

Michal Hrdlička a Iva Dudová (eds),
Jana Kocourková, Jiří Koutek a kolektiv

Moderní dětská a dorostová psychiatrie

Napsáno podle MKN-11





Děkujeme společnostem, které v této publikaci inzerují nebo její vydání jiným způsobem podpořily (v abecedním pořadí):

Egis Praha, spol. s r.o.

KRKA ČR, s.r.o.

Rotary Satellite Club of Telč – Prague Golf / NGW, z.s.

Zentiva, k.s.

Michal Hrdlička a Iva Dudová (eds),
Jana Kocourková, Jiří Koutek a kolektiv

Moderní dětská a dorostová psychiatrie

Napsáno podle MKN-11

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**. Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou **bez souhlasu nositele práv zakázány**.*

**prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.; doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D. (eds);
doc. PhDr. Jana Kocourková; MUDr. Jiří Koutek, Ph.D., a kolektiv**

Moderní dětská a dorostová psychiatrie

Editoři:

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno

doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Kolektiv autorů:

doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

MUDr. Kryštof Kantor, Ph.D.

MUDr. Jakub Kerner

doc. PhDr. Jana Kocourková

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

Mgr. Markéta Mohaplová

MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.

PhDr. Marina Stejskalová, CSc.

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Recenzentka:

doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

Obrázky dodali autoři. Obrázky 12.1, 12.3 překreslil a upravil Jiří Hlaváček.

Cover Photo © Depositphotos, 2026

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2026

© Grada Publishing, a.s., 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10 702. publikaci

Šéfredaktorka lékařské literatury MUDr. Michaela Lízlerová

Odpovědná redaktorka Mgr. Klára Procházková

Jazyková korektura a redakce PhDr. Michaela Malinová

Sazba a zlom Lucie Koubová

Počet stran 336

1. vydání, Praha 2026

Vytisklo TISK CENTRUM s.r.o, Moravany u Brna

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-8677-8 (ePub)

ISBN 978-80-271-8676-1 (pdf)

ISBN 978-80-271-6055-6 (print)

Editoři

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno

doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Kolektiv autorů

doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno

MUDr. Kryštof Kantor, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

MUDr. Jakub Kerner

Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice, Praha

doc. PhDr. Jana Kocourková

Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Mgr. Markéta Mohaplová

Oddělení klinické psychologie, Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.

Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň
Psychiatrická ordinace Duševní zdraví s.r.o., Planá

PhDr. Marina Stejskalová, CSc.

Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity
a Fakultní nemocnice Brno, Brno

Obsah

	Předmluva.	1
	Úvod: Obor dětská a dorostová psychiatrie	3
1	Vývojová období dětství a dospívání	5
1.1	Prenatální období.	5
1.2	Novorozenecké období.	6
1.3	Kojenecké období.	6
1.4	Batoletčí období	6
1.5	Předškolní období.	7
1.6	Mladší školní období	7
1.7	Dospívání	7
1.8	Vývojové teorie	8
1.8.1	Stadia kognitivního vývoje – Jean Piaget (1896–1980)	8
1.8.2	Stadia psychosociálního vývoje – Erik Erikson (1902–1994)	9
1.9	Vývojové aspekty rodičovského chování	9
2	Pedopsychiatrická propedeutika.	11
2.1	Pedopsychiatrické vyšetření	11
2.1.1	Úvodní údaje	11
2.1.2	Rodinná anamnéza	12
2.1.3	Osobní anamnéza dítěte	12
2.1.4	Nynější onemocnění	15
2.1.5	Psychopatologický nález	15
2.1.6	Somatický nález.	16
2.1.7	Výstupy vyšetření	16
2.2	Obecná psychopatologie	17
2.2.1	Poruchy vnímání	17
2.2.2	Poruchy myšlení	19
2.2.3	Poruchy vůle a jednání	22
2.2.4	Poruchy vědomí.	23
2.2.5	Poruchy emocí	24
2.2.6	Poruchy paměti	26
2.2.7	Poruchy inteligence.	26
2.2.8	Poruchy pudů	27
2.2.9	Poruchy osobnosti	28
2.3	Psychologické vyšetření	29
2.3.1	Výkonové metody	31
2.3.2	Projektivní metody	32
2.3.3	Vývojové škály.	33
2.3.4	Intelligenční testy a soubory	34

2.3.5	Formulace psychologického nálezu nebo zprávy	35
2.4	Objektivní vyšetřovací metody	36
2.4.1	Laboratorní vyšetření.	36
2.4.2	Elektrokardiografické vyšetření	38
2.4.3	Elektroencefalografické vyšetření	38
2.4.4	Zobrazovací metody	39
3	Neurovývojové poruchy	41
3.1	Poruchy vývoje intelektu	41
3.2	Vývojové poruchy řeči a učení	44
3.2.1	Vývojové poruchy řeči nebo jazyka	44
3.2.2	Vývojová porucha učení	47
3.2.3	Vývojová porucha motorické koordinace	49
3.3	Porucha autistického spektra	50
3.4	Porucha pozornosti s hyperaktivitou	61
3.4.1	Porucha pozornosti s hyperaktivitou, s převládajícími projevy nepozornosti	64
3.4.2	Porucha pozornosti s hyperaktivitou, převážně hyperaktivní–impulzivní projev	64
3.4.3	Kombinovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou	64
4	Schizofrenie a jiné psychotické poruchy	73
4.1	Schizofrenie	73
4.2	Jiné psychotické poruchy	79
4.2.1	Schizoafektivní porucha	79
4.2.2	Schizotypální porucha	79
4.2.3	Akutní a přechodná psychotická porucha	80
4.2.4	Porucha s bludy	81
4.2.5	Sekundární psychotický syndrom.	81
4.3	Katatonie	82
5	Poruchy nálady	87
5.1	Bipolární a související poruchy	88
5.1.1	Bipolární porucha typu I.	88
5.1.2	Bipolární porucha typu II	90
5.1.3	Cyklothymní porucha	97
5.2	Depresivní poruchy.	100
5.2.1	Jedna epizoda depresivní poruchy	100
5.2.2	Rekurentní depresivní porucha	100
5.2.3	Dysthymní porucha	104
5.2.4	Smíšená depresivní a úzkostná porucha	106
6	Úzkostné a neurotické poruchy	111
6.1	Panická porucha	111
6.2	Generalizovaná úzkostná porucha	114

6.3	Sociální úzkostná porucha	118
6.4	Fobická úzkostná porucha	120
6.5	Separační úzkostná porucha	123
6.6	Obsedantně-kompulzivní porucha	126
6.7	Disociativní poruchy	132
6.7.1	Disociativní porucha s neurologickými symptomy	133
6.7.2	Disociativní amnézie	134
6.7.3	Trans	135
6.7.4	Porucha posedlosti a transu	135
6.7.5	Disociativní porucha identity	135
6.7.6	Částečná disociativní porucha identity	136
6.7.7	Porucha depersonalizace a derealizace	136
6.8	Poruchy tělesné tísně nebo tělesného prožívání	138
6.8.1	Porucha tělesné tísně	138
6.8.2	Dysforie tělesné integrity	138
6.9	Selektivní mutismus	141
7	Poruchy specificky spojené se stresem.	143
7.1	Posttraumatická stresová porucha	143
7.2	Komplexní posttraumatická stresová porucha	146
7.3	Porucha prodlouženého truchlení	148
7.4	Poruchy přizpůsobení	150
7.5	Reaktivní porucha přichylnosti	152
7.6	Dezinhibovaná porucha sociální angažovanosti	154
8	Poruchy příjmu potravy.	157
8.1	Mentální anorexie	158
8.2	Mentální bulimie	162
8.3	Porucha záchvatovitého přejídání	165
8.4	Porucha příjmu potravy s omezením a vyhýbáním se jídlu	165
8.5	Pika	166
8.6	Ruminačně-regurgitační porucha	166
8.7	Specifické poruchy příjmu jídla v útlém a dětském věku	167
8.7.1	Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu	167
8.7.2	Syndrom vybíravosti v jídlu	168
8.7.3	Syndrom pervazivního odmítání	168
8.8	Obezita v dětském a dorostovém věku	168
9	Poruchy způsobené užíváním návykových látek nebo závislostním chováním	173
9.1	Poruchy způsobené užíváním návykových látek	173
9.1.1	Specifikace průběhové formy závislosti	174
9.2	Alkohol	176
9.3	Kanabinoidy	180
9.4	Syntetické kanabinoidy	181

9.5	Opioidy a opiáty.	182
9.6	Hypnotika, sedativa, anxiolytika	184
9.7	Kokain	186
9.8	Stimulancia (amfetaminy, metamfetamin, metkatinon)	187
9.9	Kofein	189
9.10	Halucinogeny	190
9.11	Nikotin.	191
9.12	Těkavé inhalanty	192
9.13	Poruchy způsobené užíváním jiných specifikovaných psychoaktivních látek.	193
9.14	Poruchy způsobené závislostním chováním	194
9.14.1	Společná kritéria pro hráčkou poruchu a poruchu hraní digitálních her	195
9.14.2	Hráčská porucha	195
9.14.3	Porucha hraní digitálních her	196
9.15	Krátká intervence	196
9.16	Programy minimalizace rizik (harm reduction).	199
10	Poruchy chování a vývoje osobnosti	201
10.1	Rušivé chování nebo disociální poruchy chování	201
10.1.1	Porucha opozičního vzdoru	201
10.1.2	Disociální porucha chování	204
10.2	Disharmonický vývoj osobnosti.	208
10.3	Poruchy osobnosti	208
10.4	Návykové a impulzivní poruchy.	213
10.4.1	Pyrománie	213
10.4.2	Kleptománie.	214
10.4.3	Kompulzivní porucha sexuálního chování.	215
10.4.4	Intermitentní výbušná porucha	216
11	Sexuologická problematika v dětství a adolescenci	217
11.1	Projevy sexuality u dětí před pubertou a po jejím nástupu.	217
11.2	Sexuální výchova	218
11.3	Excesivní masturbace u dětí před pubertou	219
11.4	Dětské sexuální hry.	220
11.5	Genderový nesoulad	220
11.5.1	Genderový nesoulad v dětství	221
11.5.2	Genderový nesoulad v dospívání nebo v dospělosti	221
12	Psychické poruchy se somatickými projevy	225
12.1	Tikové poruchy	225
12.1.1	Přechodná tiková porucha	228
12.1.2	Chronická motorická nebo fonická tiková porucha.	228
12.1.3	Touretteův syndrom	229
12.2	Poruchy vylučování.	233

12.2.1	Enuréza	233
12.2.2	Enkopréza	236
13	Specifické otázky dětské psychiatrie	239
13.1	Týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané dítě	239
13.1.1	Charakteristiky týrajících a týraných – rizikové faktory	239
13.1.2	Týrané, zanedbávané a zneužívané dítě.	240
13.1.3	Následky týrání, zanedbávání a sexuálního zneužívání.	241
13.1.4	Terapie a další intervence	242
13.1.5	Právní důsledky	243
13.2	Münchhausenův syndrom by proxy	244
13.3	Suicidalita a sebepoškozování v dětství a adolescenci.	246
13.4	Dětská a adolescentní forenzní psychiatrie.	253
13.4.1	Soudněznalecká činnost v oblasti trestněprávní.	253
13.4.2	Posuzování v civilněprávních věcech	255
14	Psychofarmaka a biologické léčebné metody.	257
14.1	Obecná pediatrická psychofarmakologie.	257
14.2	Antidepresiva	259
14.2.1	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu	261
14.2.2	Duální antidepresiva	263
14.2.3	Jiná antidepresiva	265
14.2.4	Inhibitory monoaminoxidázy	266
14.2.5	Starší antidepresiva	266
14.3	Anxiolytika	268
14.3.1	Benzodiazepinová anxiolytika.	268
14.3.2	Nebenzodiazepinová anxiolytika	270
14.4	Thymoprotektiva	272
14.5	Antipsychotika	275
14.5.1	Atypická antipsychotika	276
14.5.2	Typická antipsychotika	280
14.6	Psychostimulancia a nestimulační léky pro ADHD.	281
14.7	Hypnotika	284
14.8	Elektrokonvulzivní terapie	285
14.9	Jiné biologické léčebné metody	287
15	Psychoterapie dětí a adolescentů.	291
15.1	Rozdíly v psychoterapii dětských, adolescentních a dospělých pacientů	291
15.2	Základní přístupy a metody	292
15.2.1	Teoretická východiska	292
15.2.2	Nejčastější psychotherapeutické modalitty u dětí a adolescentů	295
15.3	Dialektická behaviorální terapie	299
15.3.1	Úvod a teoretická východiska	299
15.3.2	Základní struktura	300

15.3.3	Indikace v dětské a dorostové psychiatrii.	301
15.3.4	Účinnost DBT-A	301
15.4	Všímavost (mindfulness)	302
15.5	Další psychoterapeutické metody	304
15.5.1	Arteterapie.	304
15.5.2	Muzikoterapie	305
15.5.3	Biblioterapie	305
15.5.4	Relaxační techniky	306

Souhrn	308
Summary	309
Medailonky	310
Seznam zkratk.	313
Rejstřík	318

asentra :)

potahované tablety sertralinum



23 let na trhu v ČR²
nejpředepisovanější sertralin v ČR²



KRIKA

ASENTRA Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Asentra 50, Asentra 100, potahované tablety. **Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje sertralinum 50 mg nebo 100 mg (ve formě sertralini hydrochloridu). **Indikace:** Epizody velké deprese, k prevenci opakujících nebo návratu epizod velké deprese. Panické poruchy s agorafobií nebo bez ní. Obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD) u dospělých a u dětí a dospívajících ve věku 6–17 let. Sociální úzkostné poruchy. Posttraumatické stresové poruchy (PTSD). **Dávkování:** Deprese a OCD: Zahajovací dávka je 50 mg/den. Panická porucha, PTSD a sociální úzkostná porucha: Zahajovací dávka je 25 mg/den. Po 1 týdnu má být zvýšena na dávku 50 mg 1× denně. Titrační dávky: Deprese, OCD, panická porucha, sociální úzkostná porucha a PTSD: Zvyšování dávky se musí provádět po 50 mg v intervalech nejméně 1 týdně, a to až na maximální dávku 200 mg denně. Nástup terapeutického účinku lze pozorovat během 7 dnů. K dosažení plného terapeutického účinku je však zapotřebí obvykle delšího období, a to především u OCD. K eliminaci symptomů deprese by pacienti měli být léčeni dostatečně dlouhou dobu nejméně 6 měsíců. Děti a dospívající s OCD: 6–12 let: počáteční dávka 25 mg/den. 13–17 let: počáteční dávka 50 mg/den. Po 1 týdnu může být dávka zvýšena na 50 mg/den, v případě nedostatečné terapeutické odpovědi může být zvyšována v průběhu několika týdnů o 50 mg až na maximální denní dávku 200 mg/den. Účinnost nebyla prokázána u dětí s velkou depresivní poruchou. Nejsou k dispozici údaje u dětí mladších 6 let. U starších pacientů je nutná opatrnost v určení dávek, protože mohou mít vyšší riziko hyponatrémie. U pacientů s poruchou funkce jater je nutné používat nižší dávky, případně podávat méně často a u závažného poškození jater se nesmí sertralin používat. Při ukončení léčby sertralinem je nutné dávku snižovat postupně během nejméně 1–2 týdnů, aby se snížilo riziko abstinence reakcí. Sertralin se podává 1× denně, a to buď ráno, nebo večer, s jídlem i bez jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Souběžná léčba ireverzibilními inhibitory monoaminoxidázy (IMAO) je kontraindikována vzhledem k riziku vzniku serotoninového syndromu. Léčba sertralinem nesmí být zahájena dříve než 14 dní po ukončení léčby ireverzibilními IMAO. Léčba sertralinem musí být ukončena alespoň 7 dnů před zahájením léčby ireverzibilními IMAO. Podávání sertralínu je kontraindikováno u pacientů souběžně užívajících pimozid. **Zvláštní upozornění:** Při léčbě SSRI včetně sertralínu byl hlášen rozvoj potenciálně život ohrožujícího serotoninového syndromu nebo neuroleptického maligního syndromu. Zvláštní péče a opatření při lékařském posouzení je třeba zejména při přechodu z dlouhodobě působících léků, jako je fluoxetin. Pozor na současné podání sertralínu s jinými léky, které zlepšují serotoninergní neurotransmisí. Byly hlášeny případy prodloužení korigovaného QT intervalu a Torsade de Pointes. U malého počtu pacientů se vyskytl příznak hypománie nebo mánie. U pacientů se schizofrenií může dojít ke zhoršení psychiatrických symptomů. Pokud se u nemocného objeví epileptické záchvaty, je nutno léčbu sertralinem přerušit. Deprese je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškození a sebevraždy; toto riziko přetrvává až do klinicky významné remise. Při užívání SSRI byly hlášeny případy abnormálního krvácení, včetně kožního krvácení, hyponatrémie. Po vysazení léčby jsou časté abstinenční příznaky. Užití sertralínu bylo spojeno s rozvojem akalázie. U pacientů s diabetem může léčba SSRI ztížit kontrolu glykémie. Opatrnost u pacientů s glaukomelem s uzavřeným úhlem anebo s glaukomelem v anamnéze. **Interakce:** Podání sertralínu souběžně s grapefruitovou šťávou se nedoporučuje. Sertralin nesmí být používán v kombinaci s ireverzibilními IMAO, jako je selegilin. Vzhledem k riziku vzniku serotoninového syndromu nesmí být souběžně podán sertralin a reverzibilní selektivní IMAO, jako je moklobemid. Antibiotikum linezolid je slabý reverzibilní neselektivní IMAO a nesmí být pacientům užívajícím sertralin podáván. Při užití souběžně s fentanylem, dalšími serotoninergními léky (včetně dalších serotoninergních antidepresiv, amfetaminů, triptanů) a dalšími opioidy (včetně buprenorfinu) je nutná opatrnost. Léky prodlužující QT interval, pimozid, alkohol, fentanyl, lithium, fenytoin, triptany, warfarin, atenolol, cimetidin, digoxin, NSAID, kyselina acetylsalicylová, tiklopidin, propafenon, flekainid, tricyklická antidepresiva, grapefruitová šťáva. Při souběžném podávání metamilozu a sertralínu je nutná opatrnost. Těhotenství a kojení: Používání sertralínu v těhotenství a během kojení je možné, jen pokud klinický stav pacientky je takový, že výhody léčby převažují potenciální riziko. Observační údaje naznačují zvýšené riziko (méně než dvojnásobné) poporodního krvácení. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějším nežádoucím účinkem je nauzea. Při léčbě sociální úzkostné poruchy se u mužů vyskytla sexuální dysfunkce (porucha ejakulace), tyto nežádoucí účinky jsou závislé na dávce a s pokračující léčbou často vymizí. **Balení:** 30 potahovaných tablet po 50 mg nebo 100 mg. **Doba použitelnosti a uchování:** 2 roky. Přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování.

Datum poslední revize textu SPC: 30. 9. 2021.

Držitel rozhodnutí o registraci: KRKA, d.d., Novo mesto, Slovinsko.

Reg. Č.: Asentra 50 mg: 30/063/03-C, Asentra 100 mg: 30/063/03-C.

Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis.

Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Nepřetržitá veřejná informační služba: tel. +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz; www.krka.cz/cz/lecliva-a-jine-produkty

Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 192/79, 186 00 Praha 8 – Karlín, Tel. +420 221 115 115, www.krka.cz

Literatura:

1. VZP list, www.vzp.cz

2. IQVIA Flexion, 07/2026

Sil. Med. 7/2026, Czech Republic, 2026 I-N-AS-58

Předmluva

Uplynulo víc než čtvrtstoletí od chvíle, kdy vyšla poslední samostatná učebnice dětské psychiatrie. Od té doby se téměř všechno změnilo. Nyní předkládáme čtenářům zcela novou učebnici oboru, která reflektuje pokroky moderní medicíny a byla již kompletně napsána podle nové Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize.

Obor dětské a dorostové psychiatrie byl téměř celé dvacáté století ovlivňován především psychoterapeutickými a psychosociálními přístupy. Od přelomu milénia jsme však svědky razantního nástupu neurobiologického směru, který mapuje biologickou podmíněnost psychiatrických poruch v dětství a zkoumá možnosti moderní farmakoterapie. Hnacímotorem neurobiologického výzkumu se staly pediatrické neurovědy, genetika a zobrazovací metody. Tímto procesem se přelomově změnila filozofie oboru a pedopsychiatrie se zásadním způsobem přihlásila k hlavnímu proudu medicíny. Toto konstatování nijak nesnižuje váhu psychologických, psychoterapeutických a sociálních postupů. Ideálem nadále zůstává biopsychosociální přístup, tedy integrace biologických, psychologických a sociálních faktorů v péči o pacienta. Díky současným pokrokům v porozumění biologickým základům je však možné tuto syntézu postavit na kvalitativně vyšší úroveň.

Ještě v roce 2003 se všichni dětské psychiatri, kteří se Evropě vážně zabývali výzkumem, vešli do jedné seminární místnosti pro 40 lidí. Jsem vděčný za to, že jsem tehdy dostal příležitost v té místnosti sedět. Ve stejném desetiletí však Evropská unie také uvolnila velké částky na podporu výzkumu a řada evropských států toho využila k vybudování akademických a výzkumných pracovišť v oboru dětské a dorostové psychiatrie. O desetiletí později jsem seděl u kávy s mladými španělskými výzkumníky a byl překvapen, kolik nových pracovišť a laboratoří u nich vzniklo nebo bylo zásadně rozšířeno, kolik španělských doktorandů bylo vysláno na stáže na prestižní pracoviště a jak kvalitní výzkum se u nich provádí. V roce 2003 jsme se Španělskem byli na stejné startovní čáře, dnes je Španělsko – spolu s Německem a Francií – velmocí v dětské a dorostové psychiatrii. Česká republika tuto příležitost dokonale promarnila. Nevíme, zdali doboví vládní vyjednávači nechtěli či nedokázali tyto specifické prostředky získat nebo je sice získali, ale tehdejší vlády je – v tichosti – rozdělily netransparentně. Zato víme, že Česká republika postavila mnoho přechodů pro žáby, stovky kilometrů předražených cyklostezek a neuvěřitelných 350 rozhleden, takže je dnes bez nadsázky nazývána rozhlednovou velmocí (poněkud symbolické je, že některé rozhledny již zchátraly a musely být zavřeny, či dokonce strženy).

Dnes akademičtí výzkumníci v evropské pedopsychiatrii naplní středně velkou kongresovou halu. Přesto však intenzivní proces rozvoje oboru bude pokračovat ještě nejméně po nejbližší dvě dekády. Pro mladé lékaře, kteří nechtějí jen dělat rutinní práci, je to stále výzva, jak být tam, kde se dějí velké věci. Kde se dá něco posunout dopředu. Nesmějí se však nechat otrávit skutečnostmi, o nichž jsem psal v předchozím odstavci. I bez podpory státu mají slušnou šanci získat mezinárodní kontakty, zahraniční stáže a granty a nakonec třeba něco skutečně důležitého objevit či významně zlepšit v péči

o naše pacienty. Věřím, že se takoví kolegové a kolegyně najdou a posunou dál úroveň našeho oboru.

Rád bych v závěru předmluvy poděkoval recenzentce knihy, doc. MUDr. Martině Zvěřové, Ph.D., za podnětné připomínky. Děkuji rovněž všem sponzorům učebnice; jejich podpora pomohla nejen tomu, že kniha vůbec mohla vyjít, ale také modernímu a přehlednému zpracování publikace.

Celý náš autorský tým doufá, že učebnice bude užitečná nejen dětským psychiatrům a psychologům (včetně kolegů připravujících se na atestační zkoušku), ale i studentům medicíny a psychologie, psychiatrům, praktickým lékařům pro děti a dorost, specialistům z jednotlivých oblastí dětské medicíny, pedagogům a speciálním pedagogům, sociálním pracovníkům a střednímu zdravotnickému personálu na pedopsychiatrických odděleních. Přeji všem inspirativní četbu a studium a doufám, že kniha přinese čtenářům mnoho nových informací.

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

**POMÁHÁME
POMÁHAT**



Rotary



Rotary Satelite Club of Telč,
Prague Golf/NGW



Naší **PRIORITOU** je pomoc
potřebným, především **DĚTEM**,
které vnímáme jako
BUDOUCNOST naší **SPOLEČNOSTI**.



Podporujeme projekty, které mají
KONKRÉTNÍ DOPAD a umožňují
přímou zpětnou vazbu od těch,
kterým **POMÁHÁME**.

Úvod: Obor dětská a dorostová psychiatrie

Michal Hrdlička

Dětská a dorostová psychiatrie je mladým oborem. Teprve v roce 1933 se na sjezdu švýcarské psychiatrické asociace (pod vlivem Moritze Tramera) poprvé vydělila jako samostatná disciplína. Již předtím však bylo Švýcarsko zemí, kde příznivé podmínky umožnily, aby Johann Jakob Guggenbühl v Interlakenu zřídil první centrum pro mentálně retardované děti, a to již v roce 1841. Mezi další milníky světové pedopsychiatrie patří například vznik Chicago Juvenile Psychopathic Institute v Chicagu roku 1909 (William Healy) nebo založení Yale Child Study Center v New Haven (1911) psychologem a pediatrem Arnoldem Gesellem, které se postupně stalo a dosud je celosvětově nejvýznamnější výzkumnou institucí v dětské psychiatrii. Za otce moderní světové pedopsychiatrie je pak považován Brit Michael Rutter (1933–2021), který do dětské psychiatrie vnesl moderní výzkumné metody, oddělil koncepčně dětský autismus od dětské schizofrenie a přispěl k diagnostické propracovanosti oboru. Stal se prvním profesorem dětské psychiatrie na území Commonwealthu (1973) a za své zásluhy byl královnou Alžbětou II. jako první dětský psychiatr povýšen do šlechtického stavu (1992).

V českých zemích formování dětské a dorostové psychiatrie začíná v roce 1871, kdy Karel Slavoj Amerling založil Ernestinum, ústav pro péči o slabomyslné děti. V roce 1923 se otevřela v jihočeských Opařanech první dětská psychiatrická léčebna. Následně v roce 1947 vzniká první dětské oddělení při psychiatrické klinice Univerzity Karlovy (dále: UK) a Všeobecné fakultní nemocnice (prvním vedoucím lékařem zde je Josef Apetauer). Pražská psychiatrická klinika umožnila vyrůst i zakladatelské osobnosti české dětské psychiatrie Janu Fischerovi (1913–1976). V chronologickém pořadí Fischer v r. 1956 zakládá sekci dětské a dorostové psychiatrie při Psychiatrické společnosti ČLS JEP a je jejím prvním předsedou; v r. 1961 zřizuje nástavbovou atestaci z dětské psychiatrie, v r. 1969 se stává prvním profesorem dětské psychiatrie u nás (o čtyři roky dříve než Michael Rutter – viz výše); v r. 1971 zakládá první (a dosud jedinou) samostatnou Dětskou psychiatrickou kliniku ve Fakultní nemocnici Motol při tehdejší Fakultě dětského lékařství UK (dnes 2. LF UK). Dětská psychiatrická oddělení vznikla také při psychiatrických klinikách v Brně, Plzni a Olomouci a při několika psychiatrických léčebnách. K opařanské dětské psychiatrické léčebně se přidaly i samostatné dětské léčebny ve Velké Bíteši a Lounech (pokud zmíníme jen ty dosud existující).

Vývoj po listopadu 1989 nebyl jednoduchý. V desetiletích po listopadu 1989 se totiž organizátorům českého zdravotnictví zdálo, že dětská psychiatrie nebude zvlášť potřebným oborem. Stali jsme se svědky nepříliš prozíravého rušení lůžkových kapacit z triviálních úsporných důvodů. Původní počet pedopsychiatrických lůžek se mezi lety

1989–2019 snížil z 1100 přibližně na polovinu. Aby toho nebylo málo, reformátoři českého zdravotnictví v roce 2009 degradovali obor na pouhý certifikovaný kurz, a tak ho odsoudili k postupnému zániku (mezi roky 2009–2012 se do certifikovaného kurzu v celé České republice přihlásili pouze dva uchazeči, zatímco 20 lékařů, předpokládáných podle dřívějších trendů, se pro dětskou a dorostovou psychiatrii navždy ztratilo). Vypočetli jsme, že s takovým vývojem se někdy kolem roku 2019 obor definitivně rozpadne. Naštěstí ministr zdravotnictví MUDr. Martin Holcát – po osobní intervenci autora těchto řádek – v roce 2013 pedopsychiatrii vrátil mezi základní, samostatné specializace. Tento krok významně posílil obor a ukázal se jako klíčový pro další vývoj. Bez něho by koronavirová pandemie, která přinesla obrovskou přívalovou vlnu pacientů na oddělení dětské psychiatrie, tato oddělení fakticky přivedla ke kolapsu.

Koronavirová pandemie také změnila složení pacientů v pedopsychiatrické péči, kde začali dominovat pacienti s úzkostně-depresivními stavy a/nebo se sebepoškozováním a po sebevražedných pokusech. Zviditelnila rovněž dosud nezřetelné, dlouhodobější trendy. Ve světle časové dynamiky se jeví jako pravděpodobné, že (za současného působení dalších rizikových faktorů) katalyzátorem zhoršení duševního zdraví mládeže byly sociální sítě a chronický stres koronavirové a následných krizí se pak stal vlastní rozbuškou. Bližší rozbor těchto trendů je nad možnosti tohoto textu, proto zájemce odkazují na níže uvedenou knihu *Děti v ohrožení: krize, odolnost a psychické zdraví*. S teoretickými výzvami současných změn se náš obor dosud uspokojivě nevypořádal a jejich podchycení a zpracování zůstává důležitým úkolem pro nastupující generaci mladých dětských psychiatrů.

Jiným aktuálním problémem současnosti se stala myšlenka „pečovat o duševní zdraví bez psychiatrů“. První známky tohoto trendu bylo možné pozorovat již s vydáním pozičního dokumentu Evropské unie (EU) *Green Paper: Improving the Mental Health of the Population* (2005). I organizace velmi blízké EU, jako je UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), tehdy ostře kritizovaly, že se v dokumentu ani jednou neobjevila role psychiatrů. V současnosti byl Green Paper nahrazen *Sdělením Evropské komise o uceleném přístupu k duševnímu zdraví* (2023), ani zde se však rolí psychiatrů či dětských psychiatrů vůbec neoperuje. Naopak se objevují opakované odkazy na úkoly sociálních pracovníků, učitelů, pediatriů a psychologických služeb. Z druhé strany jde tomuto trendu naproti nedostatek dětských psychiatrů, který je celosvětový – a velmi zřetelný je i v České republice. Dosavadní vládní opatření pro podporu pedopsychiatrie byla jen kosmetická. Pokud se brzy nedočkáme velkorysejších řešení, pak se myšlenka „pečovat o dětské duševní zdraví bez dětských psychiatrů“ bohužel naplní beze zbytku.

Literatura

- European Commission: Communication on a comprehensive approach to mental health. COM (2023) 298 final. Online. Dostupné z: https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en. [citováno 2026-05-05].
- Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000.
- Hrdlička M, Pilátová A, Kolouch D. Děti v ohrožení: krize, odolnost a psychické zdraví. Praha: Vyšehrad, 2024.
- Wiener JM. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.

1 Vývojová období dětství a dospívání

Jana Kocourková

Porozumění vývojovým obdobím dětství a dospívání je předpokladem práce odborníků v oblasti dětského duševního zdraví, zejména tehdy, když potřebujeme odlišit normální vývoj a případné psychopatologické odchylky. Popisovaná vývojová období zachycují projevy dětí v řadě oblastí, jako je motorický vývoj, kognitivní vývoj a řeč, emoční a sociální vývoj a souvislost vývoje s charakteristikami prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Moderní pohled na vývoj zdůrazňuje interakci mezi vrozenými biologickými faktory na jedné straně a na straně druhé zkušenostmi, které dítě v průběhu života získává. Z vývojových teorií, které historicky významně ovlivnily pohled na dětství a dospívání, můžeme zmínit Sigmunda Freuda a psychosexuální stadia vývoje, Erika Eriksona a psychosociální stadia vývoje, Margaret Mahlerovou a její popis separačně-individuačního procesu dítěte v prvních třech letech života. Za významný pohled považujeme práce Jeana Piageta zejména v oblasti kognitivního vývoje dítěte a dále behaviorální a sociálně kognitivní teorie B. F. Skinnera a Alberta Bandury. V neposlední řadě je třeba zmínit význam teorie citové vazby Johna Bowlbyho a Mary Ainsworthové, která popisuje charakter citových vazeb dítěte k primární pečující osobě a přetrvávání internalizovaného modelu citové vazby do dospělosti. Běžně popisovanými vývojovými stadii jsou prenatální období, novorozenecké období, kojenecké období, batolecí období, předškolní období, mladší školní období a období dospívání.

1.1 Prenatální období

Z hlediska prenatálního vývoje dítěte je podstatné, jaké vlivy na vyvíjející se plod působí a jakým způsobem vývoj plodu ovlivňují. Vliv na vývoj mají biologické faktory (genetika, zdraví matky, absence toxických látek), psychologické faktory (psychický stav matky, počátky vytváření citové vazby), sociální faktory (sociální a ekonomické podmínky). Víme, že vyvíjející se plod není zcela pasivní, reaguje na podněty, například má schopnost vnímat stres matky. Na straně matky se v tomto období rozvíjí fantazie a představy o dítěti a vytváří se základ citového vztahu. Nechtěné těhotenství, nedostatek podpory, užívání návykových látek, emoční nestabilita matky jsou pro identifikaci s potřebnou pozitivní mateřskou rolí ohrožující.

1.2 Novorozenecké období

Novorozenecké období trvá přibližně do jednoho měsíce po narození dítěte. Začíná narozením dítěte, kdy porod představuje intenzivní zkušenost matky i dítěte. Vedení porodu by mělo vycházet ze spolupráce matky a zdravotnického personálu, s respektem k emočnímu stavu matky. Přítomnost otce u porodu dítěte vyžaduje alespoň základní psychologickou přípravu. Umožnění intenzivního kontaktu matky s novorozenečným dítětem těsně po porodu startuje potřebné spojení a sladění, což je komplikované zejména u dětí předčasně narozených, které potřebují specifickou péči. Je třeba věnovat pozornost psychickému stavu matky, která může být ovlivněna emočním stavem označovaným jako „mateřské blues“, což může gradovat do závažnější podoby psychického stavu, až k riziku ohrožení sebe nebo dítěte. Vývojovým úkolem dítěte v tomto období je adaptace na život mimo dělohu (dýchání, termoregulace, spánek-bdění). Základy citové vazby se vytvářejí prostřednictvím smyslových vjemů, jako je dotýkání, dítě vnímá například vůni matky nebo hlas. Důležitá je stálost a bezpečnost prostředí, pravidelný rytmus krmení a spánku, primární orientace matky na novorozené dítě.

1.3 Kojenecké období

Kojenecké období trvá přibližně do jednoho roku a jeho charakteristickým projevem je intenzivní vývoj v oblasti hrubé i jemné motoriky, rozvíjí se i kognitivní funkce, řečové projevy a probíhá vývoj v emoční a vztahové oblasti. Ke konci prvního roku dítě dokáže stát, je schopno jít vedeno za ruku. Po polovině prvního roku napodobuje neřečové zvuky, v roce obvykle umí několik slov. Rozvíjí se porozumění řeči, schopnost reagovat na jednoduché pokyny. Rozšiřuje se škála emoční reaktivity, od původního rozlišení libosti a nelibosti je dítě schopno dát najevo například zlost, smutek a strach. Emoce jsou dány momentální zkušeností a vyžadují připravenost matky pomoci dítěti emoční stavy regulovat. Kolem devátého měsíce se projevuje úzkost při odloučení od matky. Citová vazba je vytvářena nejen ze strany empatického postoje matky a její schopnosti mateřského zaujetí pro potřeby dítěte, ale i vybavenosti dítěte do takové vazby vstupovat. V útlém věku je důležitá maturace senzorických, percepčních a motorických funkcí.

1.4 Batolecí období

Druhý rok života přináší vývojový pokrok v oblasti motorických, kognitivních funkcí i v emočních a vztahových projevech. Schopnost chůze vede k větší samostatnosti dítěte a schopnosti explarovat své okolí, zlepšuje se hrubá a jemná motorika, dítě lépe kontroluje vlastní chování. Objevují se projevy tzv. prvního negativismu, které pomáhají k rozvoji samostatnosti, pocitu nezávislosti, uvědomění si vlastního já. Důležitou oblastí je rozšíření slovní zásoby a verbálního vyjadřování. Emoční projevy jsou diferencovanější, dítě je schopno prožívat pocity hrdosti, studu, žárlivosti. Začíná rozpoznávání emocí druhých a počátky empatie. Rozšiřuje se spektrum blízkých

osob, o které se dítě zajímá. Rodiče musí tolerovat kolísání mezi závislostí na nich a snažením se o nezávislost. Probíhají začátky identifikace s pohlavní rolí.

1.5 Předškolní období

Předškolní období zahrnuje věk mezi 3 a 6 lety. V tomto období oproti batolecímu vývoji růst zpomaluje, zdokonaluje se motorika, dítě se jistěji pohybuje, je obratnější, umí utíkat, skákat. Rozvíjí se jemná motorika, zájem o kreslení, vyvíjí se obratnost například v kresbě postavy. Dítě je schopno řady aktivit v sebeobsluze a těchto základů by mělo dosáhnout, když vstupuje do kolektivního zařízení. Emoční projevy jsou silné, střídající se, diferencované, dítě je již schopno svoje emoce verbalizovat a v určité míře i regulovat. Je zřetelná silná citová vazba na rodiče, specificky matku i otce, či další blízké osoby. Dítě má strach ze ztráty ocenění a uznání. Rozvíjí se zájem o sdílení aktivit s druhými dětmi, se kterými je možno kooperovat při hře, ale mohou být též překážkou při prosazení vlastního přání. Významnou modalitou je hra, která pomáhá dítěti odlišit realitu od vlastní fantazie. Zvyšuje se zájem o vlastní tělo a pohlavní rozdíly, objevuje se dětská experimentace v sexuální oblasti. Děti v tomto věku obvykle navštěvují předškolní zařízení, což klade nárok na zvládání separace od rodičů a přizpůsobení se cizímu prostředí, včetně podřízení se novým nárokům.

1.6 Mladší školní období

Bývá označováno jako střední dětství, období latence nebo mladší školní věk. Trvá přibližně do 11–12 let. V tomto věku dítě zahajuje povinnou školní docházku, opouští období převážně hry a vstupuje do období úkolů a vzdělávání, s nutností se adaptovat na cizí autority i skupinové normy a požadavky. Přejít do školy vyžaduje školní zralost jak v oblasti kognitivní, tak i emoční a sociální. Psychomotorický vývoj postupuje v koordinaci, jemné motorice a obratnosti, rozšiřuje se slovní zásoba i stupeň jazykových dovedností. Z hlediska sociálního a emočního vývoje se zvyšuje schopnost sebekontroly a seberegulace. Rozvíjí se citlivost na sebehodnocení, dítě je schopno vnímat pravidla a spravedlnost, učí se spolupracovat i soutěžit, záleží na tom, jak si dokáže najít místo v kolektivu. Pro školní adaptaci dítě potřebuje pomoc rodičů, stejně tak v situaci, kdy má problémy se začleněním se mezi vrstevníky, v extrémním případě, když jde v dětském kolektivu o projevy šikany. Důležitá jsou přátelství a spolupráce s ostatními. Přítomna je citlivost na vlastní uplatnění. Rozvoj fantazie může vést k představám imaginárních společníků.

1.7 Dospívání

Vývojové období dospívání je přibližně vymezeno dolní hranicí 11–12 let a horní hranicí 20–22 let. V průběhu dospívání nastávají výrazné změny na úrovni biologické, psychologické i sociální. Biologické změny organismu vedou k akceleraci růstu

a k rozvoji primárních a sekundárních pohlavních znaků. Biologické změny nemusí být v souladu s psychologickými a sociálními změnami v dospívání a může docházet k disharmonii a nevyváženému psychickému vývoji. Proces dospívání je dále determinován psychosociálními vlivy, které vyplývají z rodiny, vrstevnických vztahů a dalších sociokulturních podmínek. Rizikovými faktory jsou sociální síť, návykové látky, školní a studijní stres. Vývojové úkoly dospívání bývají definovány jako dosažení vlastní identity, rozvolnění vztahů s rodiči, nalezení sexuálních partnerství a dosažení profesní kompetence.

Pubescence je vývojové období (11–15 let), které začíná obdobím prepuberty spojené s nástupem prvních známek pohlavního dospívání a končí nástupem menarche u dívek a první emise semene u chlapců. Fáze vlastní puberty trvá do dosažení reprodukční schopnosti. Prožívání tělesných změn může být obtížné, zvláště když se dospívající odlišují od vrstevníků (například první menstruace u senzitivní dívky v dívčím kolektivu, zvýrazněné sexuální znaky, které budí pozornost, a podobně). Tělesné změny dospívání nemusí být v harmonii s dospíváním v psychické oblasti. Tyto změny jsou náročné i pro rodiče, vyžadují respekt ke změnám ve fyzickém kontaktu s dítětem.

Adolescence (do 20–22 let, v závislosti na sociálních podmínkách i později) představuje období, v němž dochází k nejvýraznějším změnám v oblasti vlastní identity a interpersonálních vztahů. Vývojové úkoly adolescence se dotýkají vztahů v rodině a osamostatňování se, vztahů s vrstevníky a také schopnosti dospělých sexuálních vztahů. Důležitá je oblast vývoje sociální kompetence ve školní a pracovní oblasti. Dosažení vývojových úkolů adolescence otevírá cestu k dospělosti.

Rizikovými faktory adolescentního vývoje je nestabilní rodinné prostředí, školní a studijní stres, problémy v sexuálním vývoji a tendence k užíváním návykových látek, zejména v kontextu identifikace s problémovými vrstevníky. Sociální síť bývají náhradou za potřebnou experimentaci v reálném životě a často ukazují nereálné vzory, což se dotýká zejména dospívajících dívek v parametrech krásy, štíhlosti a úspěšnosti. Sexualita představuje v období adolescence důležitou zkušenost, často zjednodušovanou na otázku koitální sexuality. Normálním projevem je masturbace, která může vést k vnitřním konfliktům v důsledku nepřijatelnosti fantazií, které masturbaci provázejí. I přes společenskou toleranci k identifikaci s genderovou identitou nebo volbou sexuálního objektu bývá pro dospívající jedince nesnadné akceptovat u sebe menšinovou orientaci, zejména tehdy, když nemají k dispozici podporu důležitých osob, zejména rodiny. Úskalím ve vývoji v adolescenci je návykové chování, které sahá od látkových závislostí (nikotin, alkohol, nelegální drogy, psychofarmaka) k nezávislostem (internet, sociální síť, gambling).

1.8 Vývojové teorie

1.8.1 Stadia kognitivního vývoje – Jean Piaget (1896–1980)

Významný vývojový psycholog, který se zaměřil zejména na kognitivní vývoj dítěte a popsal vývojová stadia inteligence. Zdůrazňoval interakci dítěte s prostředím. Tato teorie bývá označována jako genetická epistemologie.

1. **Stadium senzomotorické inteligence** (přibližně do 2 let, myšlenkové operace dítěte jsou vázány na prováděnou činnost, na přímé vnímání a motorické akty).
2. **Stadium předoperačního myšlení** (přibližně od 2 do 7 let, dítě již užívá více řeč a symboly, ale jeho myšlení je intuitivní, zatím není schopno usuzovat logicky a deduktivně. Myšlení je stále vázáno na činnost a je magické a egocentrické).
3. **Stadium konkrétních operací** (přibližně od 7 do 11 let, dítě je orientováno na konkrétní svět objektů a událostí, zachází s informacemi z vnějšího světa, je schopno užívat určité logické operace, vyvíjí morální citění).
4. **Stadium formálních operací** (v průběhu dospívání jsou již myšlenkové operace logické a systematické, v rovině symbolického a abstraktního uvažování, vytváří se schopnost uvažovat o alternativních variantách, myslet o vlastním myšlení).

1.8.2 Stadia psychosociálního vývoje – Erik Erikson (1902–1994)

Významný psychoanalytik, rozšířil psychosexuální vývojová stadia S. Freuda o propojení vnitřních psychických procesů a vlivu vnějšího prostředí. Zavedl pojem psychosociální krize, kdy dítě v jednotlivých obdobích vývoje musí zvládnout vnitřní konflikt, který toto období přináší. Erikson popsal i další vývojová stadia dospělého věku.

1. První rok života – téma **základní důvěra versus nedůvěra** (dosažení důvěry a základního pocitu bezpečí).
2. První až třetí rok – téma **autonomie versus pocity studu a pochybnosti o sobě** (samostatnost, sebeprosazení, sebekontrola).
3. Třetí až šestý rok – **iniciativa versus pocity viny** (sexuální zvědavost, vývoj superega).
4. Šestý až jedenáctý rok – **snaživost versus pocity méněcennosti** (téma výkonnosti, spolupráce, soutěživosti).
5. Období dospívání – **dosažení vlastní identity versus zmatení rolí** (krize identity, separace od rodičů, psychosexuální zrání, cesta k dospělému sebepojetí).

1.9 Vývojové aspekty rodičovského chování

Rodiče mají ve vývoji dítěte podstatnou úlohu a rodina představuje pro dítě první a nejdůležitější vztahové prostředí. Začátek identifikace rodičů s rodičovskými rolmi začíná již v prenatálním období vývoje dítěte a klade nároky na rodičovský pár. V prvním období života je nejvýznamnější mateřská péče a schopnost matky soustředit se na potřeby dítěte. Pro to matka potřebuje sama citovou stabilitu, emoční oporu, ať již od partnera, nebo i dalších osob v rámci širší rodiny. Komplikací raného vývoje dítěte jsou problémy ve vztazích rodičů, nezralost, nedostatek empatie pro potřeby dítěte, zaujetí vlastními tématy a potřebami. V raném věku je zásadní vytvoření bezpečné citové vazby, která jako mentální pracovní model přetrvává do pozdějšího věku. V batolecím a předškolním věku je třeba dítěti stanovit hranice, které sice mohou vést k pocitům frustrace, ale vytvářejí podmínky pro vývoj frustrační tolerance a odolnosti. V předškolním věku je důležitá schopnost dítěte snášet separační úzkost,

například při návštěvě školky, a rozložení citových investic mezi členy širší rodiny a sourozenci, což klade nároky na reakce rodičů. Období dospívání klade na rodiče značné nároky v podobě přijetí odpoutávání se dítěte z primárních rodinných vazeb a přijetí dítěte, i když neodpovídá představám rodičů, a v podobě zvládnutí jejich vlastní úzkosti při představě rizik, kterými dospívající jedinec prochází. Stabilita rodinných vztahů je významným ochranným faktorem, který dítěti pomáhá v průběhu nároků vývojových období a nevyhnutelných frustrací. Rizikovými faktory pro vývoj dítěte jsou nestabilní rodinné vztahy, orientace rodičů na vlastní potřeby zejména v případě rozpadu rodiny, duševní poruchy na straně rodičů, sociální a ekonomické znevýhodnění.



K zapamatování

- Specifičnost vývojových období v oblasti kognitivní, emoční a sociální.
- V raném dětství dosažení bezpečné vazby a základní důvěry.
- V předškolním věku schopnost hry, fantazie a symbolického myšlení.
- V mladším školním věku důraz na učení, spolupráci, přijetí autorit.
- Dosažení vývojových úkolů adolescence v psychosociální oblasti.

Literatura

- Erikson EH. Dětství a společnost. Praha: Portál, 2022.
- Krejčířová D, Langmeier J. Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing, 2006.
- Piaget J. Psychologie inteligence. Praha: Portál, 1999.
- Thorová K. Vývojová psychologie. Proměny od početí do smrti. Praha: Portál, 2017.
- Vágnerová M, Lisá L. Vývojová psychologie. Dětství a dospívání. Praha: Univerzita Karlova, 2021.

2 Pedopsychiatrická propedeutika

Michal Hrdlička, Markéta Mohaplová, Jakub Kerner

2.1 Pedopsychiatrické vyšetření

Michal Hrdlička

Vyšetření dítěte a adolescenta provádíme s dítětem a jeho rodičem/rodiči, případně s primárním pečovatelem (není-li dítě v péči rodičů). Na rodinnou anamnézu nemoci, anamnézu pre-, peri a postnatálního vývoje, somatický vývoj a medicínskou anamnézu dítěte se ptáme zejména rodičů. Na další body se ptáme jak dítěte, tak rodičů – porovnáváme případné rozpory ve výpovědích. Pokud rodina souhlasí, ve většině případů je užitečné doplnit anamnézu o údaje ze školy – tj. posíláme třídnímu učiteli školní dotazník. V případě podezření na poruchu pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) jsou informace ze školy klíčovou součástí anamnézy. U některých adolescentů mohou být velmi užitečné i údaje od kamarádů a vrstevníků.

Při rozhovoru s rodičem/rodiči se snažíme postihnout, zdali jsou přítomny obranné mechanismy (rodič se snaží disimulovat nebo popírat obtíže dítěte), nebo zda rodič naopak zveličuje obtíže (zvláště v případech, kdy z toho může mít nějaký prospěch – zde zjišťujeme, o jaký prospěch by se mohlo jednat). Zvláště v éře internetu jsou někteří rodiče takzvanými internetovými lékaři – přicházejí s prekonceptí, jakou má dítě diagnózu a co se s ním má dělat; z toho pak vyplývá snaha manipulovat lékaře. Pokud rodiče přinášejí předem sepsaný podrobný záznam o tom, co chtějí lékaři sdělit, pak to někteří autoři považují za známku špatného vztahu k dítěti.

Při rozhovoru s dítětem je důležité pozorovat neverbální chování a emoce. Zjišťujeme, zda dítě či adolescent s vyšetřením souhlasil či si ho dokonce sám vyžádal, nebo k němu naopak byl doveden proti své vůli.

2.1.1 Úvodní údaje

Jedná se o údaje z parere, okolnosti přijetí a/nebo vyšetření dítěte. V případě nedobrovolné hospitalizace jde o konkrétní údaje vedoucí k detenci.

Údaje od rodičů, které se týkají těchto skutečností:

- kdo z rodiny byl znepokojen stavem dítěte, proč a proč byla pomoc hledána právě teď,
- postoj rodičů k přijetí/vyšetření dítěte,
- očekávání rodičů směrem k psychiatrické pomoci.

2.1.2 Rodinná anamnéza

A. Rodiče:

- vzdělání, zaměstnání, finanční zajištění;
- etnické, kulturní, církevní pozadí – tento bod má význam především v multikulturních společnostech, ale postupně nabývá významu i u nás;
- síla, slabost, konfliktní situace v roli individuální, manželské, rodičovské;
- postoje k dítěti, včetně nadějí, strachů, očekávání nebo oblastí nesouhlasu;
- identifikace s dítětem – komu z rodičů se více podobá;
- zkušenosti s vlastními rodinami rodičů, které ovlivňují postoje nebo chování vůči dítěti.

B. Rodina a domácnost:

- rodinná struktura, včetně blízkých příbuzných;
- struktura domácnosti, včetně členů mimo rodinu;
- vztah dítěte s rodiči, sourozenci, jinými členy rodiny;
- hranice a spojenectví v rodině a role dítěte vzhledem k nim;
- rodinný styl komunikace a řešení problémů;
- převažující emoční tón rodiny, působí-li podpůrně, kriticky nebo hostilně, hyper- nebo hypokontrolně;
- rodinné aktivity, včetně každodenních aktivit, volného času a rekreačních aktivit;
- rodinná očekávání a disciplína;
- rodinné stresy: stěhování; změny v rodině nebo struktuře domácnosti; nezaměstnanost, chudoba; nemoci, nehody nebo jiná zneschopnění; právní nesnáze.

C. Rodinná anamnéza nemocí a psychiatrických kontaktů:

- Sem patří všechny somatické a psychiatrické poruchy s možným genetickým nebo environmentálním působením na dítě.

2.1.3 Osobní anamnéza dítěte

A. Anamnéza pre-, peri a postnatálního vývoje:

- bylo těhotenství plánované a/nebo chtěné;
- co se dělo v rodině v té době, včetně závažného stresu matky;
- předchozí těhotenství, nedonošení, potraty;
- komplikace tohoto těhotenství, včetně matčina abúzu alkoholu nebo drog;
- porod (průběh, donošenost, kříšení, křeče nebo modráni, novorozenecký ikterus);
- okolnosti adopce;
- časný kojenecký věk, včetně temperamentu a způsobů regulace a attachmentu.

B. Somatický vývoj a medicínská anamnéza:

- růst dítěte: výška, hmotnost;
- vývoj jemné a hrubé motoriky a koordinace, včetně tiků, hyperaktivity;
- vývoj řeči a jazyka: v kolika měsících první slova, první věty; abnormality řeči nebo jazyka;

- jídelní chování a postoje;
- trénink udržování vyměšování (moč, stolice) a selhání;
- spánkové zvyklosti;
- anamnéza nemocí: hospitalizace, operace, závažná zranění (zvláště hlavy), tělesné hendikepy, chronické a akutní nemoci, epizody podobné záchvatům, alergie, zhoršení zraku nebo sluchu, expozice olovu nebo jiným toxinům;
- sexuální vývoj: stav puberty, včetně předčasného nebo opožděného vývoje; masturbace nebo jiná sexuální anamnéza; pohlavní identita a orientace, rodičovské reakce;
- zkušenosti s předškolními zařízeními.

C. Farmakologická anamnéza:

- užívání somatických či psychiatrických léků, pro jaké konkrétní diagnózy;
- jak dlouho, v jakém dávkování;
- jakým způsobem ukončeno užívání medikace (splnění účel užívání, dohoda s lékařem, non-compliance).

D. Školní anamnéza:

- historie nástupu do školy, včetně problémů se separací nebo docházkou, změny škol, disciplinární problémy (třídní nebo ředitelská důtka, známka z chování, počet zameškaných dnů);
- co ho/ji ve škole nejvíc baví a co nejméně;
- nejhorší známka na vysvědčení (je-li adekvátní, doptat se, zdali dítě někdy propadlo z nějakého předmětu);
- silná a slabá místa ve škole;
- motivace k učení;
- udržení pozornosti;
- tolerance k frustraci nebo kritice;
- postoje vůči autoritám;
- organizační schopnosti.

E. Pracovní anamnéza – pořizujeme jen u adolescentů, kteří již nastoupili do zaměstnání:

- odbornost;
- chronologický přehled zaměstnání, eventuálně logika změn;
- nynější zaměstnání: postavení, náročnost časová, fyzická a psychická, interpersonální vztahy na pracovišti;
- silná a slabá místa pracovního výkonu;
- pracovní problémy.

F. Sociální anamnéza:

- finanční situace rodiny;
- bydlení – velikost bytu, adekvátnost bydlení, vytápění, čistota, možnost soukromí, bezpečnost v okolí bydliště;
- vlastní pokoj dítěte, případně s kým pokoj sdílí.

G. Vývoj emocí a temperamentu:

- regulace nálad a afektů: vývojově významné známky deprese, dysforie; labilita nálad; hypománie nebo mánie; suicidální představy nebo chování; iritabilita;
- neobvyklá nebo excesivní anxieta: co ji vyvolává; psychofyziologické známky; tíseň, vyhyčivé chování, zhoršené fungování; excesivní bázlivost, behaviorální inhibice nebo stažení; obsese nebo kompulze;
- adaptibilita na nové, vyzývající nebo frustrující situace (nástup do mateřské školky, do základní školy, pobyt v nemocnici, snášení operačního výkonu..., bylo-li dítě vůbec nějakou dobu mimo rodinné prostředí);
- kapacita pro empatii a humor;
- má smysl pro disciplínu, jak je dodržována, jaké hranice stanovují rodiče;
- regulace agrese, včetně excesivní agrese nebo agresivních myšlenek (např. homicidálních), krutosti ke zvířatům, týrání mladších dětí, nebo naopak excesivní inhibice agrese;
- zájmy o hru s ohněm nebo zakládání ohňů;
- útoky z domu, destruktivita, krádeže;
- lhaní, obviňování jiných;
- negativismus nebo opozičnost;
- užívání drog.

H. Vztahy k vrstevníkům:

- počet a kvalita přátelství, včetně preferencí stran věku a pohlaví;
- sociální dovednosti a deficity;
- účast v neformálních a organizovaných aktivitách vrstevníků;
- pro adolescenty: romantické zájmy a navazování intimních vztahů.

I. Cíle a budoucí aspirace:

- jaké jsou;
- jak jsou realistické;
- jak se slučují s hodnotami a očekáváními rodiny;
- jak rodiče vidí své dítě, jakou budoucnost mu plánují.

J. Zájmy, hobby, talenty, trávení času:

- aktivity ve volném čase sám nebo s vrstevníky, včetně sledování sociálních sítí, internetu, televize, stupně rodičovské supervize;
- speciální talenty nebo zájmy, jestliže ano, jak jsou nahlíženy rodinou, školou, vrstevníky;
- vliv problémů dítěte na schopnost bavit se a zapojit se do běžných rekreačních aktivit

K. Neobvyklé nebo traumatické zážitky:

- týrání nebo sexuální zneužívání, zanedbávání;
- užívání alkoholu nebo drog rodičem nebo členem rodiny;
- rodinné, komunitní nebo politické násilí;
- přírodní katastrofy.

L. Abúzus návykových látek:

- o jakou látku nebo látky se jedná (u abúzu více látek očekávejte, že vyšetřovaný nejprve zmíní tu nejméně závažnou);
- triáda závažnosti abúzu: délka, frekvence, dávky;
- školní, pracovní a životní problémy způsobené abúzem.

2.1.4 Nynější onemocnění**A. Informace od rodičů:**

- trvání obtíží;
- frekvence a intenzita obtíží;
- konkrétní příznaky;
- precipitující faktory, jsou-li nějaké;
- okolnosti, za nichž se problém objevuje;
- následky, včetně stupně přidružené nepohody, interference se sociálním, rodinným, emocionálním, kognitivním a školním fungováním, nežádoucí vliv na vývoj;
- postoje rodičů, dítěte, vrstevníků a jiných vůči problémovému chování;
- detaily o předchozích pokusech vyhledat pomoc.

B. Rozhovor s dítětem:

- úvodní diskuse o důvodu hospitalizace/vyšetření, pohled dítěte na tento důvod, na roli lékaře;
- diskuse o nynějším problému;
- základní popis fungování dítěte (jak již nastíněno ve vývojové anamnéze);
- dotazy na specifické psychopatologické symptomy:
 - deprese, nízké sebehodnocení, suicidální ideace nebo chování,
 - excesivní anxieta, neobvyklé strachy,
 - psychofyzilogické symptomy, jako je bolest hlavy, bolest břicha;
 - halucinace, bludy;
 - obsese a kompulze;
 - antisociální chování;
 - abúzus alkoholu nebo jiných návykových látek;
- informace o potenciálně traumatických zážitcích: týrání nebo sexuální zneužívání, expozice rodinnému nebo komunitnímu násilí.

2.1.5 Psychopatologický nález

- Lucidita vědomí, orientace, spolupráce;
- fyzický vzhled;
- chování k lékaři a rodičům, včetně reakce na separaci;
- odpovědi na otázky (v relacích otázek? adekvátní? latence?);
- reakce dítěte na věk, pohlaví (rasu, etnické charakteristiky) lékaře, reakce na podmínky vyšetření;

- nálady a afekty;
- motorické chování, včetně úrovně aktivity, koordinace, přítomnosti neobvyklých motorických projevů (např. tiky, stereotypní pohyby);
- forma a obsah myšlení a vnímání, vč. přítomnosti halucinací, bludů, poruch myšlení;
- řeč a jazyk, včetně čtení a psaní;
- orientačně celková inteligence;
- pozornost a koncentrace;
- paměť;
- úsudek a náhled nemoci.

2.1.6 Somatický nález

Provádíme pediatrické interní vyšetření v obvyklém rozsahu. Z pedopsychiatrického hlediska si všímáme u mladších dětí hematomů (zdali jsou různého stáří – což by svědčilo pro fyzické týrání), u starších dětí a adolescentů známek sebepoškozování. Všímáme si případných vpichů (injekční užívání drog?); piercingu a tetování, které by svědčily pro příslušnost ke specifické komunitě.

2.1.7 Výstupy vyšetření

- diagnóza (definitivní či suspektní);
- diferenciální diagnóza;
- plán laboratorních, pomocných a konziliárních vyšetření;
- návrh terapie.

Literatura

- Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000.
- King RA and the Work Group on Quality Issues. Practice parameters of the psychiatric assessment of children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(10 Suppl.):4–20.

2.2 Obecná psychopatologie

Michal Hrdlička

Úvod

Psychopatologie jako systematická disciplína vznikala v 19. století a rozvíjela se ve 20. století především v německy mluvících zemích. Za zakladatele systematické psychopatologie je považován Karl Kahlbaum (1828–1899). Klasickou německou psychopatologii dále rozvíjeli mimo jiné Emil Kraepelin (1856–1926), jenž byl a je považován za otce moderní psychiatrie, a Eugen Bleuler (1875–1939). Svého vrcholu dosáhla pak dílem heidelberského profesora Kurta Schneidera (1887–1967). V pojetí klasické německé psychopatologie bylo nejprve třeba popsat symptomy, ty pak uspořádat v syndromy (např. depresivní náladu, ztrátu zájmů, oslabení energie a nespavost seskupíme do depresivního syndromu) a analýzou syndromů a průběhu dospět k nosologické diagnóze (periodická depresivní porucha).

V poslední třetině 20. století však začala celosvětově směř psychiatrie udávat americká psychiatrie, a ta šla jinou cestou. Počínaje diagnostickým manuálem DSM-III (1980) zavedla tzv. operacionální diagnostiku, kdy se hodnotí symptomy, a pokud se naplní jejich minimální počet vyžadovaný pro danou diagnózu (tzv. cut-off), pak je přímo stanovena diagnóza. Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 10. revizi (MKN-10) na tento způsob přešla v roce 1992 (v České republice od roku 1993) a MKN-11 v tomto trendu pokračuje. Operacionální přístup nevyžaduje detailní rozbor psychopatologie, jako to bývalo dříve obvyklé. Většina současných anglosaských učebnic vůbec speciální kapitolu psychopatologie neobsahuje.

V českých učebnicích však zůstává zachována tradice samostatné kapitoly psychopatologie; rovněž naše učebnice ji stručně pojedná. Mnoho diskrétních symptomů je totiž pro nevycvičené oko neviditelných. Jen víte-li, co máte hledat, najdete to. Neomezíme se jen na pediatrickou část, ale pojednáme všeobecnou psychopatologii. V této kapitole postupně probereme relevantní okruhy narušených psychických funkcí a začneme těmi nejdůležitějšími. Náš přehled však nebude vyčerpávající, soustředíme se jen na ty příznaky, s kterými se odborník může setkat ve své reálné praxi, nikoliv jen na papíře.

2.2.1 Poruchy vnímání

Poruchy vnímání relevantní pro psychiatrii jsou iluze a halucinace. Iluze je zkreslené vnímání a má svůj předobraz v realitě (přes cestu nám přeběhne černý pes, ale my vidíme černou kočku). Halucinace je kompletně klamný vjem. Důležitým termínem jsou rovněž **pseudoiluze** a **pseudohalucinace**, zde je si nemocný vědom, že se jedná o zkreslený či klamný vjem. Vyskytují se u delirií, intoxikací omamnými látkami (zejména halucinogeny), ale mohou být také známkou organického poškození moz-

Tab. 2.1 Přehled typů halucinací

Typ halucinace/smysl	Definované podtypy	Vysvětlení/poznámka
A. Smyslové		smysly jsou pro tento účel rozšířeny o viscerální (útrobní) vjemy
Sluchové	imperativní	hlasy pacientovi něco přikazují
	teleologické	hlasy pacientovi poskytují rady
	dialogizující	hlasy se mezi sebou přou, např. jeden mluví ve prospěch pacienta, druhý v neprospěch – příznak 1. řádu
	komentující	hlas komentuje současné jednání pacienta – přízna 1. řádu
Zrakové	mikrozoopsie	halucinace malých zvířat (často u deliria tremens)
	autoskopie, heautoskopie	nemocný halucinuje vlastní osobu (často přechodný jev při únavě, vyčerpání), jev blízký depersonalizaci
Čichové		často nepříjemné pachy, mohou být asociovány s bludem otrávanosti, někdy i při organických postiženích mozku
Chutové		často nepříjemné chuťové vjemy, mohou být asociovány s bludem otrávanosti
Tělové	taktilní	vjemy se vyskytují na povrchu těla, časté bývaly u někdejší diagnózy parafrenie
	taktilní halucinóza	pacient cítí v kůži přítomnost parazitů
	kinestetické (motorické)	dojem pasivních pohybů končetin nebo celého těla, výraznější za tmy
	grafomotorické	rukou pacienta píše jiná osoba
	verbálně-motorické (Séglasovy halucinace)	ústmi pacienta mluví jiná osoba
Viscerální (cenestické)		vjemy se vyskytují hluboko v útrokách, nejčastěji v trávicím ústrojí nebo pohlavních orgánech, časté bývaly u někdejší diagnózy parafrenie
B. Intrapsychické		tj. manipulace s myšlenkami; jev na pomezí poruch vnímání a myšlení – příznaky 1. řádu
	vkládání myšlenek	pocit, že myšlenky v hlavě jsou cizí, někým vložené
	odnímání myšlenek	pocit, že myšlenky jsou mu kradeny, amputovány z hlavy
	ozvučování myšlenek	pocit, že vlastní myšlenky slyší pacient jako ozvučené a mohou je také slyšet lidé v okolí
	vysílání myšlenek	pocit, že vlastní myšlenky v hlavě mohou sdílet vzdálení lidé, nejčastěji formou telepatie
C. Inadekvátní		nemocný vnímá halucinaci jinou částí těla, než je obvyklé (slyší palcem, čichá jazykem)

ku. Hemianoptické (pseudo)halucinace jsou lokalizovány do slepé poloviny zorného pole při postižení opačného okcipitálního laloku.

Jako nepatologické halucinace klasifikujeme halucinace hypnagogické (zrakové či sluchové při usínání) a hypnopompní (při probouzení).

Iluze rozdělujeme podle smyslů na zrakové, sluchové, čichové, chuťové a hmatové.

Halucinace mohou být:

- jednoduché, např. záblesky světla (fotomy), zvuky (fonémy);
- komplexní, např. slyšení slov, celých vět;
- kombinované – sdružují více smyslů najednou, např. halucinace postavy, která mluví a dotýká se pacienta;
- asociované – jeden klamný vjem vyvolá další klamný vjem, někdy i jiného smyslu – např. nemocný slyší hlas, že bude otráven, a následně má nepříjemný chuťový vjem, který považuje za znak otravy.

Přehled halucinací dle typu přináší **tabulka 2.1**.

Syndrom Kandinského-Clérambaultův (neboli syndrom psychického automatismu) zahrnuje současný výskyt intrapsychických a Séglasových verbálně-motorických halucinací.

2.2.2 Poruchy myšlení

Myšlení je nejsložitější ze všech psychopatologických jevů, a proto i poruchy myšlení jsou nejobsáhlejší kapitolou psychopatologie.

Popsat poruchy myšlení lze v několika rovinách:

A. Poruchy tempa myšlení:

- **bradypsychismus** (útlum myšlení) znamená zpomalené tempo myšlení;
- **tachypsychismus** (překotné myšlení) naopak zrychlené tempo myšlení.

B. Poruchy cíle myšlení

Jedná se o skupinu narušení, která se může vyskytovat jak v normě (např. u starých lidí), tak i v rámci psychopatologie (ADHD, porucha autistického spektra, mírná kognitivní porucha, demence aj.). Patří sem:

- **roztržité myšlení**: myšlení stále rozptylováno bezvýznamnými podněty;
- **zabíhavé myšlení**: nemocný nerozlišuje podstatné od vedlejšího;
- **ulpívavé myšlení**: znamená stereotypní opakování výchozí myšlenky či odpovědi (perseverace), často se týká domnělé křivdy;
- **nevýpravné myšlení**: stále se vrací k původnímu tématu.

C. Strukturální poruchy myšlení

Představují vážnější narušení myšlenkového procesu, jehož těžiště je ve formálním (strukturálním) postižení logického procesu myšlení. Takto narušený myšlenkový tok je okolí pacienta těžko srozumitelný, či zcela nesrozumitelný. Nejčastěji se tyto strukturální poruchy vyskytují u schizofrenie. Řadíme sem: