

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Teologická fakulta**

**Katedra pedagogiky**

**Bakalářská práce**

**DEPRESIVNÍ SYMPTOMATIKA U DĚTÍ S ASPERGEROVÝM SYNDROMEM**

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Karolina Diallo

Autor práce: Gabriela Ertlová, DiS.

Studijní obor: Pedagogika volného času

Ročník: III.

2015

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAGU provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Hluboké nad Vltavou dne 3.3.2015

Děkuji vedoucí mé práce Mgr. et Mgr. Karolině Diallo za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Děkuji svým kolegyním za morální podporu.

V neposlední řadě děkuji svým nejbližším za láskyplné zázemí a za ohleduplný přístup k mému studiu.

## Obsah

Úvod.....	5
1 Aspergerův syndrom.....	7
1.1 Diagnostika pervazivních vývojových poruch.....	8
1.2 Triáda problémových oblastí .....	9
1.3 Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu.....	12
1.3.1 Nízko funkční a vysoce funkční Aspergerův syndrom .....	14
1.4 Emocionalita u osob s Aspergerovým syndromem .....	15
2 Depresivní syndrom.....	17
2.1 Diagnostická kritéria deprese u dětí.....	20
2.2 Aspergerovská specifika a deprese.....	22
2.3 Depresivní myšlení a prožívání .....	23
2.4 Dystymie .....	25
2.4.1 Diagnostická kritéria dystymní poruchy .....	26
2.5 Smíšená úzkostně depresivní porucha .....	26
2.5.1 Diagnostická kritéria úzkostně depresivní poruchy.....	28
2.6 Problémy v diagnostice depresivní poruchy.....	29
3 Kazuistika .....	31
ZÁVĚR.....	36
Seznam literatury.....	39
Abstrakt .....	41

## Úvod

Pojem autismus už není známý pouze v odborných kruzích, ale v posledních letech se začíná dostávat i do povědomí laické veřejnosti, a to nejen díky filmu Rain Man. Skrze své zaměstnání (pracuji jako sociální pracovnice ve Speciálně pedagogickém centru pro děti s autismem a s mentálním postižením) mám možnost sledovat nárůst počtu dětí s poruchou autistického spektra za posledních 8 let, a nárůst je to opravdu markantní.

Ve své bakalářské práci se zaměřuji konkrétně na problematiku Aspergerova syndromu (AS), který patří mezi poruchy autistického spektra (PAS). Děti s Aspergerovým syndromem se na první pohled mnohdy zdají být zdravými dětmi. Právě díky absenci do očí bijícího handicapu se často potýkají s nálepkou nevychované, rozmazlené, drzé, provokující, zlé... A dokonce i okolí, které je seznámeno s příčinou specifického či problémového chování, více nežli v Aspergerově syndromu, vidí viníka ve výchově a v dítěti samotném. Přiznám se, že i já občas hledám hranici a nejsem si jistá, kam až sahají projevy Aspergerova syndromu a kdy už jsme v rovině chování, na které by se mohlo a snad i mělo reagovat stejně jako u zdravého dítěte.

Když se pokusím podívat na svět očima dítěte trpícího Aspergerovým syndromem, představuji si zmatek, nejistotu, nepochopení, strach. V SPC u našich klientů s touto diagnózou častěji než výukové potíže a problémy s prospěchem řešíme problémové chování. Nahromaděná úzkost a vysoká koncentrace stresu nesou s sebou následky. Někdy jde „jen“ o stereotypní a rituální chování, které nikoho neohrožuje, pouze obtěžuje, jindy se promítne do agrese či autoagrese. Dle mého osobního názoru se stále více času a pozornosti věnuje uspokojení okolí (školy, rodiny), hledají se cesty, aby se mu dítě s AS přizpůsobilo, a méně už se řeší spokojenost a duševní stav samotného dítěte. Jsou odborníci, kteří poukazují na zvýšenou náchylnost dětí s Aspergerovým syndromem k depresivním poruchám a nepodceňují jejich symptomatiku. Přesto si dovoluji tvrdit, že toto téma je stále schované ve stínu a nemá tolik pozornosti, kolik by si zasloužilo. Může to být zapříčiněno i tristním nedostatkem pedopsychiatrů, zdaleka ne všechny děti jsou v péči odborníka. Setkávám se i s případy absence lékařské péče nikoli z důvodu

nedostatku dětských psychiatrů a psychologů, ale z rozhodnutí rodičů. Z vlastní praxe mohu říci, že rodiče se o depresivním chování svých dětí zmiňují jen velmi výjimečně.

Téma své práce *depresivní symptomatika u dětí s Aspergerovým syndromem* jsem si vybrala, neboť mě vztah mezi Aspergerovým syndromem a depresivním syndromem velmi zajímá. Uvědomuji si své rezervy, mám spíše povrchní a dílčí vědomosti o možné propojenosti těchto dvou syndromů, tudíž mi přijde žádoucí se o této problematice dozvědět více. Každá informace, která mi pomůže pochopit svět našich klientů je pro mě cenná.

Cílem mé práce je pomocí odborné literatury udělat základní, ucelený přehled o podobě Aspergerova syndromu a depresivního syndromu. Představit vybrané depresivní poruchy včetně jejich diagnostických kritérií. Dalším cílem mé bakalářské práce je popsat problematiku Aspergerova syndromu v komorbiditě s depresivní poruchou. Najít a prezentovat skutečnosti, které potvrzují výskyt obou těchto duševních poruch současně. V souladu s cílem práce jsem do textu začlenila případovou studii chlapce s diagnostikovaným Aspergerovým syndromem a úzkostně depresivní poruchou.

# 1 Aspergerův syndrom

Diagnóza Aspergerův syndrom je pojmenovaná po rakouském psychiatrovi Hansi Aspergerovi (1906 – 1980), který tento syndrom poprvé popsal v roce 1944 a nazval ho „autistickou psychopatií“.<sup>1</sup> Pod termínem Aspergerův syndrom se s touto poruchou setkáváme až od roku 1984.<sup>2</sup>

„Lorna Wingová (Burgoine a Wing, 1983) na základě svých zjištění vymezila základní klinické příznaky Aspergerova syndromu následovně:

- nedostatek empatie;
- jednoduchá, nepřiléhavá a jednostranná interakce;
- omezená, případně neexistující schopnost navazovat a udržet si přátelství;
- pedantsky přesná, jednotvárná řeč;
- nedostatečná neverbální komunikace;
- hluboký zájem o specifický jev či předměty;
- nemotornost, nepřírozené pozice.“<sup>3</sup>

**Aspergerův syndrom** se řadí mezi tzv. **poruchy autistického spektra (PAS)**. Odborníci používají v souvislosti s diagnózou PAS též výraz **pervazivní vývojová porucha**. „Pervazivní vývojové poruchy se řadí mezi závažné poruchy dětského mentálního vývoje. Slovo *pervazivní* znamená vše pronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen do hloubky v mnoha směrech.“<sup>4</sup>

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) vyjmenovává tyto pervazivní vývojové poruchy:

F84.0 Dětský autizmus

F84.1 Atypický autizmus

F84.2 Rettův syndrom

F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství

---

<sup>1</sup> Srov. SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 528.

<sup>2</sup> Srov. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 37.

<sup>3</sup> WING, L. in ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*, s. 21.

<sup>4</sup> ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 12.

F84.4 Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby

F84.5 Aspergerův syndrom

F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy

F84.9 Pervazivní porucha nespecifikovaná<sup>5</sup>

Správné zařazení do některé z kategorií pervazivních vývojových poruch není lehkým úkolem. Vzájemné překrývání některých poruch (např. autismu a Aspergerova syndromu), celý proces ještě ztěžuje. Tato úskalí probudilo mezi odborníky snahu najít nějaký všeobecný termín, který by přebral záštitu nad co nejširší škálou projevů poškození mozkových funkcí. Tuto úlohu plní termín **poruchy autistického spektra (PAS)**. Je mezinárodně uznávaný a je považován za výstižnější nežli **pervazivní vývojová porucha**, protože specifické deficity a abnormální chování jsou považovány spíše za různorodé než vše pronikající.<sup>6</sup> Nicméně mezinárodní klasifikace nemocí MKN - 10. revize je stále platná (a s ní i termín pervazivní vývojové poruchy).

## 1.1 Diagnostika pervazivních vývojových poruch

Diagnostika pervazivních vývojových poruch není snadná a má to svou příčinu hned v několika skutečnostech. První příčinu můžeme hledat ve velké variabilitě příznaků, které se navíc projevují v různé síle a četnosti, popřípadě některé se naopak nemusí u pacienta vyskytovat vůbec. Lékaři může komplikovat potvrzení či vyvrácení diagnózy průběh vývoje dítěte, kdy se s věkem specifické projevy objevují nebo naopak ztrácejí, ale také rozmanitost stupně závažnosti poruch. Autistické rysy v chování jsou v určitém vývojovém období výraznější, v některých případech naopak můžeme zaregistrovat vymizení charakteristických příznaků. Chování dítěte podléhá vlivu sociálního prostředí, ve kterém se pohybuje. Také nastavení výchovně vzdělávacího programu se může odrážet v chování. Významnou roli hraje i osobní charakteristika dítěte, úroveň jeho mentálních schopností, popřípadě absence jiné přidružené poruchy.<sup>7</sup>

Již výše bylo zmíněno vzájemné překrývání autismu a Aspergerova syndromu. V publikaci *Duševní poruchy a poruchy chování* se rozlišení Aspergerova syndromu

---

<sup>5</sup> *Duševní poruchy a poruchy chování* (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize), s. 116.

<sup>6</sup> Srov. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 59-60

<sup>7</sup> Srov. Tamtéž, s. 59-60.



a autismu popisuje takto: „Porucha určité nozologické validity charakterizovaná stejným typem kvalitativních poruch vzájemné sociální interakce, typických pro autismus, spolu s omezeným, stereotypem, opakujícím se repertoárem zájmů a činností. Primárně se liší od autizmu tím, že se u této poruchy nevyskytuje celkové zpoždění nebo retardace řeči ani kognitivního vývoje. Většina jedinců má normální všeobecnou inteligenci, ale obvykle je značně nemotorná. Toto onemocnění se vyskytuje převážně u chlapců (v poměru 8:1). Zdá se vysoce pravděpodobné, že alespoň některé případy představují mírné varianty autizmu, ale není jisté, zda to platí pro všechny. Tyto abnormality většinou přetrvávají do adolescence a dospělosti a zdá se, že představují individuální charakteristiky, na které vlivy prostředí výrazně nepůsobí. V rané dospělosti se příležitostně vyskytují psychotické epizody.“<sup>8</sup>

## 1.2 Triáda problémových oblastí

Vrozený handicap se v chování projevuje u každého jinak, neboť je velká variabilita symptomů, podle míry postižení mozkových funkcí. U poruch autistického spektra mluvíme o tzv. triádě postižených oblastí vývoje, kterými jsou: sociální interakce, komunikace a představivost.

Triádu klíčových oblastí v diagnostice vymezila v sedmdesátých letech britská psychiatrička Lorna Wing.<sup>9</sup>

### 1. Sociální interakce a sociální chování

Projevy sociálního chování se vyvíjejí od narození dítěte.

„U dětí s PAS se setkáváme s celou škálou sociálního chování, která má dva extrémní póly. Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí, protestuje, stáhne se do koutku nebo zaleze pod stůl, zakrývá si oči nebo uši, ... Protikladem je pól extrémní, nepřiměřené sociální aktivity, kdy se dítě s poruchou autistického spektra snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, nectí vůbec sociální normu, dotýká se

---

<sup>8</sup> *Duševní poruchy a poruchy chování (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. Revize)*, s. 243.

<sup>9</sup> Srov. ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 12.

lidí, upřeně jim hledí do obličeje a hodiny jim dokáže vyprávět o věcech, které je nezajímají či obtěžují.“<sup>10</sup>

Problémy v sociálním chování napovídají o určité sociální slepotě, neobratnosti při interakci či dezorientaci v mezilidských vztazích. Osoby s Aspergerovým syndromem jsou často limitovány nejen tím, že postrádají sociální dovednosti, ale i tím, že dovednosti, které mají, nedokážou efektivně použít. Na své okolí často působí sebestředně a sobecky, neboť neumí číst v emocích druhých lidí, jen těžko si uvědomují jejich pocity a potřeby, nedokáží se vcítit do situace ostatních.<sup>11</sup>

## 2. Komunikace

Jelikož člověk je tvor společenský, potřebuje komunikaci jako prostředek k orientaci ve vztazích s druhými lidmi. Komunikaci můžeme nahlížet také jako samotný proces uspokojení potřeby takové interakce založený na předávání informací.<sup>12</sup> Umění komunikace hraje velmi výraznou roli v bytí člověka. Často naše schopnost vládnout jejími dovednostmi ovlivňuje celkovou podobu našeho života a atmosféru, kterou si kolem sebe vytvoříme. Narušení komunikačních dovedností u dítěte výrazně komplikuje nejen jeho potřebu sdílet a být ve spojení s druhými, ale také jeho okolí ztěžuje schopnost porozumět světu dítěte.

Poruchy autistického spektra jsou v první řadě poruchami komunikačních dovedností. Rodiče často označují zpoždování řečového vývoje za první podnět ke svému zneklidnění.<sup>13</sup> „Porucha komunikace se u dětí s PAS projevuje na úrovni receptivní (porozumění) i expresivní (vyjadřování), verbální i neverbální. Deficity v komunikaci u dětí s autismem a jejich kombinace jsou velmi různorodé. Liší se pestrostí projevů i celkovou mírou komunikačního handicapu.“<sup>14</sup> I v případech, kdy je řeč plně rozvinuta, se v celkovém řečovém vývoji osob s PAS nachází odchylky od běžného rozvoje. Konkrétně u dětí s Aspergerovým syndromem není řečový vývoj téměř narušen. Jejich slovní zásoba je bohatá a v testech verbálního myšlení zpravidla podávají výkony

---

<sup>10</sup> ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 63.

<sup>11</sup> Srov. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 188.

<sup>12</sup> Srov. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*, s. 69.

<sup>13</sup> Srov. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 98.

<sup>14</sup> THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 98.

ukazující na pásmo normy. Není výjimkou, že se pohybují nad hranicí průměru. Přestože jejich potenciál mluvit je zachován, nedokáží řeč efektivně využít pro potřeby běžného života a uplatnit v sociálních vztazích.<sup>15</sup>

Rezervy v komunikaci skýtají ztíženou schopnost porozumění a to na obou koncích, tedy jak u osob s Aspergerovým syndromem vůči běžné populaci, tak i opačným směrem. Děti s diagnózou AS jsou specifické ve svém projevu. Přestože je jejich slovní zásoba bohatá, řeč neslouží své základní funkci – výměně informací. Jejich pragmatická rovina řeči je natolik narušena, že navázat a udržet rozhovor, vést plynulý dialog i na oblíbené téma se dětem s Aspergerovým syndromem nedaří.<sup>16</sup>

Na náповědu, kterou nám běžně jsou gestikulace, výraz obličeje, tón řeči, pohyby nebo postoj, se u dětí s AS nemůžeme spolehnout. Vše nám ztěžuje neudržení, nebo nenavázání očního kontaktu, nevýrazná mimika či úplný deficit gest. Tento handicap jim nedovoluje správně rozpoznat či vyhodnotit význam informací zprostředkovaných nonverbální komunikací.<sup>17</sup>

### **3. Představivost**

„Podstatnou součástí vývoje představivosti je rozvoj nápodoby. Postupem času dítě testuje situace v duchu scénáře: co se stane, když... Věkem se tato schopnost rozvíjí, představivost je více komplexní a týká se i přemýšlení o myslích druhých lidí. Výsledkem je schopnost plánování. Narušení představivosti (imaginace) má na mentální vývoj dítěte negativní vliv v několika směrech. Narušená schopnost imitace a symbolického myšlení způsobuje, že se u dítěte nerozvíjí hra, tedy jeden ze základních stavebních kamenů učení a potažmo celého vývoje. Nedostatečná představivost způsobuje, že dítě upřednostňuje činnosti a aktivity, které obvykle preferují podstatně mladší děti, vyhledává předvídatelnost v činnostech a upíná se tak na jednoduché stereotypní činnosti. Hra a trávení volného času se stávají nápadně odlišnými od vrstevníků. Vývoj

---

<sup>15</sup> Srov. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 98.

<sup>16</sup> Srov. LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, s. 266.

<sup>17</sup> Srov. SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*, s. 120-121.

hry a její kvalita závisí na schopnosti již zmíněné představivosti (zapojení fantazie), motoriky, úrovni myšlení a sociálních dovednostech (nápodoba, sdílení pozornosti).<sup>18</sup>

Narušení oblasti představivosti s sebou přináší snížené schopnosti porozumění abstraktním výrazům. V praxi se často setkávám s tím, že děti s Aspergerovým syndromem těžko rozpoznávají ironii. Stejně tak metafory a idiomy často berou doslovně. Deficit představivosti se projevuje i při manuální činnosti.

### 1.3 Diagnostická kritéria Aspergerova syndromu

Tony Attwood ve své knize upozorňuje, že Aspergerův syndrom je dílčí kategorií v rámci autistického spektra a má svá vlastní diagnostická kritéria.<sup>19</sup>

Vybrala jsem z odborné literatury dva týmy autorů, které vytyčily diagnostická kritéria pro Aspergerův syndrom.

PODLE AUTORŮ: Gillberg a Gillberg (1991)

Těžké postižení v recipročních sociálních interakcích, manifestované přinejmenším dvěma z následujících čtyř kritérií:

- Neschopnost reagovat s vrstevníky normálním recipročním způsobem
- Nedostatek zájmu o interakci s vrstevníky
- Nedostatečné uznávání společenských norem
- Společensky a emocionálně nevhodné chování

Plně absorbuje úzký okruh zájmů, manifestovaný alespoň jedním z následujících kritérií:

- Odmítání jiných aktivit
- Návaznost na opakující se zájmy či činnosti
- Převažuje neúčelné nad smysluplným

Nepřiměřené trvání na rutinním chování a zájmech, manifestované aspoň jedním z následujících dvou kritérií:

---

<sup>18</sup> THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 117.

<sup>19</sup> Srov. ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*, s. 22.

- Nepřiměřené nároky na vlastní osobu ve všech oblastech života
- Nepřiměřené nároky na jiné osoby

Řečové a jazykové problémy, manifestované aspoň třemi z následujících pěti kritérií:

- Opožděný vývoj jazyka
- Povrchní perfektní expresivní jazyk
- Formální pedantický jazyk
- Zvláštní prozodie (rytmus), zvláštní hlasová charakteristika
- Postižení v oblasti chápání, včetně špatné interpretace doslovných i přenesených významů

Problémy neverbální komunikace, manifestované alespoň jedním z následujících 5 kritérií:

- Omezené použití gest
- Neobratný/neohrabaný jazyk těla
- Omezené výrazy obličeje
- Nevhodný výraz
- Zvláštní strnulý pohled

Motorická neobratnost, dokumentovaná špatnými výsledky při neurovývojových testech.<sup>20</sup>

PODLE AUTORŮ: Szatmari a kol. (1989)

Osamělost, manifestovaná aspoň dvěma z následujících čtyř kritérií:

- Nemá blízké přátele
- Vyhýbá se ostatním
- Nemá zájem hledat přátele
- Samotář

Postižení v oblasti sociálních vztahů, manifestované aspoň jedním z následujících pěti kritérií:

---

<sup>20</sup> GILLBERG, CH. PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*, s. 39.

- Obrací se na jiné, jen když potřebuje uspokojit své vlastní potřeby
- Neobratné sociální přístupy
- Jednostranná reakce na vrstevníky
- Obtíže při vnímání citů jiných
- Lhostejný k citům jiných

Postižení v oblasti neverbální komunikace, manifestované aspoň jedním z následujících sedmi kritérií:

- Omezené výrazy obličeje
- Neschopnost číst emoce z výrazu obličeje
- Neschopnost předávat informace očima
- Nedívá se na jiné
- Nepoužívá ruce k vyjadřování
- Gesta jsou velká a neobratná
- Staví se k ostatním velmi blízko

Zvláštní řeč, manifestovaná aspoň dvěma z následujících šesti kritérií:

- Abnormality ve skloňování
- Mluví příliš mnoho
- Mluví příliš málo
- Nedostatek koheze v komunikaci
- Idiosynkratické použití slov
- Repetitivní způsoby vyjadřování

Nesplňuje kritéria autistické poruchy.<sup>21</sup>

### **1.3.1 Nízko funkční a vysoce funkční Aspergerův syndrom**

Děti se stejnou diagnózou se v úrovni adaptability mohou diametrálně lišit. Orientační popis protipólů v úrovni adaptability u lidí s Aspergerovým syndromem zpracovala Kateřina Thorová ve své knize Poruchy autistického spektra.

---

<sup>21</sup> GILLBERG, CH. PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*, s. 40.

## **Nízko funkční Aspergerův syndrom**

„Problémové chování – obtížná výchovná usměrnitelnost, negativismus, vyžadování rituálů od ostatních, nutnost dodržování rituálů se zřetelnou úzkostí, výrazné a obtížně odklonitelné repetitivní chování včetně pohybových stereotypií, nepřiměřená emoční reaktivita – destruktivní chování, nízká frustrační tolerance.

Sociální a komunikační chování – nutkavé navazování kontaktu bez ohledu na druhě osoby, agresivita, zarputilá ignorace či odmítání spolupráce, sociální izolovanost, provokativní chování, neustálá snaha testovat hranice, odmítání kontaktu s druhými lidmi, emoční chlad a odstup.

Podprůměrné intelektové schopnosti, hyperaktivita, poruchy pozornosti, těžká dyspraxie.“<sup>22</sup>

## **Vysoce funkční Aspergerův syndrom**

„Sociální naivita, nikoli „slepota“, pasivita, schopnost spolupráce, přiměřená nebo pouze mírně odlišná emoční reaktivita, chybí výrazně problémové chování, průměrné a nadprůměrné intelektové schopnosti, vyhraněné zájmy jsou přerušitelné, ochota věnovat se i jiným činnostem, zachovaná sociálně-emoční vzájemnost.

Většina osob s AS se nachází někde v poli kontinua adaptability. Vývojem se dítě a jeho schopnost fungování v běžném prostředí mění, roli sehrává i správný pedagogický a výchovný přístup. V raném dětství je obtížné stanovit, k jaké kategorii bude mít dítě v dospělosti blíž. Vysoce funkční Aspergerův syndrom přináší lepší prognózu do budoucna.“<sup>23</sup>

### **1.4 Emocionalita u osob s Aspergerovým syndromem**

V. Čadilová a kol. poukazují na nepřiměřenou emoční reaktivitu u osob s AS a shrnují ji do těchto bodů:

- Afektivní záchvaty
- Omezená schopnost reagovat emotivně

---

<sup>22</sup> THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 191.

<sup>23</sup> Tamtéž, s. 191.

- Agresivita, impulzivita, emoční labilita
- Pocity frustrace, sklon k sebepodhodnocování a depresivnímu uvažování
- Úzkostnost, fobie, specifické strachy<sup>24</sup>

Úzkost je v životě dětí s Aspergerovým syndromem častým jevem. Dlouhodobé stavy silné úzkosti mohou vést ke druhotným psychickým potížím, nejčastěji k obsedantně-kompulzivní poruše. Přestože se může zdát, že děti s Aspergerovým syndromem vládnou řečovými dovednostmi odpovídajícími jejich věku, slovní zásoba je často i nadprůměrně bohatá, mnohdy nejsou schopny jazyk efektivně využít v praktickém životě. A právě jejich handicap v oblasti komunikace je vystavuje nepříjemným pocitům i při běžném sociálním kontaktu. Pro děti s Aspergerovým syndromem není snadné konverzovat, ať už s vrstevníky, tak s dospělými, potíže jim nedělá pouze navázání, udržení a ukončení rozhovoru, ale také zapojení se do společné činnosti. Jejich rezervy v sociálních dovednostech je vystavují úzkosti, pro kterou je spouštěčem každá změna v zajištěném režimu dne, každá nepředvídatelná událost a reakce, na kterou nejsou připraveny. Dalším spouštěčem nepříjemných stavů jsou některé smyslové podněty. Život dětí s Aspergerovým syndromem je naplněn tolika nežádoucími a nečekanými událostmi, že výsledkem nemůže být nic jiného než úzkost. K tomu, aby svou nahromaděnou úzkost dokázaly zmenšit, využívají své záliby. Intenzita, s jakou se své oblíbené činnosti věnují, nám může sloužit jako ukazatel stupně úzkosti. Čím více je dítě do své záliby ponořeno, tím je jeho úzkost hlubší. Pokud se dítě octne ve stavu úzkosti, jeho myšlení je rigidnější, neodbytně trvá na svých rutinách a vyžaduje své rituály. Dá se tedy říci, že ve stavech úzkosti vystupuje více na povrch chování typické pro AS a naopak, pokud je dítě v dobrém psychickém rozpoložení, zůstávají projevy Aspergerova syndromu natolik skryté, že je dokáže najít a rozpoznat jen zkušený odborník.<sup>25</sup> Na problémy s diagnostikou, která je složitá díky specifickým projevům v chování, plus znásobená pokud si okolí neuvědomuje skrytou úzkost těchto dětí, upozorňuje ve své knize i Brenda Boyd.<sup>26</sup>

<sup>24</sup> ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 23.

<sup>25</sup> Srov. ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*, s. 152.

<sup>26</sup> Srov. BOYD, B. *Výchova dítěte s AS*, s. 24.



Další emoční zátěží, se kterou se děti s Aspergerovým syndromem potýkají, je jejich podléhání stresu. Tím, že je snížena jejich schopnost vyjádřit své pocity, se často o jejich vnitřním napětí dozvíme až prostřednictvím problémového chování, různých somatických potíží či z jejich sebevražedných prohlášení. Děti s Aspergerovým syndromem mívají velmi nízké sebehodnocení, nahlíží na sebe velmi kriticky, vidí na sobě mnoho nedostatků a viníka hledají v sobě. Díky snížené schopnosti sebeovládání se u dětí s AS častěji vyskytují raptury a výkyvy nálad.<sup>27</sup>

## 2 Depresivní syndrom

Depresivní syndrom prorůstá do mnoha psychických poruch. Vyskytuje se u: „neurotické deprese, depresivní epizody, bipolární afektivní poruchy, rekurentní **depresivní poruchy**, trvalé poruchy nálady (cyklotymie, **dystymie**), organické afektivní poruchy, spolu se syndromem závislosti, schizoafektivní poruše – depresivní a smíšený typ, některé formy schizofrenie, některé akutní a přechodné psychotické poruchy, některé poruchy osobnosti, reakce na závažný stres – porucha přizpůsobení, různých organických poruch.“<sup>28</sup>

V publikaci Psychiatrie se dočteme, že „deprese je v první řadě onemocnění afektů. Ačkoliv v rámci afekt-logické mapy jsou významné i kognitivní elementy, není deprese myslitelná beze změn afektů. Může být považována za organizující element, který modifikuje jiné emoce. Toto podmiňuje relativně úzké sousedství deprese s jinými emočními stavy. Existují různé názory na vztah deprese k jiným kvalitám pocitů. V topografickém modelu může být viděna deprese jako nadřazený princip, jako kvazi vedoucí afekt, který podporuje pohotovost k některým pocitům (např. strach) a k jiným se chová komplementárně.“<sup>29</sup>

Přestože pojem deprese už není mezi běžnou populací tabu, nevěnují se mu pouze odborné zdroje, ale i komerční média, stále se její projevy bagatelizují. Každý má přeci někdy špatnou náladu a „to zas bude dobrý“. Jedná se přitom o velmi závažné

---

<sup>27</sup> Srov. THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, s. 188.

<sup>28</sup> DUŠEK, K. a kol. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 155.

<sup>29</sup> RAHN, E. MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*, s. 232.

onemocnění, které dokáže člověka paralyzovat na těle i na duši, když se nepodchytí včas.

Příznaky deprese opravdu samy o sobě mohou působit nevinně. To, že se člověk cítí smutný, unavený a bez chuti k jídlu a aktivitě, obvykle nebývá důvodem k znepokojení. Navíc nástup deprese bývá pozvolný. Proto nejen okolí, ale často i sám postižený nemusí včas uvěřit, že jde o nemoc, která potřebuje svého lékaře.

„Deprese může být popsána jako komplex symptomů, jenž představuje konečnou fázi mnoha konstelací, které vykazují v dané době biologický, sociální, konstituční a psychologický aspekt. Vliv různých faktorů může přitom mít zcela rozdílnou váhu, takže modely reaktivní a somatické deprese představují *ideální typ*, který se v praxi – oproti dřívějšímu předpokladu – vyskytuje velmi zřídka.“<sup>30</sup>

Elementární charakteristiky deprese u dětí a dospělých se od sebe neliší, klinický obraz ovšem není nikdy stejný, neboť se opírá o vývojové období, v němž dochází k rozvoji poruchy. Depresivní stavy u dětí byly ještě v první polovině minulého století spíše přehlíženy a jejich diagnostika nebyla častá. Situace se změnila zhruba v 50. – 60. letech 20. století, kdy se depresivní poruše u dětí začalo věnovat výrazně více pozornosti. Přesto ani dnes není podchycen každý případ depresivní poruchy u dítěte a mnoho jich zůstane bez lékařské pomoci. Důvodem je zejména komunikační bariéra, kdy malé děti samy svým pocitům nerozumí, neumí je přesně popsat nebo o nich nechtějí mluvit. Velkou roli hraje také laické vnímání dětství, jako období radosti a předsudek, že děti nemohou mít žádné velké starosti. Toto mylné nahlížení situace vede ke zlehčování příznaků a opomíjení depresivního syndromu. Množství empirických studií potvrzuje, že s depresí se často potýkají i malé děti (ještě předškoláci i ty školou povinné) a mnohdy má tendenci k opětovnému navracení ataky až do dospělého věku. U časnějšího nástupu depresivního syndromu je pravděpodobnější i nepříznivý další vývoj a uvádí se větší předpoklad nástupu velké deprese.<sup>31</sup>

Podoba depresivního syndromu a jeho projevy jsou popsány v mnoha odborných knihách, ale málokterý autor se zmiňuje o depresi u dětí. Vybrala jsem dva týmy autorů,

---

<sup>30</sup> RAHN, E. MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*, s. 239.

<sup>31</sup> Srov. SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 601.

které se neomezují pouze na dospělého, ale pojmenovávají problematiku depresí i u dětského pacienta. Jednou z publikací popisující depresivní syndrom přímo u dětí je *Diagnostika a terapie duševních poruch*, ve které její tvůrci zmiňují tzv. triádu, charakteristickou pro příznaky tohoto onemocnění. Triáda obsahuje:

- **smutnou náladu,**
- **zpomalené myšlení,**
- **utlumenou psychomotoriku.**<sup>32</sup>

Druhý autorský tým, který popisuje projevy deprese u dětí, ve své knize *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* vytyčuje základní kritéria pro diagnostiku. Patří k nim:

- **Depresivní nálada** – zejména pocity beznaděje, podrážděnost, ztráta zájmu a radosti z běžných aktivit, nuda či „otrávenost“, pocit prázdnoty, smutek, zlost.
- **Poruchy jídla** – zejména nechutenství, méně často přejídání.
- **Poruchy spánku** – nespavost nebo nadměrná spavost.
- **Apatie, ztráta zájmu a radosti**, ztráta motivace, snaživosti.
- **Motorický útlum nebo agitovanost.**
- **Ztráta pocitu vlastní hodnoty nebo pocity viny.**
- **Zhoršená schopnost soustředění pozornosti.**
- **Úvahy o smrti, suicidální myšlenky**, sebepoškozování, rizikové a potenciálně sebedestruktivní chování.<sup>33</sup>

U dětí odborníci rozlišují dva základní depresivní syndromy: kognitivní a endogenní. „**Kognitivní** deprese se projevuje hlavně tzv. kognitivní triádou:

- negativní pohled na sebe (špatné sebehodnocení),
- negativní pohled na situaci,
- negativní pohled na budoucnost.

---

<sup>32</sup> DUŠEK, K. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 154.

<sup>33</sup> SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 602.

Dominují pocity beznaděje a bezmoci, pocity vlastní neužitečnosti a odmítání okolí (vrstevníky, rodiči), patrná je ovšem i snížená nálada, dále pocity viny a dráždivost a často suicidální myšlenky.<sup>34</sup>

K vnějším projevům **endogenní** deprese patří celková pasivita, sklíčená nálada a neschopnost radovat se a prožívat kladné emoce.<sup>35</sup>

## 2.1 Diagnostická kritéria deprese u dětí

Deprese u dětí – Weinbergova kritéria:

A. Přítomnost symptomů bodu I. i II. a 2 nebo více ze zbývajících 8 symptomů (III-X).

I. Dysforické ladění

- pocity smutku, osamělosti, neštěstí, bezmoci nebo pesimismu
- změny nálad, náladovost
- dráždivost, snadno se rozčílí
- přecitlivělost, snadno se rozpláče
- negativní ladění, je obtížné jej potěšit

II. Sebeznehodnocující myšlenky

- pocity bezcennosti, neužitečnosti, je hloupý, k ničemu, pocity viny
- pocity pronásledování
- přání zemřít
- suicidální myšlenky či pokusy

III. Agitace

- je obtížné s ním vyjít
- reptá, hádavý
- nebere ohled na autoritu
- hostilní, agitovaný
- pere se, záchvaty zlosti

IV. Poruchy spánku

- špatně usíná
- špatně spí v noci

---

<sup>34</sup> SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících* s. 607.

<sup>35</sup> Srov. SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 609.

- špatně spí k ránu
  - obtížné ranní probouzení
- V. Změny školní výkonnosti
- časté stížnosti učitelů („denní snění“, špatná pozornost, špatná paměť)
  - ztráta obvyklé snahy ve škole
  - ztráta obvyklého zájmu o nevýkonové školní činnosti
  - nedokončuje školní úkoly
  - nedokončuje domácí úkoly
  - zhoršení známek
  - domácí úkoly se mu zdají obtížné
- VI. Zhoršená socializace
- méně účasti na skupinových činnostech
  - méně přátelský a vstřícný
  - sociálně stažený
  - ztráta obvyklých sociálních zájmů
- VII. Změna postoje ke škole
- nemá rád školní aktivity
  - nechce nebo odmítá chodit do školy
- VIII. Somatické stížnosti
- nemigrenózní bolesti hlavy
  - bolesti břicha
  - svalové bolesti
  - jiné somatické stížnosti (např. i sekundární enuréza, enkopréza aj.)
- IX. Ztráta obvyklé energie
- ztráta obvyklých osobních zájmů (jiných než škola – tj. koníčky, sporty)
  - pokles energie, psychická nebo fyzická únava
- X. Neobvyklé změny chuti k jídlu nebo váhy
- anorexie nebo polyfagie
  - neobvyklé změny váhy v posledních 4 měsících
- B. Rozhovor s pacientem veden semistrukturovaně.
- C. Symptom je přijat jako pozitivní, pokud alespoň jeden z charakteristických popisů uvedených v seznamu je přítomen.

- D. Symptomy I. a II. musí být uvedeny pacientem, symptomy III-X buď pacientem, nebo uvedeny v anamnéze.
- E. Každý symptom musí být jasnou změnou proti obvyklému stavu (nový projev chování nebo zhoršení dřívějších projevů). Komplex symptomů musí být přítomen déle než 1 měsíc a musí být spojen se zhoršením adaptace.<sup>36</sup>

## 2.2 Aspergerovská specifika a deprese

Jestliže budeme vycházet z předpokladu, že *na vznik depresivní poruchy má vliv zvýšená citlivost a zranitelnost jedince*<sup>37</sup>, můžeme se domnívat, že narušená oblast komunikace, sociální interakce a představitosti dělá osoby s Aspergerovým syndromem zranitelnějšími a oslabuje jejich schopnost vypořádat se s působením různých vlivů, které vytvářejí dispozice k depresivní poruše. Zátěžové situace a stres jsou pro osoby trpící Aspergerovým syndromem každodenním chlebem a i u zdravého (myšleno netrpícího AS) člověka bývají problémy v mezilidských vztazích spouštěčem onemocnění depresí. Komunikační dovednosti mohou hrát zásadní roli v udržení duševní pohody a naopak. Přestože tyto děti mají sníženou schopnost naslouchat názorům druhých, zůstává u nich potřeba stýkat se s ostatními a zejména s věkem, jak dospívají, roste i touha být jimi dobře přijímáni.<sup>38</sup>

Lidé s Aspergerovým syndromem často neumějí pracovat s komplimenty, nejen s jejich vysíláním, ale také přijímáním. Jejich problémové chování navíc vyvolává kritiku, kterou těžko snášejí. Jedinci s AS mají často nízké sebehodnocení, jejich emoční stabilita je natolik nabouraná, že jen s velkými obtížemi mají pod kontrolou své chování, což s sebou přináší projevy agresivity, nezřídka obrácené i proti sobě samým.<sup>39</sup>

Brenda Boyd se ve své knize zmiňuje, že podle odborníků jsou lidé s Aspergerovým syndromem náchylnější k propuknutí depresivního syndromu. Ačkoli o příčinách vzniku deprese se mohou pouze dohadovat, přiklánějí se k teorii, že zdroj této nemoci je třeba hledat v sociálních vztazích. Jak už bylo výše popsáno, Aspergerův syndrom jde ruku

---

<sup>36</sup> SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 602.

<sup>37</sup> PRAŠKO, J a kol. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 59.

<sup>38</sup> Srov. BOYD, B. *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem*, s. 92.

<sup>39</sup> Srov. ČADILOVÁ, V. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, s. 21.

v ruce se sníženou schopností porozumět tomuto světu a cítit se úspěšný a přijímaný okolím, což je při nejmenším frustrující.<sup>40</sup>

Patricia Howlin ve své knize v kapitole *Autismus a jiné psychiatrické poruchy* zmiňuje riziko depresivních epizod u dospívajících a dospělých postižených poruchou autistického spektra, na které upozornil v roce 1970 M. Rutter. Dále ve své knize použila tvrzení Lorny Wing (1981), která uvádí, že ve skupině klientů s Aspergerovým syndromem byly sebevraždy častější, než je tomu u zdravé populace (10 ze 17 žen a 17 z 32 mužů se pokusilo o sebevraždu).<sup>41</sup>

### 2.3 Depresivní myšlení a prožívání

„Trvale špatná nebo smutná nálada je pro lékaře indikátorem podezření na depresivní poruchu. Pocity a emoce odrážejí hodnocení sebe, okolí, ostatních a očekávání budoucnosti. Mezi depresivní emoce patří smutná nálada, plačtivost, úzkost až panika, rozmrzelost, podrážděnost, zlostnost, sebelítost, neradostnost, neschopnost těšit se, pocity vztahovačnosti apod. Depresivní emoce mohou trvat krátce, ale i týdny až měsíce.“<sup>42</sup>

Odborná literatura uvádí souvislost mezi negativním postojem k životu i k sobě samému a depresivní poruchou. Kam nechodí slunce, tam chodí lékař, a kam nechodí dobrá nálada a optimismus, tam chodí depresivní nálada a smutek.<sup>43</sup>

„Beckův kognitivně teoretický model spatřuje příčinu deprese v hodnocení situací a ve zkušenostech. Přitom hrají rozhodující roli dysfunkční postoje nebo negativní charakteristické styly. Tím jsou míněny především negativní náhledy na vlastní osobu a také na přítomné a budoucí zkušenosti. Jelikož tyto negativní způsoby vidění navazují na zkušenosti, traumata a chronické zátěže, projevují se hlavně takzvaným negativním automatickým myšlením. Odpovídají tedy kognitivním schémátům, která jsou zakořeněna ve vývoji relativně brzy. Negativní automatické myšlenky jsou zatíženy typickými logickými chybami:

---

<sup>40</sup> Srov. BOYD, B. *Výchova dítěte s AS*, s. 53.

<sup>41</sup> HOWLING, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*, s. 223.

<sup>42</sup> PRAŠKO, J a kol. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 39.

<sup>43</sup> Srov. Tamtéž, s. 27.

**Dichotomické myšlení:** Věci jsou viděny v černobílých kategoriích; když není výkon perfektní, je posuzován jako selhání.

**Selektivní abstrakce:** Počítají se pouze neúspěchy a strádání. Úspěchy jsou ignorovány.

**Přemrštěná generalizace:** Pokud to platí v jednom případě, platí to vždy, i když jde jen o částečnou podobnost.

**Přeceňování a podceňování:** Význam určitých věcí (třeba vlastních chyb) je přeceňován, jiné aspekty zůstávají nedoceny (vlastní schopnosti nebo slabosti jiných).

**Katastrofizace:** Očekává se to nejhorší.<sup>44</sup>

Pro osoby zasažené depresí jsou typické depresivní myšlenky. Naskakují automaticky a mysl se nad nimi nijak nepozastavuje. Mají spíše funkci průvodce po vlastním životě a komentují bytí člověka na každém jeho kroku. U zdravého člověka mají tyto automatické myšlenky neutrální tón, nemění mu náladu a jsou v rovnováze s myšlenkami konstruktivními, které u nemocných jedinců chybí.<sup>45</sup>

Některé situace, považované za spouštěč depresivních myšlenek, jako by byly zároveň stínem Aspergerova syndromu. „Kritika; potlačení vzteku; podceňování nebo přehlížení ze strany okolí; nedostatek uznání nebo ocenění; porovnávání se s druhými lidmi; porovnávání se se sebou před nemocí; selhávání v situaci, chybování; náhlá změna situace nepříznivým směrem; odkládání nebo nedokončení činnosti; nespravedlnost; nedostatek projevů lásky.“<sup>46</sup>

Právě o nedostatku projevů lásky se ve své knize zmiňuje Brenda Boyd. „Bezpodmínečná láska je největší potřebou každého dítěte, (...). Jestliže se dítě cítí v bezpečí, milované a přijímané takové, jaké je, pak se zdárně vyvíjí a dělá pokroky v kterémkoli stádiu vývoje. Role rodičů nespočívá jen v lásce k dítěti, ale musí ho také přesvědčit, že je hluboce milováno. U dítěte s Aspergerovým syndromem bývá z mnoha příčin těžké splnit tuto základní podmínku, tyto děti mívají o sobě nerealistickou představu, trpí

---

<sup>44</sup> RAHN, E. MAHNKOPF, A. *Psychiatrie*, s 236-237.

<sup>45</sup> Srov. PRAŠKO, J a kol. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 49.

<sup>46</sup> Tamtéž, s. 53.



zvýšenou úzkostí, mají velké problémy v sociální oblasti, je těžké je motivovat, jejich chování je někdy nevladatelné.<sup>47</sup>

## 2.4 Dystymie

Mezi depresivní poruchy patří také **dystymní porucha**. U každého druhého pacienta s dystymní poruchou se projevuje zvýšená úzkost a u jedné třetiny z nich se můžeme setkat s poruchami chování.<sup>48</sup>

J. Praško ve své knize *Deprese a jak ji zvládat* uvádí, že dystymní porucha obvykle začíná v rané dospělosti a její propuknutí ve zralejším věku může být zapříčiněno mírnou depresivní fází, s připojením zármutku a stresu. Doba jejího trvání se pohybuje v rozmezí let a může být i celoživotní záležitostí.

Dystymie se snoubí také s pojmy depresivní neuróza a neurotická deprese. Jedná se o méně závažný typ deprese. Zatímco deprese dokáže člověka úplně paralyzovat, dystymie mu ponechá schopnost postarat se o běžné denní potřeby. Čím se ještě dystymie od deprese liší je doba jejího trvání. Pro dystymní poruchu je typické, že její příznaky sužují člověka dlouhodobě a mohou se protáhnout až na roky. Její nástup přichází velmi nenápadně a nepozorovaně. Jejím začátku často předchází nějaká náročná životní situace spojená s vyšší mírou stresu. Přejechy mezi lehkou depresí a poměrně uspokojivým stavem psychického rozpoložení jsou značně proměnlivé. Člověk trpící dystymní poruchou mívá trvalý pocit únavy, jeho myšlení a prožívání je depresivního rázu. I banální jednání se stává náročnou aktivitou a znamená pro pacienta zvýšenou námahu. Dystymie se negativně odráží i na trávení volného času, kdy vymizí radost z dříve oblíbených činností. Absence pocitu radosti je dělá pasivními. Dobrovolně se vzdávají možnosti prožívat příjemné chvíle, uspokojovat své potřeby, zažít úspěch. Na vině není jen ztráta chuti a nálady, ale také nedostatek sil, neboť musí vynaložit hodně energie do zvládání každodenních povinností. Pacienti uvádí celkovou nespokojenost, problémy se spánkem, necítí se takřikajíc „ve své kůži“. Dystymie člověka sice omezuje, ale jeho fungování není natolik narušeno, aby nedokázal zvládat život s jeho každodenními nároky na běžný chod a plnění

---

<sup>47</sup> BOYD, B. *Výchova dítěte s AS*, s. 12.

<sup>48</sup> Srov. SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 612.

povinností. Může se stát, že u některých pacientů trpících dystymií propukne epizoda velké depresivní poruchy. Pak mluvíme o dvojité depresi (double depression).<sup>49</sup>

Zatímco J. Praško uvádí, že začátek dystymie většinou nastupuje s ranou dospělostí, z učebnice psychiatrie, ve které jsou popsána diagnostická kritéria, vyplývá, že dystymie může propuknout i u dětí.

#### 2.4.1 Diagnostická kritéria dystymní poruchy

- A. Depresivní nálada (u dětí a adolescentů také podrážděná nálada) po většinu dne, nejméně polovinu všech dnů, které uvádí sám pacient nebo je pozorováno okolím nejméně dva roky (jeden rok u dětí a adolescentů).
- B. Během depresivní nálady se vyskytují nejméně dva z následujících symptomů:
  - 1. nechutenství nebo nadměrná potřeba jídla;
  - 2. insomnie nebo hypersomnie;
  - 3. snížení energie, adynamogenie nebo vyčerpání;
  - 4. snížené sebevědomí;
  - 5. nepatrná schopnost koncentrace nebo rozhodování;
  - 6. pocit beznaděje.
- C. Během období dvou let trvání poruchy (jednoho roku u dětí a adolescentů) se nevyskytlo období delší než dva měsíce bez symptomů popsaných v bodě A.
- D. Žádný opěrný bod pro jednoznačnou epizodu deprese major v prvních dvou letech (jeden rok u dětí a adolescentů) poruchy.<sup>50</sup>

#### 2.5 Smíšená úzkostně depresivní porucha

Jak už vyplývá z názvu, úzkostně depresivní porucha v sobě kloubí příznaky deprese s příznaky úzkosti. Ovšem ani míra příznaků deprese ani míra příznaků úzkosti není dostatečně vysoká, aby je mohli lékaři od sebe oddělit do dvou samostatných diagnóz. Právě proto, že příznaky deprese nejsou dostatečně silné, aby se dalo mluvit o depresivní poruše, a příznaky úzkosti nejsou dostatečně výrazné, aby z toho jasně

---

<sup>49</sup> Srov. PRAŠKO, J a kol. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 32-33.

<sup>50</sup> RAHN, E. MANKOPF, A. *Psychiatrie*, s. 231.

vyplývala některá z úzkostných poruch, bývá tato smíšená porucha často podceňována a to nejen laickou veřejností, ale bohužel se tak někdy děje také v řadách odborníků.<sup>51</sup>

Smíšená úzkostně depresivní porucha se vyznačuje chronickým průběhem, svou delší dobou trvání se zároveň odlišuje od samotné depresivní poruchy. Právě její vleklý charakter mívá často negativní dopad na schopnost zapojit se do pracovního procesu a toto omezení mnohdy vede k dlouhodobé pracovní neschopnosti. Nevhodně nastavené léčba nebo zchronifikovaná smíšená úzkostně depresivní porucha má za následek invaliditu. U smíšené úzkostně depresivní poruchy je zaznamenán hojný výskyt sebevražd, především jejich nedokončených pokusů.<sup>52</sup> „Překrývání příznaků deprese a úzkosti je velmi časté, a to zejména v primární péči, kde jsou smíšené stavy častější než vyhraněné „čisté“ formy. Úzkostně depresivní porucha mívá průběh buď periodický, jako rekurentní depresivní porucha, nebo dlouhodobě kolísající, jako generalizovaná úzkostná porucha. Příznaky se však často mění. Spontánní remise je výjimkou. Léčba bývá často dlouhodobě nedostatečná nebo nevhodná. Postižení dlouhodobě užívají benzodiazepiny, na které se rozvíjí závislost, přitom příznaky přetrvávají.“<sup>53</sup>

Někteří odborníci považují smíšenou úzkostně depresivní poruchu (jako samostatnou jednotku) za poněkud kontroverzní diagnózu, z čehož může pramenit vysvětlení, proč se jí ani v odborných kruzích nedostává tolik pozornosti, jako jiným depresivním poruchám. V literatuře se o tomto postoji zmiňuje J. Praško, který uvádí, že: „Hluběji se žádný z psychologických nebo psychoterapeutických směrů smíšenou úzkostně depresivní poruchou nezabýval, protože není považována za odlišnou od mírné deprese a úzkostné poruchy, zejména GAD<sup>54</sup>. Tyrer at al. (2003) jsou přesvědčeni, že u smíšené úzkostně depresivní poruchy nejde o oddělenou klinickou jednotku. Mluví spíše o typu úzkostné poruchy osobnosti, která se může dekompenzovat do obrazu deprese, generalizované úzkostné poruchy nebo smíšené úzkostně depresivní poruchy. Podstatou je však celoživotní úzkostný temperament. Ojedinelé jsou studie zabývající se kognitivními funkcemi. Pacienti se smíšenou úzkostně depresivní poruchou

---

<sup>51</sup> Srov. PRAŠKO, J a kol. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 39.

<sup>52</sup> Srov. PRAŠKO, J a kol. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 223.

<sup>53</sup> Tamtéž, s. 228.

<sup>54</sup> GAD = Generalizovaná úzkostná porucha

vykazují podobně jako depresivní pacienti dysfunkci v epizodické paměti a mentální flexibilitě ve srovnání s pacienty s dystonií a kontrolami (Airaksinen at al., 2004). Z hlediska teorie učení jde o naučené chování. Pohled se neliší od pohledů na depresivní poruchu a úzkostné poruchy.<sup>55</sup>

### 2.5.1 Diagnostická kritéria úzkostně depresivní poruchy

Ján Praško ve své knize otiskl kritéria DSM-IV-TR pro smíšenou úzkostně depresivní poruchu (APA, 2000). V praxi se můžeme setkat s různými obrazy:

- A. Trvalá nebo vracející se dysforická nálada trvající nejméně jeden měsíc.
- B. Dysforická nálada je doprovázena po dobu nejméně jednoho měsíce čtyřmi (nebo více) z následujících příznaků:
  - 1) obtíže s koncentrací nebo pocit „prázdná v hlavě“;
  - 2) poruchy spánku (obtíže s usínáním nebo udržením spánku nebo neklidný, nedostatečný spánek);
  - 3) únava nebo malá energie;
  - 4) podrážděnost;
  - 5) obavy;
  - 6) snadné pohnutí k slzám;
  - 7) nadměrná bdělost (ostražitost);
  - 8) anticipace horšího (selhání);
  - 9) beznaděj (pronikavý pesimismus do budoucna);
  - 10) nízké sebevědomí nebo pocity bezcennosti.
- C. Příznaky způsobující klinicky významné obtíže nebo zhoršení ve výkonu sociálních, pracovních nebo jiných důležitých funkcí.
- D. Příznaky nejsou způsobeny přímými fyziologickými účinky substance (například návykové látky nebo léku) nebo somatického onemocnění.
- E. Všechny následující podmínky:
  - 1) nikdy nebyla splněna kritéria pro velkou depresivní poruchu, dystymní poruchu, panickou poruchu nebo generalizovanou úzkostnou poruchu;

---

<sup>55</sup> PRAŠKO, J a kol. *Úzkostné poruchy*, s. 228.

- 2) v současnosti nejsou splněna kritéria pro kteroukoli jinou úzkostnou poruchu nebo poruchu nálady, včetně úzkostné poruchy nebo poruchy nálady v částečné remisi;
- 3) příznaky nelze přiřadit k jiné duševní poruše.<sup>56</sup>

Doba rozvoje příznaků je různá, může trvat týdny i měsíce. Výjimečně se vývoj příznaků může urychlit proděláním silné emoční zátěže.<sup>57</sup>

## 2.6 Problémy v diagnostice depresivní poruchy

Pro správnou diagnostiku a včasnou léčbu hraje jednu z klíčových rolí znalost premorbidní osobnosti. „V klinickém obraze psychické poruchy se často prolínají projevy premorbidní osobnosti s vlastními příznaky poruchy. Dřívější klasická psychiatrie vycházela především z aktuálního stavu pacienta. V současnosti se klade důraz na dynamiku chorobných projevů. Porucha má své preklinické období (včetně premorbidní osobnosti), období klinické manifestace, období remise a rekonvalescence, případně relapsu. Podle toho, ve kterém stadiu poruchy postiženého vyšetřujeme, získáváme odpovídající množství informací a podle toho se směřuje i naše diagnostika. V rámci diferenciální diagnostiky se rozhodujeme mezi jednotlivými psychickými poruchami. V časných obdobích většinou dospíváme k diagnostice na úrovni syndromů.“<sup>58</sup>

Ovšem u osob s Aspergerovým syndromem není úplně snadné popsat jejich zdravý obraz. Často ani jejich nejbližší nedokážou odhadnout, zda je obrat v chování dočasným jevem, který jak přišel, tak odejde, nebo zda se jedná o změnu, která si zaslouží zvýšenou pozornost a péči specialistů. A stejně tak i pro odborníky z řad lékařů či terapeutů je diagnostika ztížená sníženou schopností dětí s Aspergerovým syndromem mluvit o svých pocitech, vyjádřit emoce a popsat stav, v jakém se nacházejí, jak se cítí. Proto pomoc nemusí přijít včas a být efektivní.<sup>59</sup>

Rozpoznat a správně diagnostikovat emoční poruchy je složité i u dospělého pacienta, ovšem u dětí je proces stanovení diagnózy ještě obtížnější. Důvodem je méně vyhraněný

---

<sup>56</sup> PRAŠKO, J a kol. *Úzkostné poruchy*, s. 225.

<sup>57</sup> Srov. Tamtéž, s. 224.

<sup>58</sup> DUŠEK, K. a kol. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 30.

<sup>59</sup> Srov. HOWLING, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*, s. 226-227.

klinický obraz, mnoho různých příznaků, které jsou totožné u více psychických poruch, a podstatně častější případy výskytu více psychických poruch současně. Děti jsou nejčastěji přiváděny na základě znepokojení rodičů (ev. na doporučení školy) a jejich záměrem je řešit především problémové chování dítěte, přičemž jeho niterné pocity a duševní rozpoložení bývají často opomíjeny (na vině je jistě i neschopnost dětí přesně popsat své pocity či neochota je sdělovat). Mnoho dětí s internalizujícími poruchami péči odborníků uniká.<sup>60</sup>

U dětí s Aspergerovým syndromem může být vše ještě ztíženo jejich náchylností ke stereotypnímu chování, které zůstává, i když stav emočního napětí se přiblíží depresi. Zatímco některé symptomy jsou díky zachování denních rituálů zpomaleny, jiné jsou jasnějším ukazatelem rozvíjející se psychické poruchy. Mezi indikátory, které mohou být vodítkem k včasné a správné diagnostice, patří agresivita (mířená na druhé i obrácená proti sobě), bezdůvodné výpady vůči okolí, neklid, stažení se do sebe nebo nárůst obsedantního chování.<sup>61</sup>

„Správná a včasná diagnostika emočních poruch a zahájení adekvátní terapie je rozhodující pro další vývoj dítěte, čím později je epizoda deprese léčena, tím větší je riziko dřívějšího nástupu další epizody. Opakované depresivní ataky mohou pak vést i k celkovému zpomalení sociálního vyžívání dítěte“<sup>62</sup>.

„Diagnostické problémy souvisí i se značnou komorbiditou – ta je u dětí uváděna nejméně v polovině případů, ale v prepubertálním věku dokonce až v 80 až 90 %. Tzv. „čistá“ deprese (bez jakékoli přidružené poruchy bývá tedy podle některých autorů u dětí nacházena asi jen v 10 – 15 % všech případů dětských depresí (Angold, Costello, 1993). Nejčastější je spojení s poruchami chování (asi u ¼ až 1/3), dále s hyperaktivitou a poruchami pozornosti (také až u 1/3) a často i s úzkostnými poruchami (asi u 17 % dětí s depresí) a dále se zneužíváním psychotropních látek. Ve všech těchto případech musí být ovšem diagnostikovány obě poruchy a terapie se

---

<sup>60</sup> Srov. SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 612.

<sup>61</sup> Srov. HOWLING, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*, s. 229.

<sup>62</sup> SVOBODA, M. a kol. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, s. 614.

také musí na obě přímo zaměřovat. Namísto je většinou kombinace psychofarmakologické léčby s individuální, ev. skupinovou i rodinnou psychoterapií.<sup>63</sup>

Na výskyt více psychických chorob současně upozorňuje i J. Praško. „Komorbidita úzkostných poruch a deprese je vysoká a to platí i pro smíšenou úzkostně depresivní poruchu. Na jejím základě se často při větším stresu nebo při dlouhodobém trvání rozvíjí depresivní epizoda. Velmi častá je komorbidita se specifickou fobií a s poruchami osobnosti, zejména pak závislou, vyhubou, histrionskou a hraniční. Pokud však dojde k rozvoji deprese nebo obrazu definované úzkostné poruchy, diagnostikujeme potíže nemocného jako depresivní epizodu nebo úzkostnou poruchu.“<sup>64</sup>

### 3 Kazuistika

Patrik 13 let

#### Rodinná anamnéza:

Patrik žije s matkou paní N., jejím druhem a starším polorodným bratrem Adamem (19 let). V širší rodině se vyskytují další lékařské diagnózy (mentální postižení, smyslové postižení) a jeden suicidální pokus. Biologický otec má problémy s alkoholem, po jehož konzumaci docházelo k domácímu násilí, zasahovala i policie ČR. Matka musela od Patrikova otce utéci a několik měsíců se před ním schovávali. Nyní všichni bydlí v domě s matčinými rodiči a rodinou její sestry. S novým partnerem matky má Patrik nekonfliktní vztah. S bratrem dříve docházelo k velkým rozporům, v současné době si jeden druhého spíše nevšímají. Matka s novým partnerem prodělala dvě těhotenství, obě skončila přerušáním (stav embrií se neslučoval se životem). S biologickým otcem se Patrik vídá spíše sporadicky, ale jejich vztah je dobrý. Po rozpadu manželství se s otcem nestýkal, protože se bál o matku, ale nyní se vidí 3x – 4x ročně, vždy na základě rozhodnutí Patrika. Dle matky si Patrik s otcem rozumí, neboť jsou si podobní.

---

<sup>63</sup> Tamtéž, s. 614.

<sup>64</sup> PRAŠKO, J a kol. *Úzkostné poruchy*, s. 232.

### Lékařská anamnéza:

Patrik se narodil z 3. těhotenství, předčasné kontrakce s hospitalizací v 8. měsíci. Porod po termínu ve 42. týdnu, spontánní, bez komplikací. Kojen šest týdnů, s obtížemi. Z foniatrického vyšetření zjištěna hypersenzitivita. Od deseti let je v péči dětského psychiatra. Trpí Aspergerovým syndromem a úzkostně depresivní poruchou. Patrik je astmatik a alergik.

### Osobní anamnéza:

Do šestého měsíce byl klidné miminko, poté začal více plakat. Už od narození mu vadily zvuky velkých aut, traktorů, reagoval velkou lekavostí. Po nástupu do ZŠ se zvýšila nemocnost. Kvůli svému specifickému chování ve škole byl vyšetřen psychologem v PPP, který rodiče uklidnil, že je s hochem vše v pořádku, že z „toho“ Patrik vyroste. Třídní učitelka upozornila rodiče na zvláštnosti v chování, které jsou podobné Aspergerovu syndromu. V roce 2011 diagnostikován Aspergerův syndrom MUDr. Novotnou. Téhož roku v Thomayerově nemocnici v Praze mu byla diagnostikována úzkostně depresivní porucha MUDr. Krejčířovou. Následně se Patrik dostává do péče Speciálně pedagogického centra a APLY (Asociace pomáhající lidem s autismem). Patrikovi byla již několikrát upravena medikace. Po nasazení antidepresiv Patrik přibral 30 kg. Ztratil chuť sportovat a hýbat se, veškerý volný čas tráví hraním her na PC. Matka pořídila psa, aby aspoň jeho venčení dalo Patrikovi důvod k pohybu. Patrika venčení psa nebaví. Po jedné hodně velké hádce, kdy s ním nechtěl jít ven, našla matka po návratu z procházky Patrika pořezaného. Rány nožem nebyly hluboké a život ohrožující, ale jeho psychiatricka navrhla hospitalizaci v DL Opařany. Matka pobyt v Opařanech rezolutně odmítla (má zkušenost s touto léčebnou). Lékařka mu změnila medikaci. Paní N. se snaží kombinovat západní a východní medicínu, věří, že i díky alternativnímu přístupu má nyní Patrik o polovinu méně léků než na začátku medikace. Dostat Patrika na terapii je velký problém. Matka ho nenutí, vyčkává, až k tomu dozraje sám. O své diagnóze se Patrik dozvěděl od lékařů. Dle slov matky: „Ti to neřeší, před dítětem řeknou všechno“. Dnes sám vyhledává informace na internetu, která známá osoba má stejnou diagnózu. Ze subjektivního pohledu matky je s tím srovnán. Sám si bere léky a ví, který na co je.



Bojí se bacilů, když je v prostředí, kde někdo vypadá nemocně, zakrývá si obličej, aby se nenakazil.

### Školní anamnéza:

Ve třech letech nastoupil do běžné MŠ, kam docházel pět dní v měsíci. Pobyt zvládal dobře, pokud měl individuální péči paní učitelky; kolektivu se stranil, společné aktivity odmítal. Vadilo mu jíst společně s dětmi u jednoho stolu. Od čtyř let každodenní docházka, ovšem s častou nemocností – bolesti hlavy, zvracení. Pro nezralost realizován odklad školní docházky.

V sedmi letech nastoupil do běžné ZŠ. Navštěvoval občas i družinu, bez větších problémů; stěžoval si spíše on, než paní učitelky. Vadila mu malá třída, odmítal spolupráci s dětmi, prospěchově bez potíží – byl premiant. V polovině druhé třídy změna školy z důvodu stěhování. Ve čtvrté třídě už extrémní výkyvy v chování (záchvaty vzteku), musel mít na hlavě kapuci a nohy se mu nesměly dotýkat země (paní učitelka mu to tolerovala). V páté třídě byly jeho depresivní stavy a s nimi spojené zdravotní potíže (bolesti hlavy a zvracení, spavost) tak četné, že byl více doma, než ve škole. Po bezproblémovém dni ve škole byl večer absolutně vyčerpaný a celý druhý den prospal. Díky své inteligenci prošel bez problémů do dalšího ročníku. Škola vychází rodině vstříc. Po jeho incidentu s pořežáním se mu udělaly úlevy v předmětech, které ho rozčilovaly. Od šesté třídy má na doporučení SPC Patrik ve škole asistenta pedagoga. Matka uvádí, že mu to hodně pomohlo, zvýšilo se mu sebevědomí, neboť díky asistentce dokáže lépe prodat své vědomosti, komunikovat s učiteli a zapojit se do třídního kolektivu. Nyní je v sedmé třídě, musí sdílet asistentku s jiným chlapcem, se kterým si vůbec nerozumí. Dle matky je pro něj tento spolužák zdrojem úzkosti a vyvolává v něm agresi, což vyvrcholilo fyzickým napadením (Patrik na spolužáka zaútočil). Situace se bude dále řešit.

### Dopad Patrikových diagnóz na život rodiny:

Patrik už jako batole dostával velké záchvaty vzteku a svou agresi obracel i proti sobě. Komunikace s ním byla jiná, než s jeho bratrem. Nechtěl si hrát jako jiné děti, při hře mu musela asistovat matka a on jen sledoval, co ona dělá, nezapojoval se. Měl rád

poslouchání pohádek, ale vyžadoval opakování stejné pohádky pořád dokola. V pěti letech odmítal vycházet z domu, protože mu vadilo, že venku létají letadla. Díky jeho problémovému chování si paní N. připadala jako neschopná matka, která nedokáže vychovat vlastní dítě. Neustále se cítila pod tlakem okolí, které hodnotilo Patrikovo chování, měla pocit, že musí neustále jeho i sebe před druhými obhajovat. Bála se s Patrikem někde chodit. Vyhýbala se rodinným oslavám, dětským akcím a jakémukoli pobytu v cizím prostředí mezi více lidmi (např. obchodní domy). Překvapivě pobyt v nemocnici Patrik snášel dobře. Uklidňovalo ho, že je tam všechno bílé, čisté a sterilní. Stanovení diagnóz a pojmenování jeho problémů matku uklidnilo.

V první třídě začal mluvit o tom, že si něco udělá. Po rozpadu rodiny a odstěhování od agresivního otce se na čas zdál být radostnější. Trvalo to pouze půl roku a poté naopak zlom a zhoršení psychického stavu, časté bolesti hlavy. O smrti mluvil často, jako by to nebylo nic strašného, ale naprosto běžná věc. Když paní N. otěhotněla, hodně ho to zasáhlo, nedokázal to přijmout a neustále mluvil o tom, že ona určitě dostane rakovinu a umře a že to dítě také umře (dle matky to neznělo jako obava, ale jako zlé přání). Na zprávu, že matka o dítě přišla, reagoval bez emocí.

Biologický otec Patrikovu diagnózu nikdy nepřijal a nesouhlasí s ní. V době, kdy se spolu více vídali, nechtěl Patrik brát léky (matka se domnívá, že na nátlak otce, který si myslí, že je Patrik nepotřebuje, protože mu nic není).

Paní N. si myslí, že polorodný bratr Adam je pro Patrika jako starší brácha trochu vzorem. Jejich vztahy bývaly napjaté, nyní už si Adam žije svůj život. Nedokáže pochopit, proč zrovna on musí mít „takového“ brácha a spíše se Patrikovi vyhýbá. Matka s Adamem musí často o Patrikovi mluvit (proč se chová jinak, v čem je naopak výjimečný).

Druh matky žije s rodinou od Patrikových sedmi let. Patrika přijal dobře, i když byl proti stanovení jeho diagnóz. Dle matky má Patrik s jejím partnerem lepší vztah než se svým vlastním otcem.

Dříve Patrik dojížděl do APLY na individuální nácvik sociálních dovedností. Vracel se odtud spokojený. Nácviky byly přerušeny z organizačních důvodů. Rodina ho naučila,

že musí pozdravit i návštěvu, kterou nemá rád. Je schopný dojít si sám nakoupit, pokud ho paní N. k obchodu doveze. Vadí mu, že matka kouří, ale u otce, mnohonásobně silnějšího kuřáka, mu to nevadí.

Celé rodině hodně pomáhá seriál Teorie velkého třesku. Paní N. uvádí, že díky němu dokážou brát některé Patrikovo projevy s humorem a mají větší nadhled.

Rodina se musí přizpůsobit a tolerovat Patrikovo postoje, zásady, přání a potřeby.

Například:

- vyžaduje klid (doma i ve škole)
- nesnese být ve velkém prostoru s více lidmi (i u kadeřnice musí být sám)
- nádobí musí být vždy čisté, ani sám po sobě se nenapije dvakrát ze stejné, použité skleničky
- ráno nesmí svítit v bytě světlo (rodina se vypravuje po tmě)
- po probuzení musí z postele pootevřenými dveřmi vidět stát na stole čaj a snídani (trvá na připravené snídani, přestože jí nestíhá sníst a čaje se kolikrát ani nenapije)
- pití do školy mu musí udělat vždy matka
- prarodiče na něj nesmějí sahat; nevezme si nic k jídlu, co vyrobila babička, protože na to sahala a musela to ochutnávat
- nerad chodí do bazénu, protože mu vadí obnažení lidé
- do školy musí vycházet vždy na minutu přesně ve stejný čas; celou cestu se ohlíží, jestli za ním někdo nejde
- ve škole se bojí dotknout dětí (nesnese stát ve frontě)
- vadí mu neupravení, špinaví lidé a lidé, kteří vypadají nemocně (nahlas komentuje jejich vizáž)
- nesnáší mlaskání u jídla (všichni u jídla mlaskají)
- nenechal se ostříhat od snědé kadeřnice, protože nikdo černý na něj nesmí sáhnout

Patrik příliš nevyjadřuje emoce. Matka z něj musí dolovat dílčí, strohé informace a ty si pak dávat do souvislostí. Podle paní N. je Patrik převážně úzkostně laděný, smutný nebo v odporu. Nemá žádné kamarády. Paní N. dříve jeho separaci těžce nesla (bylo jí to

hodně líto), pak ale pochopila, že Patrik to tak sám chce, že o kamarády nestojí a vyhovuje mu být sám.

Paní N. podepsala informovaný souhlas o podmínkách nakládání s poskytnutými informacemi a zveřejněním případové studie Patrika. Z důvodu zachování absolutní anonymity není tento souhlas přiložen k bakalářské práci.

## ZÁVĚR

Téma Aspergerův syndrom je v posledních letech velmi aktuální a nebála bych se říci, že z určitého úhlu pohledu dokonce až populární. Stále vznikají nové instituce a služby, které se zaměřují na podporu a pomoc osobám s poruchou autistického spektra i jejich rodinám a školám. Bojovníkům za práva zdravotně postižených se podařilo vydobýt pacientům s Aspergerovým syndromem poměrně silnou pozici, a to zejména v systému vzdělávání. Podle platné školské legislativy se jedná o žáky s těžkým zdravotním postižením, kteří mají nárok na nejvyšší míru podpůrných opatření. Díky této podpoře a všeobecně vstřícnému přístupu k integraci mají žáci s Aspergerovým syndromem i navzdory svému postižení šanci obstát ve vzdělávacím procesu. Bohužel, i přes veškeré snahy okolí, se děti s Aspergerovým syndromem potýkají s vlastními limity, a to hlavně v oblasti komunikace a interakce. Nahromaděný stres a úzkost se navíc odrážejí v jejich chování, které často okolí vnímá jako problémové. Možná je to ale právě ono nežádoucí chování, které ostatní nutí zabývat se problematikou Aspergerova syndromu. V jiné pozici se nachází depresivní poruchy u dětí. Ty zůstávají na periférii zájmu jak laické, tak odborné veřejnosti. O obrazu současného stavu vypovídá, že Ministerstvo zdravotnictví dokonce navrhuje úplné zrušení atestací dětských psychiatrů. Zatímco pedopsychoiatrii to pokládají za nepřijatelné, Česká lékařská komora se k tomuto kroku staví vstřícně. M. Voleman doslova prohlásil: „Dětská psychiatrie je nesmysl. Pidiobor. Péči o děti zvládne i psychiatr pro dospělé.“<sup>65</sup> Lepší zprávou je, že na poli školy se duševně nemocným dětem začíná blýskat na lepší časy. Ministerstvo školství dalo najevo, že bere na vědomí žáky s psychickými poruchami. Měla by je posílit novela školského zákona, kterou schválila 13. 2. 2015 Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR.

---

<sup>65</sup>PŘIBIL, M. Komora chce zrušit atestace dětských psychiatrů. Je to pidiobor, tvrdí. In *Zprávy idnes* [online]. Praha: MAFRA, 2015, [cit. 12.2.2015]. Dostupné na: [http://zpravy.idnes.cz/lekarska-komora-chce-zrusit-detske-psychiatri-fqs-/domaci.aspx?c=A150211\\_200023\\_domaci\\_ert](http://zpravy.idnes.cz/lekarska-komora-chce-zrusit-detske-psychiatri-fqs-/domaci.aspx?c=A150211_200023_domaci_ert)

V připravované vyhlášce k § 16 se nově přiznává nárok na podpůrná opatření také *žákům s vybranými psychickými poruchami*.

V první části své práce jsem se zaměřila na představení Aspergerova syndromu, který má být pomyslnou osou mé práce. Pojmy *pervazivní vývojová porucha a porucha autistického spektra* jsem zmínila jen v nezbytně nutné míře pro zachování celistvosti informací o Aspergerově syndromu. Přiznám se, že toto dvojí označení v podstatě téhož (ve vztahu k AS) mi hned v prvních kapitolách značně zkomplikovalo mé psaní. Nejprve jsem je chtěla sjednotit a uvádět pouze termín *poruchy autistického spektra*. Nakonec jsem se rozhodla používat oba tyto výrazy po vzoru pramenů, ze kterých jsem čerpala. Ve stručnosti jsem popsala zrod Aspergerova syndromu v samostatnou diagnózu a jeho vymezení vůči autismu. Během shromažďování materiálů pro svou práci jsem narážela na skutečnost, že mnohonásobně více pozornosti se v literatuře dostává právě autismu. Zároveň pro mě bylo matoucí, že někteří autoři píšící o autismu začleňují do svých publikací pod texty popisující autistické chování případové studie dětí s Aspergerovým syndromem, jako by nešlo o dvě samostatné diagnózy. Může to pramenit z faktu, že obě tyto diagnózy stojí na stejných základech a jsou zastřešeny pojmem poruchy autistického spektra. Z kontextu jsem nabyla dojmu, že někteří autoři výraz autismus používají jako zkratku pro všechny poruchy autistického spektra, nikoli jako označení pro (dětský či atypický) autismus. Více prostoru jsem ve své práci věnovala klinickým příznakům Aspergerova syndromu, triádě problémových oblastí a diagnostickým kritériím tohoto postižení. Pouze v jediné publikaci jsem našla zmínku o rozdělení Aspergerova syndromu na nízko funkční a vysoce funkční. Kapitola emocionalita u osob s AS naznačuje, s jakými emocemi se u dětí s Aspergerovým syndromem můžeme setkat. Tuto kapitolu jsem také využila jako tzv. oslí můstek k přechodu do druhé části práce.

Druhá kapitola mé práce se zabývá depresivním syndromem, jeho symptomatikou a diagnostickými kritérii. Stručně jsem vyjmenovala psychické poruchy, do kterých prorůstá depresivní syndrom, a blíže se věnovala charakteristice vybraných depresivních poruch. Také v této části jsem se potýkala s názvoslovím, kdy různí autoři používají různé termíny (deprese, depresivní porucha, depresivní syndrom). I v tomto případě jsem zachovala pojmenování dle citovaného autora. V této části práce se také vyskytuje více přímých citací. Zodpovědně parafrázovat odbornou pasáž tak, abych volnou citací

pozměnila původní text, zachovala přitom správný obsah sdělení a zároveň udržela úroveň vyjadřování, bylo u některých odstavců nad mé síly. Domnívám se, že cíl, udělat základní, ucelený přehled o podobě Aspergerova syndromu a depresivního syndromu a představit vybrané depresivní poruchy včetně jejich diagnostických kritérií, byl splněn.

Protože dalším cílem mé práce bylo popsat Aspergerův syndrom v komorbiditě s depresivní poruchou, snažila jsem se najít co největší objem informací na toto téma. Literatura dostupná na českém trhu mi v tomto snažení nebyla tak velkou oporou, jakou jsem při výběru tématu očekávala. Například u smíšené úzkostně depresivní poruchy jsem nenašla u žádného autora přímou zmínku o možné komorbiditě s Aspergerovým syndromem. Naštěstí se mi podařilo tento handicap vybalancovat pomocí případové studie, která je zařazená jako poslední kapitola mé práce. Snažila jsem se, aby současný výskyt Aspergerova syndromu a depresivní symptomatiky byl patrný už od prvních kapitol. Proto jsem dávala do souvislostí fakta posbíraná z různých zdrojů. Hledala jsem vztah mezi nimi. Na tomto základě například vznikla i samostatná kapitola Aspergerovská specifika a deprese.

Rozhodla jsem se zpracovat a začlenit do závěru druhé části také kapitolu o problémech v diagnostice depresivních poruch, přestože toto téma není úplně v souladu s cíli mé práce. Domnívám se, že je důležité upozornit na nelehkou úlohu lékařů a zároveň na složitou situaci dětí i jejich rodin a pedagogů. Po napsání této práce jsem si ještě více vědoma toho, jak je dětská duše křehká a snaha do ní proniknout nelehká. U dětí, které trpí nějakou psychickou poruchou, to platí dvojnásob. Můj soukromý cíl rozšířit si své znalosti pro profesní účely byl také naplněn. Načerpala jsem nové vědomosti, které mi umožní lépe se orientovat v poruchách autistického spektra. Věřím, že znalosti symptomatiky mi pomohou o něco více pochopit svět našich klientů i jejich rodin a zároveň mi nedovolí podceňovat jejich problémy.

## Seznam literatury

ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*, Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-979-8.

BOYD, Brenda. *Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem*, Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-834-0.

ČADILOVÁ, V. JŮN, H. THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*, Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

DUŠEK, K. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

*Duševní poruchy a poruchy chování* (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. Revize). ISBN nevedeno.

GILLBERG, CH. PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty* Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-201-7.

HOWLING, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*, Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-041-0.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Vyd. 2. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

PRAŠKO, J a kol. *Deprese a jak ji zvládat*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, J. *Úzkostné poruchy*, Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6.

RAHN, E. MANKOPF, A. *Psychiatrie*, Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1999. ISBN 80-7169-964-0 (Grada Publishing, 2000).

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*, Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

SVOBODA, M. KREJČÍŘOVÁ, D. VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*, Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7178-545-8

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*, Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

PŘIBIL, M. Komora chce zrušit atestace dětských psychiatrů. Je to pidiobor, tvrdí. In *Zprávy idnes* [online]. Praha: MAFRA, 2015, [cit. 12.2.2015]. Dostupné na: [http://zpravy.idnes.cz/lekarska-komora-chce-zrusit-detske-psychiatry-fqs-/domaci.aspx?c=A150211\\_200023\\_domaci\\_ert](http://zpravy.idnes.cz/lekarska-komora-chce-zrusit-detske-psychiatry-fqs-/domaci.aspx?c=A150211_200023_domaci_ert)



## Abstrakt

ERTLOVÁ, G. *Depresivní symptomatika u dětí s Aspergerovým syndromem*. České Budějovice 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce K. Diallo.

**Klíčová slova:** pervazivní vývojová porucha, porucha autistického spektra (PAS), Aspergerův syndrom (AS), diagnostická kritéria, depresivní syndrom, úzkostně depresivní porucha, dystymie, dítě, úzkost, stres, emoce

Práce ve své první části čtenáře seznamuje s pervazivní vývojovou poruchou, poruchou autistického spektra, Aspergerovým syndromem a jejich diagnostickými kritérii. Podrobněji se věnuje specifickým projevům Aspergerova syndromu. Ve druhé části popisuje depresivní syndrom, jeho symptomatiku u dětí, diagnostická kritéria, dále popisuje depresivní myšlení a prožívání, vybrané depresivní poruchy a zmiňuje jejich výskyt a projevy u dětí s Aspergerovým syndromem. Dále se práce zabývá problematikou diagnostiky dětí. V poslední části práce je popsána případová studie chlapce s diagnostikovaným Aspergerovým syndromem a úzkostně depresivní poruchou.

## ABSTRACT

ERTLOVA, G. *Symptoms of depression in children diagnosed with the Asperger's Syndrome*. Ceske Budejovice 2015. Bachelor thesis. University of South Bohemia in Ceske Budejovice. Theological fakulty. Pedagogical fakulty. The supervisor of my thesis is K. Diallo.

**Key words:** pervasive developmental disorders, autism spectrum disorder, Asperger's Syndrome (AS), diagnostic criteria, depressive disorder, Dysthymia, child, anxiety, stress, emotions

In the first part of the thesis the reader is acquainted with pervasive developmental disorder (PDD), disorder of the autistic spectrum, with Asperger's Syndrome and the diagnostic criteria. It dedicates in detail specific manifestations of Asperger's Syndrome. In the second part, the thesis introduces the syndrome of depression, its symptoms in children, diagnostic criteria, and it further describes depressive thinking and feeling,

chosen depressive disorders and surveys their occurrence and manifestations in children with Asperger's Syndrome. It also deals with the problem of diagnostic. In the final part of the thesis a specific case study of one boy diagnosed with Asperger's Syndrome and anxiety depressive disorder is described.