GRADA®

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

# Moderní dětská a dorostová psychiatrie

Napsáno podle MKN-11




GRADA®

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

Egis Praha, spol. s r.o.
KRKA ČR, s.r.o.
Rotary Satellite Club of Telč – Prague Golf / NGW, z.s.
Zentiva, k.s.

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

# Moderní dětská a dorostová psychiatrie

Napsáno podle MKN-11

Grada Publishing

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

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

# Moderní dětská a dorostová psychiatrie

**Editoři:**
**prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.**
Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno

**doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.**
Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

**Kolektiv autorů:**
doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.
prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
MUDr. Kryštof Kantor, Ph.D.
MUDr. Jakub Kerner
doc. PhDr. Jana Kocourková
MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.
Mgr. Markéta Mohaplová
MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.
PhDr. Marina Stejskalová, CSc.
MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

**Recenzentka:**
**doc. MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.**
Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

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

Obrázky dodali autoři. Obrázky 12.1, 12.3 překreslil a upravil Jiří Hlaváček.
Cover Photo © Depositphotos, 2026
Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2026

© Grada Publishing, a.s., 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 10 702. publikaci
Šéfredaktorka lékařské literatury MUDr. Michaela Lízlerová
Odpovědná redaktorka Mgr. Klára Procházková
Jazyková korektura a redakce PhDr. Michaela Malinová
Sazba a zlom Lucie Koubová
Počet stran 336
1. vydání, Praha 2026
Vytisklo TISK CENTRUM s.r.o, Moravany u Brna

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

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

ISBN 978-80-271-8677-8 (ePub)
ISBN 978-80-271-8676-1 (pdf)
ISBN 978-80-271-6055-6 (print)

## Editoři

**prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.**
Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno

**doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.**
Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

## Kolektiv autorů

**doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.**
Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

**prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.**
Psychologický ústav Filozofické fakulty Masarykovy univerzity, Brno

**MUDr. Kryštof Kantor, Ph.D.**
Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

**MUDr. Jakub Kerner**
Dětské oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice, Praha

**doc. PhDr. Jana Kocourková**
Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

**MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.**
Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

**Mgr. Markéta Mohaplová**
Oddělení klinické psychologie, Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

**MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D.**
Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň
Psychiatrická ordinace Duševní zdraví s.r.o., Planá

**PhDr. Marina Stejskalová, CSc.**
Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

**MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.**
Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity
a Fakultní nemocnice Brno, Brno

# Obsah


Předmluva . . . . . 1
Úvod: Obor dětská a dorostová psychiatrie . . . . . 3

1 Vývojová období dětství a dospívání . . . . . 5
1.1 Prenatální období . . . . . 5
1.2 Novorozenecké období . . . . . 6
1.3 Kojenecké období . . . . . 6
1.4 Batolecí období . . . . . 6
1.5 Předškolní období . . . . . 7
1.6 Mladší školní období . . . . . 7
1.7 Dospívání . . . . . 7
1.8 Vývojové teorie . . . . . 8
1.8.1 Stadia kognitivního vývoje – Jean Piaget (1896–1980) . . . . . 8
1.8.2 Stadia psychosociálního vývoje – Erik Erikson (1902–1994) . . . . . 9
1.9 Vývojové aspekty rodičovského chování . . . . . 9

2 Pedopsychiatrická propedeutika . . . . . 11
2.1 Pedopsychiatrické vyšetření . . . . . 11
2.1.1 Úvodní údaje . . . . . 11
2.1.2 Rodinná anamnéza . . . . . 12
2.1.3 Osobní anamnéza dítěte . . . . . 12
2.1.4 Nynější onemocnění . . . . . 15
2.1.5 Psychopatologický nález . . . . . 15
2.1.6 Somatický nález . . . . . 16
2.1.7 Výstupy vyšetření . . . . . 16
2.2 Obecná psychopatologie . . . . . 17
2.2.1 Poruchy vnímání . . . . . 17
2.2.2 Poruchy myšlení . . . . . 19
2.2.3 Poruchy vůle a jednání . . . . . 22
2.2.4 Poruchy vědomí . . . . . 23
2.2.5 Poruchy emocí . . . . . 24
2.2.6 Poruchy paměti . . . . . 26
2.2.7 Poruchy inteligence . . . . . 26
2.2.8 Poruchy pudů . . . . . 27
2.2.9 Poruchy osobnosti . . . . . 28
2.3 Psychologické vyšetření . . . . . 29
2.3.1 Výkonové metody . . . . . 31
2.3.2 Projektivní metody . . . . . 32
2.3.3 Vývojové škály . . . . . 33
2.3.4 Inteligenční testy a soubory . . . . . 34

2.3.5 Formulace psychologického nálezu nebo zprávy . . . . . 35
2.4 Objektivní vyšetřovací metody . . . . . 36
2.4.1 Laboratorní vyšetření. . . . . 36
2.4.2 Elektrokardiografické vyšetření . . . . . 38
2.4.3 Elektroencefalografické vyšetření . . . . . 38
2.4.4 Zobrazovací metody . . . . . 39

**3 Neurovývojové poruchy . . . . . 41**
3.1 Poruchy vývoje intelektu . . . . . 41
3.2 Vývojové poruchy řeči a učení . . . . . 44
3.2.1 Vývojové poruchy řeči nebo jazyka . . . . . 44
3.2.2 Vývojová porucha učení . . . . . 47
3.2.3 Vývojová porucha motorické koordinace . . . . . 49
3.3 Porucha autistického spektra . . . . . 50
3.4 Porucha pozornosti s hyperaktivitou . . . . . 61
3.4.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, s převládajícími projevy nepozornosti . . . . . 64
3.4.2 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, převážně hyperaktivní–impulzivní projev . . . . . 64
3.4.3 Kombinovaná porucha pozornosti s hyperaktivitou . . . . . 64

**4 Schizofrenie a jiné psychotické poruchy . . . . . 73**
4.1 Schizofrenie . . . . . 73
4.2 Jiné psychotické poruchy . . . . . 79
4.2.1 Schizoafektivní porucha . . . . . 79
4.2.2 Schizotypální porucha . . . . . 79
4.2.3 Akutní a přechodná psychotická porucha . . . . . 80
4.2.4 Porucha s bludy . . . . . 81
4.2.5 Sekundární psychotický syndrom. . . . . 81
4.3 Katatonie . . . . . 82

**5 Poruchy nálady . . . . . 87**
5.1 Bipolární a související poruchy . . . . . 88
5.1.1 Bipolární porucha typu I . . . . . 88
5.1.2 Bipolární porucha typu II . . . . . 90
5.1.3 Cyklothymní porucha . . . . . 97
5.2 Depresivní poruchy. . . . . 100
5.2.1 Jedna epizoda depresivní poruchy . . . . . 100
5.2.2 Rekurentní depresivní porucha . . . . . 100
5.2.3 Dysthymní porucha . . . . . 104
5.2.4 Smíšená depresivní a úzkostná porucha . . . . . 106

**6 Úzkostné a neurotické poruchy . . . . . 111**
6.1 Panická porucha . . . . . 111
6.2 Generalizovaná úzkostná porucha . . . . . 114

6.3 Sociální úzkostná porucha . . . 118
6.4 Fobická úzkostná porucha . . . 120
6.5 Separační úzkostná porucha . . . 123
6.6 Obsedantně-kompulzivní porucha . . . 126
6.7 Disociativní poruchy . . . 132
6.7.1 Disociativní porucha s neurologickými symptomy . . . 133
6.7.2 Disociativní amnézie . . . 134
6.7.3 Trans . . . 135
6.7.4 Porucha posedlosti a transu . . . 135
6.7.5 Disociativní porucha identity . . . 135
6.7.6 Částečná disociativní porucha identity . . . 136
6.7.7 Porucha depersonalizace a derealizace . . . 136
6.8 Poruchy tělesné tísně nebo tělesného prožívání . . . 138
6.8.1 Porucha tělesné tísně . . . 138
6.8.2 Dysforie tělesné integrity . . . 138
6.9 Selektivní mutismus . . . 141

**7 Poruchy specificky spojené se stresem . . . 143**
7.1 Posttraumatická stresová porucha . . . 143
7.2 Komplexní posttraumatická stresová porucha . . . 146
7.3 Porucha prolongovaného truchlení . . . 148
7.4 Poruchy přizpůsobení . . . 150
7.5 Reaktivní porucha příchylnosti . . . 152
7.6 Dezinhibovaná porucha sociální angažovanosti . . . 154

**8 Poruchy příjmu potravy . . . 157**
8.1 Mentální anorexie . . . 158
8.2 Mentální bulimie . . . 162
8.3 Porucha záchvatovitého přejídání . . . 165
8.4 Porucha příjmu potravy s omezením a vyhýbáním se jídlu . . . 165
8.5 Pika . . . 166
8.6 Ruminačně-regurgitační porucha . . . 166
8.7 Specifické poruchy příjmu jídla v útlém a dětském věku . . . 167
8.7.1 Emoční porucha spojená s vyhýbáním se jídlu . . . 167
8.7.2 Syndrom vybíravosti v jídle . . . 168
8.7.3 Syndrom pervazivního odmítání . . . 168
8.8 Obezita v dětském a dorostovém věku . . . 168

**9 Poruchy způsobené užíváním návykových látek nebo závislostním chováním . . . 173**
9.1 Poruchy způsobené užíváním návykových látek . . . 173
9.1.1 Specifikace průběhové formy závislosti . . . 174
9.2 Alkohol . . . 176
9.3 Kanabinoidy . . . 180
9.4 Syntetické kanabinoidy . . . 181

9.5 Opioidy a opiáty . . . 182
9.6 Hypnotika, sedativa, anxiolytika . . . 184
9.7 Kokain . . . 186
9.8 Stimulancia (amfetaminy, metamfetamin, metkatinon) . . . 187
9.9 Kofein . . . 189
9.10 Halucinogeny . . . 190
9.11 Nikotin . . . 191
9.12 Těkavé inhalanty . . . 192
9.13 Poruchy způsobené užíváním jiných specifikovaných psychoaktivních látek . . . 193
9.14 Poruchy způsobené závislostním chováním . . . 194
9.14.1 Společná kritéria pro hráčskou poruchu a poruchu hraní digitálních her . . . 195
9.14.2 Hráčská porucha . . . 195
9.14.3 Porucha hraní digitálních her . . . 196
9.15 Krátká intervence . . . 196
9.16 Programy minimalizace rizik (harm reduction) . . . 199

**10 Poruchy chování a vývoje osobnosti . . . 201**
10.1 Rušivé chování nebo disociální poruchy chování . . . 201
10.1.1 Porucha opozičního vzdoru . . . 201
10.1.2 Disociální porucha chování . . . 204
10.2 Disharmonický vývoj osobnosti . . . 208
10.3 Poruchy osobnosti . . . 208
10.4 Návykové a impulzivní poruchy . . . 213
10.4.1 Pyrománie . . . 213
10.4.2 Kleptománie . . . 214
10.4.3 Kompulzivní porucha sexuálního chování . . . 215
10.4.4 Intermitentní výbušná porucha . . . 216

**11 Sexuologická problematika v dětství a adolescenci . . . 217**
11.1 Projevy sexuality u dětí před pubertou a po jejím nástupu . . . 217
11.2 Sexuální výchova . . . 218
11.3 Excesivní masturbace u dětí před pubertou . . . 219
11.4 Dětské sexuální hry . . . 220
11.5 Genderový nesoulad . . . 220
11.5.1 Genderový nesoulad v dětství . . . 221
11.5.2 Genderový nesoulad v dospívání nebo v dospělosti . . . 221

**12 Psychické poruchy se somatickými projevy . . . 225**
12.1 Tikové poruchy . . . 225
12.1.1 Přechodná tiková porucha . . . 228
12.1.2 Chronická motorická nebo fonická tiková porucha . . . 228
12.1.3 Touretteův syndrom . . . 229
12.2 Poruchy vylučování . . . 233

12.2.1 Enuréza . . . 233
12.2.2 Enkopréza . . . 236

**13 Specifické otázky dětské psychiatrie . . . 239**
13.1 Týrané, zanedbávané a sexuálně zneužívané dítě . . . 239
13.1.1 Charakteristiky týrajících a týraných – rizikové faktory . . . 239
13.1.2 Týrané, zanedbávané a zneužívané dítě . . . 240
13.1.3 Následky týrání, zanedbávání a sexuálního zneužívání . . . 241
13.1.4 Terapie a další intervence . . . 242
13.1.5 Právní důsledky . . . 243
13.2 Münchhausenův syndrom by proxy . . . 244
13.3 Suicidalita a sebepoškozování v dětství a adolescenci . . . 246
13.4 Dětská a adolescentní forenzní psychiatrie . . . 253
13.4.1 Soudněznalecká činnost v oblasti trestněprávní . . . 253
13.4.2 Posuzování v civilněprávních věcech . . . 255

**14 Psychofarmaka a biologické léčebné metody . . . 257**
14.1 Obecná pediatrická psychofarmakologie . . . 257
14.2 Antidepresiva . . . 259
14.2.1 Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu . . . 261
14.2.2 Duální antidepresiva . . . 263
14.2.3 Jiná antidepresiva . . . 265
14.2.4 Inhibitory monoaminooxidázy . . . 266
14.2.5 Starší antidepresiva . . . 266
14.3 Anxiolytika . . . 268
14.3.1 Benzodiazepinová anxiolytika . . . 268
14.3.2 Nebenzodiazepinová anxiolytika . . . 270
14.4 Thymoprofylaktika . . . 272
14.5 Antipsychotika . . . 275
14.5.1 Atypická antipsychotika . . . 276
14.5.2 Typická antipsychotika . . . 280
14.6 Psychostimulancia a nestimulační léky pro ADHD . . . 281
14.7 Hypnotika . . . 284
14.8 Elektrokonvulzivní terapie . . . 285
14.9 Jiné biologické léčebné metody . . . 287

**15 Psychoterapie dětí a adolescentů . . . 291**
15.1 Rozdíly v psychoterapii dětských, adolescentních a dospělých pacientů . . . 291
15.2 Základní přístupy a metody . . . 292
15.2.1 Teoretická východiska . . . 292
15.2.2 Nejčastější psychoterapeutické modality u dětí a adolescentů . . . 295
15.3 Dialektická behaviorální terapie . . . 299
15.3.1 Úvod a teoretická východiska . . . 299
15.3.2 Základní struktura . . . 300

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

**Souhrn . . . 308**
**Summary . . . 309**
**Medailonky . . . 310**
**Seznam zkratek . . . 313**
**Rejstřík . . . 318**

# asentra® :)

potahované tablety

*sertralinum*

VZP[1]

## *23 let na trhu v ČR[2]*
## *nejpředepisovanější sertralin v ČR[2]*




KRKA

**ASENTRA**
**Zkrácená informace o přípravku**

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

Datum poslední revize textu SPC: 30. 9. 2021.
Držitel rozhodnutí o registraci: KRKA, d.d., Novo mesto, Slovinsko.
Reg. č.: Asentra 50 mg: 30/062/03-C, Asentra 100 mg: 30/063/03-C.
Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis.
Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Nepřetržitá veřejná informační služba: tel. +420 221 115 150, e-mail: info.cz@krka.biz; www.krka.cz/cz/leciva-a-jine-produkty

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

Literatura:
1.VZP list, www.vzp.cz
2. IQVIA Flexview, 07/2026

Sil. Med. 7/2026, Czech Republic, 2026 I-N-A5-58

# Předmluva

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

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

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

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

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

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

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

*prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.*

# POMÁHÁME POMÁHAT

Rotary

Rotary Satelite Club of Telč,
Prague Golf/NGW

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

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

# Úvod: Obor dětská a dorostová psychiatrie

*Michal Hrdlička*

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

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

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

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

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

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

## Literatura

European Commission: Communication on a comprehensive approach to mental health. COM (2023) 298 final. Online. Dostupné z: https://health.ec.europa.eu/publications/comprehensive-approach-mental-health_en. [citováno 2026-05-05].

Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, et al. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2000.

Hrdlička M, Pilátová A, Kolouch D. Děti v ohrožení: krize, odolnost a psychické zdraví. Praha: Vyšehrad, 2024.

Wiener JM. Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.

# 1 Vývojová období dětství a dospívání

*Jana Kocourková*

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

## 1.1 Prenatální období

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

## 1.2 Novorozenecké období

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

## 1.3 Kojenecké období

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

## 1.4 Batolecí období

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

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

## 1.5 Předškolní období

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

## 1.6 Mladší školní období

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

## 1.7 Dospívání

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

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

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

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

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

## 1.8 Vývojové teorie

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

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

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

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

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

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

## 1.9 Vývojové aspekty rodičovského chování

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

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázku z knihy Moderní dětská a dorostová psychiatrie**.**
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.