

Dětská a dorostová psychiatrie

Petra Uhlíková

Historie dětské psychiatrie jako samostatného oboru se datuje od r. 1871, kdy byl v Praze Karlem Slavojem Amerlingem založen ústav Ernestinum pro slabomyslné děti. První ambulanci dětské psychiatrie založil v Praze v roce 1902 první profesor psychopatologie dětského věku v Čechách Karel Herfort. První dětské psychiatrické lůžkové oddělení založil na psychiatrické klinice v Praze jeho žák Josef Apetauer. V roce 1924 bylo v Opařanech vybudováno první zařízení pro děti s psychickými poruchami, existuje dodnes jako Dětská psychiatrická nemocnice Opařany.

Diagnostika psychických poruch v dětském a dorostovém věku

MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí) rozlišuje dvě základní skupiny dětských psychiatrických poruch: poruchy psychického vývoje (F8) a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F9). Kromě těchto poruch se v dětství a dospívání mohou objevit i další psychiatrická onemocnění, pro která neexistují diagnostická kritéria pro dětský věk, která ale mají v porovnání s výskytem v dospělém věku řadu specifických příznaků. K nejzávažnějším patří schizofrenie, afektivní poruchy a poruchy příjmu potravy. Příznaky psychických poruch v dětském věku mohou být relativní a vždy je nutné korelovat je s věkem a stupněm vývoje dítěte. Pro správné stanovení psychiatrické diagnózy u vyvíjejícího se jedince je nutné znát charakteristické projevy daného vývojového období. Některé projevy typické pro psychická onemocnění mohou být v určitém období naopak známkou zdravého vývoje, např. separační úzkost.

Psychiatrické vyšetření dítěte by mělo být komplexní, složené z odebrání podrobné zdravotní a sociální anamnézy, vlastního vyšetření, stanovení diagnózy a terapeutického plánu. Součástí by mělo být i somatické vyšetření (pediatrické, neurologické, toxikologické), zaměřené na vyloučení organické příčiny poruchy a posouzení somatického vývoje. Většina psychopatologických příznaků není specifická pro určité onemocnění a může se objevit u intoxikací, neurologických, metabolických, endokrinologických poruch nebo může být reakcí na závažnou sociální patologii, disharmonické rodinné zázemí, zneužívání nebo týrání. Součástí je i psychologické vyšetření, zaměřené na posouzení intelektu, struktury osobnosti a kvantifikování jednotlivých symptomů. Vždy je nutné zhodnotit kromě samotných příznaků také okolnosti jejich vzniku, trvání a vývoj, premorbidní stav pacienta a další širší souvislosti, jako je prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, typ výchovy, osobnost rodičů, emoční klima rodiny, příležitost ke vzdělání a další.

Obecné zásady psychofarmakoterapie v dětském věku

Vzhledem k rychlejší jaterní biotransformaci a relativně většímu distribučnímu prostoru je u dětí a adolescentů podávat relativně vyšší dávky (v mg/kg), toto doporučení se týká všech léků kromě lithia. Zvýšení dávky by mělo být o 100% u předškolních dětí, o 75% u školních preadolescentních dětí a o 50% u adolescentů mladších 17 let. Léky by měly být podávány během dne ve více dávkách, je doporučeno častěji a dříve měřit hladiny léků v krvi. Úprava dávky léků by měla být pozvolnější při zvyšování dávky i při vysazování léků.

PORUCHY PSYCHICKÉHO VÝVOJE (F 80 – F 89)

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností a specifická vývojová porucha motorické funkce (F80-F83) jsou poměrně časté, až u 20% dětí, 5x častější u chlapců.

Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka se projevují narušením vývoje řeči a jazyka od raného dětství. Důsledkem expresivní poruchy řeči je omezená slovní zásoba, stručné vyjadřování, chyby ve větné skladbě, nesprávné používání mluvnických tvarů. U receptivní poruchy řeči dítě není schopno v roce věku reagovat na běžná slova, v osmnácti měsících není schopno určit několik běžných předmětů a ve dvou letech porozumět jednoduchým instrukcím. Specifická porucha čtení (dyslexie) se projevuje narušením vývoje dovedností ve čtení. Typickými příznaky je vynechávání, nahrazování, překrucování slov, pomalé čtení, chybné začátky, dlouhé pomlky, ztracení se v textu, nepřesné slovní obraty. Méně často se objevuje deficit v chápání čteného textu. Hlavním rysem specifické poruchy psaní (dysgrafie) je narušení vývoje psaní, potíže se projevují v gramatice, interpunkci, rozlišování velkých a malých písmen a větné stavbě. Specifická porucha počítání (dyskalkulie) se projevuje selháváním v číselných představách, matematickém uvažování, často neschopností naučit se hodiny. Specifická porucha motorické funkce se projevuje malou obratností, horšími dovednostmi v jemné a hrubé motorice. Prognóza většiny uvedených poruch je dobrá, ale většina dětí potřebuje ke zvládnutí školy zařazení do specifického výukového režimu. Získaná afázie s epilepsií (Landauův –Kleffnerův syndrom) je vzácná a má závažnější prognózu. Projevuje se rychlou ztrátou schopnosti expresivní i receptivní složky řeči, změnami na EEG a často i epileptickými záchvaty, inteligence zůstává na stejné úrovni. Typická doba začátku je 3.–7. rok věku. Asi u 40 % zůstává deficit receptivní řeči, u 30% naopak dojde k úplné úzdavě. **V léčbě** specifických poruch vývoje řeči a jazyka se uplatňují kombinované terapeutické přístupy, založené na principu kognitivně behaviorálního nácviku,

je nutná spolupráce psychiatra, psychologa, logopeda, pedagoga a rodiče. V léčbě získané afázie s epilepsií jsou u dětí s epileptickými záchvaty indikována antiepileptika.

Do skupiny **pervazivních vývojových poruch (F84)** patří dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství, hyperkinetická porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiná a nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha. Dětský autismus se vyskytuje s frekvencí 5-10 na 10 000 dětí, 4-5x častěji u chlapců než u dívek. Projevy autismu musí být patrné před třetím rokem věku a zahrnují příznaky ze tří okruhů: narušení vývoje řeči, vývoje sociálních vazeb nebo reciproční sociální interakce, funkční nebo symbolické hry. Děti nejsou schopné užívat pohled z očí do očí, výraz tváře, postoj těla a gesta k sociální interakci, nerozvíjejí vztahy s vrstevníky, nesdílejí zájmy, aktivity a emoce. Chybí spontánní snaha o zábavu, zájmy nebo aktivity s jinými lidmi. Rozvoj mluvené řeči je opožděn nebo úplně chybí a není snaha tento nedostatek kompenzovat. Pokud se řeč rozvíjí, je patrná neschopnost začít nebo udržet konverzaci, reagovat na komunikaci jiné osoby. Jsou přítomny omezené, opakující se a stereotypní vzorce chování, zájmů a aktivit, lpění na specifických, nefunkčních rutinách nebo rituálech, stereotypní motorické manýry, např. poklepávání, kroucení rukama nebo prsty, komplexní pohyby celého těla, zájem o části předmětů nebo nefunkční prvky hraček. Rettův syndrom je vzácnější, vyskytuje se pouze u dívek a projevuje se mezi 5 měsíci a 4 lety, dochází ke zpomalení růstu hlavy a ke ztrátě získaných dovedností, což je spojeno s postižením expresivní a receptivní řeči, zhoršenou sociální interakcí a chabě koordinovanou chůzí, dochází k těžké psychomotorické retardaci. Typické jsou stereotypní pohyby rukou (krouživé svírání nebo „mycí“ pohyby). Jiná dezintegrační porucha (Hellerova demence) je charakterizovaná obdobím normálního vývoje nejméně do věku dvou let. Nejpozději před desátým rokem věku dochází během několika měsíců ke ztrátě získaných dovedností. Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací zahrnuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyby a/nebo sebepoškozování. Aspergerův syndrom je častější, v porovnání s dětským autizmem nebývají narušené řečové schopnosti a nevyskytují se motorické stereotypie. Prognóza pervazivních vývojových poruch je nepříznivá, jde o trvalou závažnou poruchu psychického vývoje. Dvě třetiny autistů jsou závažně postiženy do dospělého věku a jsou trvale závislí na péči okolí. **Léčba** je pouze symptomatická, zaměřená na jednotlivé příznaky behaviorálních poruch, poruch emotivity a spánku. Cílená léčba jádrových příznaků není známá, využívají se speciálně pedagogické metody zaměřené na nácvik komunikace a sociální interakce.

PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE V DĚTSTVÍ A V ADOLESCENCI – (F 90 – F 98)

Do skupiny patří hyperkinetické poruchy (ADHD), poruchy chování a smíšené poruchy chování a emocí, emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství, poruchy sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci, tikové poruchy a jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci.

Výskyt **hyperkinetických poruch** je podle různých studií 2 – 12 % dětí školního věku, častější jsou u chlapců, poruchy chování se vyskytují u 10 - 15 % dětí, u chlapců až 12x častěji. Hlavními příznaky hyperkinetických poruch jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita. Příznaky musí být patrné ve více než v jedné situaci (např. doma, ve škole, při vyšetření u lékaře) a vyskytují se od předškolního věku. Děti často přecházejí od jedné činnosti k druhé, jsou neklidné zvláště v situacích vyžadujících poměrný klid, impulzivně porušují společenská pravidla (vnucují se do činnosti druhých nebo ji přerušují, předčasně a ukvapeně odpovídají na otázky, které ještě nebyly dokončeny, nebo mají potíže s čekáním, až na ně přijde řada). Diagnostická kritéria poruch chování zahrnují agresi, hrubost k lidem, krádeže, vynucování sexuální aktivity, zakládání ohně se záměrem vážného poškození, vloupávání se do domů, aut, lhaní, násilné porušování pravidel, opakovaně před 13. rokem věku setrvávání v noci venku útěky z domova a záškoláctví. Závažnými příznaky jsou ztráta kontroly, nezdrženlivost, časté hádky s dospělým, aktivní vzdorování vyhovět pravidlům, obviňování druhých za své chyby, zlomyslnost, nevraživost, mstivost. U poruchy chování ve vztahu k rodině jsou projevy v chování omezeny pouze na prostředí rodiny.

Většina hyperkinetických poruch ovlivňuje fungování dítěte ve všech základních oblastech, ale narušení nebývá tak závažné, i když až u 60% pacientů příznaky přetrvávají do dospělosti. Poruchy chování se z hlediska prognózy dělí na dvě skupiny: s dobrou prognózou (poruchy chování ve vztahu k rodině, socializované poruchy chování, smíšené poruchy chování a emocí), a se špatnou prognózou (nesocializovaná porucha chování, porucha opozičního vzdoru), které jsou kontinuální a přechází do specifických poruch osobnosti, provázených sociálně patologickými jevy. **Léčba** hyperkinetických poruch musí být komplexní, zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii na principech kognitivně behaviorální terapie a režimová opatření, která se týkají zejména výukového a výchovného režimu. V léčbě jsou lékem volby stimulancia (metylfenidát) a nestimulační preparáty, selektivní inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu (atomoxetin).

Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství (separační úzkostná porucha v dětství, fobická úzkostná porucha v dětství, sociální úzkostná porucha v dětství a porucha sourozenecké rivality) se liší od emočních poruch v dospělosti diskontinuálním průběhem, tj. nepřetrvávají do dospělosti. Výjimku představuje sociálně úzkostná porucha, která přechází do generalizované úzkostné poruchy nebo sociální fobie v dospělosti. Výskyt je až 3,5%. Základním projevem je úzkost, nadměrná a nepřiměřená věku dítěte. V léčbě je metodou volby kognitivně-behaviorální psychoterapie, rodinná terapie. Pokud úzkostnou poruchu provází další komorbidita a je přítomno snížené sociální fungování, je indikována léčba antidepresivy. Prognóza je dobrá s výjimkou sociálně úzkostné poruchy.

Do skupiny **poruch sociálních vztahů se vznikem specifickým pro dětství a adolescenci** patří elektivní mutismus, reaktivní porucha přichylnosti v dětství a desinhibovaná přichylnost v dětství. Mutismus se klinicky projevuje důsledným mlčením ve specifických sociálních situacích s normální komunikací mimo tyto situace. Prognóza je ve většině případů dobrá, závažnější jsou poruchy, které přetrvávají po 10. roce věku v rodinách s psychiatrickou hereditou.

Reaktivní porucha přichylnosti a desinhibovaná přichylnost v dětství vznikají do 5 let věku na podkladě porušené adaptace v časném dětství. Dochází k vytvoření abnormit v sociálních vztazích. Terapie spočívá v rodinné, režimové a sociální terapii. Prognóza není příznivá, abnormní sociální zapojení přetrvává.

Tikové poruchy se nejčastěji vyskytují u dětí mezi 7. – 11. rokem věku. Prevalence je 13% u chlapců a 11 % u dívek, v dětství se vyskytují až 12 x častěji než v dospělosti. Přechodná tiková porucha se projevuje jednoduchými tiky, které se obvykle vyskytují kolem 4. – 5. roku a trvají méně než 12 měsíců. Typicky se zhoršují při relaxaci, při aktivitě vymizí. Chronická motorická nebo vokální tiková porucha je charakterizována jednoduchými nebo komplexními motorickými tiky nebo tiky vokálními. Motorické a vokální tiky se nevyskytují současně, trvání poruchy je delší než rok. Tourettův syndrom – kombinovaná vokální a mnohočetná motorická tiková porucha se projevuje mnohočetnými vokálními a motorickými tikovými projevy. Typické jsou tiky ve formě pokašlávání, chrochtání, časté jsou výkřiky obscénních slov, frází. Tiky je nutné odlišit od neurologických onemocnění, tardivních dyskinezií a dystonických syndromů. Mohou se vyskytovat jako komorbidita u mentálních retardací, autizmu, u kompulzivních projevů v rámci obsedantně kompulzivní poruchy. Tiky obvykle vymizí do jednoho roku trvání, v 25 – 50 % vymizí v adolescenci, 6 % zůstává bez změny. Chronická tiková porucha začíná v dětství a přechází do dospělosti, je sociálně handicapující, omezuje postiženého ve společenském a pracovním uplatnění. Tourettův syndrom je

dlouhodobé, celoživotní onemocnění s kolísavým průběhem, které téměř znemožňuje sociální začlenění. U přechodné tikové poruchy je obvykle dostačující léčbou psychoterapie zaměřená na prevenci sociální izolace a udržení či získání sociálních dovedností. U chronické tikové poruchy a Tourettova syndromu je indikována farmakoterapie, lékem první volby jsou atypická antipsychotika (tiaprid, risperidon) a klonazepam.

Jiné poruchy chování a emocí začínající obvykle v dětství a adolescenci zahrnují neorganickou enurézu a enkoprézu, poruchu příjmu jídla v útlém a dětském věku, piku, poruchu se stereotypními pohyby, koktavost a breptavost. Enuréza je fyziologická do 5 let věku, v šesti letech se vyskytuje u 20%, ve 14 letech u 2% dětí a v dospělosti u 0,5% populace. Primární enuréza je dvakrát častější než sekundární. Je charakterizovaná bezděčným pomočováním, které je pro mentální věk jedince nepřiměřené a není důsledkem organické poruchy. Je nutné vyloučit jiné onemocnění, epilepsii nebo strukturální anomálie močového traktu. Enkopréza je charakterizovaná mimovolní defekací v oblečení, na nevhodných místech, nebo umazáváním spodního prádla stolicí u dětí starších čtyř let. Je nutné vyloučit organickou příčinu, zejména megakolon, neurologická onemocnění, onemocnění střev. Koktavost se vyskytuje u 1% dětí a 0,8% adolescentů, 3-4x častěji u chlapců. Projevuje se zadržáváním, opakováním prvních slabik, trpí zpěvnost a plynulost řeči. Zhoršuje se při zaměření pozornosti na řeč, mizí při odvedení pozornosti, typicky mizí při zpěvu. Symptomy enurézy, enkoprézy a koktavosti často vedou k sekundární neurotizaci a izolaci pacienta v kolektivu vrstevníků. Základem léčby enurézy jsou režimová opatření a psychoaterapie na principech kognitivně behaviorální terapie, v případě nedostatečného efektu lze podávat u enurézy antidiuretický hormon, anticholinergika, sympatikomimetika, sedativa, relaxancia a antidepresiva. Léčba enkoprézy je režimová a psychotherapeutická, u úzkostných dětí se podávají antidepresiva s anxiolytickým efektem. Léčba koktavosti je komplexní – psychiatrická, foniatrická a logopedická.

Schizofrenie v dětství a adolescenci

Až 70% schizofrenií vznikne mezi 10. a 25. rokem věku. Onemocnění u dětí a adolescentů často předchází nespecifické příznaky, jako je zvýšený zájem o tělesné prožívání, nadměrná hloubavost nad smyslem života, pokles soustředění, zájmů, únava, depresivní ladění, suicidální úvahy, pocity lhostejnosti a nezájmu. U adolescentů se často objevuje astenický syndrom se sníženou výkonností, nespavostí, bolestmi hlavy, únavou, pocity prázdnoty, nesoustředěností, rozvíjí se anhedonie a amotivační syndrom. Až po řadě týdnů nebo měsíců může dojít k rozvoji typických příznaků schizofrenních onemocnění.

Prognóza onemocnění je tím horší, čím delší je doba od prvních příznaků do zahájení léčby. V prodromálních stádiích může být diagnóza obtížná, klinický obraz se často podobá adolescentní krizi, depresivní poruše, bipolární poruše, poruchám osobnosti a poruchám spojeným s užíváním návykových látek. **Léčba schizofrenie u dětí** je podobně jako v dospělosti komplexní proces, zahrnující farmakoterapii (akutní a udržovací), psychoterapii (psychoedukaci) a obnovení a nácvik sociálních dovedností. Cílem komplexní léčby je udržení dlouhodobé remise a prevence relapsu. V léčbě se používají antipsychotika 1. a 2. generace, u moderních léků se obvykle jedná o léčbu off label.

Afektivní poruchy u dětí a dospívajících

Deprese se vyskytují asi u 1% dětí předškolního věku, 4% dětí školního věku, 4 – 8% dospívajících. Příznaky deprese se liší v jednotlivých vývojových obdobích: kojenci vypadají smutně, více pláčou, reagují pomaleji na podněty, zpomaluje se motorický vývoj, je narušen spánek a příjem potravy. U batolat se zhoršují sociální dovednosti, nastává intelektový útlum, ztráta zvědavosti a iniciativy. Depresivní děti v předškolním věku omezeně komunikují, působí zpomalně, nesoustředí se, mají omezené aktivity a zájmy, odmítají kontakty s vrstevníky, může se objevit plačtivost a somatické obtíže, často bolesti břicha, nechutenství a poruchy spánku. Školáci si stěžují na bolesti hlavy, břicha, nevolnosti, únavu, nechutenství nebo přejídání, mívají pocity viny, rozlady, bývají úzkostliví, podráždění, mají víc problémů ve vztazích s dospělými i vrstevníky, nesoustředí se a zhoršuje se jejich školní výkon. Objevují se sebevražedné myšlenky a pokusy. Depresivní adolescenti v porovnání s dospělými pacienty nemívají typická ranní pesima a smutnou náladu, spíše se objevují propady nálady během dne, bývají častěji podráždění, agitovaní, hyperaktivní, mívají pocity vnitřní tenze nebo naopak apatie a nudy a řeší je rizikovými aktivitami, užíváním návykových látek, střídáním partnerů, které zvyšují pocity viny a zhoršují sebehodnocení a depresivní prožívání. Jsou časté somatické a vegetativní příznaky, z nichž nechutenství a pokles váhy může mylně vést k podezření na poruchy příjmu potravy. K závažným a obtížně diagnostikovatelným poruchám v dospívání patří bipolární afektivní porucha, 20% těchto onemocnění má první příznaky v adolescenci, kdy se kromě typického střídání nálad objevují častěji než v dospělosti psychotické příznaky a rychlejší přesmyky fází deprese a mánie. K **léčbě** se používají antidepresiva ze skupiny SSRI, v dětském věku je indikován fluoxetin, off label lze použít i další antidepresiva. U všech je nutné cílené sledování přítomnosti možných nežádoucích účinků. V léčbě bipolární poruchy jsou používány stabilizátory (lithium od 12 let) a antipsychotika 2. generace, jde opět o léčbu off label.

Poruchy příjmu potravy u dětí a dospívajících

Prevalence mentální anorexie u mladých dívek bývá celosvětově uváděna 0,3-1%, u mentální bulimie 1-3%, některá kritéria bulimie splňuje v ČR až 15% dospívajících. V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností dvakrát vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a desetkrát vyšší v porovnání se zdravou populací. Součástí symptomatiky poruch příjmu potravy je až u 40% pacientů sebepoškozování. Kromě typických poruch mentální anorexie a mentální bulimie se v dětském věku vyskytuje řada dalších poruch příjmu potravy. Patří k nim infantilní ruminační porucha, projevující se opakovanou regurgitací potravy bez nauzey, žvýkání a znovupolykání potravy provází pocity libosti. Bývá častá u mentálně retardovaných, deprivovaných dětí, může být známkou dysfunkční, konfliktní rodiny, ale může mít i organickou příčinu. Infantilní mentální anorexie se objevuje ve věku od 6 měsíců do 3 let a provází poruchy separace, kdy se úzkost matky přenáší na dítě. Dítě často prosazuje své potřeby v rovině jídla, objevuje se problematické odstavování, vyžadování nočního krmení a další rituály kolem jídla. Pika je opakované pojídání nejdých látek, které trvá alespoň jeden měsíc a které je nepřijatelné z hlediska mentální úrovně a dané kultury. Emoční porucha spojená s odmítáním jídla se projevuje strachem z jídla, nevolnosti a zvracení, poklesem hmotnosti. Děti popírají snahu zhubnout, nezjišťujeme poruchu percepce vlastního těla, nepřiměřené zabývání se tělesnou hmotností, ale bývá přítomná porucha nálady. Syndrom pervazivního odmítání potravy je popisován u dívek ve věku 8 – 14 let, tyto pacientky odmítají zároveň s jídlem i komunikaci a péči o sebe a podobně jako u nepřiměřené vybíravosti v jídle se etiologicky zvažuje traumatická příčina. Syndrom vybíravosti v jídle patří k obtížným, ale nejméně závažným poruchám, výběr jídel dítěte je sice omezený, ale množství jídla je dostatečné a děti nezaostávají ve vývoji. Nemají další příznaky, typické pro poruchy příjmu potravy, jako je zaujetí postavou, vzhledem, váhou a problémy se většinou spontánně vyřeší v adolescenci. Posttraumatická porucha krmení a psychogenní dysfagie bývají následkem traumatického zážitku, např. zvracení, nepříjemného vyšetření trávicího traktu nebo onemocněním spojeném s omezením jídla. V porovnání s mentální anorexií tito pacienti odmítají jídlo pro obavy z jídla samotného (udušení, zvracení), nikoli z jeho následků v podobě vzestupu váhy. Syndromu nočního ujídání nebo upíjení je zařazen v současné klasifikaci mezi poruchy spánku. Projevuje se vyžadování potravy při nočním probuzení z naučeného pocitu hladu.

Léčba musí být komplexní, diferencovaná, s individuálním specifickým léčebným postupem. Vychází stejně jako u dospělých z technik kognitivně behaviorální psychoterapie a jejími hlavními cíli jsou úprava váhy, změna jídelního chování, postoje k jídlu, váze, vzhledu a sebehodnocení. Čím je dítě mladší a psychicky nezralejší, tím je jeho spolupráce v léčbě a náhled na chorobnost stavu horší a tím víc odpovědnosti leží na okolí dítěte. Farmakoterapie je doporučována pouze u pacientů, kde jde o život ohrožující stavy, nebo u atypických forem onemocnění nebo tam, kde je přítomna komorbidní depresivní porucha.

Doporučená literatura

Hort V., Hrdlička M., Kocourková J., Malá E.: Dětská a adolescentní psychiatrie. Portál, Praha, 2000, 492 s.

Možný P., Praško J.: Kognitivně behaviorální terapie, úvod do teorie a praxe, TRITON, 1999

Papežová a kol. Spektrum poruch příjmu potravy, Grada 2010, s.

Raboch J., Pavlovský P a kol: Psychiatrie. Praha: Karolinum, 2012, 466 s.

Vágnerová M.: Vývojová psychologie. Praha: Portál, 2000, 522 s.

1) K zakladatelům oboru dětská psychiatrie patří:

Karel Slavoj Amerling

Karel Herfort

Josef Apetauer

všichni jmenovaní

2) Dávky psychofarmak v dětském věku jsou:

relativně vyšší

relativně nižší

stejně

u dětí se psychofarmaka nepodívají

3) V léčbě hyperkinetické poruchy se používají:

psychofarmaka

psychoterapie

režimová terapie

kombinace všech uvedených možností

4) Deprese u adolescentů:

mívá typická ranní pesima

projevuje se nejčastěji smutnou náladou

projevuje se podrážděností, pocity vnitřní tenze nebo naopak apatie

léčí se pouze psychoterapií