

Diagnostika psychických poruch v dospívání

Úspěšná detekce poruch je výslednicí **diagnostického procesu** založeného na:

1. anamnéze (znalosti vývoje dítěte od útlého věku),
2. dlouhodobého sledování symptomů,
3. interpretaci dat v kontextu mezioborové spolupráce (psychologa s psychiatrem, rodinou, příp. školským zařízením).

Na kazuistikách třech různých dospívajících objasňujeme, že i přes nárůst pacientů v přechodných a reverzibilních duševních stavech (vývojová krize), jsou mezi nimi děti v počátečních (prodromálních) stavech psychiatrických poruch s časným začátkem (přetrvávajících do dospělosti) jako schizofrenie a nezachycené neuropsychiatrické poruchy z dětství (psychotická dekompenzace Aspergerova syndromu v dospívání), či osobnostní poruchy.

I. Vývojová krize

Nikola, 15 let, výkyvy nálad (depresivní přerušovaná reaktivita) od zahájení puberty. Do PA přichází po spolykání léků bez suicidální motivace po odmítnutí kamarádkou na sociální síti. Povaha neurotická, coping sociálně-maladaptivní, vyžaduje souhlas ostatních, jinak pocity insuficience, kontakt s realitou nezralý, s nereálnými představami o druhých, zvýšeně ostražitá ve vztazích s ostatními, přesvědčení egocentrické, snadná plačtivost a sociální stažení při nárocích na samostatnost nebo konfrontaci. Neúčinně vzdorovitá (negativistická) co se týče přijetí pomoci. Stylizuje se do satanismu. Prožívání paranoidní „ostatní mě sledují“, taktilní vjemy, s náhledem na nereálnost.

Psychologické vyšetření:

Diferenciální diagnostika deprese, neurotická dekompenzace, paranoidní prožívání.

SPP: V soc. kontaktu snadné podráždění, ne-soustředěnost, tenznost.

Rorschach: vysoký index psychotismu PTI = 5; zvýšený výskyt vágních a anatomických obsahů.

WISC 3: CIQ = 93, VIQ = 81, PIQ = 108; SP = 84, PU = 107, KO = 90, RZ = 109. Nepohotovost, v rutině funkčnost zachována, v zátěži nevyrovnanost výkonu, nepoužije volní strategie.

Závěr: Dívka, aktuálně destabilizovaná, hodnotí realitu paranoidně. Vysvětluji jako osobnost se sníženou adaptační kapacitou v zátěži. Přetížená

nároky dospívání (obtíže s individuací – nedaří se jí opouštět roli „hodné holky“). Chová se přecitlivěle, vztahovačně, sociálně se vyhýbá. Krátkodobě na medikaci kvetiapiinem, který upravil spánek. Zařazena v individuální systematické terapii s cílem posílení zvládacích postojů a integrace osobnosti. Přehled popisu vývojové krize uvádí Tabulka 3.

II. Prodromální stav schizofrenie v dospívání

Marek, 19 let, povaha společenská, bázlivá, školsky snaživý. Při ukončování ZŠ (14 let) postupně snižování kognitivní výkonnosti, postupná změna v chování – zrudnutí, apatie, vyhledávání samoty. Zahájil maturitní obor selháním, nastoupil na učební obor na přání matky. Potíže u základních volních činností a sebeorganizace. Začal psychiatrickou docházku s diagnózou sociální fobie.

Psychologické vyšetření:

SPP: interakce jen na cílený dotaz, afektivita otupělá, negativní příznaky, náhled na neuspokojivou pozvolnou změnu stavu, „Víš, jak odpovědět, neřekne to, řekne to někdo jiný.“

MMPI: Sc = 102, BI1 = 78, BI2 = 77, PSYC = 86 – zvýšená klinická škála schizofrenie, akutní psychotické symptomy, potíže s konativní regulací a pocity mentální tuposti. Sekundární deprese a sociální nepohoda. Při doptání položek sytících sch- přízná neostré, ne plně vyjádřené sluchové halucinace „diskutování o něm, nahlas, cizími osobami, venku se na něj někdo dívá z okna, slyšává kroky.“

Rorschach: R = 15, F = 14, W = 6, CDI = 4, EA = 0, Zd = -3,5. Simplexnost úsudku. Neproductivita.

WAIS 3: CIQ = 82, PIQ = 91, VIQ = 80; IPU = 86, IVP = 81, IPP = 88, IIRZ = 85. Globální kognitivní deficit vzhledem k premorbidnímu stavu.

Odeslán k diferencielně-diagnostickému pobytu s cílem nastavení medikace. Vývoj stavu chlapce je setrvale a dlouhodobě neuspokojivý, přetrvává u něj mírná perzekuční a paranoidní symptomatika. Kognitivní potenciál chlapce je setrvale změněný a dysfunkční, kontakt setrvale emočně oploštělý. Přehled popisu prodromálního stavu schizofrenie uvádí Tabulka 4.

III. Dekompenzace poruchy autistického spektra v dospívání

Zita, 14 let, od dětského věku „sociálně jiná“, preferuje stereotypně specifické zájmy před vztahy s ostatními (vč. rodiny). Obvykle nezahajuje a nepokračuje v sociálních interakcích. V pubertě začala navazovat vztahy, ale neobratně a bizarně. Má individuální školní plán, i ve škole má své zvyklosti, o kterých učitelé od maminky ví. Od druhého stupně ZŠ je vrstevníkům k smíchu. Poslední dobou obětí výsměchu. Přestala vycházet zcela z domu, přikrčuje se na balkóně, sleduje, zdali nejsou její spolužáci před domem.

Psychologické vyšetření: SPP: absence sociální reciprocity.

Rorschach: pozitivní index psychotismu, porucha myšlení a porucha kontaktu s realitou. Myšlenková logika bez zohlednění sociálního kontextu (magické obsahy, verbální projev vyplněn neplodnými a bezvýznamnými obsahy, nelogickými slovními kombinacemi).

WAIS 3: CIQ = 96, VIQ = 94, PIQ = 100, SP = 95, PU = 102, KO = 100, RZ = 90. Kognitivní výkon v normě. Řečový vývoj v normě. CARS dotazník: s potvrzením autistických příznaků. Vzhledem k vysokofunkčnosti poruchy, průměrnému IQ a toleranci rodiny zachycen a potvrzen Aspergerův syndrom v dospívání při dekompenzaci a na zá-

Tab. 3. Vývojová krize

Vývojová krize
Psychická destabilizace: přechodná, v souvislosti s dospíváním. DIAGNOSTIKA: Testy: vyloučení kognitivního deficitu, dynamika ROR protokolu: neurotická, snadná unavitelnost, nevykonnost, anatomické obsahy (susp. na vegetativní obtíže). LÉČBA: Indikace systematické psychoterapie, režimová opatření týkající se stresu, vyhledání KC nebo psychiatra v krizových situacích.

Tab. 4. Prodromální stav schizofrenie

Prodromální stav schizofrenie (v dospívání)
Plíživý celkový úpadek osobnosti (postupně zhoršování kognitivní flexibility a výkonu). Podivnost v chování – především úpadek vůle, sociální deprivace. Chybí jasné vyjádření psychotických symptomů. DIAGNOSTIKA: Testy: Globální kognitivní deficit, exekutivní dysfunkce, dynamika ROR protokolu: simplexní, neproductivní úsudek, celkový úpadek vzhledem k premorbidnímu stavu. LÉČBA: Kooperace s psychiatrií. Diferenciálně diagnostický pobyt. Dlouhodobé sledování stavu. Přijetí diagnózy a neuspokojivé prognózy stavu (invalidizace mladého člověka). Práce s rodinou.