Objevují se mnohdy jak psychické, tak i somatické symptomy, jejichž propojení není vždy zcela jasné. Rodina se chce soustředit pouze na jeden ze symptomů a úkolem psychologa je umožnit náhled na propojení s ostatními. V původním (užším) slova smyslu jde o psychosomatickou poruchu tehdy, kdy se na její etiopatogenezi podílely stejnou měrou vlivy tělesné i vlivy duševní a bez jejich interakce by k rozvoji onemocnění nedošlo. V širším slova smyslu se ovšem jedná o psychosomatické vlivy i tam, kde na počátku bylo somatické onemocnění, porucha nebo oslabení, které na sebe navázalo typické prvky emočního prožívání, nejčastěji spojeného s úzkostí, a zároveň často ovlivnilo vztahové vazby mezi jednotlivými členy rodiny. Tento proces probíhá ale i opačným směrem, kdy individuální vzorce emočního prožívání jednotlivců a rodinný systém, ve kterém se nemocný jedinec nachází, vytváří „živnou půdu“ pro rozvoj jedinečných projevů psychosomatických poruch.

Často citovaným pohledem na vznik psychosomatických onemocnění v rodině je koncept Salvadora Minuchina, který hovořil o psychosomatikogenní rodině. Předpokládal, že takováto rodina má typicky 4 hlavní charakteristické rysy a těmi jsou:

- vzájemná vztahová „propletenost“ (tedy nejasně vymezené hranice mezi jednotlivými členy rodiny, také tlak na to, aby rodina prožívala a chovala se jednotně a zesílení hranic rodiny vůči okolí).

- rigidita – malá schopnost přizpůsobení rodinných vztahů vývojovým tlakům a změnám v rodinné situaci
- hyperprotektivita mezi jednotlivými členy rodiny
- snaha o vyhýbání se řešení konfliktů či jejich popírání (Minuchin, 1999, s. 242)

V praxi však často nenacházíme tak jednoznačné podoby rodin a onemocnění, jak představují teoretické koncepty, nehledě na to, že i teoretické koncepty se na problém často dívají z odlišného úhlu. I Minuchinův model byl kritizován. Také v Česku existuje tradice rodinné terapie pracující s psychosomatickým onemocněním, historicky vycházející z prací P. Boše a J. Špitze a v současné době zastoupená hlavně školami Chvály a Trapkové (Lirtaps) a Institutem rodinné terapie Praha.

Diskutuje se, zda je vhodné, aby byla prováděna současně diagnostika a terapie. V péči o psychosomatické pacienty se však takováto péče často prolíná v souvislosti s měnícím se klinickým obrazem obtíží a i v důsledku nutnosti reagovat na aktuální potřeby pacienta a rodiny.

V podstatě u každého somatického onemocnění můžeme očekávat, že vyvolá nějakou psychickou odezvu. O psychosomatickém onemocnění však hovoříme tehdy, když vzniká trvalejší provázanost mezi somatickým onemocněním, jeho příznaky a psychickou – tedy zejména emoční reakcí, tj. tam, kde jsou somatické symptomy důsledkem interakce tělesných a emočních procesů, ev. jsou těmito vzájemnými vlivy udržovány a posilovány. Často také nacházíme spojitost mezi somatickým onemocněním a emocionální reakcí ostatních členů rodiny a vztahy v rodině vůbec (Trapková, Chvála, 2004).

## **TOMÁŠ, 7 let**

Rodiče přišli se sedmiletým Tomášem, protože se u něj rozvíjely projevy masivní úzkosti. V minulosti bylo dokonce vyjádřeno i podezření na PAS, protože chlapec téměř nevstupoval do sociálních interakcí s novými lidmi.

Byl hodně fixovaný na matku. Nedokázal spát ve své posteli, bál se tmy. Bál se hmyzu, nenavazoval mnoho vztahů s vrstevníky, nebyl dostatečně samostatný s ohledem na svůj věk.

Tomáš je v rodině nejmladším dítětem. Od narození ho provázejí nejrůznější zdravotní obtíže, které byly někdy až život ohrožující a zároveň se u něj rozvíjejí úzkostné obtíže a jsou přítomny projevy emoční nestability.

Při prvním setkání v ambulanci bylo Tomášovi 7 let a navštěvoval 1. třídu ZŠ. Na úvodní diagnostickou část práce navázala spolupráce terapeutická, která probíhala více než dva roky. Kontakt byl hodně nepravidelný, s až několikaměsíčními pauzami, z důvodu častých nemocí chlapce.

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** Tomáš je nejmladším dítětem starších rodičů (otec 58 let, matka 49 let). Oba již mají ze svých prvních manželství děti (synové 30, 29, 20 ze strany matky, syn 34 a dcera 32 ze strany otce). Tomáš se do nové rodiny narodil jako jediné dítě. Byl chtěný, radostně očekávaný, počatý z umělého oplodnění (in vitro fertilizace – IVF). Starší Tomášovi sourozenci jsou s rodinou v kontaktu, mladší děti ze strany matky v rodině ještě při Tomášově narození byly a postupně se osamostatňovaly.

Matka se léčí s úzkostně depresivní poruchou, užívá Asentru (sertralin). Je ze čtyř dětí, z primární rodiny si odnesla traumatické zážitky, kdy byla svědkem domácího násilí na své matce a sama prý zažívala psychické týrání, otec byl alkoholik. Její první manželství nebylo spokojené. Manžel byl prý také agresor, docházelo k domácímu násilí, od té doby měla noční můry a úzkosti. Když byly nejmladšímu dítěti 3 roky, tak se rozvedla. S prvním manželem se nestýká ona ani děti, děti berou jako tátu jejího druhého manžela.

Z otcovy strany rodina bez výraznějších psychických či zdravotních obtíží. Otec popisuje výchovu v původní rodině jako velmi náročnou, drsnou. Je nejmladší ze 4 dětí, ale do 12 let ho vychovávala spíše babička. Říká o sobě, že byl jako dítě bojácnější a trpěl podobnými úzkostmi jako Tomáš. Prý z toho vyrostl. Z prvního manželství má 2 dospělé děti, se kterými se pravidelně vídá, mají dobré vztahy.

Tomáš má s některými staršími sourozenci velmi pevné vazby. K nejstaršímu synovi matky je někdy trochu přirovnáván pro své potíže se soustředěním a podobností temperamentu. Prostřední syn matky je Tomášovi vzorem a rodinou je uznáván, protože si zvolil povolání profesionálního vojáka a také odjíždí na mise do zahraničí. To vyvolává v ostatních členech rodiny pochopitelně obavy. S nejmladším synem ze strany matky mají výchovné obtíže. Občas se kvůli němu rodiče doma hádají, protože nechodí do práce, dělá si dluhy. Potíže začaly v jeho 13 letech.

### Otázka k zamyšlení

1. Jaký vliv má primární rodina na konstelaci vztahů a výchovných přístupů současné rodiny?

## Komentář

Rodiče sami hovoří o tom, že vždy chtěli velikou rodinu, hodně dětí, tak jak to zažili sami. Proto pro ně bylo důležitou hodnotou, aby v nové rodině přivedli na svět společné dítě, protože dítě je pro ně pečetí vztahu, teprve

jím je rodina rodinou. Zároveň společná zkušenost z přísné či až agresivní výchovy byla zdrojem snahy o harmonickou rodinu a protektivní, přátelský přístup ve výchově vlastních dětí. Hodnotou je společné setkávání s dospělými dětmi.

Zejména u matky, ale i u otce se objevuje rychlý nástup úzkosti i při menších obtížích (rodinná nepohoda, zdravotní stav, něco se nezdaří...).

V případě psychosomatických pacientů je důležité brát v potaz rodinný kontext obtíží. Je tedy potřeba se podrobně ptát na rodinnou a sociální anamnézu, protože některé symptomy se mohou projevovat obdobně i u ostatních členů rodiny v různých generacích.

**Osobní anamnéza:** Tomáš je 4. dítětem matky a 3. dítětem otce. Těhotenství po IVF, protože matka po 3 dětech v prvním manželství prodělala sterilizaci. V novém vztahu, kdy se s partnerem po 3 letech vzali, chtěli společného potomka. IVF bylo úspěšné na 3. pokus, po 6 měsících po stimulaci a odebrání vajíček.

Tomáš byl velmi chtěné dítě. Průběh těhotenství byl bezproblémový a podle matky nejpohodovější ze všech jejich těhotenství. Chlapec narozen v 35. týdnu akutním císařským řezem pro odloučenou placentu. Poslední 2 dny těhotenství byla zjištěna hypoxie plodu. Porod byl velmi náročný, ohrožení na životě byli matka i syn. Matka málem vykrvácela. Po porodu následovala sedmidenní separace matky a dítěte, ta jej viděla jen v inkubátoru a měla zakázáno na něj i mluvit, aby ho nebudila. Matka si nebyla jistá stavem syna, protože neměla dostatek informací. Chlapec byl 3 dny na plicní ventilaci, následovala oxygnoterapie, byl krmený sondou, 6 dní probíhala fototerapie, domů propuštěn ve 14 dnech věku.

Raný psychomotorický vývoj byl v normě, do jednoho roku nebyl Tomáš výrazněji nemocný. Kojen byl do 3 let, přikrmován bez obtíží. Narodil se s velkým hemangiomem na ruce, jezdili od 6 měsíců do 1 roku pravidelně každý týden do nemocnice, zpočátku probíhaly i kratší hospitalizace – nejdříve farmakoterapie, která nebyla příliš efektivní, následovala léčba laserem, od 1,5 roku byl již v pořádku, zůstala jen malá jizvička.

Ve 12 měsících a ve 2 letech prodělal febrilní křeče (třes celého těla, promodrání, pěna u úst, trvání 10 min do příjezdu RZP). Byl převezen záchrannou službou do nemocnice, měl nestabilní teplotu.

Priorixem očkovan až v 3,5 letech – po očkování se objevila výrazná reakce, otoky, horečky, křeče. Byl proto i hospitalizován. EEG bez jasného nálezu.

Po prvním roce býval často nemocný. Míval opakované záněty průdušek, zápal plic, časté laryngitidy. Později byly diagnostikovány astma a alergie. Celkem byl za svůj dosavadní život 28x léčen antibiotiky, 10x hospitalizovaný, několikrát převážen rychlou záchranou službou do nemocnice.

**Emoční obtíže:** Vztah matky a Tomáše byl od počátku provázaný s úzkostí a pocitem ohrožení (život ohrožující porod a následná několikadenní nucená separace, léčba hemangiomu s častými hospitalizacemi, masivně zúzkostňující zážitek při febrilních křečích provázený převážením záchranou službou do nemocnice, hospitalizace.) Když o tom matka vypráví, dosud se jí vrací úzkosti z prodělaných traumat.

Dříve Tomáše všichni hodně ochraňovali a báli se o něj. Báli se tak, že ho ani babičky nechtěly hlídat, aby se mu u nich něco nestalo, aby něco nechtyl a neomrocňel. Tomáš spal do 8 let s matkou v posteli. Všem to přišlo normální, protože „co by jinak dělali, kdyby dostal záchvat“. Byl takto po ruce. Matka ho mohla i snadno utišit, když měl děsivé sny.

#### **Symptomy úzkosti:**

- ve věku 3–4 let měl chlapec afektivní záchvaty, kdy plakal, vztekal se, křičel: „Já chci svoji maminku! Ty nejsi moje maminka!“
- už od školky měl strach ze stínů; časté pareidolie – ve stínech viděl často mužské postavy, bál se jich, následně se bál všech stínů
- v 6 letech před nástupem do školy měl tiky v obličejí
- v 6 letech míval silné eidetické představy, až halucinatorního charakteru, kdy obsahem byly kritické promluvy rodičů o tom, jak špatně dělá věci
- těžké divoké sny, kdy byl těžko k probuzení a utišení
- odmítání nových věcí (nechce, byť i třeba ochutnat, nové jídlo)
- bojí se jít sám na toaletu doma i ve škole; musí s ním někdo jít, rozsvítit mu
- v noci spí s matkou v posteli
- hyperventilace a až panické ataky, které se objevují například při zabzučení včely, zahlédnutí pavouka; toto natolik, že strach ze zahlédnutí mrtvého pavouka v bazénu ho paralyzoval tak, že se málem sám utopil
- silně symbiotická, ale ne zcela jistá vazba s matkou (když byla matka na operaci v nemocnici, tak se na ni těšil, ale když se vrátila domů, odstrkoval ji, že je zlá)
- často se objevují i výtky, že ho nemá ráda

**Sociální anamnéza:** Ve školce se zadaptoval dobře, nechtěl pak ani chodit domů, ale chtěl si dál ve školce hrát. Do školy se těšil, má rád paní učitelku. Ve škole

potřebuje vedení, často se vzteká, když se mu něco nedaří. Říká: „To nedám.“ Učení mu ale většinou nedělá problémy, je hned se vším hotový. Prospěchově je mezi lepšími, má jedničky. Ve škole se projevovala plačtivost, pro kterou se mu ostatní děti vysmívaly. Úkorně prožívá horší známku než jedničku anebo černý puntík.

Vyrůstal v rodině se staršími, většinou dospělými sourozenci. Mimo známé prostředí cítí ke starším dětem a dospělým ostych. Mimo nejbližší sociální okolí s dospělými nekomunikuje, potřebuje dlouhý čas, aby se s nimi seznámil a adaptoval se na ně.

Po adaptaci je však prosociální a komunikativní. Největší potíže má se zdravotníky v rámci návštěv zdravotnických zařízení.

### **Otázka k zamyšlení**

2. Jak postavit vyšetření?

## **Komentář**

Je potřeba věnovat pozornost zejména následujícím oblastem:

*Výkon* – není aktuální zvýraznění úzkostného prožívání reakcí na školní zátěž, která klade až neadekvátní nároky na jeho rozumové schopnosti a tím ho vyčerpává a vede k masivnějším úzkostem?

S ohledem na předchozí záchvatovité obtíže (febrilní křeče, křeče po Priorixu) – není v pozadí organická porucha mozku?

*Osobnost* – jak prožívá, jak se vyrovnává s novými podněty, jak je zpracovává? Jak se vztahuje k druhým lidem?

*Rodinné vztahy* – o jakou jde rodinu, jaké jsou v ní vztahy, jaké copingové strategie rodina používá a jak reaguje na zátěž?

## **Testové vyšetření**

Tomáš navazuje kontakt velmi pozvolna. Při prvním setkání nenavázal ani oční kontakt s examínátorem. Byl obezřetný, často se přitulil, schoulil k matce. Při dalších návštěvách v průběhu vyšetření byl postupně čím dál tím vřelejší, komunikativnější, sdílnější.

Bylo vidět, že k psychologovi chodí rád. Výkonové testy plnil se zaujetím, snažil se podat dobrý výkon. Při dalších setkáních v kontaktu milý, vřelý, komunikativní. Postupem času dovede vyprávět i o svých prožitcích, zážitcích, fantaziích.



**WISC III** viz tab. 8.1.

**Tab. 8.1**

CIQ	113	Do	12	Věd	12
VIQ	107	Kód	11	Pod	11
PIQ	118	ŘO	13	Poč	13
ISP	104	Kos	13	Slo	11
IPU	118	Skl	13	Por	9
IRZ	109	HS	12	OČ	13
IKO	118	Blu	12		

Vidíme tedy, že celkové IQ je v pásmu vyššího průměru. Mírně lepšího výkonu dosahuje v performační oblasti, ale rozdíl mezi IPU a ISP není na hladině významnosti 0,05 signifikantní. Rozložení výkonu v jednotlivých oblastech je poměrně rovnoměrné. Scatter neukazuje na příznaky tzv. organicity. Mírný vliv úzkosti můžeme vidět v subtestu Porozumění, kdy více možností řešení může Tomáš zúzkostňovat.

**IDS - socioemoční vývoj:** Dokáže pojmenovat základní emoce. Nepozná pouze úlek, což může specificky souviset s jeho problémy vypořádat se právě se strachem a úzkostí, které ho v každodenním životě zahlcují a ochromují. Dokáže vyjmenovat situace, kdy děti mohou prožívat znázorněné emoce. Je schopen popsat, jak druzí lidé mohou regulovat emoce. U sebe to však popíše s obtížemi a v reálné situaci toho schopen není. Je zde patrné, že sociální interakce a komunikace může být ovlivněná výraznou úzkostí. Nejedná se tedy o neporozumění (to by mohl být okruh PAS), ale o úzkostnou poruchu.

**Ostrov rodiny** (Rieger, Vyhánková, 2001): Ostrov rodiny modelují společně s matkou. Tomáš modeluje idylický obraz, na kterém je rodina u jednoho stolu a v pozadí je dům, kde má každý své místo. Největší nápadností je to, že pro zobrazení sama sebe vybírá figurku malého miminka, které je v kočárku u maminky. Říká o tom, že se mu to tak líbí, když je s maminkou. Matce toto zobrazení také vyhovuje. Symbolicky podle ní zobrazuje její roli maminky, která se stará. To je pro ni důležité. Sama hovoří o tom, jak je pro ni důležité, když se celá rodina sejde pohromadě na oslavách, svátcích a ona se může starat.

Toto symbolické vyjádření můžeme interpretovat jako identifikaci Tomáše s dětskou rolí a až určitou snahu o regres, který zajišťuje ještě více péče a pozornosti v rodině. Přičemž tento model je vyhovující i pro matku. Při jiné příležitosti Tomáš opravdu hovoří o tom, že by chtěl stroj času a chtěl by, aby mu byly 3 roky.

### Otázka k zamyšlení

3. Jaký vliv mají okolnosti porodu a zvýšená nemocnost chlapce na prožívání, na vztah matka-dítě a na vztahy v rodině celkově?

## Komentář

**Hypotézy o vzniku úzkosti:** Problematický a náročný byl již vstup na svět – porod i poporodní adaptace. Tyto situace přinášely přirozené obavy, které se mohly u matky disponované k úzkostnému prožívání ještě zvýraznit. Takováto bazální úzkost zřejmě narušila i jistotu vztahové vazby. Další somatické obtíže (febrilní křeče, astma) tuto úzkost zesilovaly. Somatická onemocnění a s nimi spojená úzkost pak ovlivňovaly rodinné prostředí a vazby v něm takovým směrem, že dál znesnadňovaly vlastní chlapcovu separaci, získání dostatečné autonomie i sebedůvěry. Na Tomáše byla upřena velká pozornost a péče. Rozdělily se rovněž výrazné role obou rodičů. O Tomáše se starala matka.

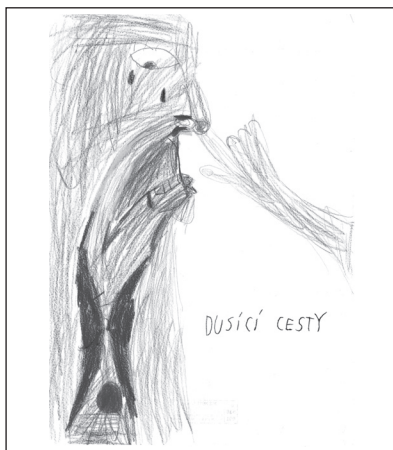
Otec se jí do toho podle svých slov nepletl. Tomáš na něj byl moc malý, křehký, otec se bál, aby mu neuškodil. Neuměl ho zapojit do svých zájmů – např. fotbal, kterým se dovedl přiblížit ostatním chlapcům



Obrázek 8.1



Obrázek 8.2



Obrázek 8.3

v rodině. Zároveň se Tomáš dostal do úzkého vztahu s matkou, se kterou stále usínal v jedné posteli.

Rodina také neměla příliš ochotu a ani energii řešit jiné obtíže, než ty, které souvisely s Tomášem. To, že se zastavil separační proces u Tomáše, částečně vyhovovalo i matce, která zažívala postupné opouštění rodiny staršími dětmi a Tomáš byl posledním dítětem, u kterého mohla zažívat svou důležitost „pečující, ochraňující maminky“.

**Práce s rodinou a rodinná terapie:** rodiče potřebují podpořit, aby Tomáše nebrali jen jako nemocné dítě a nebáli se ho normálně vychovávat a podpořili jeho samostatnost, vlastní identitu a přirozený separační proces. Brzdy v uplatňování běžných výchovných opatření a i ve vyžadování nároků jsou vytvořeny nejen somatickým oslabením chlapce, ale i negativní zkušeností rodičů s nepřiměřeně tvrdým výchovným stylem svých původních rodin. Vliv na aktuální výchovné působení má také reflexe pochybení při výchově staršího Tomášova bratra, který se chová problematicky.

Bylo důležité do terapeutického procesu aktivně zapojit otce (Trapková, Chvála, 2016). Jinak by se mohla opakovat situace z rodiny, kdy péče o „nemocného“ Tomáše spadala do kompetencí matky. Při konzultacích s celou rodinou tak bylo možné ihned ocenit otcovu iniciativu při výchově či reflektovat uspořádání rodičovských kompetencí a rolí.

**Individuální terapie:** Tomáš rád a aktivně pracuje na externalizaci svých úzkostí a obav. Dovede je pak podrobněji popsat. Popis mu přináší úlevu. V procesu externalizace nachází určitou vládu nad svou úzkostí (Gjuričová, Kubička, 2009). Někdy v kresbě i vyprávění převádí svůj strach až do karikatury (obr. 8.1) (strašidelné hlavy příšer převede na hlávky zelí) a tím umenšuje své obavy. Kreslí také stíny, kterých se bojí (obr. 8.2). Nakreslil si astmatický záchvat (obr. 8.3). Dovede potom lépe uvažovat i o tom, co dělat, když na něj zase nějaký přijde, nemusí se jich tolik bát. Přijde mu to snesitelnější.

Astmatický záchvat si představuje jako cesty které se svírají, zužují se a v krku si představuje i kuličku, která se nemůže dostat tímto zúžením a kvůli ní se pak nemůže nadechnout a dusí se. Jako kdyby mu zaskočilo. Zkouší si představovat, že se kulička zmenší, že si ji šťouráním v nose posune, rozšíří dýchací cesty. Směje se při tom. Astmatický záchvat již není zdrojem tak silného anticipačního strachu.

Přes externalizaci se dalo dobrat i ke konkrétnějšímu popisu vzniku strachu a úzkosti. Tomáš měl obavu, že když dostane v noci astmatický záchvat, tak bude sám. Neprobudí se mamka, protože na ni nedovede zakřičet, když se při záchvatu nedovede ani nadechnout. Vymyslel si proto, že má na stolečku zvoneček, kte-

rým zazvoní v případě, že se mu bude špatně dýchat. Představoval si, že má štít od Kapitána Ameriky, který ho chrání před příšerami, před nemocemi – v tomto tématu částečně zpracovával i obdiv ke staršímu bratrovi, který je voják a chrání naši zem. Štít má nyní i reálně nad postelí a při pohledu na něj se mu klidněji usíná, je na něj pyšný.

Na terapeutickou péči Tomáš hezky reagoval, začal techniky externalizace používat i doma s maminkou. Dovedl lépe komunikovat o svých obavách, to přinášelo zklidnění. Ale zdroje úzkosti se často proměňovaly a když se s jedním vyrovnal, přišlo něco jiného. Účinek psychoterapie byl před nasazením Sertralinu pouze krátkodobý.

**Terapeutický účinek psychofarmak:** Výrazně pozitivní vliv na odbourání úzkostného prožívání měl Sertralin (50 mg), který užíval od 8 let. Většina úzkostí, strachů se dala zvládnout. Došel si pak i sám na toaletu, pro pití. Zcela vymizely úzkostné vizuální představy. Začal více jíst, sám chodit do školy. Začal i sportovat. Přestal být tak často nemocný. Dokázal spát sám ve svém pokoji. Bylo uvažováno i o další medikaci (Atarax, Atomoxetin, Chlorprothixen), od té bylo nakonec upuštěno, protože terapeutický efekt Sertralinu dostačoval. Terapeutický efekt Sertralinu potvrzuje předpoklad, že zdrojem iluzorních vjemů byly masivní úzkosti, můžeme tak vyloučit i úvahu o možnosti počátku schizofrenního procesu.

Po nasazení Sertralinu zmizely velké projevy úzkosti, jejich „kvazi – psychotická“ hloubka, ale o to víc byla vidět úzkost ze somatického onemocnění. Proto se zesiloval význam psychoterapeutické péče.

Ke zlepšení psychického stavu Tomáše pomohla výrazně farmakoterapie, techniky externalizace, podpoření role otce a jeho větší začlenění do výchovy, podpoření separačního procesu od matky, větší samostatnost a kompetence v sebeobsluze. Tomáš si našel vlastní zájmy, kamarády. Také pomáhala pozitivní motivace, systém odměn za dobrou práci ve škole a za překonání některých obav při systematické desenzibilizaci (udělat jeden krok s baterkou doma v noci, podívat se na pavouka na obrázku a postupně další – psal si deníček úspěchů.)

Díky rodinné terapii začal otec více rozumět vzniku úzkosti u Tomáše a začal si více uvědomovat i vlastní nadměrné obavy o něj. Mohl tak začít citlivě využívat i svou otcovskou roli spojenou i s určitými nároky. Přestal se na Tomáše dívat jen jako na malé dítě, které patří do výhradní sféry péče matky. Naplnění průměrných nároků (např. ve sportu, v separaci od matky, v samostatném usínání) vedlo pak k zlepšenému sebevědomí Tomáše.

Podstatnou změnou ve výchově Tomáše bylo to, že se více zdůraznil společný rodičovský subsystém – díky většímu zapojení otce ve výchově, ale i díky většímu

času, který trávili rodiče společně. Tomáš se tak pomyslně přesunul od matky do subsystému dětí. Oba rodiče na něj začaly mít určité nároky, které byl schopen plnit.

Rodiče nyní říkají, že se snaží brát Tomáše jako zdravého kluka, který je občas nemocný, a ne jako nemocné dítě. U Tomáše v době terapie došlo i ke skutečnému snížení nemocnosti – což může ovšem být důsledkem posílení imunity dostatečně dlouhým kontaktem s patogeny v dětské skupině v MŠ i v 1. ročníku ZŠ (přirozená imunizace); zvažovat však můžeme i vlivy terapie: tedy zlepšení funkce imunitního systému v důsledku změn emočních (viz poznatky tzv. psychoneuroimunologie).

# 9 MOŽNOSTI, MEZE A CÍLE DIAGNOSTIKY A INTERVENCE U DĚTÍ PO SUICIDÁLNÍM POKUSU

*Karolína Malá, Hana Ortmannová*

V praxi dětského klinického psychologa lůžkového psychiatrického zařízení se relativně často setkáváme s dětmi, které jsou po závažných suicidálních pokusech. Kromě rutinní diagnostiky, která má za cíl upřesnit základní diagnózu, je cílem práce zaměřit se na prognózu, odhad rizika další autoagrese a hledání vhodných intervencí, které by mohly toto riziko snížit.

Je třeba konstatovat, že děti a dospívající, kteří se o sebevraždu pokusí, jsou velice heterogenní diagnostickou skupinou. V některých případech má suicidální pokus význam reagování na stres, často i subjektivně obtížně zpracovávaný na podkladě disharmonicky se rozvíjející osobnostní struktury, jindy jde o děti dystymní, depresivní, mentálně oslabené, ale častou variantou jsou i psychotičtí pacienti (děti se schizofrenií), kdy základní psychická porucha buď hluboce zasahuje frustrační toleranci, anebo jde o reakci na subjektivní utrpení vyplývající ze ztráty iniciativy, rozpad schopnosti vnímat konsistentně smysl reality, na pocíťovanou bezvýhodnost životní situace a zejména pak na ztrátu nakročených životních perspektiv v dospívání. Zvláště nebezpečná se nám jeví léčba antidepresivy u počínajících a zatím nerozpoznaných schizofrenií, kdy ordinované léky jako by dodaly odhodlání k realizaci sebevražedného pokusu. Je nutno ovšem současně dodat, že rozvíjející schizofrenie se jako deprese může přechodně klinicky jevit. Nechybí ani děti s poruchami příjmu potravy, chronickými nemocemi, anebo děti traumatizované obtížnými životními podmínkami či špatným zacházením. Samozřejmě pak může jít i o různé kombinace zmíněného. Obecně lze říci, že

jakákoli autoagrese (nejen suicidální pokus, ale i automutilace) zhoršují další prognózu jakékoli poruchy.

V české literatuře se problematikou suicidálního jednání dětí a dospívajících podrobně zabývají například Koutek a Kocourková (2003). V diagnostice, odhadu rizika a plánování intervencí v situaci, kdy dítě či dospívající je už po suicidálním pokusu nebo je sebevražedným jednáním ohroženo, se nám v souladu s nimi jeví jako zásadní zejména následující momenty:

- míra předpověditelnosti chování dítěte obecně; specifickou skupinu pak zde tvoří dospívající, kteří přistoupí k suicidálnímu jednání coby k „vabanku“ – reagují na aktuální stres a dají život v sázku s tím, že jakýkoli výstup (smrt nebo přežití) jsou vlastně rovnocenně přijatelnými výstupy. V dospělosti pak tento typ suicidálního jednání vidáme zejména u hraničních osobností.
- volba prostředku suicidálního konání
- přítomnost nebo nepřítomnost vážné psychopatologie (psychózy, těžší deprese, poruchy příjmu potravy, těžkého abúzu či závislosti na psychoaktivních látkách)
- copingová výbava a její účinnost
- míra podpory v rámci rodiny, u blízkých vztahových osob
- objektivní míra stresu
- aktuální emoční vyladění, vztek na někoho (zejména u dospívajících)
- problematická životní situace, špatné zakotvení ve vrstevnických vztazích, intrafamiliární násilí, ztráty zázemí
- vliv učení – zejména nápodoba (u dětí, v jejichž okolí někdo suicidoval)
- přítomnost fantazií, které slibují po smrti „lepší budoucnost“ nebo splnění přání
- míra odolnosti vůči běžné zátěži (děti přespříliš opečovávané, anebo děti, u kterých propukla vážná duševní porucha z okruhu psychóz, jsou ve zvýšeném riziku další realizace suicidálního pokusu; i běžná zátěž totiž může být pro ně subjektivně nadhraniční)
- zhoršený zdravotní stav, zvláště chronická nebo progredující onemocnění
- disharmonie osobnostní
- nižší nebo neproduktivní intelekt ústící ve sníženou schopnost hledat jiné řešení
- odchylnost či subjektivní nepřijatelnost sexuálních apetencí
- hluboká sounáležitost s kulturními nebo subkulturními hnutími, která vyzdvihují sebepoškození nebo sebevraždu jako druh hrdinství, ev. jako východisko z pocitů zoufalství a nespokojenosti.

Přinášíme v této kapitole tři kazuistiky, které popisují diagnostické a terapeutické úvahy autorek u dětí po suicidálních pokusech. Zvláště se budeme zabývat následujícími aspekty práce: vyproštění z aktuální životní nepohody (diagnostika aktuálního duševního stavu a první intervence), vybavení pro další život (řešení problémů, podpora copingu), rekonstrukce předchozího života (práce na smyslu – ukotvení „gestaltu“, hledání perspektivy, urovnání vztahů, náprava „škod“ atd.).

## MARCELA, 17 let

Marcela byla přijata do psychiatrické nemocnice poté, co spolykala mix léčiv v toxických dávkách i kombinacích. Jednalo se již o druhou psychiatrickou hospitalizaci, absolvovala dříve několikadenní diagnosticko-terapeutický pobyt na psychiatrické klinice pro potíže s chováním (konflikty s matkou, neposlušnost, nedostatek respektu, abúzus kannaboidů, občasná záškoláctví, pozdní příchody) a pro dysforické emoční výkyvy. Efekt hospitalizace v domácím prostředí byl spíše krátkodobý. Nynější suicidální jednání vypadalo tak, že se dívka na sociální síti rozloučila s kamarády, jedna kamarádka kontaktovala učitelku, ta babičku, babička pak dívku našla doma na lůžku spolu s dopisem na rozloučenou (rozhodnutí skoncovat se svým životem, protože jej nenávidí). Na somatickém oddělení, ze kterého byla přeložena, byl popsán polékový útlum, byly provedeny potřebné somatické intervence, objektivně byla dívka ohrožena na životě.

Matka dívku popisuje jako vždy aktivní, komunikativní, společenskou, zapojenou v různých sportovních a dalších volnočasových aktivitách, velmi soutěživou. Po prodělané mononukleóze s následkem zhoršení fyzické výkonnosti asi v 11 letech (již nevyhrávala, špatně to nesla) s kroužky skončila. První výchovné problémy se objevily mezi 13-14 lety, nafotila kamarádovi obnažené tělo. Od druhého stupně začaly opakované konflikty s třídními učitelkami, doma pak obviňování matky (afektivní výlevy, scény, napadení matky, když ji nechtěla večer pustit ven). Na gymnáziu měla opět problém s třídní učitelkou, která vyžadovala kázeň. Postupně občas nešla do školy, zanedbávala školní přípravu, pouze chodila ven s kamarády, chtěla si dělat, co chce, nemít žádné povinnosti, pozvolna byla registrována gradace potíží, matka sama kontaktovala OSPOD, dívka pak dva měsíce přechodně žila u otce, nato se vrátila „s prosíkem“ domů, že bude vše dodržovat, vydržela však jen 14 dní. Následovala změna v chování, stále se chovala svévolně, ale již neodporovala, nekomunikovala, nakonec na psychiatrické klinice byl prokázán abúzus kannaboidů.

Dívka popisovala svou situaci tak, že měla doma nepřiměřeně přísný režim, chodila ke kamarádovi na byt, zde kouřili marihuanu, matka nebyla s to toto ak-



ceptovat, ona se vracela pozdě domů. Postupně začala pociťovat kolísavost nálady, „*deprese z té trávy, tejdén předtím se se mnou rozešel přítel, že chce být sám...*“. Byla na psychiatrické klinice, „*nevyléčili mě tam, ztracený tři tejdny, vyléčila jsem se sama, dali jsme se dohromady opět s přítelem, ... ale máma mi stanovila pravidla... nemůže mi nikdo napsat pravidla, já si chci rozhodnout, kdy budu kde, ať s tím nepočítá... přišla jsem ze školy a chodila jsem domů tak ve 22 hodin, nechtěla jsem vidět mámu, byla na mě zlá, jako by mě fakt neměla ráda, měla jsem podporu jen v tom klukovi, vlastně mě živil...*“. K vlastnímu suicidálnímu pokusu uvedla, že „*byla jsem přichystaná do školy, on mi napsal, že už se mnou nechce být, prej když chci spát s někým jiným, tak ať jsem s ním... psala jsem mámě, jestli mě omluví ve škole, že jsem se zhroutila, a ona, že ne, že mám jít do školy, viděla jsem, že tady pro mě nikdo není... poslala jsem fotku na Instagram, že se loučím, kamarádka mi volala, nezvedala jsem jí telefon, šla to nahlásit... nikdy předtím jsem se zabít nechtěla... vzala jsem si asi 4 krabičky léků, pak jsem si dala cigo... věděla jsem, že se matka bude mou smrtí trápit, patří jí to...*“. Příchozí babička ji našla v bezvědomí. „*Máma pak byla za mnou v nemocnici, brala to, jako bych si zlomila ruku, z nemocnice jsem ji vyhodila, že s ní nechci mluvit... snad jí došlo, že jsem to myslela vážně...*“. Nyní v psychiatrické nemocnici je „*nejhorší poslouchat, nerada poslouchám, šťve mě to... na klinice jsme měli víc volnosti...*“. Úzkost nemá („*nevím, co to je*“).

## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** matka je vysokoškolačka, sociálně adaptovaná, běžně pečující, se zájmem o pacientku, výchovně je již ale poměrně bezradná a z celé situace, kdy se Marcela vymyká rodičovské kontrole, je nešťastná. Otec je vyučen, pracuje v technické profesi, po rozvodu v 1 roce pacientčina věku svou dceru 11 let nevidal, od 12 let se s ní stýkal málo a nepravidelně, žije sám. V 17 letech se dívka u něj pokoušela bydlet, nakonec se vrátila k matce. Matka žije v dlouhodobém partnerském vztahu s jiným mužem, soužití je poklidné, tento muž není nijak klinicky či sociálně nápadný. Pacientka je ve svých postojích kritická ke všem členům rodiny – otec je nesamostatný, matka přísná, matčín partner je divný, neseď jí, jeho 17 letý syn je neschopný a dotěrný.

**Neuropsychiatrická zátěž:** psychiatricky se nikdo neléčil, v otcovské linii teta a babička spáchaly dokonané suicidium, podrobnosti nejsou známy.

**Osobní anamnéza:** těhotenství, porod, poporodní adaptace probíhaly fyziologicky, vyvíjela se v útlém dětství velmi dobře, nebyly žádné nápadnosti, prospívala. Tělesně je zdravá.

První problémy začaly být v mateřské školce, dívka odmítala docházet do školky, měla záchvaty vzteku (trhání oblečení, bouchání pěstmi do země a zdi), chovala se konfliktně ve vztahu k dětem, kazila jim kooperativní hru, participovala jen na hrách soutěživých, kde chtěla vyhrávat a bývala i úspěšná. Již zde byla potřebná jednorázová intervence psychologa přímo v MŠ. Nastoupila v termínu do základní školy, zde byla v prvních ročnících premiantkou, neměla obtíže s osvojováním si trivia, ve 4. třídě začala nosit i dvojky, postupně začala pracovat pomalu, prospěch se zhoršoval napříč předměty. To vedlo k vyšetření v PPP, odtud přišel závěr o dyslexii, dysortografii, dyskalkulii a poruše pozornosti s hypoaktivitou, dívka dostala úlevy a individuální vzdělávací plán, ten měla po zbytek povinné školní docházky. Zrychlila poté tempo i snahu a začala nosit opět převážně jedničky, postupně dvojky. V 8. třídě měla první trojku na vysvědčení („*neučila jsem se, bylo to lehký pro mě*“). Měla na druhém stupni spory s třídní učitelkou („*podrážela mi nohy, gymplem jsem jí pak ukázala, že jsem byla lepší než ty její děti*“), symetrizovala s ní, formální kázeňské postihy ale neměla nikdy. V době hospitalizace je ve 3. ročníku gymnázia, zde se učí do trojek, jednou měla dvojku z chování za záškoláctví, do té doby i potom byla ve škole kázeňsky bezproblémová. Svou pozici na gymnáziu hodnotí tak, že „*jsem hodně oblíbená, samo..., holky se mi snaží vnutit*“. Chtěla by jít studovat medicínu. Mimoškolní aktivity opustila poté, co v nich přestala vynikat, začala si obyčejně stěžovat, že ji to nebaví a že si v kroužku či oddíle nerozumí s lidmi.

Ve 13 letech poslala obnažené fotografie spolužákovi, ten je rozeslal po třídě (sděluje beze studu). Je sexuálně aktivní od 15 let, vztahy neudrží, obyčejně je to ona, kdo vztahy končí, leitmotivem bývala vždy nějaká urážka nebo pocity nudy. Delší vztah (řádově měsíce) měla onen poslední, i ten byl kolísavý, rozcházel se a scházeli, tento partner jí současně poskytoval marihuanu, nakonec se on odhodlal vztah ukončit a pacientka na to zareagovala intoxikací léky.

Má zkušenosti s návykovými látkami, víkendově popíjí alkohol až k opilosti, od 15 let kouří, v době hospitalizace i 20 cigaret denně, v 15 letech měla prvně marihuanu, pak ji za rok začala kouřit častěji, ale ne denně, ani po propuštění z předchozí hospitalizace plně neabstinovala. Nevidí problém ve svém věku ve vztahu k psychoaktivním látkám („*věk je jenom číslo, důležité je, že s tím umím zacházet*“). Není odhodlána k abstinenci ani nyní, návykové látky jí redukuje pocity stresu.

Self-koncept: „*je to podle nálady, když mám dobrou, tak jsem hodně pozitivní člověk a hodně pomáhám lidem s problémy, poradím jim, jsem hodně společenská, hodně dobře se seznamuju, v novém kolektivu se hned začlením, jsem oblíbená ve*

*škole, občas i u učitelů, ale když mi někdo nesesedne, tak ho ani nechci poznat, vyčlením ho rovnou ze života... při špatné náladě jsem hodně tichá, přemýšlím o světě jako takovém, ale nedávám to najevo, nechci, aby se mě lidi ptali, co se stalo, musím si sama udělat názor..., nevydržím u jedné věci dlouho, jsem líná, když něco nechci, tak to fakt nedělám, nerada poslouchám lidi na slovo, udělám si co chci, jsem hádává, když mě někdo našťve...“.*

**Objektivně:** přiměřeně upravená, pohledná dívka, kontakt navazuje spontánně, spolupracuje dobře, snaživá, záleží jí na podání dobrého výkonu, pokud se jí nedaří, lze pozorovat skluzu do lehké dysforie a devalvace úkolů. Z hlediska hodnocení základních psychických kategorií (orientace, paměť, myšlení, nálada, emocionalita, vnímání, atd.) je zcela bez psychopatologie. Za zmínku stojí celkový projev dívky: je pozorována sebedůvěra, egocentrické postoje, při nevyhovění opoziční tendence, pohotovost k průběžné devalvací ostatních (dospělých i dětí). Režim oddělení dodržuje bez obtíží, bývá v živém kontaktu s ostatními pacienty (kteří si občasně stěžují, že je Marcela různě zraňuje svými poznámkami, nezájmem, a pod). Suicidální pokus popisuje jako impulzivní reakci v souvislosti s nehodou s matkou a rozchodem s přítelem. Je nekritická k abúzu návykových látek, záškoláctví, ale i k okolnostem přijetí („je to zbytečné, už bych to neudělala“; vinu přisuzuje matce). Somatická trias: Spí dobře, chuť k jídlu v normě, libido též.

### Otázka k zamyšlení

1. Jakou máte vstupní diagnostickou hypotézu, jak byste volili strategii vyšetření a s jakými záměry

## Komentář

Vstupní diagnostickou hypotézu učiníme poměrně snadno, situace je přehledná. Nic nesevčdí pro depresi coby samostatnou diagnostickou jednotku, ani pro schizofrenní poruchu, dívka je tělesně zdravá, vyrůstá v doplněné rodině s urovnanými vztahy. V posledním roce vykazuje ale **poruchy chování, spíše nesocializovaného typu** (její vztahy jsou nápadně nestabilitou, druhé potřebuje k porovnávání se, uplatnění své kompetitivnosti, potvrzování si vlastní hodnoty, ale ne k angažovanému vztahování se). Je (i navzdory věku) abuzérkou více návykových látek, z čehož největší kolize s výkonem očekávaných rolí adolescentní slečny činí abúzus marihuany. Na alkoholu ani marihuane není závislá (mj. dokáže látku neužít, pokud se k tomu rozhodne). Tedy diagnostikujeme **škodlivé užívání**. Alkohol, drogy i nikotin užívá jako relaxační prostředky, ev.

využívá jejich anxiolytický efekt. Suicidálním jednáním zareagovala na subjektivně pocívaný stres, tj. je na místě diagnostikovat **akutní reakci na stres**. Dívka však přikládá vyšší význam tomu, že se nedohodla s matkou na absenci ve škole, než tomu, že se rozešla s chlapcem. Diagnostická úvaha by tedy měla jít dále – je na místě položit si otázku, čím je podmíněno to, že neprosazení si své vůle vede k takové zátěži, že pacientka zariskuje svůj život (je zřejmé, že akt sice měl do značné míry komunikační význam, ale letálně neskončil dílem náhody; šlo o „vabank“ jednání zmíněné v úvodu kapitoly). Je tedy na místě zabývat se podrobněji osobnostním uspořádáním, mírou odolnosti/fragility osobnosti, vztahovou realitou, výbavou dívky pro zvládnání zátěže, atd. Za pozornost stojí také fakt, že u dívčina konání můžeme najít prolínání auto– a heteroagrese. Zaútočila sice proti sobě, ale s vidinou, že tak způsobí doživotní trápení matce, která to podle jejího mínění zasluhuje.

Jako vhodná diagnostická strategie se nabízí vyšetření intelektu (dívka je ambiciózní a je příhodné vědět, zda ambicím odpovídají schopnosti; v případě zjištění disproporce bychom identifikovali další potencionální zdroj zátěže). K diagnostice osobnosti a vztahů se nabízí přistoupit ze tří úhlů pohledu a tyto porovnat: vyhodnotit klinicky nabytá data, získat představu o výstupech testových technik projektivního charakteru a zařadit i dotazníky, které zpřístupní uvědomovanou sebepercepci a percepci okolí dívkou.

Prozatím víme, že dívka je do značné míry problematickou od věku socializace v předškolním věku, vztahovým stereotypem je jistá vývyšnost, kompetitivnost, křehká suverenita, narcistní pohrdání lidmi, pravidly, atd. Prezentuje se jako tvrdá, nesentimentální, vyrovaná dívka, které nemají odborníci a léčba co nabídnout.

## Testové vyšetření

**WAIS III:** CIQ 114, VIQ 111, PIQ 115, IVP 111, IPU 109, IPP 108, IRZ 118. Nejnižší je ŘPČ (VS 10), nejvýše Symb-Kód (VS 15), jinak všechny ostatní subtesty se pohybují v rozmezí 11-13 VS. I kvalitativně je výkon bez větších nápadností.

**HSPQ:** vážené skóry škál<sup>10</sup>: A = 5, B = 10, C = 3, D = 8, E = 10, F = 8, G = 1, H = 5, I = 6, J = 8, O = 10, Q<sub>2</sub> = 3, Q<sub>3</sub> = 3, Q<sub>4</sub> = 10; Q<sub>1</sub> = 7, Q<sub>II</sub> = 10, Q<sub>III</sub> = 10

<sup>10</sup> A = uzavřenost/bezprostřednost; B = nízká/vysoká inteligence; C = citová nestálost/stálost; D = klidnost/vznětlivost; E = poddajnost/průbojnost; F = sklíčenost/nadšenost; G = svévolnost/zodpovědnost; H = plachost/smělost; I = citová tvrdost/citová choulostivost; J = družná aktivnost/individualistická zdrženlivost; O = sebedůvěra/úzkostní nejistota; Q<sub>2</sub> = závislost na druhých/soběstačnost; Q<sub>3</sub> = nedostatek sebevědy/sebevěda; Q<sub>4</sub> = nízké/vysoké pudové napětí; Q<sub>I</sub> = společenská introverze; Q<sub>II</sub> = úzkostnost; Q<sub>III</sub> = sebeprosazení.

**ADOR:** Matka: POZ2, DIR5, HOS5, AUT1, NED4, POZ/HOS1, DIR/AUT5. Otec: POZ 1, DIR 3, HOS 5, AUT 2, NED 4, POZ/HOS 1, DIR/AUT 4

**AAC** (interpretace): Spontánně vytváří dlouhé, rozvité příběhy s poměrně dramatickým akcentem. Emoční diferenciaci se jeví dobrá, ale nízká je míra empatie, hlavní protagonistka je primárně soustředěná na vlastní potřeby ve vztazích, očekává vyhovění svým přáním, protokolem se nesou známky egocentrismu. Významy interpersonálních situací postihuje pacientka správně (přiměřené porozumění sociální konvenci), nicméně popisuje spíše negativní vztahovou zkušenost, zachycena je projekce konfliktního vztahu s matkou, identifikační postava je téměř bez výjimky konfliktogenní, jedná svévolně, do popředí klade neporozumění ze strany druhých, ve vztazích se ukazuje osobní důležitost polarit dominance – submise, neochota k podřízenosti a ke změně. V řešení konfliktů nabízí pasivitu (pasivní resistenci) spojenou s agresí (naštvaností).

**ROR** (inquiry je zestručněno) viz tab. 9.1.

**Tab. 9.1**

I.	Tady to je <b>vlk</b> , kterej <b>vyje</b>	Q: Dd28, odkaz na tvar... hlava vlka
	Tady je <b>křídlo od nějakého velkého ptáka</b> , sokola třeba	Q: Dd34, na obou stranách, tvarem
	Celý mi to přijde jako velká <b>můra</b>	Q: W, odkaz na tvar, je to ošklivý... že je to černý
II.	Tady to je <b>kočka, zvedá packu, dvě kočky</b>	Q: Dd v D2 + Dd z D1, vytvoření vlastní kontury, odkaz na tvar
	Tohle mi přijde jako <b>srdíčko s rohama</b>	Q: D3, že je červený a tady má ty rohy (Dd25)
	A tady ty dvě strany jako <b>zajíc</b> nějakej	Q: D6, odkaz na tvar, jako v zrcadle
III.	Jako by <b>někdo padal</b> , jumping, <b>lano, nějaký člověk</b> . Na druhé straně taky	Q: D2, jako žena spíš než muž (sukně, nejsou proto vidět nohy), Dd25 lano
	<b>Křeček</b>	Q: oba Dd34, má hlavu (Dd22) a uši (Dd32) a kdyby se to spojilo, je to hlava křečka
	<b>Paže</b> , ruce, dělají takhle (gesto)	Q: D5, odkaz na tvar a detail (loket), ukazuje znovu pohyb
IV.	<b>Nohy a boty</b> na nohou	Q: D6, jako když se kreslí boty
	Tohle opět jako <b>ruce</b>	Q: dolní Dd v D1; že dělají takhle (gesto – zdvihnutý palec), že se to vyplácí...
V.	Tohle mi přijde jako <b>hlava králíka</b> a tady že má ty <b>douhý nohy</b> , kterýma <b>skáče</b>	Q: D7, ukazuje detaily
	A takhle jako <b>hlava kance</b>	Q: D10,(2)... jako ve Lvím královi, jmenuje postavu, odkazuje se na tvar

VI.	Tohle mi přijde jako <b>totem, indiánskej</b>	Q: D8, totem, stojí v nějaké zemi, prostě klacek zapíchnutej a z něj vyčnívají nějaká zvířata, látky (Dd22)
	Tohle mi přijde jak <b>naděje v nějaký černotě</b>	Q: W, skvrna, v tom hodně černýho, tmavý věci... že i v něčem velkým, černým může být něco dobrýho
VII.	Tohle mi přijde jako <b>dvě staré babičky</b> z profilu	Q: D2, že jsem někde viděla nějaký obrázek, mají drdol, hrbí se, hlavu dopředu...
	Tohle jako <b>hlava medvěda</b> a naproti taky	Q: Dd v D3 laterálně, odkaz na tvar, ukazuje detaily (F <sub>v</sub> )
VIII.	Tohle mi připadá jako <b>ještěř</b> na obou stranách, můžu ho prostě specifikovat	Q: D1, obvyklé pojetí, jen odkaz na tvar
IX.	Tohle jsou <b>jelení parohy</b>	Q: Dd25 oboustranně, kdyby měl jelen tady tu hlavu, tak by to z toho vyčnívalo (D3), interpretuje (2)
	Tady jsou <b>prsty, lidský</b>	Q: Dd21 oboustranně, vyčnívají z něčeho, z nějaký skryše, jsou vidět jen 4 prsty
X.	Tady je <b>lev</b> (ukazuje dva)	Q: D2, (2), ten žlutý, stojí jen na předních nohách, jako že vrčí... že je to žlutý a že má hřívu
	Tady je <b>králík</b> , z očí <b>mu něco jde, tekutina</b> nějaká nebo něco...	Q: D10: králík (hlava) = D5 – uši, hlava, oči, ... tekutina = část D4 – vůbec nevím, co to je
	Pod tou tekutinou jsou <b>žirafy dvě</b>	Q: Žirafy = zbytek D4 (dolní část), podle dlouhého krku, hlava, nohy...
	<b>Skvrna</b> , taková ta od mrazu	Q: D1, tady na těch obou stranách, že je to modrý a rozmanitý tvarem
	<b>Plod stromu</b> , jak se dává na ten nos, jak se tomu říká?	Q: D3, odkaz na tvar... akorát je to zelený
	Tady mi to přijde jako chobotnice, spíš <b>oliheň</b> , jako by byla nad <b>tančícíma ježkami</b>	Q: D11+9, dlouhá oliheň (D 14), jak vypouští inkoust (D 9, barvou), má obrovský oči na těch stranách (drobný Dd při straně D14), jakoby vládne těm ježkům. Ježci (D8) tam tancují, stojí na zadních tlapkách, mají zvednutý ruce, oslavují nebo něco takovýho
	<b>Zajíce</b> (2) tady vidím	Q: tady a tady (D12), takový tlustí, odkaz na tvar, leží na tlapkách

Morgenthaler: +: X.: je nejbarevnější. -: IV.: přijde mi taková hodně černá a smutná.

**Otázky k zamyšlení**

2. Pokuste se integrovat klinické a testové výstupy. Je Marcela opravdu tak silná, jak se prezentuje?
3. Jaké je nyní riziko realizace nového suicidálního pokusu?
4. Co se pro Marcelu můžeme pokusit udělat, abychom riziko snížili, a jak dosáhnout její spolupráce? Nač je nutné si dát pozor?

## Komentář ad 2)

Marcela se prezentuje jako zralá, dospělá, svébytná, sebevědomá, nepotřebná intervencí či pomoci. V dotaznících už tomu až tak není. Kromě této fasády v nich reportuje i to, že je vlastně dosti nevyrovnaná, plná napětí, závislá na tom, co si o ní druzí myslí, její nepochybná svévole není kombinovaná až s takovou pevností a citovou tvrdostí, jakou se snaží svým chováním a verbální mi vyjádřeními prezentovat. Ačkoli rodičovské nároky jsou nepochybně legitimními, Marcela jejich vyžadování vnímá vlastně útočně. A podobně útočně se pak zejména k matce vztahuje – viní ji (ale dříve i např. učitelku) z nepřátelských postojů, a dále, podstatou jejího autoagresivního chování je vlastně heteroagrese k matce (chce ji potrestat svou smrtí za to, že jí nevyhověla).

V projektivních technikách se uvedený obraz ještě více dokresluje: Marcela nemá sama sebe pod patřičnou kontrolou, její suverenita je velmi křehká, náhlá k rozkolísání pod emoční clonou, emoce mohou mít až rozkladný účinek na realistické usuzování (poruchové úsudky na barevných tabulích). Při naměřeném intelektu bychom čekali více integračních odpovědí. Populární odpovědi jsou pouze dvě, percepce je ostrá, pozorujeme zhoršenou tvarovou kvalitu odpovědí na barevných tabulích, ale celkově je protokol bez opravdu hrubých poruch myšlení, svědčící pro intaktní testování reality pacientkou. Namísto zjevného směřuje pacientka pozornost k neobvyklým aspektům situace. Index egocentricity je významně zvýšený, svědčí o silném zaujetí sama sebou, pozorujeme přizpůsobování si reality, individualistické reakce, nekonformnost, svévolnost. Sebeobraz je založen více na představách než na reálné zkušenosti, patrná je maladaptivní identifikace jen s některými charakteristikami druhých, to vede k nestabilnímu sebehodnocení. O druhé lidi má dívka zájem, ale skrze přílišnou zaujatost vlastními potřebami, která je spojená s tendencí přehlížet nároky a potřeby druhých, jim často dobře nerozumí, má nerealistická očekávání. Marcela je nepochybně dívkou s problematickou osobnostní výbavou a narcistní dynamikou. Její způsoby

usilování o emancipaci a vyrovnávání se se zátěží (pro jejíž toleranci má snížený práh, citlivě reaguje hlavně na pocity, že není uznávána nebo respektována) jsou více než kontraproduktivní a riziko labilních, hůře předpověditelných reakcí je nutno předjímat jako možné i v budoucnosti.

### ad 3)

U Marcely vnímáme vyváženě protektiv i rizik. Mezi protektiva patří solidní intelekt, je duševně zdravou (resp. „jen“ povahově nápadnou), ačkoli se k rodičům staví negativně, má funkční zázemí. Volila také tzv. „měkký prostředek“, tj. způsob sebevražedného jednání, který nevede ke smrti okamžitě. Nadto o sobě dala vědět. Objektivní míra stresu není nijak výrazná, problémem je spíše subjektivní vnímání toho, co už zátěž je. Je také tělesně zdravá, s nakročenou životní perspektivou. S-CON v ROR je negativní.

Rizika spočívají ve formující se povahové odchylce, přítomnosti dokonaných sebevražd v rodinné anamnéze (ale s těmito lidmi Marcela nevyrostala). Dívka má rovněž velice chabý coping, nechává se unášet vztekem, prokázala, že předpověditelnost jejího chování není vysoká.

Mnoho nyní záleží na tom, nakolik se Marcelu podaří získat pro spolupráci a vybavit ji pro budoucí život.

### ad 4)

Marcela je nepochybně chytrá dívka, která „o něco stojí“. Na tom se dá stavět – lze usilovat o lepší porozumění své situaci a sobě sama, lze pracovat s hypotézami, lze konzultovat problémy. Je možné jí v přiměřeném rozsahu nabídnout to, o čem stojí nejvíce, tj. o uznání její individuality a názoru, a snažit se její životní cestu vhodnějším směrem modifikovat. Marcela je 17 let a dlouhodobě (dysfunkčně) dává okolí najevo, že poslouchat nebude, že se musí sama rozhodnout, že okolí není dost schopné, aby jí mohlo být užitečné. Z toho je nutné vyjít. Byť legitimní apel na autoritu vyplývající z role dospělého je pro Marcelu apriorně výzvou k boji o moc. Nepomohou tedy zásadně direktivní vstupy, režimová opatření (Marcela bude reagovat buď vztekem, nebo dočasným pragmatickým vyhověním, ale k pokroku toto nepovede; naopak možná o to tvrdší bude revanš). Domníváme se, že rozhovor o sebevražedném pokusu a jeho motivaci je výhodné odsunout jako pozdější téma (a to navzdory tomu, že je objektivně nejnaléhavější), nyní by Marcela pravděpodobně diskusi nepřipustila. U Marcely není nutné řešit aktuální duševní stav, je prostě vážné psychopatologie, „vyproštění“ proběhlo na somatické úrovni. Tématem je spíše výbava pro budoucnost. Vhodným vstupním bodem



k psychoterapeutické práci se jeví problematický způsob Marceliny emancipace – zejména poukaz na to, že její způsoby chování ji fakticky vzdalují od jejího dlouhodobého cíle (být samostatnou, svébytnou); konfrontovat ji s tím, že být velmi chytrá dívka, dělá „hloupé“ věci; diskutovat to, že čím déle bude v tomto schématu setrávat, tím déle se o ni budou dospělí zajímat. To je výzva, které bude Marcela těžko odolávat. Na uvedené bázi lze pokračovat v budování alternativních způsobů, jak se vyrovnávat s požadavky okolí a se zátěží. V nastíněných intencích je možné postupně přinést také téma sebevražedného pokusu.

Poslední fází je pak rekonstrukce dosavadního – náhled na to, kam ji opozice, poruchy chování a sebevražedný pokus dovedly (tj. k hospitalizacím, omezení svobody rozhodovat se, atd.); podpora pacientky v tom, aby se dospělým způsobem pokusila zrestituovat rodinné vztahy a vybudovat je na nové, vyspělejší úrovni (a v tomtéž podpořit rodiče, zejména matku). Náročné pro psychoterapeuta bude neskouznout do „role matky“ a nevyužívat argumentaci plynoucí z role dospělého či ze zájmu druhých nebo společnosti (jakkoli se tato nabízí jako legitimní). Pro Marcelu by to byla záminka k upuštění od spolupráce. Marcela však současně k podobným typům intervencí svým chováním dráždí a bude v tomto smyslu testovat frustrační práh psychoterapeuta.

## ANEŽKA, 18 let

Anežka je v psychiatrické nemocnici již podruhé. Předchozí hospitalizace proběhla před půl rokem, jejím důvodem bylo sebepoškození, které se intermitentně vyskytovalo už po 5 let, v posledním roce se přidaly rovněž výkyvy nálad, svěhlavost, také však problémy se spánkem, strach z duchů, v předchozích 6 měsících se připojily vizuální iluze a prchavé halucinace. Léčena byla krátce ambulantním psychiatrem (ale antidepresivem a thymostabilizačně, ne antipsychoticky), ten doporučil hospitalizaci poté, co dívka v suicidálním úmyslu spolykala vysokou dávku trazodonu (Trittico)- toxická dávka byla překročena trojnásobně.

### Anamnéza (velmi stručně)

**Rodinná anamnéza:** matka vyučena, zdráva, aktuálně je na rodičovské dovolené. Vlastní otec byl vyučen, je po smrti (autonehoda), pacientce byly tehdy 2 roky, fakticky si jej nepamatuje, v předškolním věku ji maminka s touto realitou postupně seznámila. Posledních 6 let žije matka s novým partnerem, k němuž má Anežka výhrady. V rodině žije syn tohoto partnera (17 let, zdravý, bezproblémový) a polorodý bratr (1,5 roku). **Neuropsychiatrická zátěž v rodině** nebyla zjištěna.

**Osobní anamnéza:** raná anamnéza je naprosto nenápadná, od útlého dětství bývala Anežka vztekavá, pokud se jí nevyhovělo. Tělesně je dívka zdravá, somatosexuálně se přiměřeně vyvíjí. Adaptace na předškolní zařízení byla bezproblémová, ve škole se projevovala jako laxní, postupně měla podprůměrný prospěch (čtyřky), jedenkrát dělala reparát z matematiky. Kázeňsky na ZŠ byla bezproblémová. V 8. třídě si začala stěžovat na šikanu, a to dosti intenzivně, nic ale nebylo objektivně doloženo, přesto ještě do 9. třídy přestoupila jinam. Po absolutoriu ZŠ nastoupila na učiliště (kuchařka), prospěch zde má podprůměrný, je ve 3. roč., opět si stěžuje na šikanu, kázeňské prohřešky nemá, měla by ukončit studium v příštím roce. Prožila několik spíše platonických lásek, v 16 letech si nebyla jistá sexuální orientací, nyní má asi měsíc partnera (20 let), hádají se kvůli jeho žárlivosti. Kouří do tří cigaret denně, občas dostane chuť na alkohol a dá si míchaný nápoj, 2x se opila (nauzea, palimpsest). Jednou zaexperimentovala s marihuanou.

Asi 4x byla ambulantně na psychologii (neví, zda šlo o zdravotnické zařízení), je v péči psychiatrické ambulance (viz výše).

Matka o Anežčiných problémech sdělovala, že v předškolním věku bývala velmi hodné dítě, s nástupem do školy začala odmítovat, byla lenivá se učit, v 10 letech matce ukradla peníze, to se i opakovalo. Na učilišti šla raritně za školu, začala si masivně stěžovat na učitele, spolužáky, šikanu (ta nikdy nebyla verifikována<sup>11</sup>), dle matky je Anežka urážlivá, vztahovačná a přecitlivělá. Současně ji považuje za poměrně nevyzrálou, např. *„kamarádku chce mít jenom pro sebe, když ta se baví s někým jiným, tak okamžitě nadává, dělá scény, pak se usmiřuje...“*.

Sebeпоškozování si matka poprvé všimla před 3 lety, přičítala to konfliktům ve škole a měla za to, že se změnou školy ustalo, fakt, že automutilace pokračuje, byl pro ni nyní překvapením. Celkově prý obtížně v posledních měsících rozpoznává, jak se dcera cítí, je náladová a zároveň *„taková bez výrazu, pořád stejná, neumí nic projevit, nepoznám, kdy je šťastná, kdy je smutná nebo ji něco trápí... čím je starší, tím méně se směje“*. Vždy byla o samotě bázlivá, to se zvýraznilo před třemi lety, tehdy dostala samostatný pokoj, v posledním roce musí usínat za světla, má silné strachy z duchů, občas prý vidí jejich stíny. K suicidálnímu pokusu se matce vyjádřila vágně, řekla, že byla smutná, nechtěla tady být, ani neví proč, matka nepozorovala v to ráno na Anežce nic neobvyklého ani zvláštního. V posledním roce začala Anežka hodně mluvit o zesnulém otci, chodí mu často na hrob zapalovat svíčku.

<sup>11</sup> Opakované nebo chronické stížnosti na šikanu, která není příliš doložena, a ev. související záškoláctví se někdy ukážou být korelátém paranooidity.

Anežka svou situaci komentovala následovně: je zde kvůli sebepoškození, které poprvé vyzkoušela asi v 7. třídě v reakci na podobnou zkušenost spolužačky, bolelo ji to, řekla si, že už to neudělá. Pak ji prý začala šikanovat spolužačka a byla nešťastně zamilovaná, tak to opět zkusila, tak „*jsem si ty nervy a city vybila na sobě*“. Řezala se nožem, poté žiletkou, ve frekvenci asi 1x za měsíc. Začala se pravidelně sebepoškozovat po neshodách se spolužáký (kteří se jí neustále vysmívají, především „za zády“), také v opilosti („*to máma ani neví*“), „*jakmile mě něco trápilo, tak jsem se pořezala*“. Referuje také o několika experimentech se zneužíváním medikamentů (ibuprofen, kamarádčina antidepresiva), „*chtěla jsem to jen vyzkoušet, co to udělá*“. Posledních asi 6 měsíců cítí změnu v náladě, „*začala jsem mít depky, přišlo mi, že je všechno na houby, kamarádi falešní, přítel mamky na nic... přestala jsem chodit ven... někdy jsem líná vstát a jít se najíst*“. Detailně popisuje průběh sebevražedného pokusu, proklamuje záměr zemřít, ovšem k motivaci se není schopna jasněji vyjádřit, již dříve o tom prý uvažovala, předpokládala, že po smrti se stane duchem. Rovněž zmiňuje, že v posledním roce začala vidat stíny, obrysy osoby, má strach z duchů, kteří by jí mohli ublížit („*chtěla jsem jako umřít a být duchem, ale zároveň se bojím smrti a duchů*“), v posledním roce má kvůli tomu problémy se spánkem, „*jsem tím úplně zcvoklá, nespím za tmy*“. Přesvědčení o existenci duchů odůvodňuje např. tím, že „*malé děti vidí duchy a brácha (1,5 roku) někdy kouká do rohu*“. Také má občas pocit, že ji něco pohladí po stehně nebo po zádech, myslí si, že by to mohl být otec.

Anežčin stav se vyvíjel dále tak, že si po 3 týdnech hospitalizace začala stěžovat, že se cítí „*furt úplně stejně špatně, a mám pocit, že na mě někdo mluví*“. Je to jeden hlas, mužský, často mu nerozumí anebo je to pouze jedno slovo, ev. příkaz – „otoč se, pojď sem“, děsí ji to, netuší, co to je, „*nepřemýšlela jsem nad tím, jestli je to někdo známej... necítím se na to, že by to mohla být nemoc*“. Zmiňuje, že spolužáci jí chtějí úmyslně ublížit a poštvávají lidi proti ní.

Anežka byla podrobně vyšetřena, již od počátku této první hospitalizace bylo silné podezření na rozvoj schizofrenie, po vyšetření a několikátýdenní observaci v nemocnici byla schizofrenní epizoda nepochybná. Dívce byla diagnostikována **paranoidní schizofrenie**<sup>12</sup> a byla nasazena odpovídající antipsychotická medikace. Jevila se převážně jako tichá, nenápadná, emočně oploštělá, bojácná, monotónní v projevu s průlomy např. neadekvátního smíchu. Mezi děti se zpočátku

<sup>12</sup> Již ve zmíněném pozorný čtenář najde tři ze čtyř Bleulerových „A“ (např. in Malá, 2005) – konkrétně autistickou logiku, ambivalence, afekty, resp. jejich nepřiměřenost či oploštění. Čtvrtým „A“ jsou asociace (nápadný asociací tok), toto u pacientky nikdy nebylo až tak výrazné.

moc nezapojovala, postupně se ukázalo, že je velice ovlivnitelná (až zneužitelná). Její chování na oddělení se např. přechodně výrazně zhoršilo pod vlivem spolupacientky s dissociálními projevy (negativismus, klackovitost, na léčbě jen formální spolupráce). Pomohlo organizační opatření, Anežka začala opět lépe komunikovat, v kontaktu byla poté zase obvykle slušná, s občasnými výkyvy. Léčba se ukázala s dobrým efektem, pozvolna odezněly poruchy vnímání, myšlení se stalo postupně urovnanějším, emocionalita živější, subjektivně se pacientka cítila také lépe. Kritičtější postoj k závažnosti suicidálního pokusu a jeho motivačním souvislostem ale nikdy nezaujala, událost prostě nezainteresovaně jakoby přešla. Na jedné terapeutické dovolence se sebepoškodila, ostatní proběhly v pořádku, byla i na týdenní dovolence, kde absolvovala školní výuku v bydlišti, vedla si zdárně a cítila se dobře. Na pedopsychiatrickém lůžkovém oddělení strávila takto 2,5 měsíce, pak byla propuštěna do domácí péče.

S odstupem  $\frac{3}{4}$  roku je ovšem přijata Anežka na stejné oddělení podruhé, a to opět po suicidálním pokusu.

### **Otázka k zamyšlení**

1. Z údajů, které zatím byly sděleny, pokuste se identifikovat hlavní rizika toho, že k novému suicidálnímu pokusu může znovu dojít.

## **Komentář**

Předně je Anežka dívkou s velice závažnou nemocí – paranoidní schizofrenií. Zatím neznáme její průběhovou formu (průběh v atakách s remisemi, s postupným defektem, se stabilním defektem, chronický), tedy obtížně predikujeme jaká omezení do života a jeho kvality nemoc Anežce přinese. Jisté je jen to, že nějaká ano a že pro ni nemusí být tyto limitace vždy plně přijatelné (počínaje potřebou pravidelného spánkového režimu, přes nutnost užívat dlouhodobě antipsychotickou medikaci a omezení životního stylu s tím spojená, atd.). Může ztratit víru v uspokojivou životní perspektivu při konfrontaci své situace se situací, možnostmi a běžným životním stylem svých vrstevníků. To ji může potencionálně dovést k novému suicidálnímu rozhodnutí. Pacienti s poruchami schizofrenního okruhu také někdy reagují sebevražedným pokusem na špatně uchopitelné, ale přitom masivní úzkosti, pocity chaosu, pochybnosti o smyslu a o významech v iniciálních stádiích psychóz (nebo jejich nových epizod). Jindy je autoagrese přímo důsledkem halucinací či bludů (ale zde jde někdy spíše o projev příznaku psychózy, ne o pravou poruchu pudu sebezáchovy). Riziko suicidálního vyústění je u pacientů

se schizofrenní poruchou velmi vysoké – až 10 % schizofreniků suiciduje, častěji muži a častěji pacienti v mladším věku. S postupujícím časem totiž obvykle u schizofrenií ubývá iniciativy ke všemu, tedy i k odhodlání se k sebevraždě (Malá, 2005).

U Anežky dále jako varovným shledáváme to, že se sice podařilo dostat ataku schizofrenie pod kontrolu, ale nepodařilo se zrekonstruovat smysl a motivační zákoutí prvního suicidálního pokusu – tedy nedokázali jsme příliš pracovat na varovných příznacích toho, že je už potřeba si říci o pomoc, a nenašli jsme ani žádné varovné signály hrozícího nebezpečí, jejichž znalost by mohla pomoci matce identifikovat riziko. Tj. Anežka zůstává velmi nevyzpytatelnou. Při suicidálním pokusu šlo nejspíše o tzv. psychotický impuls.

Třetím vážným rizikem je vlastní fakt nízké frustrační tolerance – ta dle úvodního sdělení matky byla u Anežky nízká již premorbidně a je předpoklad, že nástupem psychotického onemocnění se ještě oslabila.

Čtvrtým varovným momentem je Anežčina ovlivnitelnost – Anežku nebude obtížné např. přemluvit k rizikovému chování, k úzu psychoaktivních látek, k nespolečnosti při léčbě, k životním experimentům spojeným s psychosociální nejistotou nebo přímo existenčním rizikem, apod. To vše může nejen usnadnit propuknutí nové epizody nebo zhoršení jejího průběhu, ale také dovést dívku do tak obtížných osobních situací, že si s nimi nebude vědět vůbec rady. Suicidální riziko je pak nasnadě.

## Druhá hospitalizace

Anežka byla tedy hospitalizována opět poté, co v přímém suicidálním úmyslu po hádce s partnerem spolykala přibližně 20 tablet Zyprexy à 10 mg (olanzapin). K intoxikaci došlo večer, druhý den ráno matka zjistila, že dívka zmateně chodí po bytě, má setřelou řeč, zavolala rychlou záchrannou službu. Po propuštění z předchozí hospitalizace byla Anežka v celkem dobrém, stabilizovaném stavu, bez větších propadů v náladě, měla ale potíže se soustředěním. Při příjmovém rozhovoru pak také referovala o novém výskytu auditivních halucinací. Poprvé je zaznamenala prchavě dva měsíce před přijetím, když několik dní předtím kouřila marihuanu. Postupně se zvyšovala jejich frekvence i intenzita. Slýchává nyní jeden hlas asi obden, imperativního rázu, až do dne suicidálního pokusu byl bez vlivu na chování, nijak obtěžující, dařilo se jí jej ignorovat. V den realizace suicidálního pokusu halucinace opět měla. Jiné potíže nemá, obecně mluví o tom, že jí nemoc vlastně do života příliš nezasahuje, cítí se dobře, činu lituje, hodnotí jej zpětně jako zkratkovitou reakci. S přítelem se již usmířila. Radost prožívá, zejm. s rodinou a přítelem, o matce hovoří v superlativech.

K vlastnímu suicidálnímu pokusu nám dívka sdělila: „já jsem se předávkovala minulý pátek, hádali jsme se s přítelem, dala jsem si fotku na Instagram, jak mi kamarád dává pusku na tvář, jemu to nehorázně vadilo a dal mi konec... navíc jsem měla hlasy, říkaly mi, ať se zabiju, že jsem zbytečná, že se mám radši zabít, souhlasila jsem s nimi... teď vím, že to byla chyba, i jsem kvůli tomu několikrát brečela, že je mi to líto, s mamkou jsme brečely...“. K halucinacím: „nejdřív jsem jim nerozuměla, pak trochu a pak mluvily normálně jako ‚Any, otoč se, podívej se tam, jsi zbytečná, zabij se...‘. Nepobírám, proč mi to říkají, asi chtějí, abych něco viděla, ale nevím co... myslím, že je to táta, ale proč by mi říkal takový věci... do toho pokusu jsem je ignorovala, až pak jsem podlehla... jinak je všechno dobrý, s Jirkou (přítel) už jsme usmířený, lituje toho taky...“

## Testové vyšetření

Uvádíme vybrané, klíčové výstupy.

**WAIS III** (druhá hospitalizace), 18 let: v profilu jsou uvedeny i hrubé skóry, za lomítkem jsou hrubé skóry z předchozího testování v 17 letech. Viz tab. 9.2.

**Tab. 9.2**

CIQ	80	Dop	10 (HS 20/19)	Slo	7 (HS 28/28)
VIQ	73	Sym – K	12 (HS 82/81)	Pod	6 (HS 13/9)
PIQ	92	Kos	6 (HS 23/25)	Poč	6 (HS 8/10)
IVP	76	Mx	7 (HS 13/12)	OČ	6 (HS 10/12)
IPU	86	ŘO	9 (HS 13/11)	Inf	5 (HS 9/9)
IPP	80	HS	11 (HS 39/30)	Por	5 (HS 10/16)
IRZ	108	SKl	9 (HS 30/29)	ŘPČ	8 (HS 7/5)

### **ROR** (popis):

V 17 letech (1. hospitalizace): Celkem podala 25 odpovědí, většinu v základní poloze. Přítomno mnoho speciálních kognitivních skórů, vč. ALOG a CONTAM, PTI index 4, pozitivní HVI index. Defektní styl geneze odpovědí, konfabuluje, personalizuje. Zastoupeny jsou anatomické i morbidní odpovědi. Narušená se jeví ostrost percepce, protokol svědčí pro přítomnost poruch myšlení, alogičnost zdůvodňování, dále byly zastoupeny známky paranoidity, ostražitosti.

O 2 měsíce později, ještě za hospitalizace – **ROR**: Celkem podala 23 odpovědí. Kvalitativně kolísavý protokol – v rámci tabule kvalitativně se zhoršující odpovědi (oslabená koncová cenzura a zpětnovazební kontrola). Opět morbidní odpovědi. Přetrvával patologický proces tvoření odpovědi, inkongruentní kombinace, aglutinace, bizarní zdůvodňování. Oproti předchozí administraci byl protokol z hlediska myšlení uspořádanější, ale poruchy myšlení byly stále jasně vyjádřeny.

V 18 letech (2. hospitalizace): průměrný počet odpovědí (18), všechny v základní poloze. Pouze tvarové (převažující) a barvové determinanty odpovědi, dostatek populárních odpovědí, z obsahového hlediska zastoupeny lidské reprezentace, zvířata, anatomie. Z kognitivních skóru 5x INCOM, 1x FABCOM, 1x ALOG, 1x DV. Celková kvalita protokolu ve srovnání s loňským testováním byla zlepšena, nicméně obraz narušeného myšlení zůstal přítomen – výrazně kolísavá kvalita odpovědí, styl geneze některých z nich defektní, chybí zpětnovazební korekce, kombinace byly na hranici logičnosti. V percepci přetrvávala místy neostrost. V protokolu bylo v popředí také nízké sebehodnocení pacientky a emotivita se sklony k labilitě. Úzkostné fenomény nebyly nezachyceny.

### **Otázka k zamyšlení**

2. Jak nyní hodnotíte duševní stav Anežky? Co se dá pro ni udělat, abychom snížili suicidální riziko?

## **Komentář**

Základní diagnóza se u Anežky nijak nemění. V kognitivní oblasti lze objektivizovat to, na což si Anežka i subjektivně stěžuje – má potíže s krátkodobým soustředěním, napětím pozornosti. Lze zachytit i odklon od konvenčního porozumění životu, který psychóza přináší. Vzhledem k plíživému zhoršování symptomatiky, a to i s více než měsíčním odstupem od užití marihuany (které navíc bylo jednorázové), je na místě usuzovat spíše než na vznik psychotických příznaků v reakci na užití drog na dekompenzaci primárního onemocnění. Pravděpodobnější než toxická psychóza je nová epizoda onemocnění s relativně diskrétním obrazem. Nové vyšetření zatím svědčí pro průběh v atakách s remisemi, s mírným deficitem v oblasti napětí pozornosti a porozumění běžnému. Ataka mohla být užitím marihuany podpořena.

V nynějším suicidálním pokusu má hlavní význam situační stres v kombinaci se slabou frustrační tolerancí umocněnou pozitivními psychotickými příznaky (teleologické a imperativní halucinace).



Vyprostit Anežku ze subjektivně tíživé situace lze jen částečně, je vážně duševně nemocná, je možné aspirovat na lepší zvládnutí její psychózy a tím na dívčinu stabilizaci. Problémy se ovšem budou vracet. Vybavení pro další život není možné primárně opírat jen o její duševní sílu, ta je selhávající a s nejistou prognózou. Naději skýtá spíše edukace, rozšíření rejstříku možností, jak se vyrovnávat se zátěží, upevnění návyku říci si včasně o pomoc (matka, psychiatr, psycholog) v situacích, kdy se cítí bezvýchodně, vybavit ji okamžitě dostupnými kontakty (telefonní čísla na krizová centra, nemocnici). Klíčové je naučit Anežku identifikovat momenty, kdy se její duševní rovnováha bortí a je třeba vyhledat pomoc (pojmenování vavrových příznaků). Je možné se pokusit o intervenci zaměřenou na vyvarování se rizikům (př. drogy), ale i zde bude práce s velmi nejistým výsledkem. Zásadní je pěstovat všemi prostředky úzké vztahy rodinné, podpora blízkých je u psychotických poruch klíčová pro prognózu obecně.

## **PAVLÍNA, 15 let**

Pavĺína byla psychiatricky hospitalizována po předávkování lékem Derin (quetiapin, 20 tablet po 25 mg), následně se svěřila kamarádce, ta zajistila pomoc skrze vychovatelku v dětském domově.

Pavĺína vyrůstá společně se svými sourozenci posledních 7 let v ústavní výchově, důvodem bylo zanedbávání péče o děti ze strany rodičů. Dívka pochází z početné sourozenecké skupiny, v dětském domově vyrůstali čtyři ze sourozenců. Starší bratr Alojz byl v minulosti psychiatricky hospitalizován, byl paranoidním schizofrenikem. Alojz před dvěma lety spáchal sebevraždu skokem pod vlak. Pavĺína zpočátku o jeho smrti nevěděla, okolí před ní informaci tajilo (uváděli, že se bratr odstěhoval do Anglie), dívky o jeho úmrtí řekli až s několikaměsíčním časovým odstupem.

Personál dětského domova si dlouhodobě stěžuje na chování dívky, Pavĺína nechce brát předepsané léky, užívá marihuanu, režim dětského domova zvládá s obtížemi, dívka je svěhlavá, s nízkým respektem k pravidlům, urážlivá, dráždivá. Navazuje kontakty s chlapci, flirtuje, dlouhodobější vztahy neměla. Má opakující se problémy s chováním, nicméně se nevyskytují hrubé poruchy ve smyslu agrezivity nebo např. páchání trestné činnosti.

Sebevražednému pokusu předcházela situace, kdy se Pavĺína nepohodla se svojí kamarádkou, stěžovala si na ní u personálu domova, obvinila ji z nevhodného chování. Kamarádka poté přijela z víkendového pobytu, proběhlo společné sezení dívek s vychovatelkou, na kterém se ukázalo, že zdrojem konfliktu jsou spíše pomluvy ze strany Pavĺíny. Ta se urazila a odešla na pokoj, bezprostředně poté se intoxikovala léky.



## Anamnéza

**Rodinná anamnéza:** Matka bez vzdělání, aktuálně ve výkonu trestu odnětí svobody za neplacení alimentů. Otec bez vzdělání, aktuálně nezvěstný, na útěku před policejním stíháním. Děti byly rodičům odebrány pro závažné zanedbávání péče – byly zavšivené, neměly základní hygienické návyky, neznaly splachovací WC, mýdlo, kartáček na zuby, nebyly očkovány. Dívka pochází z početné sourozenecké skupiny, celkově asi 8 dětí, někteří již dospělí, Pavlína své starší sourozence osobně nezná. V dětském domově jsou aktuálně její 2 sestry (14 a 13 let), vyrůstal s nimi i bratr Alojz, který suicidoval.

**Osobní anamnéza:** o raném vývoji dívky v rodině nemáme žádné spolehlivé informace, dívka nebyla ani v péči pediatra. Somaticky je zdravá, neprodělala žádné operace nebo vážnější úrazy. Gynekologicky vyšetřená nebyla, menstruuje od 14 let, již má sexuální zkušenosti, těhotná nebyla. Je v péči ambulantního psychiatra (základní onemocnění je lehká mentální retardace s poruchami chování).

Dívka nenavštěvovala MŠ, měla odklad školní docházky, do školy nastoupila až v ústavní výchově, nejdříve zaškolená v běžné ZŠ, zde selhávala, přeřazena a vzdělávána dle osnov ZŠ praktické. Školní prospěch byl i tak průměrný (několik trojek), zhoršenou známku z chování neměla, ale problémy s dodržováním pravidel prakticky se vyskytovaly trvale.

### Otázka k zamyšlení

1. Jaká je v tuto chvíli základní diferenciálně diagnostická úvaha a jak ovlivňuje hodnocení sebevražedného jednání dívky?

**Objektivně:** vzhledově působí starším dojmem, vyspělá, mírná nadváha, oblečená zdobně, žensky, ráda se parádí. Spolupracující, vstřícná, komunikativní, ve výkonech limitovaná kognitivním nadáním. Psychomotorické tempo průměrné, orientace plná všemi kvalitami. Mimika a gesta bohatá, až teatrální. Poruchy vnímání v době vyšetření nepotvrzeny, anamnesticky dívka uvádí komplexní pseudohalucinace, kdy vidí svého zesnulého bratra, který na ní mluví a povzbuzuje ji, na nereálnost prožitků má Pavlína náhled. Klinicky paměťové funkce podprůměrné, pozornost nekvalitní, lehce odklonitelná rušivými vlivy, oslabené volní vlastnosti. Emotivita mělká, dramaticky prožívaná, afektivita slabě regulovaná. Nálada z počátku hospitalizace mírně pokleslá, ale rychlá úprava k normě, poté již bez poklesu ladění. Dívka má velmi nízkou frustrační toleranci, běžné změny intenzivně prožívá, potřebuje čas na adaptaci na novou situaci, při subjektivním pocitu přetížení reaguje úzkostně, často regresivně. Myšlení simplexní, bez formálních nebo obsahových poruch, odpovědi na dotazy logické, rozsahem bohaté, ale obsahově chudé. Intelekt klinicky imponuje v pásmu lehké mentální retardace. Dobře usne, časté

noční buzení v souvislosti s děsivými sny, které si pamatuje, ve snech se vrací téma bratrovy sebevraždy. Po nočním probuzení opětovně usíná, spí do rána. Dodnes enuréza (občasné nehody po celou dobu, co je dívka v ústavní péči). Chuť k jídlu má spíše větší.

Během hospitalizace je dívka dobře spolupracující. První dny je posmutnělá, úzkostně-depresivní stavy bývají odklonitelné běžným rozhovorem nebo projevením zájmu o její problémy. Pavlína sama sděluje obavu, jestli není duševně nemocná, protože „brácha měl nemoc a pak se fakt zabil“, zároveň má mírné obavy z reakcí okolí v prostředí dětského domova, „*tam mi nikdo nevěří, všechny tety tam říkají, že jsem dobrá herečka*“. Velmi brzy se na oddělení plně adaptuje, v pravidelném srozumitelném režimu prosperuje, je spokojená, přátelská.

Ke svému sebevražednému jednání uvedla, že ten den seděla na posteli, poslouchala písničky a myslela na rodinu. Chtěla „*jít za bráchou tam nahoru*“. Byla našťvaná, popisuje pocity osamocení ve světě, měla pocit, že nikdo není na její straně, nikdo jí nerozumí, všichni se postavili proti ní a nevěří jí. Dostala nápad, že by si mohla něco udělat. Už dříve se sebepoškozovala (povrchově se řezala na předloktích různými předměty), pomáhalo jí to, většinou se cítila lépe. Teď jí najednou napadlo, že by mohla spolykat nějaké léky, vzala ty, které měla předepsané od ambulantního psychiatra a ke kterým měla v domově relativně volný přístup. Nepřemýšlela o tom, jaká je smrtelná dávka, věděla, že si musí vzít více, než běžně užívá, tak užila zhruba hrst. Nebyla přesvědčená, že by chtěla skončit se životem, lákala ji představa, že by se mohla setkat se svým bratrem a zároveň vyřešit své aktuální pocity nepohody. Poté, co léky spolykala, tak se ale svého činu lekla, dostala strach z toho, co se s ní bude dít, a svěřila se kamarádce.

Pavlína sama o sebevraždě nikdy moc nepřemýšlela, nenapadaly ji úvahy o tom, že by chtěla definitivně ukončit svůj život. Sebepoškozování užívala jako způsob uvolnění psychického napětí, nikdy nebyla motivována touhou po smrti, ale řezání viděla u svých kamarádek, chtěla to zkusit. Vše se částečně změnilo poté, co se dozvěděla o úmrtí svého bratra. Jeho smrt je pro ni i aktuálně velmi citlivé téma, často o něm vypráví, proces truchlení nemá ukončený. Když užívala marihuanu, tak měla stavy, kdy bratra viděla, říkal jí, že všechno zvládne, že se nemusí ničeho bát. Má hodně ošklivé sny, večer se bojí usnout, ve snech se jí vrací představa bratra, jak skáče pod vlak. Pavlína si pohrávala s myšlenkou, že by se s ním po smrti mohla setkat a být v jeho blízkosti, o sebevraždě začala přemýšlet. Neuvažovala o možných způsobech sebevraždy, nevytvářela si reálný plán, ale zaobírala se myšlenkou posmrtného setkání. Sebevražedné jednání nebylo dopředu naplánované, nepřipravila si dopis na rozloučenou ani se žádným jiným způsobem nepřipravovala na možnou definitivnost svého rozhodnutí, necítila se dobře a tak se impulsivně rozhodla, že zkusí spolykat léky. V daný moment toužila po okamžité úlevě a nenapadl ji žádný jiný způsob, jak toho docílit.

## Testové vyšetření

WISC III viz tab. 9.3.

Tab. 9.3

CIQ	60	Dop	3	Věd	4
VIQ	60	Kód	7	Pod	6
PIQ	66	ŘO	7	Poč	1
ISP	64	Kos	2	Slo	2
IPU	62	Skl	3	Por	2
IKO	< 48	HS	3	Oč	1
IRZ	71				

Velmi slabé znalosti vázané na školní vzdělávání, z početních operací zvládá pouze sčítání a odčítání do 10. Slovní zásoba je chudá, má problémy i s vysvětlením slov, kterým relativně rozumí (ostrov – je tam voda a stromy). V průběhu testování je snaživá, pracuje adekvátně svému nadání, je motivovaná k podání dobrého výkonu.

ROR viz tab. 9.4.

Tab. 9.4

I.	Nějakej <b>pavouk s křídla</b> . Q: <i>Celá ta skvrna, připadá mi to jako pavouk a po stranách má křídla (D2, odkazuje na tvar).</i>
II.	<b>Motýl s krví</b> . Q: <i>o černý (D6) vypadá jako motýl (odkazuje na tvar) a to červený je jako krev (odkazuje se na barvu), že tam je.</i>
III.	<b>Zebra s nosem</b> . Q: <i>No, vypadá to jako nos nějakého zvířete tady uprostřed (D7), jak je to černobílý, tak mi napadla zebra.</i>
IV.	<b>Postavička strašně velká a zlá na stromě</b> . Q: <i>Má velký nohy a celkově je takovej velkej a asi sedí na stromě (interpretuje W, strom = D1). ZLÁ? No, jak je strašně velká a černá.</i>
V.	<b>Netopýr</b> . Q: <i>Celý ten obrázek vypadá jako opravdický netopýr (W, populární odpověď).</i>
VI.	<b>Liška</b> . Q: <i>Myslím takovou tu, jak se pokládá na zem jako koberec (W, populární odpověď).</i>
VII.	<b>2 holčičky stojí na něčem</b> . Q: <i>Na každý straně jedna holka, mají culíky nahoru (W, populární odpověď).</i>
VIII.	<b>Nějaký zvíře chodí po něčem</b> . Q: <i>Asi bobr nebo něco takového, jsou tam dva (D1, populární odpověď) a po něčem jdou.</i>
IX.	<b>Jelen</b> . Q: <i>Jak tam vidím ty parohy (D3), tak mě napadlo, že by to mohl být jelen.</i>
X.	C – To jsou nějaký <b>hnusný tvoří</b> , kteří <b>ubližují</b> nějakýmu <b>stromu</b> . <b>Pavouci, co lezou po stromě</b> . Q: <i>No tohle by mohl být strom (Dd21) a všude okolo jsou nějaký pavouci a ty mu ubližují.</i>

**Projektivně z nedokončených vět:** Dítě je v rodině *smutný a zklamaný*. Myslim, že maminka *o nás většinou stojí*. Máme maminku rádi, ale *někdy lže*. Kdyby náš táta *nemlátil mámu, byli jsme všichni spolu*. Moje sestry a bráška *jsou ty nejdůležitější v mé rodině*. Když myslím na školu, *jsem zklamaná, že to nezvládnou*. Nejslabší jsem, *když si vzpomenu, jak mám podělaný život*. Vždycky si tajně přeji *být s rodinou, aby se vrátil čas a vrátila bych bráchu a aby to všechno dopadlo jinak než teď*.

### Otázky k zamyšlení

2. Co bylo spouštěčem suicidálního jednání? Jaké jsou rizikové faktory suicidálního jednání u Pavlínky?
3. Jak lze hodnotit souvislost sebevraždy bratra Alojze a suicidálního jednání Pavlínky?
4. Jak hodnotíte riziko dalšího suicidálního jednání u Pavlínky?

## Komentář

### ad 1)

Vzhledem k okolnostem přijetí a dostupným informacím zvažujeme, zda se u Pavlínky jednalo o suicidální jednání jako **maladaptivní způsob řešení subjektivně nepříznivé situace** (na pozadí disharmonicky se vyvíjející osobnosti a lehké mentální retardace), nebo o suicidální jednání pod vlivem **psychotického prožívání** (zvýšené riziko funkčního onemocnění vzhledem k pozitivní rodinné anamnéze, možnost toxické psychózy v souvislosti s abúzem THC), případně o suicidální jednání jako **vyústění hlubšího depresivního prožívání** ve smyslu poruchy nálady.

**Psychotické onemocnění:** přijetí předcházely stavy, kdy Pavlína „viděla a slyšela“ svého bratra, a které se vyskytovaly převážně v souvislosti s konzumací marihuany. Aktuální vyšetření psychotického prožívání nepotvrdilo a ani samotné sebevražedné jednání nenasvědčuje psychotické motivaci činu. U případného psychotického prožívání může k autoagresivnímu jednání dojít pod vlivem narušeného kontaktu s realitou, pod vlivem halucinací nebo paranoidního prožívání, případně je motivované snahou před nepříjemnými prožitky uniknout. Pro okolí pak samotný čin může být obtížně srozumitelný, jeví se jako nesmyslný a nepředvídatelný.

**Deprese:** Ve vyšetření nacházíme argumenty spíše proti této diagnostické úvaze, Pavlína se velmi rychle adaptuje a ladění je pak již stabilní, je energická, snaživá, hovorná, objektivní zprávy nepřináší informace o dlouhodobějším poklesu ladění ani o případném střídání nálad. V kontextu suicidálního jednání bychom

očekávali výskyt opakujících se suiciálních úvah, reálnou touhu ukončit svůj život, případně myšlenky o smyslu svého života, narušené sebevědomí, které může vést k pocitům zbytečnosti další existence.

**Disharmonický vývoj osobnosti na pozadí lehké mentální retardace a emoční deprivace:** příběh dívky nabízí mnoho argumentů pro nevyvážený osobnostní vývoj na podkladě negativních vnějších (zanedbávání péče, ústavní prostředí), vnitřních (lehká mentální retardace, následky emoční deprivace) a hereditárních vlivů (významná sociální maladaptace na straně obou rodičů).

Akcentované jsou především rysy histriónské, které s sebou nesou snížené schopnosti adaptovat se na subjektivně náročné životní situace, mělké emoční prožívání a slabě regulovanou afektivitu. Mentální věk dívky dosahuje maximálně úrovně devítiletých dětí, její socioemoční zralost je ale ještě na nižší úrovni (dle úrovně ROR). Dívce chybí adaptivní zvládací strategie, dlouhodobě reaguje na nepohodu nevhodnými (často sebedestruktivními) způsoby – sebepoškozování, experimentování s marihuanou. Často napodobuje řešení ze svého okolí, sama je v situacích zcela bezradná. Suicidální jednání lze u Pavlíny hodnotit jako nevhodnou copingovou strategii v subjektivně nepříjemné situaci s nejistým úmyslem zemřít. Její rozhodnutí bylo z největší části ovlivněno touhou uniknout z dané situace, kdy dívka sama měla velmi omezené spektrum možností, jak v dané situaci reagovat.

## ad 2)

Identifikovat vyvolávací faktor lze poměrně snadno, zároveň s ním zvážíme a zhodnotíme i faktory rizikové, které tvoří pozadí suicidálního jednání a přispívají k tomu, že dívka v subjektivně nepříjemné situaci není schopná zvolit adaptivní způsob řešení, ale volí suicidální jednání. Vyvolávajícím faktorem byl konflikt s kamarádkou, respektive řešení tohoto konfliktu s pracovnící dětského domova, které nedopadlo ve prospěch Pavlíny. Rizikové faktory nacházíme na straně rodinného zázemí, funkčnosti vrstevnických vztahů, nízké kognitivní a socioemoční úrovně, nedostatku copingových strategií. Pouze krátce můžeme některé zanalyzovat podrobněji.

**Rodina:** zjevná patologie v rodinném systému je jednoznačně rizikovým faktorem. Dívka byla minimálně zanedbávána, chybí kvalitní primární vazba, vyrůstá v ústavním prostředí s vlivem emoční deprivace, sama přináší témata násilí v rodině. Důležitost chybějícího rodinného zázemí v době dospívání stoupá, Pavlína má obavy z plnění vývojových úkolů (osamostatnění, dokončení vzdělání, profese), chybí jí reálné výchovné vzory, hledá oporu a pomoc ve svém okolí, místo funkčního zázemí, ale zažívá pocity osamocení.

Aktuálně velmi pevné vztahy mezi sestrami lze hodnotit jako protektivní faktor vzhledem k riziku dalšího suicidálního pokusu, Pavlína si uvědomuje, že by její smrt na sestry velmi negativně zapůsobila, o sestry se chce postarat, být jim vzorem. Vztah se sestrami může být i v terapeutickém působení podstatné téma, které může Pavlínou kotvit v reálném životě a přinášet konkrétní důvody, v čem může být její život nenahraditelný.

**Vrstevnícké vztahy:** v období dospívání má přijetí vrstevnícké skupiny zásadní vliv pro sebevědomí daného jedince. Pavlína vytváří vztahy velmi povrchní, v jejím životě chybí bližší přátelství. V běžném kolektivu dětí je významně sociálně handicapovaná (ústavní prostředí, nízký intelekt) a nepřijímaná. Dívce chybí kvalitní přátelské vazby v běžné populaci, které by jí pomohly i s převzetím adaptivních vzorců při zvládání náročných situací.

**Životní perspektiva:** V životě dívky abscentuje pozitivní vnímání osobních perspektiv prakticky ve všech důležitých oblastech. Dívka je školsky neúspěšná, sama vnímá, že školní nároky není schopná plnit, škola ji nebaví, nemá volní vlastnosti tuto situaci změnit. Chybí představa profesního uplatnění, příprava na samostatný život, dívka nemá dostatečné znalosti a schopnosti v oblasti finanční gramotnosti, není připravená pro samostatný život. Chybí pozitivní vzor, který by mohla napodobit.

### ad 3)

Významným rizikovým faktorem je výskyt sebevražedného jednání v rodině, sebevražda staršího bratra, s kterým vyrůstala, ovlivňuje Pavlínou na několika úrovních. Bratr představoval v životě Pavlíniny alespoň částečné rodinné zázemí, až dosud figuruje jako vzor. Jeho sebevražda může být pro dívku určitým návodem k maladaptivnímu řešení v subjektivně náročné situaci, je zde podstatné riziko vlivu učení nápodobou (mimochodem nápodoba byla Pavlínou často užívaná v minulosti v situacích, kdy byla bezradná).

Pavlína také neměla prostor pro proces truchlení, o smrti bratra se dozvěděla s výrazným zpožděním a nebyla jí poskytnuta potřebná opora ze strany okolí, případně odborná péče. Má fantazie o setkání se s bratrem po své smrti, i to může být akcelerátorem sebevražedného rozhodnutí.

### ad 4)

Riziko opakování suicidálního jednání je u dívky vysoké. Aktuální čin se stal na základě impulsivního rozhodnutí, nicméně spouštěčem byl poměrně banální konflikt a jednání Pavlíniny bylo těžko předvídatelné. Přestože v jednání dívky

nacházíme nepřesvědčivý úmysl definitivně skončit se životem, splnil její čin původní očekávání – dívka se dostala z nepříjemné situace, nebyla nadále konfrontována s problémy v domově, v nemocnici získala potřebnou péči o svoji osobu ze strany zdravotníků, cítila se zde důležitá a spokojená. Rizikové faktory na straně dívky jsou velmi závažné a protektivní faktory chránící před opakujícím se suicidálním jednáním nalézáme jen obtížně. Ani v budoucnu bychom v případě krize neočekávali předem připravený, dobře rozmyšlený sebevražedný čin s pevným úmyslem zemřít, ale období současného jednání, tedy impulsivní reakci na objektivně minimální frustraci.

Dílním východiskem může být poskytnutí dlouhodobé psychoterapeutické péče se zaměřením na posílení zvládacích schopností dívky a vytvoření pevné vztahové vazby v rámci psychoterapeutického vztahu.

# 10 | POUŽITÁ LITERATURA

- ANDERSON, Carol, M., REISS, DOUGLAS, J., HOGARTY, GERARD, E. 1986, Schizophrenia and the Family, Practitioner's Guide to Psychoeducation and Management ed: Guilford Press, New York, ISBN 0-89862-065-1.
- BAYLEY, N. 1993, Bayley Scales of Infant Development. Second edition. Manual. ed: The Psychological Corporation. Harcourt Brace Company. San Antonio.
- BASLEROVÁ P. a kol. 2012, Diagnostické domény pro žáky se zrakovým postižením. 1. vyd.: Univerzita Palackého Olomouc, ISBN 978-80-244-3051-5.
- BOWLBY, J. 2010, Vazba. Portál, Praha, ISBN 978-80-7367-670-4.
- DRTÍLKOVÁ, I. Diferenciální diagnostika dětské mánie a hyperkinetické poruchy (ADHD). Psychiatrie pro praxi. 2004, 6, 309-312. ISSN 1803-5272.
- FELDMAN, M. D., BIBBY, M., CRITES S .D.: „Virtual“ Factitious Disorders and Munchausen by Proxy. Western Journal of Medicine, 1998. Dostupné z [www.munchausen.com](http://www.munchausen.com)
- GELLER, B., DELBELLO, M., P. 2005, Bipolar Disorder in Childhood and Early Adolescence, 1st Edition, ed: The Guilford Press, ISBN-10: 1593852932.
- GJURIČOVÁ, Š., KUBIČKA, J. 2009, Rodinná terapie. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2390-7.
- HOLMANOVÁ, J. 2016. Raná péče o dítě se sluchovým postižením. 3. vyd., ed. Septima Praha, ISBN 978-80-7216-345-8.
- JANOŠOVÁ, P., 2008, Dívčí a chlapecká identita, Vývoj a úskalí, ed: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-2284-9.
- KOUTEK J., KOCOURKOVÁ J. 2003, Sebevražedné chování. 1. vydání, Praha: Portál. ISBN 80-7178-732-9.
- LECHTA, V. 2008, Symptomatické poruchy řeči u dětí, ed. Portál Praha, ISBN 978-80-7367-433-5.
- MALÁ, E., 2005, Schizofrenie v dětství a adolescenci, ed: Grada, ISBN 80-247-0737-3.
- MINUCHIN, S. Families and Family Therapy. 1999, 28. vyd. Harvard University Press, ISBN 0-674-29236-7.



- NEUBAUER, K. a kol. 2018. Kompendium klinické logopedie. Praha Portál. s.170-182. ISBN: 978-80-262-1390-1.
- PAPOLOS, D., PAPOLOS, J. 2006, *The Bipolar Child*, ed: Broadway Books, New York, ISBN 978-0-7679-2860-1.
- RIEGER, Z., VYHNÁLKOVÁ, H. 2001, *Ostrov Rodiny. Konfrontace*, ISBN 80-86088-06-5.
- ROURKE, B. P. Neuropsychology as a (psycho)social science: Implication for research and clinical practice. *Canadian Psychology*, 2008, 49, 35–41. ISSN 1878-7304.
- ROURKE, B. P., 1985, *Neuropsychology of learning disabilities: Essentials of subtype analysis*, ed. New York, Guilford Press. ISBN 0-89862-644-7.
- TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. 2004, *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-889-9.
- TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. 2016, *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-391-8.
- Úmluva o právech dítěte, *Zákony pro lidi*, sdělení č. 104/1991 Sb. Dostupné z [www.zakonyprolidi.cz](http://www.zakonyprolidi.cz)
- VÍTKOVÁ, M., et al. 1999, *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*, ed. Paido Brno, ISBN 80-85931-75-3.
- WALKER, M., ARMFIELD, A. 1981, What is the Makaton Vocabulary? *Special Education: Forward Trends*, 8, (3), 19-20. Dostupné z [www.makaton.org](http://www.makaton.org)
- ZUCKER, K. J., BRADLEY, S. J. 1995, *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*, London, The Guilford Press.

# 11 | DOPORUČENÁ LITERATURA

- EGGER, H. L., FENICHEL, E., GUDENEY, A., WINE, B. K., WRIGHT, H. H. 2005, Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC: 0-3R – Rev., ed. Zero To Three Press, ISBN: 0943657-90-3
- KOL. AUTORŮ, 2015, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, ed. Portál, ISBN: 978-80-86471-52-5
- MKN-10, 2019, Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020, ed. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ISBN: 978-80-7472-168-7

# 12 REJSTŘÍK POUŽITÝCH PSYCHODIAGNOSTICKÝCH METOD

- AAC:** Apercepční karty pro adolescenty, Silverton, L., autor české verze příručky: Goldmann, P., Testcentrum, Praha 2006
- ADOR:** Dotazník rodičovského jednání a postojů pro adolescenty, Matějček, Z., Říčan, P., Psychodiagnostické a didaktické testy, Bratislava 1983.
- ADOS 2:** Diagnostika a hodnocení poruchy autistického spektra, Lord, C., Gotham, K., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Bishop, S. L., Luyster, R. J., Guthrie, W., autoři české verze: Brejlová, D., Ptáček, R., Soukupová, T., Hogrefe – Testcentrum, Praha 2014
- BSID II:** Bayley Scales of Infant Development. Second edition. Manual. Bayley, N., 1993, ed: The Psychological Corporation. Harcourt Brace Company. San Antonio. Autorka české verze: Sobotková, D. a kolektiv, Hogrefe – Testcentrum, 2004
- CARS:** Škála dětského autistického chování, Schopler, E., Reicher, R. J., Renner B. R., česká úprava Jelínková, M., Thorová, K., Občanské sdružení Autistic, 1996. K dispozici je již CARS 2: Posuzovací škála dětského autismu **CARS 2**, Schopler, E., Van Bourgondien, M. E., Wellman, G. J., Love, S. R., autorka české verze: Krejčířová, D., Hogrefe – Testcentrum, Praha 2015
- CATO:** CATO – Test mezilidských vztahů v rodině i v širším sociálním prostředí dítěte, Boš, P., Strnadová, M., Psychodiagnostické a didaktické testy Bratislava, 1975
- Gesellovy vývojové škály:** Manual for developmental diagnosis. The administration and interpretation of the revised Gesell and Amatruda developmental and neurologic examination. Knobloch, H., Stevens, F., Malone, A. F., Hagerstown: Harper and Row, 1980.
- HSPQ:** HSPQ – osobnostní dotazník pro mládež – příručka / Cattell, R. B., Cattell M. D. L., autor české verze Balcar, K. R., 2. přepracované vydání, Psychodiagnostické a didaktické testy Bratislava, 1975

- IDS:** Inteligenční a vývojová škála pro děti ve věku 5–10 let, Grob, A., Meyer, C. S., Hagmann-von Arx, P., autoři české verze: Krejčířová, D., Urbánek, T., Širůček, J., Jabůrek, M., Hogrefe – Testcentrum, Praha 2013. K dispozici je i **IDS-P:** Inteligenční a vývojová škála pro předškolní děti, Grob, A., Reimann, G., Gut, J. Frischknecht, M., autorka české verze: Krejčířová, D., Hogrefe – Testcentrum, Praha 2018
- K-ABC:** Kaufmanova hodnotící baterie pro děti – K-ABC, Kaufman, A. S., Kaufman, N. L., česká úprava: Poledňová, I., Vonkomer, J., Brno, Psychodiagnostika, 2000.
- Kresba postavy:** Kresba postavy – modifikace testu F. Goodenoughové, Šturma, J., Vágnerová, M., Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, 1982.
- M-CHAT:** Modifikovaný dotazník pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat (k dispozici je i revidovaná verze **M-CHAT-R** a verze pro follow-up **M-CHAT-R/F**), Robins, D. L., Fein, D., Barton, M., dostupné na [www.autismusscreening.eu/screening/dotaznik-m-chat-rf-tm/](http://www.autismusscreening.eu/screening/dotaznik-m-chat-rf-tm/)
- Nedokončené věty:** část baterie Projektivní interview: explorační technika pro dětskou psychologickou praxi, Michal, V., Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, 1974
- ROR:** ROR-CS: vyhodnocování, Komprehensivní systém J. E. Exnera, Jr., Standardizovaný přístup k vyhodnocování Rorschachovy metody, Exner, J. E., Jr., autoři české verze: Polák, A., Obuch, I., Hogrefe – Testcentrum, Praha 2011. Dále Rorschach – Praktická příručka, Exner, J. E., Jr., překlad a úprava: Petržela, M., Hogrefe – Testcentrum, Praha 2009.
- SB-LM:** Stanford – Binetův test, verze Terman – Merrill, III. revize, Terman, L. M., Merrill, M. A., česká úprava: Adamovič, K., Šebek, M., Psychodiagnostika Brno 1972.
- SB IV:** Stanford-Binetův test – IV. revize, Thorndike, L., česká úprava: Smékal, V., Psychodiagnostika Brno, 1995.
- Scénotest:** Scénotest – Praktická metoda pro porozumění neuvědomovaným problémům a struktuře osobnosti, von Staabs, G., přeložili a upravili: Šturma, J., Humpolíček, P., Testcentrum, Praha 2001
- SON-R:** Sniijders-Oomen neverbální inteligenční test, Tellegen, P. J., Laros, J. A., Heider, D., Testcentrum – Hogrefe, Praha 2008
- Test rodinných vztahů:** Test rodinných vztahů zachycující citové vazby dítěte. Antony J., Bene E., autoři české verze Mádrová E., Smékal V., Bratislava, Psychodiagnostika, 1992
- Test světa:** Test du monde. Bühler, Ch., Paris, Centre de psych. appl., 1963

**WAIS III:** Wechslerova inteligenční škála pro dospělé, Wechsler, D., autoři české verze: Černochová, D., Goldmann, P., Král, P., Soukupová, P., Šnorek, V., Havlůj, V. (ed.), Hogrefe – Testcentrum, Praha 2010

**WISC III:** Wechslerova inteligenční škála pro děti, Wechsler, D., autoři české verze: Krejčířová, D., Boschek, P., Dan, J., Testcentrum, Praha 2002

Vytvořeno a vytištěno v rámci projektu Specializační vzdělávání v oboru  
dětská klinická psychologie a klinická psychologie  
Registrační číslo projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/20\_114/0011881



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost