

Eva Malá

---

# SCHIZOFRENIE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI



## 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**.

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*





Copyright © Grada Publishing, a.s.

**doc. MUDr. Eva Malá, CSc.**

## **SCHIZOFRENIE V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI**

Vydala Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400  
www.grada.cz  
jako svou 2233. publikaci

Odpovědná redaktorka Helena Varšavská  
Sazba a zlom Milan Vokál  
Foto archiv autorky  
Fotografie v knize mají dokumentární povahu, nebyly pořizovány pro publikační účely,  
proto je není možno reprodukovat v lepší kvalitě.  
Počet stran 196  
Vydání 1., 2005  
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.  
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2005  
Obrázek na obálce © MUDr. Pavel Žáček

### **Recenzovali:**

**prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.**  
**doc. MUDr. Ivo Pačt, CSc.**

**ISBN 80-247-0737-3** (tištěná verze)  
**ISBN 978-80-247-6908-0** (elektronická verze ve formátu PDF)  
© Grada Publishing, a.s. 2011

---

# OBSAH

VĚNOVÁNÍ . . . . .	7
<b>1. DIAGNÓZA SCHIZOFRENIE A HISTORICKÝ ÚVOD . . . . .</b>	<b>9</b>
<b>2. SCHIZOFRENIE V DĚTSTVÍ . . . . .</b>	<b>25</b>
2.1 Schizofrenie v dětství z pohledu začátku třetího tisíciletí . . . . .	25
2.2 Pohled domácích autorů na schizofrenii u dětí a adolescentů . . . . .	38
<b>3. SCHIZOFRENIE V ADOLESCENCI . . . . .</b>	<b>41</b>
3.1 Diagnóza schizofrenie v adolescenci . . . . .	55
<b>4. KONCEPČNÍ MODEL Y . . . . .</b>	<b>61</b>
4.1 Genetický model . . . . .	62
4.2 Model intrauterinně načasované „chyby“ . . . . .	70
4.3 Neurotransmiterový model a morfologické změny . . . . .	71
4.4 Neurovývojový a neurodegenerativní model vzniku schizofrenie . . . . .	72
4.5 Teorie kortikolimbického rozpojení . . . . .	75
4.6 Kortikokortikální rozpojení (rozštěp) . . . . .	76
<b>5. TEORIE SCHIZOFRENIE A ZOBRAZOVACÍ METODY U SCHIZOFRENIE V DĚTSTVÍ A V ADOLESCENCI . . . . .</b>	<b>79</b>
5.1 Neurotransmiterová teorie . . . . .	83
5.2 Teorie diskonekce . . . . .	85
5.3 Základní závěry, které jsou zároveň otázkami v roce 2004 i 2005 . . . . .	87
<b>6. RODINY SCHIZOFRENÍKŮ . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>7. PERINATÁLNÍ ANAMNÉZA . . . . .</b>	<b>95</b>
<b>8. RIZIKOVÉ DĚTI . . . . .</b>	<b>101</b>
<b>9. NEUROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ A OTÁZKA VÝVOJOVÉHO OPOŽDĚNÍ . . . . .</b>	<b>103</b>
<b>10. DEPRESE A SUICIDÁLNÍ TENDENCE . . . . .</b>	<b>107</b>
<b>11. PROGNÓZA . . . . .</b>	<b>109</b>
<b>12. MORTALITA . . . . .</b>	<b>111</b>
<b>13. LÉČENÍ SCHIZOFRENIE . . . . .</b>	<b>115</b>
13.1 Farmakoterapie . . . . .	117
13.1.1 Farmakologické strategie léčení psychických poruch v 80. a 90. letech 20. století . . . . .	117
13.1.2 Farmakoterapie konce druhého tisíciletí a začátek třetího – éra antipsychotik „atypických“ SDA (serotonin-dopaminových antipsychotik) . . . . .	118

---

13.1.3	Farmakoterapie dětí a adolescentů . . . . .	127
13.1.4	Reference domácích autorů . . . . .	130
13.1.5	Udržovací farmakoterapie . . . . .	132
13.1.6	Farmakorezistence . . . . .	132
13.1.7	Vedlejší nežádoucí účinky . . . . .	133
13.1.8	Stručné shrnutí . . . . .	134
13.1.9	Elektrokunvulzivní terapie . . . . .	136
13.1.10	Transkraniální magnetická stimulace . . . . .	137
13.2	Psychoterapie . . . . .	137
13.2.1	Psychoterapeutické vedení schizofrenních dětí . . . . .	137
13.2.2	Terapeutické vedení schizofrenních adolescentů . . . . .	141
<b>ZÁVĚREM</b>	. . . . .	<b>143</b>
<b>PŘÍLOHA 1</b>	. . . . .	<b>145</b>
	28letá retrospektivně-prospektivní longitudinální studie pacientů s diagnózou schizofrenie v dětství a adolescenci (E. Malá) . . . . .	145
	Stručný souhrn 28leté longitudinální studie 120 dětských a adolescentních schizofreniků . . . . .	153
	Relevantní anamnestická data . . . . .	154
<b>PŘÍLOHA 2</b>	. . . . .	<b>157</b>
	Diagnostická kritéria schizofrenie . . . . .	157
<b>LITERATURA</b>	. . . . .	<b>175</b>
<b>REJSTŘÍK</b>	. . . . .	<b>193</b>

## VĚNOVÁNÍ

Věnováno mé rodině, prof. J. Fischerovi a prof. M. Belferovi.

### **Prof. MUDr. Jan Fischer, DrSc. (1913–1976)**

Založil u nás obor dětské a dorostové psychiatrie, ačkoliv klinik, celou svou duší byl teoretik. Studoval kybernetiku, statistiku, navzdory totalitnímu režimu propagoval přístupy dynamické psychoterapie, podílel se na mnoha výzkumných pracích a mezinárodních studiích, napsal první českou učebnici dětské psychiatrie. Založil postgraduální vzdělávání a získání odbornosti (atestaci z oboru), vybudoval první Dětskou psychiatrickou kliniku (Praha, FN Motol).



### **Prof. MUDr. Myron Lowell Belfer, Ph.D.**

Je profesorem dětské a dorostové psychiatrie na Harvardské univerzitě v Bostonu a expertem-konzultantem pro tento obor při WHO, pracující na vývoji globálního plánu duševního zdraví mládeže na celém světě a speciálně v rozvojových zemích. Jako prezident Mezinárodní asociace dětské a dorostové psychiatrie (IACAPAP) se po „sametové revoluci“ jako jeden z prvních zajímal o naši psychiatrii a postgraduální vzdělávání a umožnil ČR vstup do evropských i celosvětových odborných struktur i účast na různých mezinárodních kongresech. Je vynikajícím pedagogem a svou noblesou a skromností vzorem pro ostatní.



## PODĚKOVÁNÍ

Zvláštní poděkování si dovoluji vyslovit oběma recenzentům za jejich cenné připomínky, vlídné a pečlivé posouzení.

Upřímné poděkování za velkou pomoc při realizaci knihy patří paní redaktorce H. Varšavské, paní instruktorce E. Sekaninové za precizní administrativní zpracování a ing. Z. Smrčkovi za četné rešeršní služby.

# 1. DIAGNÓZA SCHIZOFRENIE A HISTORICKÝ ÚVOD

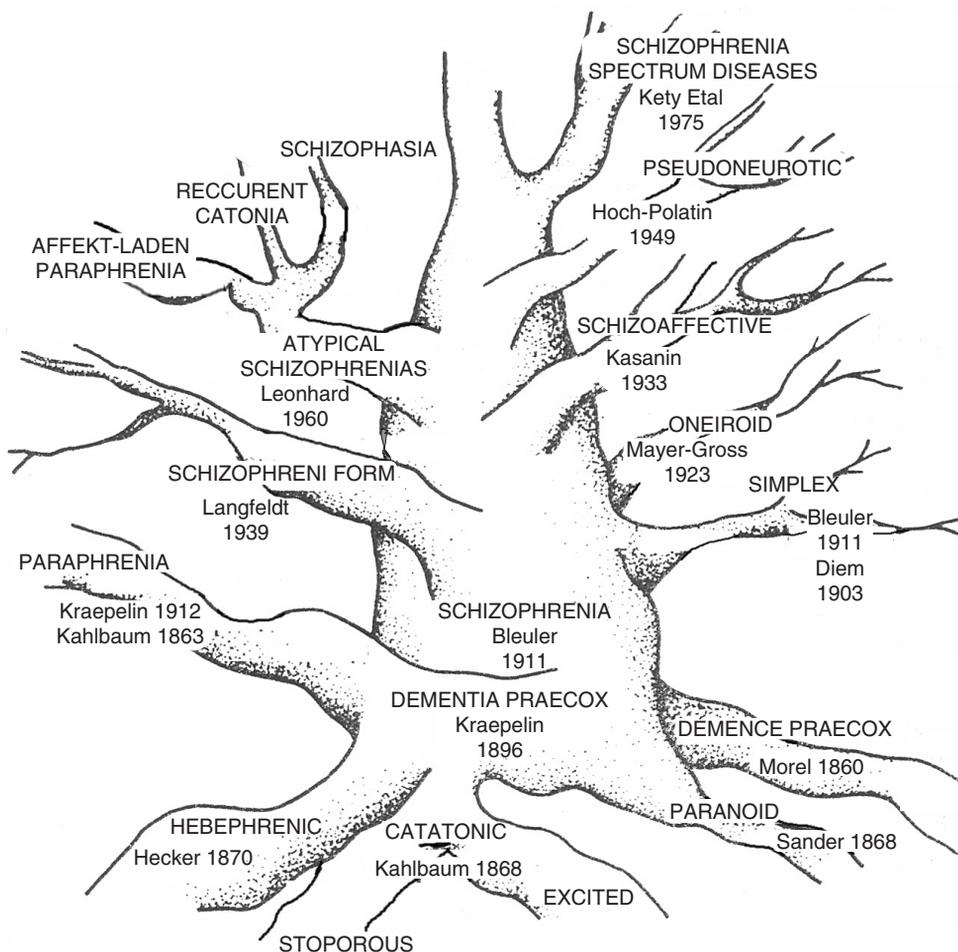
Termín **psychóza**, publikovaný v roce 1845 E. von Feuchterslebem, prodělal mnoho změn, dnes je dokonce opuštěn a není používán jednotně ani v dětské psychiatrii, ani v psychiatrii dospělých. Běžně pod pojmem psychóza rozumíme těžkou duševní poruchu, jejíž rámec tvoří porucha vztahů pacienta – jak k sobě samému, k ostatním osobám, tak k realitě. Vztahy buď chybí nebo jsou narušeny, pacient je převádí do svého vlastního imaginárního světa, kam jej není možné následovat. Poruchy vnímání reality jsou provázeny změnami chování (např. autistické odtazení, manické extravagantní jednání atd.), které nelze druhými empaticky pochopit. Psychóza se zdá být přerušením smyslu života.

Schizofrenie v dětství může být zcela srovnána se schizofrenií dospělých, s výjimkou zvláštních rysů a specifických modifikací klinického obrazu konkrétního vývojového stadia, ve kterém se dítě nachází (buď věkem nebo stupněm intelektového vývoje) (Eggers, 1982).

**Tab. 1** Historický růst a různé etapy vymezování pojmu schizofrenie (Kaplan, Sadock, 1982).

1860	Morel	démence praecox
1870	Hecker	hebefrenie
1871		
1863–1868	Kahlbaum	katatonie
1874		
1861	Griesinger	primäre Verrücktheit
1868	Sander	paranoid
1896	Kraepelin	dementia praecox

**E. Kraepelin – 1896** shrnuje různé psychotické syndromy pod diagnostickou jednotkou dementia praecox a ve svém popisu jí dává do vínku nepříznivou prognózu – konečnou deterioraci. Vyděluje tři základní typy demence praecox: katatonní, hebefrenní a paranoidní.



**Obr. 1** Historický vývoj klasifikačního konceptu schizofrenií. (Převzato: Kaplan, H. J., Sadok, B. J.: *Schizophrenic disorders*. In *Comprehensive text book of psychiatry III*. Baltimore, London, Williams, Wilkins 1982.)

**E. Bleuler** přichází s novou koncepcí *dementia praecox* i s novým termínem, schizofrenie, který volně přeložen znamená „rozštěp mysli“. Dle Bleulera je rozštěp hlavním příznakem a je daleko více typický než finální deteriorace. Deterioraci nepokládá za nezbytný rys schizofrenie. Ke Kraepelinovu dělení přidává 4. typ – schizofrenii simplexní. Tyto čtyři typy jsou v podstatě akceptovány dodneška jako základní schizofrenní syndromy, ve kterých se objevují všechny průběhové variace mezi úzdravou na jednom konci a devastací organismu s následnou deteriorací-demencí na konci druhém (Eggers, 1982).

**Hecker** – 1871 ve své monografii podrobně popisuje **hebefrenii** – jednu ze základních schizofrenií, typickou pro adolescentní období. Je to duševní porucha, která je bizarní a ve které nezapné vtípkování, chichotání, grimasování, manýrismy a pseudofilosofování jsou spojeny s ostatními psychotickými fenomény. Hebe – adolescentní dcera Dia a Hery, byla dle řecké mytologie bohyní mladosti a byla číšnicí

bohů. Ustrkávala víno, které opatrovala, měla občas „špičku“, chichotala se, chovala se nepřiměřeně a byla pošetile hloupoučká (Kisker, 1977). Bohužel, hebefrenici mimo tyto symptomy mají výrazné psychotické poruchy myšlení a vnímání a známky dezintegrace celé osobnosti. Často proces končí těžkou regresí a deteriorací.

**De Sanctis – 1906** popisuje psychózu u dětí před pubertou a nazývá ji **dementia precocissima**.

Od antiky až do středověku nejsou důkazy, že by existoval organizovaný zájem o vývoj a chování dítěte. Po francouzské revoluci se začíná zájem veřejnosti obracet na handicapované děti a roku 1784 Hauy v Paříži otevírá první školu pro slepé děti. Devatenácté století je charakterizováno rozvojem péče o mentálně retardované. V našich zemích patří zásluha Karlu S. Amerlingovi, který jde s dobou a jako lékař a pedagog má vynikající erudici a hluboké pochopení pro tuto problematiku. Začínají se budovat první centra pro mentálně defektní děti. Objevují se první zmínky o psychotickém dítěti. Roku 1860 vychází Morelova monografie *Psychosen im Kindesalter*. Wieck (1965) udává, že první popis melancholie s halucinacemi u dětí je z roku 1862. Eminghaus vydává knihu *Die geistigen Störungen des Kindesalters* 1887 (Wieck, 1965). Charpentier píše o „demences précoces simples des enfants normaux“. Kraepelin – 1896 přesně a jasně popisuje symptomy duševních nemocí a jako první se zmiňuje o *dementia praecox* (Kraepelin, 1919). Vyzdvihuje, že u malého počtu pacientů začíná schizofrenie v dětském věku (myšleno od 10 let). Udává 3,5 % dětí s diagnózou schizofrenie z 1054 dospělých pacientů s toutéž diagnózou. Binet a Simon – 1905 publikují psychometrické testy. Sante de Sanctis (1905–1908) vlastně pod názvem *dementia praecocissima* první charakterizuje dětskou schizofrenii jako specifickou entitu. Weygant – 1908 (Vondráček, 1967) rozlišuje mezi Hellerovou infantilní demencí, idiocií a dětskou schizofrenií.

**E. Bleuler – 1911** při popisu základních symptomů schizofrenie (didaktická 4 A – autismus, ambivalence, poruchy afektů a asociací) uvádí jako první – termín autismus. Autismem je vlastně vyjadřovaná porucha myšlení. Myšlení je neproduktivní, pasivní, pacient je pohroužen do vnitřního světa snů a fantazií. Později se spíše než autistické myšlení začal používat termín myšlení dereistické. Kanner označení použil v názvu nové diagnostické jednotky infantilní autismus. Autismus zůstal vyhrazen, ale až v 90. letech minulého století, diagnostické kategorii pervazivních poruch. Homburger – 1926 vydává knihu o psychopatologii v dětství, Freudová rozpracovává psychoanalytické principy léčení dětí a seznamuje odborníky s terapií hrou. Tramer na sjezdu švýcarské psychiatrické asociace 1933 zakládá nový obor medicíny s názvem *Kinderpsychiatrie* a zároveň tak nazývá časopis, který vychází od roku 1934. Vznikají první velké práce o dětských psychózách, speciálně o schizofrenii v dětském věku.

V našem písemnictví Funk (1929) popisuje desetiletého chlapce, který měl po chřipce záchvaty nepřirozeného strachu a lekavosti, ve 14 letech ataku s pozitivními psychotickými symptomy, pak stuporem a za tři měsíce kompletní remisi. Při dalších kontrolách přetrvávala pouze „těžkopádnost“. Otec chlapce byl psychotik. Funk uvádí, že psychózy v dětském věku tvoří 0,55 % všech psychóz.

**Potter, Despert** (Potter, 1933) a **Bradley** (Bradley, 1955) v roce 1933 stanovují nová diagnostická kritéria (viz přílohu Diagnostická kritéria) a zájem pedopsychiatrů se obrací k dětským psychózám, klasifikaci duševních poruch a otázce vzdělávání. (Jen namátkou jména světově známá – Asperger, Benderová, Cameron, Goldfarb, Kanner, Lutz, Mahlerová, Stutte, Suchareva, Tramer, Van Krevelen, Villinger). V letech 1935–1936 o dětské schizofrenii psali Homburger, Tramer a Stern. Dle Stutteho

(Wieck, 1965) se schizofrenie v dětství vyskytuje 3,5× častěji u chlapců než u dívek. **Lutz** (Wieck, 1965) rozděluje dětské schizofrenie dle průběhu na plíživě začínající, nevýrazné ataky a na bouřlivé akutní nebo subakutní ataky, provázené často katatonii. Z diferenciálně diagnostického hlediska rozebírá schizofrenie a schizofrenní psychózy na bázi organického poškození mozku. **Villinger** prohlašuje, že diagnóza dětské schizofrenie je možná; základním symptomem je autisticky změněné já (ich, ego) a veškerý smysl života. Duševní stavy schizofrenních dětí nelze vědecky přesně popsat, ale pochopení dezintegrace vědomí je možné. Villinger rozděloval schizofrenie u dětí podle vývojové fáze do 10 let, prepubertální do 14 let a schizofrenii mladistvých od 14 do 18 let. Intenzivně studoval a pak popsal prodromy, kdy se objevují náhlé neodůvodněné poruchy chování, změny nálady, autistické projevy. Dítě se izoluje, nebo naopak hledá pomoc u svého okolí. Jindy je nápadný přechodný autismus, denní snění (s poruchami myšlení a vnímání nebo bez nich) a pak regresivní chování, které může končit defektem. V roce 1942 **Lauretta Benderová** v Bellevue Hospital v New Yorku popsal podobný klinický syndrom. Myslela si, že je vyjádřením dětské schizofrenie. Vytvořila nyní znovu moderní hypotézu, že dětská schizofrenie je výsledkem opožděného zrání mozku a celého plodu v embryonální době, které se pak projeví primitivním přizpůsobováním se prostředí ve formě bizarního chování. Když se onemocnění projeví, je v mnoha případech tak devastující, že vypadá jako retardace. Jedná se ovšem o pseudoretardaci. Benderová při stanovení schizofrenie v dětství klade důraz na dva základní aspekty – za prvé aspekt zhodnocení poruch integrace vzorců chování, za druhé určení psychopatologie dle vývojových kritérií. **Diagnóza je vývojová a neurologická** s perzistujícími ostrůvky primitivní organizace CNS. **Kognitivní abnormity** se týkají speciálně poruchy percepce obrazu vlastního těla. Za nejdůležitější diagnostické kritérium je považována vše pronikající **anxieta** (viz přílohu Diagnostická kritéria). V pracích Benderové (Quay, 1972) a Fischové je patrný výrazný vliv Gesella a Gestalt psychologie. Schizofrenní dítě je takové, které má patologické projevy v každé rovině CNS a na každém poli integrace těchto funkcí. To znamená v rovině funkcí vegetativních, motorických, percepčních, kognitivních, intelektuálních, emočních a sociálních. Benderová byla kritizována mnoha autory, že během 20 let vyšetřila tisíc schizofreniků a diagnóza schizofrenie tvoří 8 % všech jejich pacientů. Dle Reisera (1963) to nelze vysvětlit ani tím, že se speciálně o tyto pacienty zajímá. Benderová se však hájila, že velká část jejich dětských pacientů má i v dospělosti diagnózu schizofrenie. Avšak dle Eisenberga (1957) pro diagnózu v dospělosti má velký význam diagnóza v dětství a většina autorů ji pouze přepisuje.

Pečlivé studie, které prověřovaly diagnostická kritéria Benderové – (Fischová, Halpern, Shapiro a Wille, 1965; Fischová, Shapiro, Shapirová, Campbellová a Wille, 1968), dokázaly praktickou validitu jejího klasifikačního systému. Wolff a Chessová (1964) podobně jako Benderová považují psychózy v dětství za **poruchy maturace**, ve kterých ostrůvky fixovaného primitivního chování perzistují v reaktivních vzorcích chování. Nyní, po 40 letech, se tato koncepce jeví jako vysoce moderní, odpovídající posledním výzkumům na poli schizofrenie. Bergman, Escalona a kol. (Wolman et al., 1978) publikovali kazuistiku 5 dětí s „neobvyklou senzitivitou“ k sensorické stimulaci. Děti byly přecitlivělé např. na světlo, na zvuky, barvu, byly „vysoce zranitelné“ a nesnášely žádnou stresovou situaci. Měly nerovnoměrné rozložení intelektových schopností. Nebyly tolerantní ke změnám, byly negativistické, s afektními záchvaty zlosti. Pro takové děti se snažil roku 1954 **Rudolf Ekstein** vytvořit novou diagnostickou jednotku, tzv. **hraniční (borderline) psychotické dítě**. Dítě má příznaky, které

Ize řadit jak mezi neurotické, tak psychotické. Beata Ranková (1949) informuje o těžké emoční poruše v dětství, která vede k atypickému vývoji. Avšak tzv. „**atypické dítě Rankové**“ mělo tak nejasná diagnostická kritéria, že vlastně tato kategorie, zrovna tak jako Eksteinova snaha o nové označení „hraniční dítě“, neměly žádnou diferenciálně diagnostickou hodnotu. Kvalitativně odlišný klinický syndrom, který je dnes označen jako **infantilní autismus**, je publikován roku **1943 Leo Kannerem**.



**Prof. MUDr. Leo Kanner (1894–1981)**

*Narodil se v Rakousku, vystudoval v Německu, odešel do USA (1924), kde založil obor dětská psychiatrie, napsal první učebnici dětské psychiatrie a stal se expertem, který první popsal autismus v dětství.*

Ten popsal skupinu 11 dětí, které „přišly na svět s **neschopností navázat citový kontakt**, stejně jako jiné děti přicházejí na svět s intelektovým nebo fyzickým defektem. Normální fyzický vzhled a dobrá mechanická paměť vedly Kanneru k závěru, že děti se narodily s dobrým intelektovým potenciálem. Děti byly extrémně osamělé a uzavřené ve svém vlastním světě. V psychomotorických testech dosahovaly slabých výsledků. Rodiče, dle Kanneru, charakterizovali své dítě jako uzavřené ve vlastní skořápce, které je šťastné, když je ponecháno o samotě. Dítě se nemazlí, vyhýbá se fyzickému kontaktu, nevyjadřuje emoce (viz přílohu Diagnostická kritéria). První potvrzení existence Kannerova syndromu v Evropě přišlo v roce 1952 od **Van Krevelena** z Holandska a **Sterna** z Francie. Van Krevelen vytyčil nutnost zkoumání organické příčiny a kritizoval Kannerovu psychoanalytickou teorii. Popsal jak Kannerův infantilní autismus (1952), tak **autistickou psychopatii Aspergera** (1962 a 1971). U dětí s Aspergerovým syndromem není postižen intelekt, ale vážně motorická koordinace a prostorová percepce. Časté je sociální selhání pro těžké obsese a zvláštní zájmy, kterým děti věnují veškerý čas (Rutter, 1976). V 50. a 60. letech se autismus stal módní ne-traumatizující diagnózou pro mentálně postižené děti, u kterých se vyskytlo bizarní chování. Do konce století nebyl vztah mezi infantilním autismem a dětskou schizofrenií jednotně rozřešen. Někteří autoři (Creack, Eaton, Menolascino, O’Corman, Ornitz, Ritvo) oba syndromy oddělovali, ale řadili je do jedné diagnostické kategorie. Druzí považovali autismus pouze za jeden z různých typů dětské schizofrenie (Bettleheim, Ferster, Mahlerová, Schopler, Ruttenberger, Zaslów); pro třetí skupinu byl autismus separátní diagnostickou kategorií (Arbib, Dwel, Eisenberg, Kahn, Kanner, Magaro, Mečř, Miller, Rimland, Rutter). Tito autoři zastávají názor, že autismus a dětská schizofrenie jsou symptomaticky odlišné, ale etiologicky podobné (Sankar, 1976). To znamená, že obě poruchy mají stejné defekty a nedostatky integrace psychických funkcí. Klinické rozdíly jsou způsobeny vývojovým obdobím, kdy dojde k poruše.

Autoři uznávají **klasický popis infantilního autismu** podle Kanner, Mahlerové, Rimlanda a Ruttera, který je stručně charakterizován těmito znaky:

1. nedostatek vztahů k objektům,
2. trvání na udržování stejného pomoci stereotypního chování,
3. nedostatečné užití řeči a jazyka pro komunikační účely,
4. začátek před 2. rokem věku.

Udávají, že rozhodující je užití **řeči**. Jestliže dítě používá jazyk pro více než jen pro jednoduché okamžité opakování, není dle jejich názoru autistické. U autistického dítěte nedochází k pojmovému vývoji myšlení. Schizofrenní děti mají špatný kontakt s realitou pro fantazie, bludy a halucinace, ale vývoj myšlení není tangován. Rozdíly v chování psychotických dětí nejsou způsobeny různými syndromy, ale věkovým obdobím – růzností vývojové úrovně, ve které se objeví. Jeri a Sanchez (Sankar, 1976) popisují 3 případy dětské schizofrenie se začátkem mezi 6.–10. rokem, které měly tytéž příznaky, jako jsou popisovány u schizofrenie dospělých, ale navíc také poruchy řečového projevu, těžkosti v učení a poruchy tělesného schématu. Mook (Sankar, 1976) studoval 20 schizofrenních dětí a zjistil, že jejich vývoj myšlení je, dle Piageta, na preoperacionálním stupni vývoje, to znamená vývojové období od 2 do 6 let. Kolvin (1971) se spolupracovníky rozlišili dvě skupiny nemocných dle hlavních symptomů. Pro psychózy, které vznikly během prvních let života, byly typické dva hlavní příznaky – vyhýbání se očnímu kontaktu a abnormální roztržitost. U psychóz s pozdějším začátkem byly přítomny pozitivní symptomy (nejčastěji halucinace). Kolvin nachází vztah mezi začátkem onemocnění a intelektovými schopnostmi. Čím nižší schopnosti, tím dřívější začátek. Autistické děti dle Kolvina nikdy nedosáhnou prvního stupně integrace, to jest **separace percepčních a kognitivních procesů**, kdežto schizofrenní děti odlišují sebe od druhých.

Názor, že obě poruchy jsou **rozdílné klinické jednotky**, podporuje:

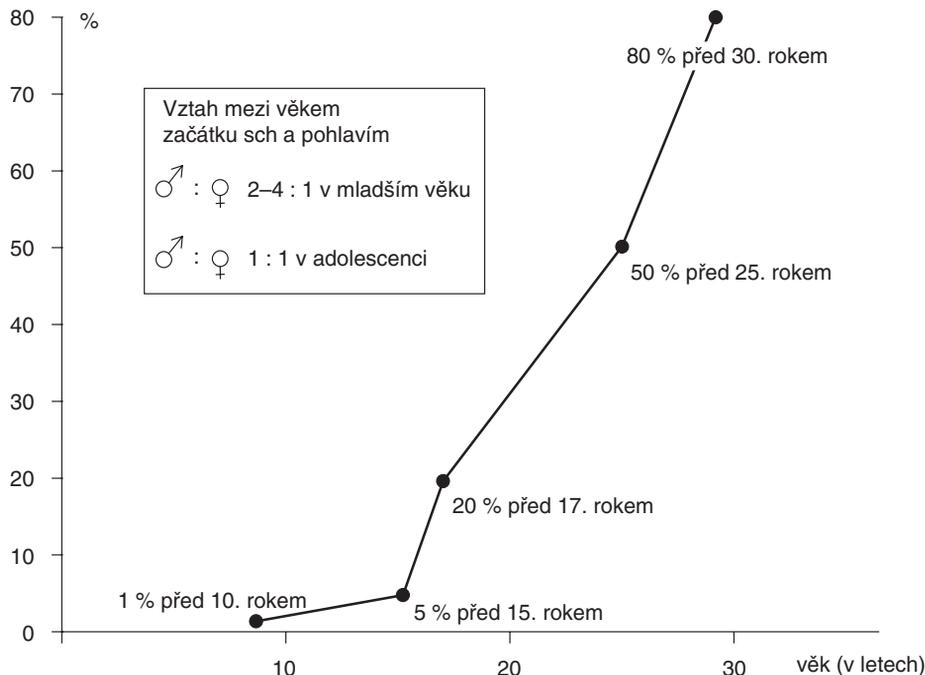
- Začátek vzniku onemocnění. Schizofrenie má dva vrcholy nahromadění výskytu – v dětství do 10 let a ve střední adolescenci (kolem 14.–15. roku), infantilní autismus musí začínat před 30. měsícem věku. Graf 1 na straně 15 ukazuje začátek prvních příznaků schizofrenie dle věku (Kolvin, Makita, Rutter).
- Odlišný průběh – remise a relapsy jsou více charakteristické pro schizofrenii než pro autismus (Rutter, 1968).
- Psychopatologie – z prospektivních studií vyplývá, že autistické děti velice zřídka mají později halucinace nebo bludy.

Přesto existují výjimky. Pettyová a Ornitz (Petty et al., 1984) popsali velmi podrobně tři nepochybně autistické děti, které se později staly schizofreniky a měly psychotické poruchy myšlení i vnímání. Cantor kritizuje možnost vývoje autismu do schizofrenie a spíše ji považuje (dle současné terminologie) za komorbiditu. Vývojové faktory sice mohou modifikovat patologické projevy a abnormity v rozdílném věku, ne však změnu diagnózy. Avšak Pettyová a Ornitz v prospektivní studii 30 autistických dětí zjistili u 7 z nich v pozdějším věku jasné schizofrenní symptomy dle DSM-III.

Další novou diagnózou se stal **Aspergerův syndrom**. **Asperger – 1944** popsal autistickou psychopatii. U dětí zpravidla nacházel motorickou neobratnost, zvláštní omezené zájmy, bizarní komunikaci a sociální ataktičnost, při často (v některých sub-

testech) nadprůměrném IQ. L. Wingová se podrobně zabývala dětmi s Aspergerovým syndromem, kde základními symptomy jsou:

- poruchy motorických vzorců chování (včetně podivného držení těla),
- pedantická forma řeči s četnými perseveracemi,
- chudá nonverbální komunikace,
- neschopnost empatie a emoční odezvy neadekvátní sociální interakce.



**Graf 1** Manifestace schizofrenie

V současné době trvají diskuse o tom, zda Aspergerův syndrom je samostatnou nozologickou jednotkou, či pouze typem vysoce funkčního autismu.

V roce 1952 **Mahlerová a Gosliner** popisují pacienty, pro jejichž symptomový komplex vytvořili novou diagnostickou jednotku, **symbiotickou psychózu**. Během prvních 12–18 měsíců je dítě téměř vegetativní tvor, symbioticky závislý na matce. Proběhne-li dobře tato vývojová fáze, nastává od 18 měsíců období separace a individuace. Mahlerová tvrdí, že mechanismy symbiotické psychózy – introjektivně proektivní – (znovuvytvoření symbiotické jednoty s matkou), jsou naprosto odlišné od autismu. U autismu se nevyvine žádná reálná vazba, se kterou by dítě začínalo. Klinické symptomy symbiotické psychózy lze pozorovat od 2 1/2 do 5 let s maximem výskytu kolem 4. roku života. Matky symbiotických dětí, dle autorů, jsou úzkostně vlastnické, overprotektivní a žárlivě bránící běžným kontaktům dítěte s okolním světem. Teorie Mahlerové je striktně psychoanalytická a patří do skupiny názorů, které kladly stav dítěte za vinu matce. Děti nejsou interpersonálně dostatečně stimulovány, a tudíž se nenaučí komunikovat. Mahlerová ve své pozdější práci objasňuje sebezraňování u autistických dětí jako patologický pokus o získání pocitu, že existují. Autoerotické chování je nahrazeno autoagresivním. V tlučení hlavou, kousání a v dalších sebezra-

ňujících aktivitách lze, dle Mahlerové, najít vždy orální, anální nebo falický obsah. Místo komplexní identity získávají alespoň pocit svého těla a své existence.

Také americký mytholog **Bruno Bettelheim** tvrdil, že všichni rodiče autistických dětí mají skryté vnitřní přání, aby dítě neexistovalo. Dle jeho názoru přichází dítě na svět aktivní, vysílá signály a přijímá informace z vnějšího světa. Pokud s ním ale okolní svět nekomunikuje a neposkytuje mu láskyplné bezpečí, je frustrovaný a stává se autistickým. Stáhne se do světa fantazie a odmítá svou vlastní existenci a identitu. Dle **Wolmana** se normálně část „já“ (ega) vyvíjí v „superego“ oidipovským konfliktem. U dětí se **symbiotickým syndromem** dochází k vývoji superega dříve, na análním, nebo dokonce na orálním stupni vývoje. Předčasná formace superega vede k omnipotentním bludům s častým tématem záchrany nebo zničení světa. Děti, které ztratily souvislost s realitou, mají pocit, že jsou schopny zachránit nebo zničit své rodiče. Symbiotický syndrom identifikace dítěte s matkou brání dalšímu vývoji, jiným identifikacím, samostatnému myšlení a nezávislým akcím. Dítě se vyhýbá dětem, není schopno k nim najít vztah a všechny jeho myšlenky a pocity směřují k matce. Vinou patologické identifikace je separace strašnou hrozbou. Motorické a emoční vzorce symbiotických dětí se podobají symptomům dospělých s diagnózou katatonní schizofrenie. Dítě je bez vlastní iniciativy, zájmů, tížádnosti. Opakuje, co matka říká, snaží se číst její myšlenky a plnit její přání. Dítě stále sleduje svou matku, zahrnuje ji otázkami, aby se ubezpečilo, že oba myslí stejně. Není schopno se o ni s nikým dělit. I nejmenší odchylka od pravidelného řádu a nejmenší frustrace vyvolávají u dítěte panické stavy a katatonní reakce.

Rodiny autistických dětí (ojediněle rodiny, kde dítě mělo diagnózu symbiotická psychóza) studovali Kanner, Neefield, Rank, Rosen (1953) a snažili se vytipovat určité společné charakteristiky. Nacházeli rodiče, více matky, narcistické, chladné a podrážděné. U příbuzných jak prvního, tak druhého stupně více intelektově či umělecky nadaných jedinců. Zároveň uváděli vyšším socio-ekonomický status rodin. Pozdější americký výzkum 264 rodin s autistickými dětmi ukázal, že rodiče s vyšším vzděláním více vyhledávají psychiatrickou pomoc než rodiče s nižší erudicí. Lépe rozpoznají první odlišnosti svých dětí a v důsledku lepší informovanosti mají také větší možnost vyhledat speciálního odborníka. Většinou mají také finanční prostředky na to, aby dítě i opakovaně dopravovali na místo vyšetření. To potvrzuje i Wingoová, přestože léčení poskytovala zdarma.

**Kaufmann** jako první kritizuje výše popsany koncept schizofrenogenních rodin, který traumatizoval několik let zoufalé rodiče nemocných dětí. Rodičům kladli **vinu** za onemocnění dítěte nejen laická veřejnost, rodina, ale hlavně i odborníci.

**Rimland**, sám otec syna s autismem, striktně odmítl teorii o rodičovské vině. Publikoval první dotazník pro rodiče (pro děti od tří do sedmi let), který má za úkol oddělit děti s autismem od dětí se schizofrenií (*Diagnostic Check list for Behavior-disturbed Children*). V roce 1971 L. Kanner začíná vydávat časopis *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, který se později mění na *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

Dle Ranka, Putmana a dalších autorů (1955) mnoho symptomů popisovaných u dospělých schizofreniků charakterizuje dětskou schizofrenii. Jsou to jak negativní, tak pozitivní příznaky, např. odtažení se od lidí, ponoření se do fantazijního světa, mutismus nebo autistické užití jazyka, bizarní postoje, stereotypie, agresivní raptý, identifikace s neživými objekty nebo zvířaty, občasné impulzivní jednání (Mahlerová, 1952).

U nás Janota (1948) v přednášce *O výskytu MD psychózy v dětském věku* vyzdvihuje diagnostické nesnáze u dětí a udává, že často, hlavně v pubertě, jsou maniodepresivní poruchy mylně považovány za první ataku schizofrenie a naopak. V tomtéž roce Fischer a Hejlová uveřejňují kazuistiku schizofrenie u pětiapůlletého dítěte. Do popředí zájmu se dostává rodina, studují se patologické rodiny, hlavně se schizofrenními dětmi, a rozvíjí se rodinná terapie. Při studiu rodin vznikají prospektivní studie a studie rizikových dětí – dětí psychotických rodičů. Jedná se o práce skupin: Mednickovy, Schulsingerovy a Rosenthalovy (Mednick et al., 1974), do kterých jsou zapojeny pedopsychiatrické týmy celého světa. U nás studii o rizikových dětech začal, ale bohužel nedokončil Fischer s týmem pracovníků motolské kliniky. O infantilní autismus se zajímala Nesnídalová, která napsala první českou útlou monografii.

**Zhodnocení vývoje názorů na dětskou schizofrenii do 60. let minulého století** podávají Kanner, Rutter a Wingová (Wing, 1967), která vtipně poznamenává, že po dobrém začátku se objevují studie, které jsou rozvláčné, málo přihlížející k diagnostickým kritériím a jsou spíše logickými konstrukcemi v myslích autorů, než aby se vyskytovaly u dětských pacientů.

První velké práce o **dětských psychózách** a speciálně schizofrenii spadají do let 1910–1950. V tomto období se stanovují diagnostická kritéria, popisují symptomy, průběh onemocnění a prognóza. Jsou spojeny se jmény odborníků Asperger, Benderová, Fishová, Goldfarb, Kanner, Lutz, Mahlerová, Stutte, Suchareva, Tramer, van Krevelen, Villinger. V dalších letech se obrací zájem k rodině, vznikají prospektivní studie rizikových dětí, dětí psychotických rodičů (Mednick, Schlusinger). Pozitivní je, že se dětský autismus začíná vydělovat jako jasná diagnostická kategorie a definitivně končí obviňování rodičů („matka lednička, typická matka autistického dítěte, schizofrenogenní matka“ atd.). Přibývá také důkazů o organickém podkladu poruchy.

Začátkem 70. let dvacátého století **Benderová** (Tramer, 1962) shrnula svoje názory na schizofrenii, kterou charakterizuje jako globální poruchu organismu. Jde o poruchu somatickou, neurologickou, afektivní, kognitivní, intelektuální a sociální. Nemusí být vždy psychózou (diagnostickou entitou), může být jen syndromem.

Na základě tohoto se začínají objevovat práce o hraničních stavech (borderline). Anglickými, německými a ruskými autory je dětská schizofrenie považována za samostatnou nozologickou jednotku, vyskytující se jak v dětství, v adolescenci, tak v dospělosti.

**Rutter** (Shepherd, Davis, 1968) pokračoval ve studiu Kannerova **infantilního autismu**. Zvláštní nefunkční používání jazyka poté, co se vyvine řeč, viděl jako sekundární, navazující na primárně porušené interpersonální vztahy.

Diagnostická kritéria dle Ruttera:

- autismus, samotářství, ztráta zájmu o lidi, vyhýbání se očnímu kontaktu, minimální výrazová změna v obličeji, absence vřelého zájmu, sympatie, empatie;
- nedostatečná odpověď na zvukové podněty (dětí se jeví jako hluché);
- retardace řečového vývoje – polovina dětí s touto diagnózou vůbec nemluví, u těch, které mluví, jsou tři čtvrtiny řečové produkce tvořeny echoholaliemi, perseveracemi a nedokonalou větnou stavbou; typické je nepoužívání osobních zájmen – nemluví v první a druhé osobě, ale pouze ve třetí;
- rituály a kompulzivní fenomény, zahrnující abnormální zacházení s objekty a rezistenci ke změně s obsedantními projevy a myšlenkami na smrt;
- děti nejsou rozrztřité, naopak vydrží celé hodiny sedět u jedné monotónní činnosti (např. točit kolečkem);
- tendence k sebepoškozování (např. kousání zápěstí, bouchání hlavou);
- stereotypie – komplikované opakované pohyby obvykle celým tělem nebo manýrování rukama a prsty.

**Sir Michael Rutter, prof. MUDr.**

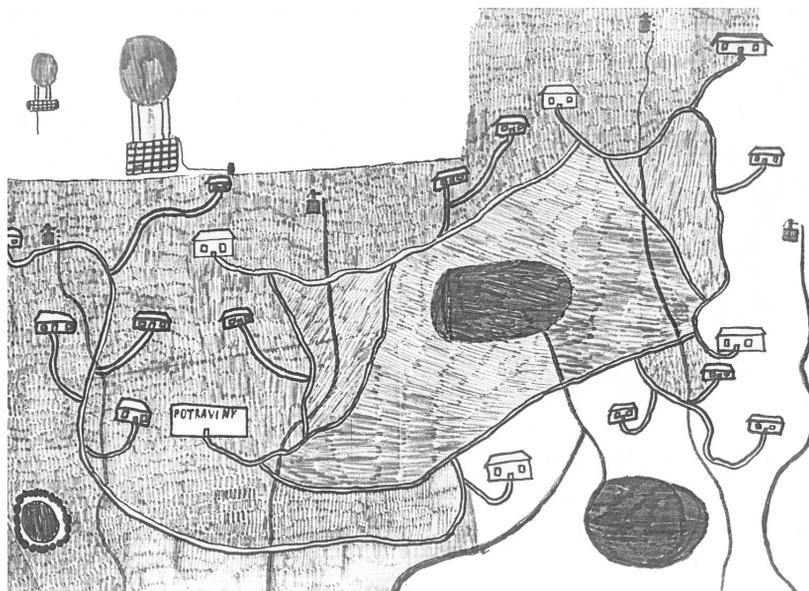
Profesor vývojové psychologie v Londýně se narodil v Libanonu roku 1933. Promoval v roce 1955, absolvoval postgraduální trénink v psychiatrii, neurologii, pediatrii a kardiologii ve Velké Británii a v USA. Od roku 1973 je vedoucím kliniky Dětské a adolescentní psychiatrie, dále ředitelem Lékařského výzkumu v dětské psychiatrii (MRC), prezidentem Společnosti pro výzkum dětského vývoje a Mezinárodní společnosti pro výzkum v dětské a adolescentní psychiatrii. Je členem řady odborných společností na celém světě a získal mnoho čestných doktorátů na prestižních univerzitách. Napsal 38 knih a přes 400 odborných článků. V roce 1987 byl zvolen členem Královské společnosti a roku 1992 jmenován lordem.



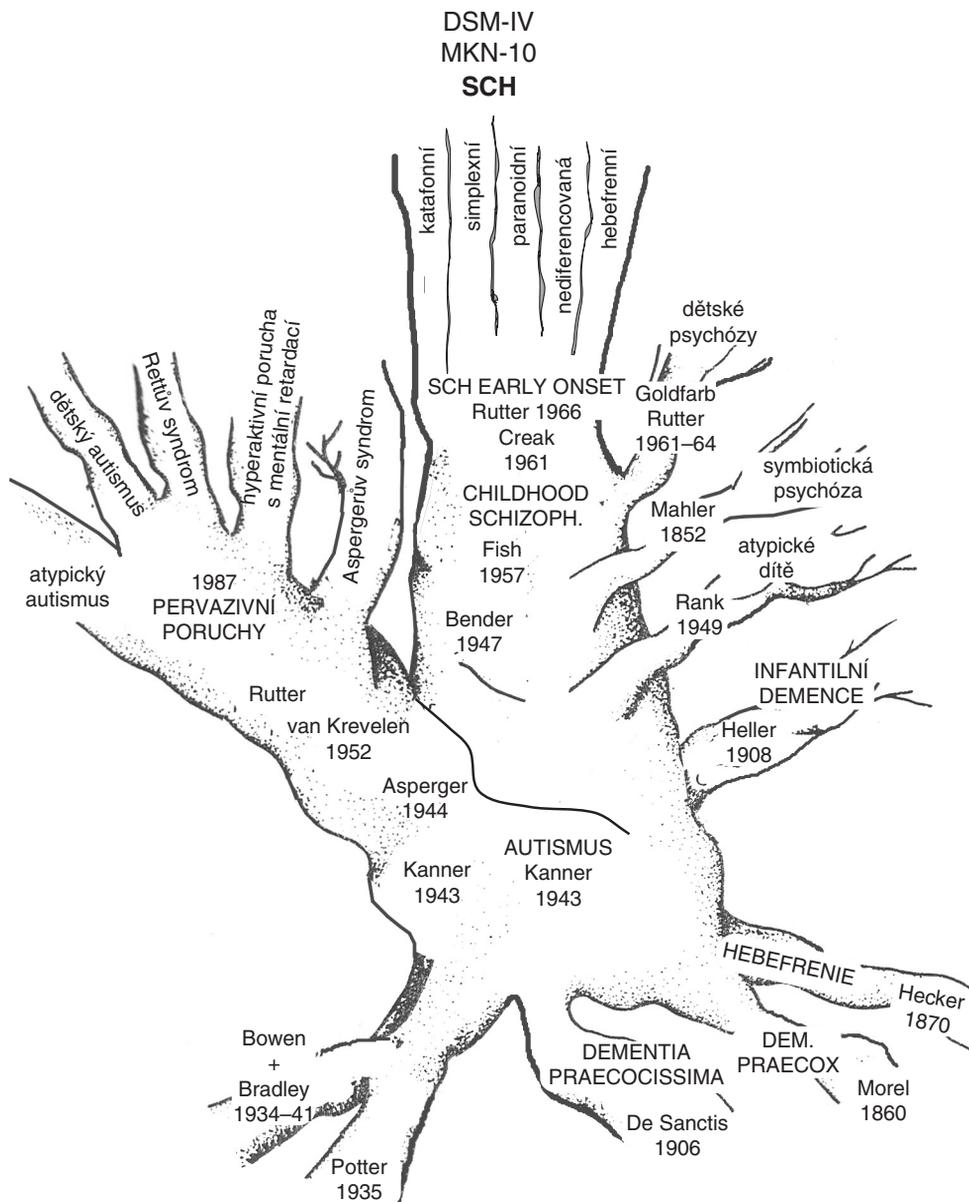
L. Kanner referuje o ostrůvkovitých vynikajících výkonech autistických dětí (např. v hudbě, aritmetice a mechanické paměti). Osoby s takovými schopnostmi jsou známe pod výrazem autističtí géniové – „autistic savant“ (viz známý americký film *Rainman*). Kanner považoval děti s autismem za inteligentní a oduševnělé, bez jakékoli formy mentální retardace. Všichni autoři vyzdvihují dva nezbytné symptomy pro diagnózu Kannerova infantilního autismu:

- a) extrémní vlastní izolaci,
- b) obsedantnost a perseveraci stejného.

Zároveň musí být naprosto vyloučeno jakékoliv organické poškození CNS.



**Obr. 2** „Cesta“. Chlapec, 9 let, vysokofunkční autismus.



**Obr. 3** Pokus o zachycení vývoje klasifikačního konceptu schizofrenií z hlediska dětské a dorostové psychiatrie.

Kanner naléhá na odlišení tohoto syndromu od diagnózy dětské schizofrenie. Dle Eisenberga a Kanner (1956) při diagnóze infantilního autismu musí být vyloučena neurologická dysfunkce, ačkoliv mnoha autory (např. Schoen a Yanet) je diagnostikována. Pravděpodobně se to dá vysvětlit výběrem určitých dětí z určitých společenských vrstev, protože Kanner též nenachází psychiatrickou zátěž, přestože mnoha autory již od Benderové je o ní referováno.

Goldfarb (1961, 1964) provedl velice pečlivé studie 30 psychotických dětí a z nich vyvozuje, že děti lze rozdělit do dvou subkategorií. V první jsou přítomny drobné organické poruchy, druhá je bez organických poruch (skupina organická – neorganická). Přístupy ke Goldfarbově subklasifikaci (Romano, 1968) jsou založeny na důležitosti adaptivních funkcí, které souvisejí s vývojovým stadiem dítěte. Všechny tyto funkce jsou výrazně zhoršeny u schizofrenních dětí. Chování schizofrenního dítěte je výsledkem mezihry vnitřních faktorů (bioneurologická integrita) a zevních faktorů (hlavně rodinné klima – viz přílohu Diagnostická kritéria).

**Společná diagnostická kritéria schizofrenie** v dětství jsou většinou používána dle skupiny **Creakové**. Jedná se o hrubé narušení citového, emočního vztahu k lidem, s neuvědomováním si své vlastní identity – neodpovídající danému věkovému období. Děti si nepřiměřeně hrají s objekty bez pochopení jejich funkce a mají výrazný odpor ke změně okolí, se snahou ze všech sil zachovat a znovu vytvořit totéž. Jsou zjišťovány různé poruchy percepce a z toho vyplývající abnormní percepční zkušenosti. Nejčastější a nejmarkantnější fenomén je akutní, abnormní, nelogická anxieta. Stanovení řečového vývoje je důležité pro prognózu. Vývoj řeči může být správný, ale odpovídá vývojovým charakteristikám mladšího věku, nebo je vývoj atypický se zvláštními řečovými projevy. Tam, kde řeč úplně chybí a dítě se ji nikdy nenaučí, je prognóza nejhorší. Dále jsou přítomny poruchy motorických reakcí a pohybových výrazových vzorců (točení se, třepání rukama, bizarní postoje, chůze atd.). Na pozadí výrazného snížení intelektových schopností existují ostrůvky normálních nebo skoro normálních až výjimečných intelektových funkcí a dovedností. Poruchy, které děti vykazují, hodně závisí na referencích od rodiny a jsou popisovány na mnoha úrovních, od osobních charakteristik přes vývojově-neurologické opoždění maturace až po sociální a rodinnou maladaptaci (viz přílohu Diagnostická kritéria).

Dle referencí matek **Goldfarb a Meyers** diagnostikovali u 23 dětí schizofrenní psychózu bez neurologické dysfunkce a u 21 s neurologickým poškozením. Tam, kde nacházeli cerebrální dysfunkci, byla porucha spojena s nízkým IQ a špatnou prognózou. Skupina dětí s organickou psychózou trpí dle Bircha a Walkera speciálním druhem cerebrální dysfunkce. Dysfunkcí, která je dnes nazývána diskonekcí, se vysvětlují percepční zvláštnosti, projevující se odlišnými, špatně diskriminujícími odpověďmi na zrakové, čichové a sluchové podněty. Odpovědi jsou díky generalizaci někdy hypersenzitivní (např. na zvukovou stimulaci), jindy jakoby bez reakce – jako by podnět nebyl dítětem vůbec zaregistrován. Diagnóza schizofrenie předpokládá **defekt „já“ na všech úrovních receptivních, integrativních a výkonných, čili zhoršení všech kognitivních a adaptivních funkcí** nemocného jedince. Schizofrenní děti mají výraznou poruchu v možnosti přijímání informací, nedokážou je zpracovat, integrovat, kategorizovat a použít je k logickým instrukcím. Dále nejsou schopny navázat vztah k ostatním, jsou často mutistické a dezorientované, tím je narušen proces poznávání a zpětně zase socializace. Nejvýrazněji je postižena řeč a komunikace, ale neexistují typické specifické schizofrenní vzory řečové poruchy. Typické jsou vyhýbavé odpovědi a zvýšená anxieta. (Malá)

Autoři se snaží podle testu, který určuje funkce „já“ dítěte, rozlišit tíži poškození:

- **velmi těžké** poškození – dítě nediferencuje důležité osoby (např. matku od ostatních); nemá s ní žádný kontakt, nemluví nebo negestikuluje ve smyslu komunikace, vyhýbá se pohledu, je přecitlivělý na zvuky, poznává a rozlišuje ústy a čicháním, je téměř neschopné péče samo o sebe a není schopné výuky;