

Vzdělávací centrum Turnov, o. p. s. – projekt **Hlava v pohodě**



# DUŠEVNÍ OBTÍŽE A DUŠEVNÍ NEMOCI DOSPÍVAJÍCÍCH

**Středa 12. 10. 2022 - 15:00 – 18:00 hod.**

lektorky

**Mgr. Iva Lüftnerová**

**Mgr. Eliška Helikarová**

Iceland  
Liechtenstein  
Norway grants



[www.hlava-v-pohode.cz](http://www.hlava-v-pohode.cz)

Iceland  
Liechtenstein  
Norway grants



## Projekt **Hlava v pohodě**

Reg. č. Žádosti ZD-MGS1-014

Poskytovatel dotace: Ministerstvo zdravotnictví

**Projekt je finančně podpořen z Fondů EHP/Norska 2014-2021**

Partneři projektu: Technická univerzita v Liberci

Univerzita Stavanger, Norsko

Vzdělávací centrum Turnov, o. p. s. – projekt **Hlava v pohodě**

2

## Projekt **Hlava v pohodě**

### Cíle projektu

- Zvýšení podpory duševního zdraví a pohody dětí ve věku 11 – 16 let

### Cílové skupiny

- Dospívající 11 – 16 let
- Pedagogičtí pracovníci
- Rodiče dospívajících

## Projekt **Hlava v pohodě**

### Aktivity projektu

- tvorba **vzdělávacího programu** – výukový materiál pro pedagogické pracovníky – podklad pro výuku, 8 modulů  
(témata: Duševní zdraví a psychohygiena, Meditace a cvičení pro zdraví, Mindfulness, Zdravý životní styl, Vztah k sobě, Soužití s okolím, Emoce a jak s nimi zacházet, Stres a jak s ním zacházet)
- tvorba **podcastů** – 20 volně dostupných podcastů  
(témata např. Stres, Úzkost, Kyberšikana, Poruchy příjmu potravy atd.)
- **semináře** – dva semináře pro pedagogické pracovníky a rodiče  
2. seminář ve spolupráci s Fokus Turnov, z.s.
- **závěrečná konference** – online – s partnery projektu

Veškeré informace o projektu najdete na <https://www.hlava-v-pohode.cz>

# Duševní obtíže a duševní nemoci dospívajících

Mgr. Eliška Helikarová a Mgr. Iva Lüftnerová

## O lektorkách

**Mgr. Eliška Helikarová** – speciální pedagožka a psychoterapeutka se zkušenostmi s psychoterapií u dětí a s pětiletou zkušeností v oblasti náhradní rodinné péče, lektorka TUL pro oblast etopedie, speciální pedagožka ve Středisku výchovné péče Klíčov v Mladé Boleslavi, terapeutka Centra Sasanka Oblastní Charita Jičín

**Mgr. Iva Lüftnerová** - speciální pedagožka, odborná asistentka TUL – Katedra sociálních studií, Fakulta pedagogická, lektorka dalšího vzdělávání pedagog. pracovníků při ŠZDVPP Královehradeckého kraje, provozuje soukromou pedagogickou a kineziologickou poradnu, bývalá učitelka a ředitelka MŠ

## Úvod

V současné době na nás všechny, a na děti zvláště, působí mnoho faktorů a ne vždy mají pozitivní důsledky.

### Vlivy:

- společenské dění (politická situace v ČR, válka na Ukrajině, migrace)
- média
- dění v rodinách (52 % rodin v ČR rozvedeno, střídavá péče, ekonomická nejistota)
- nedávná opatření v důsledku Covid 19 ve školách (distanční výuka)

## Úvod

### Důsledek:

- narůstající tlak na dětskou psychiku od raného věku

## Obsah semináře

- S čím se mohou učitelé nejčastěji setkat
- Možnosti následné péče

## S čím se mohou učitelé nejčastěji setkávat

- Úzkostné poruchy
- Porucha attachmentu
- Deprese u dětí a mládeže
- Suicidální (sebevražedné) chování u dětí a mládeže
- Poruchy chování a specifické poruchy chování, specifické poruchy učení
- Mentální retardace
- Downův syndrom
- Děti s PAS (poruchami autistického spektra)

## Úzkostné poruchy



## Úzkostné poruchy

Úzkost a strach patří mezi normální a adaptivní vývojové fenomény, které za normálních okolností signalizují organismu – **dítěti** - hrozící nebezpečí.

Úzkost na rozdíl od strachu nemá konkrétní obsah.

Strach se naopak váže na různé konkrétní předměty či situace.

**Pro každé vývojové období je typický určitý soubor podnětů vzbuzující strach dítěte, který souvisí s normativními konflikty a vývojovými úkoly z daného období.**

## Úzkostné poruchy

- 0 - 3 roky - běžná je **separační úzkost** a strach z cizích lidí
- 3 - 6 let - jsou přítomné běžné fobie způsobené bohatou fantazií a magickým myšlením. Tyto **dětské fobie jsou většinou přechodné** a jen výjimečně mají přímý vztah k neurotickým poruchám v dospělosti. **Pozor - nejsou-li posilovány, např. strach z lékařů.**
- 8 -10 let - je dalším obdobím zvýšené úzkosti, dítě během kognitivního vývoje dospívá k plnému pochopení pojmu smrti s její univerzalitou a nezvratností. Řada dosud odvážných dětí se v tomto období začne bát tmy s představou možných číhajících nebezpečí, šumění větru, drobných šramotů apod.

## Úzkostné poruchy

### Patologická úzkost

Nadměrná úzkost v předškolním období se může manifestovat i poruchami jídla, spánku (poruchy usínání, noční můry a děsy) a tzv. “neurotickými návyky”, jakými jsou například cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů či nadměrná masturbace. Tyto aktivity slouží dítěti k uvolnění tenze, většinou jsou však okolím sankcionovány, což zpětně hladinu tenze zvyšuje.

Úzkostné hyperaktivní děti mohou být někdy, zejména v předškolním věku, chybně diagnostikovány jako děti s ADHD. Pro odlišení obou skupin dětí je nutná především podrobná anamnéza. U dětí úzkostných se setkáváme s nadměrnými reakcemi na stres obecně. Tyto děti však nebývají tolik impulzivní a jejich motorický kognitivní vývoj bývá rovnoměrnější.

## Úzkostné poruchy

### Generalizovaná úzkost

Děti s generalizovanou úzkostnou poruchou jsou trvale v napětí, ve školním věku bývají často velmi inhibované (zablokované), ale někdy mohou být i pohybově neklidné. Často mívají nejrůznější vágní a přechodné somatické potíže (bolesti hlavy, bušení srdce, dechové obtíže). Dominujícím problémem je množství nejrůznějších strachů.

Většina těchto dětí je celkově nejistá, mívají oslabené sebehodnocení, neustále se obávají budoucích událostí a možného vlastního selhání. V úsilí zvládat požadavky bývají až perfekcionistické a extrémně konformní. Jindy však naopak plnění požadavků (např. domácí úkoly apod.) právě ze strachu před selháním dlouho odkládají a pak propadají panice.

## Úzkostné poruchy

### Vyhýbavá porucha

Hlavním projevem je především strach z cizích lidí, který by měl za normálních okolností nejpozději do 3 let ustoupit. U některých dětí tento strach v neúměrně silné podobě přetrvává, děti se pak vyhýbají nebo až aktivně brání každému kontaktu s neznámými lidmi (dětmi i dospělými).

U většiny dětí se tato porucha v průběhu vývoje, nejčastěji během puberty, pozvolna upravuje.

U některých dětí se však může vystupňovat až do podoby sociální fobie, nebo může vést k rozvoji elektivního mutismu a vyžaduje pak dlouhodobou terapii. Jindy přetrvává výrazná sociální úzkost i v dospělosti ve formě úzkostné (vyhýbavé) poruchy osobnosti.



## Úzkostné poruchy

### Separáční úzkost

Separáční úzkost je obvyklým jevem, který se objevuje u dětí v rámci jejich vývoje.

Po narození jsou emoce dítěte jen málo diferenciované. Kolem šestého měsíce věku dítěte se začíná objevovat separáční úzkost v nepřítomnosti matky (pečující osoby). Souvisí se skutečností, že dítě si již začíná uvědomovat rozdíl mezi cizím a známým člověkem, zároveň se začíná utvářet citová vazba mezi dítětem a pečující osobou. Průběh a vývoj separáční úzkosti je významně ovlivněn právě citovou vazbou s rodičem (opatrovníkem) a temperamentem dítěte.

## Úzkostné poruchy

**Separáční úzkost** je však nejtypičtější pro batolecí období, kdy se mění vztah dítěte k lidem, což se odráží ve změně vztahových emocí v situačních a emočních reakcích. K těmto změnám dochází v důsledku rozvoje osobnosti u batolete (spojeno s obdobím prvního vzdoru). Dítě si uvědomuje sebe sama. Pro rozvoj identity a osamostatňování je separace od matky nezbytným předpokladem. Separáční úzkost obvykle mizí na konci batolecího období, ale existují děti, které se s ní mohou potýkat i při nástupu do školky či školy. Dítě má obavy z odloučení od matky (pečující osoby) a může protestovat proti jakékoli formě odloučení.

**Separáční úzkost** - pro matku (rodiče, pečující osoby) se může jednat o poměrně náročnou situaci, pokud odchází, měli by se s dítětem rozloučit a ujistit o svém návratu. Vytvoření si jistých návyků (např. cucání palce, kousání nehtů) pomáhá dětem vyrovnat se s úzkostí, postupně dochází k rozvoji jiných copingových strategií, které dítěti pomáhají úzkost překonat.

## Úzkostné poruchy

### Školní fobie

Školní fobie se objevuje zejména v předškolním věku, jedná se nadměrné obavy spojené se školním vzděláváním a ze „špatného hodnocení“, dítě se obává, že dostane „špatnou známku“. Obavy mohou být i z kontaktu s učitelem nebo spolužáky. Typické jsou somatické projevy jako bolesti břicha, nevolnost, zvracení, bolesti hlavy. Typické je, že je to pouze v souvislosti se školním prostředím.

**POZOR: je třeba odlišit od záškoláctví!!**

## Porucha attachmentu



## Porucha attachmentu

Teorie attachmentu Johna Bowlbyho vznikla v polovině minulého století a významně ovlivnila vývojovou psychologii a pohled na sociální vývoj dítěte.

John Bowlby, vědkyně Mary Ainsworthová a spolu s nimi řada vědců zjistila, že malé dítě pro svůj zdravý psychický vývoj nezbytně potřebuje maminku nebo jiného primárního pečovatele. Jednoduše dospělého člověka, který tráví s malým dítětem hodně času, je mu nablízku a má s ním kontakt.

## Porucha attachmentu

Podobně jako u teplokrevných zvířat – dítě se rodí s instinktem, který mu velí vyhledávat a následovat maminku nebo primárního pečovatele, navazovat s ním kontakt, vyhledávat jeho ochranu.

Mládě nebo malé dítě je bezmocné. Kdyby nebylo v blízkosti dospělého, který se o ně stará, zahynulo by.

Mláďata a malé děti prožívají stres, když je maminka nebo jiný primární pečovatel nedostupný, fyzicky nebo citově. Snaží se pak maminku vyhledat a získat její pozornost, blízkost, zájem.

### VIDEO:

<https://www.bing.com/videos/search?q=attachment&&view=detail&mid=39D62976365FB499B12239D62976365FB499B122&&FORM=VRDGAR&ru=/vid>

## Porucha attachmentu

Termín „porucha attachmentu“ bývá někdy nesprávně používán například pro vyhýbavý, rozporuplný nebo nejistý styl attachmentu. Ve skutečnosti se ale jedná o psychiatrickou diagnózu, kterou stanovuje lékař.

Jmenuje se Reaktivní porucha attachmentu (RAD) nebo závažně Nerozlišené sociální pouto (DSED) a zahrnuje velmi vážné projevy chování dětí, které zažily mnohonásobné střídání pečovatелů do 5 let a další raná traumata. Tyto děti reagují velmi negativně na jakýkoli pokus o bližší vztah, anebo naopak bez výběru Inou ke každému, i cizímu člověku (DMS-5).

## Porucha attachmentu

Mary Ainsworthová vysledovala, že podle toho, jak se maminky chovají k malým dětem asi do 2 let, děti se tomu přizpůsobí a chovají se k nim také určitým způsobem.

Popsala toto chování jako **styly attachmentu**:

1. **Jistý** - Pečující osoba je citlivá, klidná, zkušená a docela snadno vytváří po většinu času svému malému dítěti zázemí, ochranu a jistotu. Dítě rádo objevuje svět, ale také se k ní rádo vrací.
2. **Vyhýbavý** - Pečující osoba je zaměstnaná, méně citově založená, dítě vede k tomu, aby bylo rychle samostatné, je přísnější. Jedná se o organizovaný přístup rodiče, ale dítě je více odkázáno samo nasebe. Postupně se už na maminku tolik neobrací, nevyžaduje tolik zájmu a blízkosti.
3. **Rozporuplný** - Někdy se pečující mohou starat o své malé dítě příliš mnoho, úzkostně je zahrnují velkým zájmem. Jindy naopak chtějí mít čas pro sebe a dítě odmítají nebo se na něj zlobí. Dítě nikdy úplně neví, v jaké náladě maminka bude. Často se na ni lepší a obává se ji opustit, vyžaduje ujištění.
4. **Dezorganizovaný** - Pokud pečující osoba byla často a opakovaně velmi rozrušená, vyděšená nebo by dítě dokonce děsila, je to pro malé dítě velmi stresující.

## Deprese u dětí

- Možnost deprese u dětí byla donedávna **silně podceňována** nebo i zcela popírána! A to jednak pod vlivem obecného laického pohledu na období dětství jako šťastné a bezstarostné a jednak i z pohledu klasické psychoanalýzy, podle níž nezralá osobnostní struktura dítěte (především neúplně formované superego) vývoj depresivní poruchy neumožňuje.
- V posledních desetiletích zaznamenáváme značný nárůst odborných prací vztahující se k dětské depresi a je zcela zřejmé, že děti trpí depresí pravděpodobně stejně často jako dospělý.

## Dětská deprese – základní projevy

- smutná nálada - ztráta zájmu a radosti z běžných činností, pocit smutku, beznaděje a podrážděnost
- poruchy jídla (obvykle nechutenství, méně často přejídání se)
- poruchy spánku (nespavost, méně často hypersomnie)
- pohybový útlum nebo agitovanost
- apatie, ztráta zájmu
- únava, ztráta energie
- ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo nepřiměřené pocity viny, sebepoškozování
- zhoršená soustředěnost
- úvahy o smrti, suicidální myšlenky

## Dětská deprese - kojenecký věk

- Depresivní reakce byly popsány již u nejmenších dětí - například experimentálně jako reakce na nereaktivní obličej matky.
- Dítě se v této situaci postupně odtahuje, ztrácí zájem o okolí, má smutný výraz v obličeji, je utlumena hybnost i mimika. Klinicky jsou popisovány depresivní stavy malých kojenců při dlouhodobém neuspokojování základních biologických potřeb.
- Pro děti v kojeneckém a batolecím věku je však typická tzv. **anaklitická deprese** jako reakce na separaci od matky. Dítě při separaci obvykle nejprve pláče a volá matku, postupně "ztrácí naději", stává se apatickým, utlumeným, nereaguje na okolí, odmítá jídlo i veškeré sociální kontakty. Po čase většinou dochází k odpoutání od matky a dítě může přijmout náhradní pečovatelku, ovšem za cenu dočasně narušeného vztahu s matkou.

**VIDEO:** <https://www.youtube.com/watch?v=leHcsFqK7So>

## Dětská deprese - předškolní věk

Pro nedostatečně rozvinutou schopnost sebereflexe nejsou děti v předškolním věku dosud schopny dostatečně jasně vyjádřit a slovy označit své vnitřní pocity.

Typické pro depresi v tomto věku bývají proto spíše somatické symptomy (zejména bolesti hlavy a břicha), ztráta zájmu o hru a radost ze hry, často izolace od vrstevníků. Někdy přibývá denního snění, fantazie dítěte se pak vztahují k tématům bolesti, agrese a smrti. Někdy se projeví zvýrazněným destruktivním a agresivním chováním dítěte.

## Dětská deprese - školní věk

V této době je již možná kvalitnější verbalizace pocitů dětí samých. Obvykle bývá nízké sebehodnocení, pocity viny a bezmoci, depresivní témata (úraz, ostuda, ztráta blízké osoby, odmítnutí druhými, kritika) dominují ve hře a fantazii.

Prvním projevem deprese v tomto věku bývá často náhlé zhoršení dítěte ve škole - dítě ztrácí zájem o učení, špatně se soustřeďuje, zhoršuje se i jeho kontakt se spolužáky. Pohybově bývá někdy útlum, ale často i neklid, hyperaktivita, dítě se stává zlostným, neposlušným vzdorovitým.

**Již v tomto věku můžeme počítat s reálným nebezpečím suicida!**

## Dětská deprese - puberta a adolescence

V pubertě je určitá tendence ke kolísání nálad a drobným dysforickým rozladám normálním fenoménem, důležité je ovšem zachycení patologické deprese, k níž jsou dospívající zvýšeně náchylní a citliví (vulnerabilní) a která vyžaduje okamžitou léčbu.

**Riziko sebevražedného jednání (suicida) je v tomto věku vysoké!**

Klinický obraz je již zcela analogický depresi dospělých se zřetelnou poruchou nálady, sníženou energií, únavou a tendencí k izolaci. Typické je i slabé hodnocení.

Před pocity beznaděje někdy dospívající utíkají k alkoholu a drogám a především dívky i k promiskuitnímu chování. I v tomto věku je nutné na depresi pomýšlet vždy, dojde-li u dítěte k náhlému zhoršení prospěchu ve škole, nebo náhle k začínajícím poruchám chování, ale i při některých somatických obtížích, které mohou být prvním důvodem vyšetření, **protože dospívající mnohdy své pocity nikomu nesdělují.**



## Suicidální chování dětí a mládeže



## Suicidální chování dětí a mládeže

**Suicidum (sebevražda)** je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života.

Širším pojmem je suicidální chování zahrnující vedle dokonaných suicidií i suicidální pokusy a projevy svědčící o suicidálních myšlenkách a záměrech.

**Pozor - přání zemřít nemusí být jednoznačné!**

**Uvádí se, že suicidální jednání je v období adolescence druhou nejčastější příčinou smrti.**

**Pozor- některé tzv. “nešťastné náhody”, které souvisí s rizikovým chováním dětí a mládeže mohou být zastřenou formou suicidálního chování!!**

**Opakované suicidální pokusy zvyšují riziko dokonaného suicida.**



## Suicidální chování dětí a mládeže

Při hodnocení suicidálního rizika jsou podstatné následující faktory:

- předpověditelnost chování dítěte či adolescenta
- okolnosti suicidálního chování
- míra letality uvažovaného suicidálního chování
- intenzita úmyslu zemřít a fantazie spojené se smrtí
- charakter přítomné psychopatologie (zejména deprese, poruchy chování, závislost na návykových látkách)
- aspekty emočního prožívání (zejména bezmoc, beznaděj, pocity viny, vztek, narcistická zranění)
- stav ego funkcí (úroveň úsudku a sebekontroly)
- úloha rodiny a vrstevníků

## Suicidální chování dětí a mládeže

V chování a jednání (psychodynamických procesech) u dětí a adolescentů pozorujeme výraznější projevy vzteku na důležité osoby (zejména rodiče), zároveň pocity zoufalství, viny a bezmoci.

Suicidální chování v dětství a dospívání je často výrazem volání o pomoc (“cry for help”) než skutečného přání zemřít.

Bylo by však zjednodušením posuzovat toto chování jako prostou manipulaci, “jako demonstrativní” suicidální pokus, vzbuzování pozornosti okolí. Prostá manipulace spočívá spíše v předstírání suicidálního chování, jež ovšem může mít také nebezpečné důsledky.

## Poruchy chování u dětí



## Poruchy chování u dětí

V současné mezinárodní klasifikaci nemocí jsou poruchy chování u dětí definovány jako opakující se trvalý (v trvání nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte.

**Jedná se především: o krádeže, rvačky, krutost vůči lidem a zvířatům, opakované lži, záškoláctví a útoky z domova.**

Poruchy chování jsou v MKN-10 děleny na socializované, kdy dítě má přiměřené vazby v rodině i mimo ni, a na nesocializované, kdy bývá ještě připojeno kritérium agresivity (dělení na agresivní a neagresivní formy poruch chování) a dále eventuálně i vazba na prostředí, **protože u některých dětí dochází k překračování sociálních norem např. pouze v rodině.**

## Poruchy chování u dětí – psychologicky podmíněné

1. Porucha chování je projevem hledání **náhradního uspokojení** při ztrátě nebo opakované frustraci.

Často jde o vyjádření potřeb, které dítě jiným, přímým způsobem ve svém prostředí vyjádřit nemůže. Velmi často jde o potřebu pozornosti a uznání. Tyto děti mívají bohatý fantazijní život a současně bývají značně nezralé. Dítě se cítí v rodině nebo mezi vrstevníky izolováno a odmítáno - nejčastějším projevem bývají tzv. substituční krádeže. Dítě si např. za ukradené peníze přímo “kupuje” přátelství vrstevníků. Destruktivními činy vzbuzuje alespoň nějaký (i když negativní) zájem okolí.

## Poruchy chování u dětí – psychologicky podmíněné

2. Poruchy chování vztahující se k **emoční deprivaci**

Disociální chování dítěte v tomto případě nemá přímý vztah k specifickým traumatickým událostem, ale především k dlouhodobé citové deprivaci dítěte v rodině či v ústavním prostředí. Dopouštějí se ho také často děti s ADHD či poruchami učení, pokud se cítí společností odmítány a vylučovány. Tyto děti mají výrazné obtíže v navazování hlubších citových vztahů. Výchovné prostředí rodiny přitom bývá většinou charakterizováno nedostatkem důslednosti a disciplíny.

## Poruchy chování u dětí – psychologicky podmíněné

### 3. Poruchy chování na bázi disharmonického vývoje osobnosti

Těmto dětem chybí schopnost navazovat vřelé vztahy k druhým lidem, neprožívají lásku ani pocity viny. Bývají impulzivní se silnými agresivními tendencemi, jejich činy jsou zaměřené především na vlastní uspokojení, nikoliv konkrétním osobám. Většinou nejsou schopny učit se ze zkušenosti.

Vůči dospělým se tyto děti mnohdy dokážou chovat velmi mile a zdvořile, projevují se navenek jako rozumní a citliví lidé, předvádějí lítost a slibují nápravu a polepšení, své sliby však nedokážou splnit.

Disharmonický vývoj je pravděpodobně mnohdy podmíněn (nebo alespoň spolupodmíněn) těžkou citovou deprivací těchto dětí v útlém věku a jeho terapie není prognosticky příliš nadějná.

## Poruchy chování u dětí – psychologicky podmíněné

### 4. Volání o pomoc

V tomto případě jde o externalizační typ poruchy adaptace. K rozvoji poruch chování dochází u dítěte v akutní tíživé situaci, dítě bývá většinou silně úzkostné a depresivní. Disociální činy v tomto případě nejsou zaměřeny na uspokojení vlastních potřeb, jeví se mnohdy až zcela nesmyslné, dítě jedná jakoby v panice a důvod činu samo nezná a neumí vysvětlit. Relativně často se vyskytuje tento typ poruch chování jen v některém specifickém prostředí, např. v rodině při vystupňovaných problémech s nevl. otcem.

5. Poruchy chování jako **projev jiné závažné psychické poruchy** (schizofrenie deprese)

## Specifické poruchy chování - ADHD, ADD

- Dle MKN 10 patří mezi psychiatrická onemocnění.
- Na rozdíl od poruch chování jsou organicky podmíněny.
- Příčinou je minimální narušení mozkové tkáně a tím ztížený přenos vzruchu mezi neurony.
- Narušení mozkové tkáně **neznamená mentální postižení!**
- Příčiny bývají spatřovány v obtížích v průběhu těhotenství matky, během porodu, nezářídka jsou jimi ohroženy děti nedonošené s nízkou porodní vahou.

## Specifické poruchy chování - ADHD, ADD

Starší označení LMD, LDE (lehká mozková dysfunkce, dětská encefalopatie)  
= označení příčin

V současnosti označení symptomů (projevů):

- **ADHD - Attention deficit hyperactivity disorder** – porucha pozornosti s hyperaktivitou
- **ADD - Attention Deficit Disorder** - porucha pozornosti bez hyperaktivity

## Specifické poruchy chování - ADHD, ADD

### Typické projevy (základní triáda):

1. **Porucha pozornosti** - neudrží pozornost delší dobu, pozornost snadno odklonitelná nebo ulpívá
2. **Hyperaktivita** – nevladatelná, neúčelná motorická aktivita
3. **Impulzivita** – tendence jednat unáhleně, bez rozmyslu, bez ohledu na následek - nedokáže se poučit ze svých chyb

## Specifické poruchy chování - ADHD, ADD

### Přidružené obtíže:

1. **Poruchy motoriky** – nepřesné, nekoordinované pohyby, poruchy očních pohybů a mluvidel
2. **Poruchy řeči** – často řeč velmi rychlá, nesrozumitelná (breptavost), ale i obtížnější porozumění řeči
3. **Poruchy paměti** – zvláště krátkodobé
4. **Emoční labilita** – sklon k afektům, záchvatům vzteku
5. **Často přidružené poruchy učení**
6. **Velmi snížené sebevědomí**

## Specifické poruchy učení

1. **Dyslexie** – narušená schopnost učit se číst
2. **Dysgrafie** – narušená schopnost psaní
3. **Dysortografie** – narušená schopnost používat gramatická pravidla
4. **Dyskalkulie** – narušená schopnost matematických dovedností
5. **Dyspraxie** – narušená schopnost manuálních dovedností

## Dopady SPU a SPCH

- Dítě, ač se snaží, neustále selhává
- Působí jako méně chytré
- Často trestáno (špatné známky, tresty doma i ve škole)
- Často terčem výsměchu spolužáků, šikany
- Často ztrácí motivaci („stejně jsem hloupý, tak co bych se snažil“)
- Často samonaplňující předpověď
- Potřeba být přijímáno vede často k „šaškování“ (lepší alespoň nějaký zájem)
- Nepřijetí může snadno vést k poruchám chování (záškoláctví, lhaní, podvody, útek k drogám či k sektám)



## Mentální retardace

- **Mentální retardace** je vrozené postižení, dítě se již od začátku svého života nevyvíjí standardním způsobem (na rozdíl od demence, která vzniká později a je pro ni typický úbytek již rozvinutých schopností).
- Mentální retardace je trvalá, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje jedince s mentální retardací je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou vhodností působení prostředí, tj. výchovných, výukových a terapeutických vlivů.

## Mentální retardace - příčiny

### Genetická podmíněnost mentální retardace

- Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury autozomů (autozom je chromozom, který nepatří mezi pohlavní chromozomy). Typickým příkladem je trizomie 21. chromozomu, známá jako **Downův syndrom**.
- **Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo poruchy pohlavních chromozomů.** Příkladem je syndrom lomivého X poškozujících hlavně chlapce.
- Mentální retardace vniklá na bázi **genové poruchy**. K poškození mozku dochází různým způsobem, často v důsledku chorobného procesu, např. poškození mozku patologickými metabolity (neléčená fenylketonurie).
- **Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje.** Jde spíše o krajní variantu normy. Jedinec má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností. V tomto případě bývají obvykle obdobně postiženi rodiče a sourozenci, ev. ostatní příbuzní.



## Mentální retardace - příčiny

Teratogenní faktory - tyto faktory poškozují normální vývoj dítěte, působí prostřednictvím organismu matky, který je primárním prostředím plodu:

- Faktory fyzikální, např. ionizující záření nebo porodní poškození mechanickým stlačením hlavičky s následným krvácením do mozku, vlivem nedostatku kyslíku apod.
- Faktory chemické, např. některé léky, alkohol, jiné drogy.
- Faktory biologické, např. virové a mikrobiální. Typickým příkladem je virus zarděnek, který naruší vývoj embrya komplexním způsobem.

## Mentální retardace - příčiny

### POZOR:

**Pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova, nelze mluvit o mentální retardaci. Takový handicap není vrozený ani trvalý!**

Mohli bychom jej definovat spíše jako sociální poškození vývoje rozumových schopností (dříve nazývaných pseudooligofrenie). Jeho příčinou není poškození CNS, ale nedostatek přiměřených podnětů.

## Mentální retardace



Hlavním znakem mentální retardace je nízká úroveň rozumových schopností. Jde o postižení vrozené a trvalé. Člověk s mentální retardací nedosahuje odpovídajícího stupně mentálního vývoje vzhledem ke svému věku. Dělí se podle výše IQ.

### Lidé s lehkou mentální retardací (IQ 50–69)

- zvládají lépe praktické činnosti než teoretické
- v osobní péči a praktických dovednostech jsou většinou nezávislí na svém okolí
- obvykle dokáží používat řeč
- mají menší slovní zásobu, složitějším obrátům nemusejí rozumět
- mívají problémy se čtením a psaním, s gramatikou
- často používají fráze, které znají od ostatních nebo z médií, přestože nemusí chápat jejich význam
- obvykle se s nimi dorozumíme zcela bez problémů, ale někdy mohou špatně vyslovovat některé hlásky, hůře vyjadřují své potřeby a nemusejí správně chápat, co od nich chceme
- zjednodušeně můžeme stav lehké mentální retardace přirovnat k mentálnímu věku 9 až 12 let

## Mentální retardace



### Lidé se středně těžkou mentální retardací (IQ 35–49)

- mají výrazně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči, ale i soběstačnost a zručnost
- v dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci
- mají velmi omezenou slovní zásobu
- závažné vady výslovnosti jsou u nich časté
- mnohdy se u nich objevuje gramaticky nesprávné vyjadřování
- je nutné soustředit se na hlavní myšlenku sdělení, sledovat jejich výraz a neverbální komunikaci
- lidé se středně těžkou mentální retardací při komunikaci často používají taktilní formy dorozumívání – pohlazení, objetí, dotek
- je nutné mít na paměti, že mezi těmito jedinci jsou velké rozdíly, někteří zvládají jednoduchou konverzaci, ale jiní k domluvě s okolím používají pouze neverbální komunikaci
- komunikaci mohou usnadnit názorné předměty, obrázky, piktogramy
- zjednodušeně můžeme stav středně těžké mentální retardace přirovnat k mentálnímu věku 6 až 9 let

## Mentální retardace

### Lidé s těžkou mentální retardací (IQ 20–34)

- většina jedinců trpí poruchami motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které dokazují přítomnost poškození nebo vadného vývoje ústředního nervového systému
- běžnou řečí se s nimi víceméně nedomluvíme
- někteří dokáží komunikovat pomocí jednotlivých slov
- ke komunikaci často používají neartikulované zvuky, gesta, dotyky, ukazování na předměty...
- vzájemné dorozumění usnadňují obrázkové systémy, komunikační tabulky, piktogramy a další metody alternativní komunikace
- zjednodušeně můžeme stav těžké mentální retardace přirovnat k mentálnímu věku 3 až 6 let

## Mentální retardace

### Lidé s hlubokou mentální retardací (IQ nižší než 20, které už nelze přesně změřit)

- mají omezenou schopnost porozumět verbálním požadavkům nebo instrukcím
- většina jedinců je imobilní, inkontinentní a nezvládají pečovat o své základní potřeby
- vyžadují stálou pomoc a dohled
- přestože je to velmi náročné, lze s nimi navázat komunikaci
- nemluví, jejich chápání řeči je omezeno na jednoduché požadavky
- základem je správně pochopit a dekódovat neverbální projevy postiženého
- odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky

## Downův syndrom



## Downův syndrom

**Downův syndrom**, známý také jako **trizomie 21**, je genetická porucha způsobená přítomností celé třetí kopie 21. chromozomu nebo jeho části.

Obvykle je spojena s opožděným tělesným růstem, lehkým až středně těžkým mentálním postižením a charakteristickými rysy obličeje. Průměrný inteligentní kvocient mladého dospělého člověka s Downovým syndromem je 50, což odpovídá mentálním schopnostem osmiletého nebo devítiletého dítěte, ale tato hodnota se může značně lišit.

## Downův syndrom

Downův syndrom je jednou z nejčastějších chromozomových abnormalit člověka. Vyskytuje se přibližně u 1 z 1 000 dětí narozených každý rok, v České republice asi u 0,4 z 1000 živě narozených dětí. V roce 2015 se Downův syndrom vyskytoval u 5,4 milionu osob na celém světě a měl za následek 27 000 úmrtí, což je méně než 43 000 úmrtí v roce 1990.

Je pojmenován po britském lékaři Johnu Landgdonu Downovi, který tento syndrom popsal v roce 1866. Některé aspekty tohoto onemocnění popsali již dříve francouzský psychiatr Jean-Étienne Dominique Esquirol v roce 1838 a francouzský lékař Édouard Séguin v roce 1844. Genetická příčina Downova syndromu byla objevena v roce 1959.

## Downův syndrom

Downův syndrom nelze vyléčit. **Bylo prokázáno, že vzdělávání a správná péče zlepšují kvalitu života.**

Některé děti s Downovým syndromem se vzdělávají v běžných školních třídách, zatímco ostatní vyžadují specializovanější vzdělávání.

Někteří jedinci s Downovým syndromem dokončí střední školu a několik z nich absolvuje terciální vzdělávání.

## Autismus

### Typy autismu / poruchy autistického spektra

Světová zdravotnická organizace WHO dělí autistické poruchy do tří kategorií:

- **Autismus**
- **Atypický autismus**
- **Asperegerův syndrom**

## Autismus

Spadá do kategorie těžké vývojové poruchy, která má svůj počátek v raném dětství. Projevuje se od narození nebo začíná v období kolem 2 - 3 let věku a je charakterizován kvalitativní poruchou sociální interakce, komunikace, hry a sklonem k stereotypnímu a ritualistickému chování.

**Pervazivní - všepronikající!** - je narušen vývoj sociálních vztahů a dovedností a závažně **narušuje veškeré adaptivní fungování jedince.**

**VIDEO:** [https://www.youtube.com/watch?v=LTmzULJ\\_xEw](https://www.youtube.com/watch?v=LTmzULJ_xEw)

## Autismus



Porucha se projevuje od nejučtějšího věku, nebo má svůj počátek nejpozději do 3 až 36 měsíců věku. Pro stanovení diagnózy musí být splněna tři následující kritéria:

1. **Porucha řeči a komunikace** - jde o globální selhávání ve všech komunikačních modalitách. Tedy i v neverbálních interakčních dovednostech. Tyto děti celkově velmi málo napodobují druhé, téměř neužívají gesta, ale i jejich mimice a ostatním tělesným pohybům chybí komunikační význam.
2. **Porucha sociálních vztahů** - v kojeneckém věku nemusí být porucha nápadná. Výraznější je obvykle v průběhu druhého roku života dítěte, tehdy začíná být jeho nereaktivita nápadnou, často bývá zaměňováno za poruchu sluchu. Méně těžce postižené děti zejména ve školním věku a v dospívání však po vztazích opravdu touží, jsou ale extrémně sociálně neobratné, naivní a současné egocentrické a bývají proto vrstevníky odmítány.
3. **Odpor ke změně, rigidita a nepružnost myšlenkových procesů** - funkce stereotypů může být různá, velmi často jde o obranu před sociálními požadavky okolí, kterým dítě nerozumí.

## Autismus

### Atypický autismus

Atypický autismus se liší od klasického infantilního autismu buď dobou vzniku (tj. porucha začala být zjevná až po 3. roce života), nebo tím, že není beze zbytku splněno některé ze tří základních kritérií dětského autismu.

- Nejčastěji se jedná o děti s těžkými stupni mentální retardace, u nichž se s ohledem na nízkou úroveň fungování nemohou specifické kvalitativní dysfunkce plně projevit.
- Nebo jde o děti s dobrou inteligencí, ale s neúplně vyjádřeným obrazem tzv. "autistické rysy", jejichž sociální a komunikační problémy jsou závažné, ale ne tak hluboké jako u klasického autismu. Nacházíme u nich typické omezení zájmů nebo potřebu rituálů, lze očekávat i celkově lepší prognózu do dospělosti.



## Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom je v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10 zařazen mezi „závažné vývojové poruchy“.

Ke kritériím pro stanovení diagnózy Aspergerova syndromu patří následující:

- postižení sociálního chování
- chybějící sociální porozumění a schopnost vcítit se
- obtížné navazování přátelství ve škole, v práci atd. a související problémy, jako je šikana apod.,
- neschopnost navázat a udržet přiměřený oční kontakt
- nedostatky v oblasti mimiky a držení těla
- nedostatky v oblasti gest regulujících sociální interakci

## Aspergerův syndrom

Dále je třeba vyloučit další psychické nebo vývojové poruchy.

**Zejména je důležité vymezení vůči autismu!**



## Aspergerův syndrom

### Léčba Aspergerova syndromu

Aspergerův syndrom není možné vyléčit. Postižení se však pomocí léčebných opatření mohou naučit lépe se vypořádat s každodenním životem, přičemž je posilován vývoj a silné stránky jedince. Je rovněž možno omezit psychické strádání. Včasná léčba a podpora vývoje má pozitivní účinky. Terapie se uzpůsobí individuálně na míru danému dítěti/dospělému. Dostupná data o průběhu naznačují, že s rostoucím věkem může obecně docházet ke zmírnění příznaků.

### Behaviorálně terapeutická opatření

Existuje řada terapeutických programů vytvořených speciálně pro vývojové poruchy autistického spektra.

Stávající důkazy svědčí o nejvyšší účinnosti behaviorálně terapeutických programů z oblasti psychoterapie.

## Možnosti následné péče

1. Pedagogicko psychologické poradny
2. Speciálně pedagogická centra
3. Střediska výchovné péče
4. OSPOD (Orgán sociálně právní ochrany dětí)

Další poradny dle konkrétní diagnózy



**Děkujeme Vám za pozornost**

**Mgr. Eliška Helikarová a Mgr. Iva Lüftnerová**