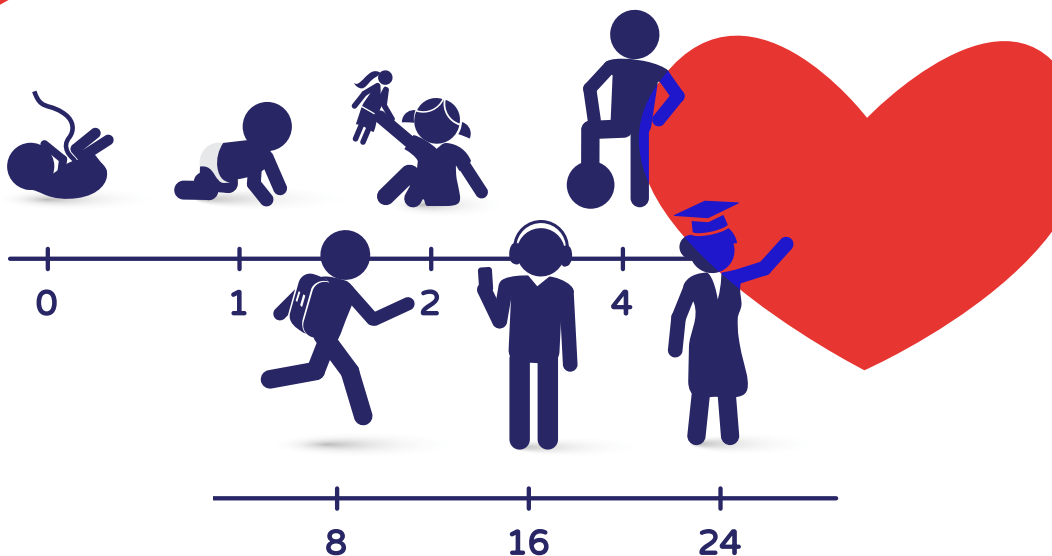


PŘEDČASNĚ NAROZENÉ DĚTI

Péče o duševní
zdraví předčasně
narozených dětí



VÝSTUPY A DOPORUČENÍ VYPLÝVAJÍCÍ Z ČESKÉHO PROJEKTU

PROČ je potřeba dlouhodobě sledovat nejenom somatický, ale i psychický stav předčasně narozených dětí?

- Skupina předčasně narozených dětí se celosvětově rozrůstá. V ČR se dle údajů České neonatologické společnosti v roce 2021 narodilo celkem 110 047 novorozenců, z toho 6,9 % (7 628) dětí před ukončeným 37. týdnem těhotenství, respektive 6,3 % (6 979) dětí s nízkou porodní hmotností (pod 2500 g)
- Jedná se o „křehkou populaci“, u které mohou být až v 70 % v různé míře vyjádřeny četné vývojové odchylky, výstižně pojmenované jako „bouře malých postižení“. Nebývají sice život ohrožující, ale jsou často dlouhodobě s negativním dopadem na dítě i rodinu.

Behaviorální fenotyp předčasně narozených dětí je pojem charakterizující specifickou konstelaci chování, kognitivních, motorických a sociálních problémů těchto dětí vzniklých na podkladě multifaktoriálních změn, které v nesprávnou dobu zasáhly do fyziologických vývojových procesů mozku.

V současnosti ubývají těžká senzomotorická postižení, převažují však kombinované mírné a středně závažné vývojové odchylky motorické i kognitivní a sociální odlišnosti. Jejich projev bývá delší dobu skrytý a manifestuje se až v pozdějším věku. Nezbytné je proto **dlouhodobé sledování**.

Charakteristické projevy behaviorálního fenotypu předčasně narozených dětí:

- Sociální nezralost, emoční labilita, úzkostnost
- Porucha seberegulace, impulzivita, ulpívání na rutině
- Deficit v sociální komunikaci a interakci
- Obtíže při vytváření a chápání kontaktů
- Potíže ve verbální i nonverbální komunikaci
- Postižení v oblasti chápání jazyka i prostorových vztahů
- Postižení pozornosti, učení, percepčního uspořádání
- Poruchy autistické spektra, repetitivní projevy chování i pohybové
- Motorická dyskoordinace

Tým projektu ZD-ZDOVA1-016 „Péče o duševní zdraví předčasně narozených dětí“ podpořeného z Fondů EHP/Norska 2014-2021

Centrum komplexní péče pro děti s perinatální zátěží
Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu VFN a 1. LF UK, Praha

MUDr. Daniela Marková

doc. MUDr. Iva Dudová, Ph.D.

PhDr. Alice Maulisová, Ph.D.

Mgr. Kristýna Matoušová

MUDr. Sandra Sklenářová

MUDr. Jana Tuková, Ph.D.

Mgr. Marie Hladíková

©červen 2023



Jedná se o částečně nebo plně vyjádřené příznaky, které mohou naplnit kritéria pro různé psychiatrické poruchy a vést k celkově nižší fyzické a psychické odolnosti.

Dělení nezralosti podle týdne těhotenství 4 stupně	Dělení novorozenců podle porodní hmotnosti 4 kategorie
Lehká: 34.– 36. týden těhotenství	S normální hmotností – nad 2500 g
Střední: 32.– 33. týden těhotenství	S nízkou hmotností – 1500 – 2500 g (LBW)
Těžká: 28.– 31. týden těhotenství	S velmi nízkou hmotností – 1000 – 1500 g (VLBW)
Extrémní: < 28. týden těhotenství	S extrémně nízkou hmotností – pod 1000 g (ELBW)

Přehled psychodiagnostických možností v průběhu vývoje předčasně narozeného dítěte

- **Kojenecký a batolecí věk:** Do 2 let věku jsou zachytitelná vážná vývojová postižení - smyslové vady, těžké a středně těžké poruchy vývoje intelektu, koncem 2. roku lze vyslovit podezření na lehké mentální postižení. V ČR zaveden celoplošný screening na autismus pomocí testu M-CHAT-R/F v 18 měsících věku dítěte.
- **Předškolní věk:** Kromě již zmíněného lze už rozlišit lehkou mentální retardaci, dále poruchy autistického spektra, poruchy řeči, poruchy aktivity a pozornosti.
- **Školní věk:** Již spolehlivěji určíme podobu dílčích odchylek neuropsychického vývoje ve všech kognitivních doménách. Cíleně je možno se věnovat souvislostem mezi kognitivním zráním a oblastí školní výkonnosti a řešit téma připravenosti na školní docházku nebo specifických poruch učení.

INTELEKTOVÝ A KOGNITIVNÍ VÝVOJ

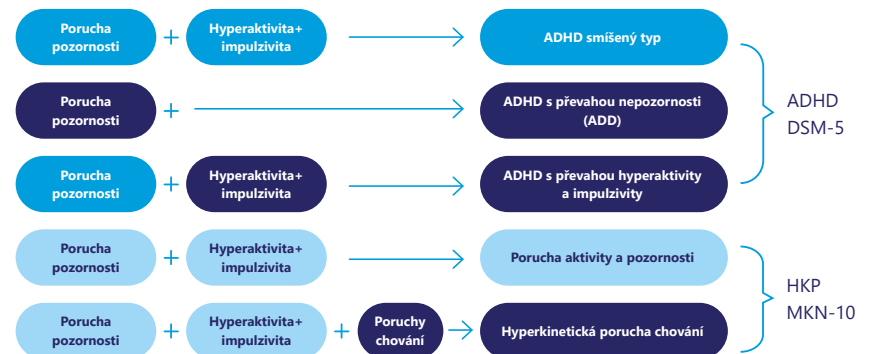
Psychomotorický vývoj u dětí s velmi nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností **může probíhat nerovnoměrně nebo opožděně, a to především v raném dětství**. Těžké vývojové opoždění posoudí specialista pomocí vývojových škál. Úroveň inteligence lze určit po dosažení „testového“ věku 2,5 let komplexními inteligenčními soubory, které zachytí i profil intelektové výkonnosti. K vyšetření dalších kognitivních schopností (např. pozornosti) slouží konkrétně cílené psychodiagnostické pomůcky využitelné od 5 let věku.

Předčasně narozené děti **mohou dosahovat** ve srovnání s dětmi narozenými v termínu **nižšího intelektového výkonu**. U dětí s nízkou a extrémně nízkou porodní hmotností jsou **zastoupeny všechny kategorie intelektového nadání**, od nadprůměrných až po výrazně podprůměrné.

Nespecifická či difúzní symptomatika z raného dětství průběžně krystalizuje nejčastěji do obrazu dílčích kognitivních obtíží v oblasti řeči, jemné motoriky, zrakového či sluchového vnímání, pozornosti, pracovní paměti a seberegulačních dovedností, ve školní výkonnosti mají podobu specifických poruch učení (dyslexie, dysortografie, dysgrafie, dyskalkulie).

HYPERKINETICKÁ PORUCHA (HKP) / Porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

Jádrovými klinickými příznaky jsou **porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita**. Podle zastoupení těchto příznaků se odlišují různé typy ADHD (dle klasifikace DSM-5) nebo hyperkinetické poruchy (podle MKN-10):



Jedním z nejčastějších psychických příznaků u předčasně narozených dětí je **porucha pozornosti**. Pro diagnózu hyperkinetické poruchy musí být současně přítomna také hyperaktivita a impulzivita. Zvláště u dívek může izolovaná porucha pozornosti odborníkům uniknout a dítě tak nemůže díky svému handicapu dosáhnout takových výsledků, jaké by odpovídaly jeho intelektovým schopnostem. Závažnější porucha pozornosti se dá velmi dobře upravit specifickou léčbou (methylfenidát, atomoxetin), kterou zahajuje a vede dětský psychiatr. V praxi bývá dítě nejčastěji vyšetřeno v pedagogicko-psychologické poradně k posouzení školní zralosti. Před začátkem **školní docházky** má dojít k testování dílčích dovedností a k nastavení adekvátních opatření, jako je např. odklad školní docházky, individuální přístup učitele k výuce dítěte, zvýšená pedagogická podpora (asistent pedagoga) ve výuce či doporučení speciální třídy nebo školy.

Je známý rozdíl mezi ADHD u dětí narozených v termínu a u předčasně narozených dětí:

Děti narozené v termínu	Předčasně narozené děti
<ul style="list-style-type: none"> • Převažuje smíšený subtyp ADHD • Převaha chlapců nad dívkami • Komorbidita s poruchami chování častá 	<ul style="list-style-type: none"> • Převažuje subtyp ADHD s narušenou pozorností • Nepřevažují chlapci nad dívkami • Nebývá komorbidita s poruchami chování

SPECIFICKÉ PORUCHY UČENÍ

Diagnostika specifických vývojových poruch školních dovedností spadá až do školního věku. Do skupiny těchto poruch patří **specifická porucha čtení** (dříve dyslexie), **psaní** (dříve dysgrafie a dysortografie), **počítání** (dříve dyskalkulie) a **smíšená porucha**. Specifickou diagnostiku provádí odborníci v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) nebo speciálně pedagogických centrech (SPC). Diagnóza je postavena na signifikantním rozdílu mezi výkonem v testech speciálních schopností a dovedností a testově doloženým intelektovým potenciálem dítěte. Poradenské pracoviště také stanovuje dítěti a rodině plán kompenzační práce s příznaky, doporučuje školnímu zařízení konkrétní podobu a míru podpurných pedagogických opatření. Specifické poruchy učení jsou u předčasně narozených dětí očekávatelné, včasné zajištění speciálně pedagogické péče zmírní tíži jejich podoby.

CAVE – ŠIKANA

Při začlenění do vrstevnického kolektivu se až polovina předčasně narozených dětí setká se **šikanou**. Důvody mohou být fyzické indispozice, horší porozumění sociálním narážkám či komentářům, nižší schopnost asertivity. Důsledky šikany jsou ve srovnání s dětmi narozenými v termínu závažnější – snadněji se rozvine horší sebehodnocení, osamělost, horší schopnost navázat důvěrný vztah. I když šikana není medicínským problémem, může mít vliv na psychické i fyzické zdraví dítěte. V rámci prevence dlouhodobých důsledků je vhodné toto téma u předčasně narozených dětí otevírat cílenými dotazy i v ordinacích PLDD.



PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA (PAS)

Narušení ve třech základních oblastech:

- Sociální interakce
- Komunikace a hra
- Stereotypní, repetitivní vzorce chování, zájmů a aktivit

Poruchy autistického spektra zahrnují diagnózy **dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom a jiná desintegrační porucha v dětství** (podle MKN-10). Pro dětský autismus platí, že musí být zřetelný nástup psychopatologie před dovršením třetího roku života dítěte. Atypický může být autismus, buď pokud jde o věk, kdy vznikl, nebo pokud jde o symptomatiku, popřípadě je atypické obojí. U Aspergerova syndromu není narušen kognitivní vývoj a vývoj řeči.

V ČR je zaveden celoplošný screening na autismus pomocí testu M-CHAT-R/F v 18 měsících věku dítěte. Pozitivita dotazníku M-CHAT je 2-4× vyšší v populaci předčasně narozených dětí v porovnání s dětmi narozenými v termínu. V klinické praxi se doporučuje zhodnocení stavu dítěte z více zdrojů (observace, anamnestické a současné údaje rodičů či jiných pečovatелů o dítě), a to nejlépe opakovaně s delším časovým odstupem než u dětí narozených v termínu.

Riziko pro budoucí diagnózu PAS ve věku 12–24 měsíců

- Neukazuje
- Narušení neverbální komunikace
- Nesdílí potěšení a zájem s okolím
- Repetitivně užívá předměty
- Navazuje málo / či zvláštní oční kontakt
- Nereaguje na oslovení jménem
- Chybí komunikativní vokalizace
- Málo pozitivního afektu, hravosti
- Zvláštní intonace, rytmus verbálního projevu
- Repetitivní pohyby, manýrování

Riziko pro budoucí diagnózu PAS ve věku 36 měsíců

- Nemluví ve větách
- Jazyk omezen na sdělení požadavků
- Chybí zájem o ostatní děti
- Málo rozvinutá sdílená pozornost
- Chybí fantazijní hra
- Stereotypní chování a zájmy převyšují zájem o interpersonální interakci

V případě, že podezření na PAS nadále trvá, by dítě mělo být odesláno k specializovanému vyšetření. Zároveň je vzhledem ke zvýšenému výskytu PAS u předčasně narozených dětí žádoucí, aby byly prováděny vhodně zvolené, všeobecně zaměřené intenzivní rané intervence (např. prostřednictvím rané péče). Tyto intervence pak mohou pomoci zmírnit deficit těchto dětí, případně redukovat symptomatiku PAS a tím vést k podstatnému zlepšení prognózy dítěte.

Specializované diagnostické vyšetření dítěte s podezřením na PAS by měl provádět odborník se znalostí a zkušeností v této diagnostice, tedy nejčastěji dětský psychiatr, dětský klinický psycholog, případně dětský neurolog. Za stanovení diagnózy by měl nést konečnou odpovědnost lékař – dětský psychiatr.

Prevalence PAS se odhaduje na 1 až 1,5 % dětské populace. V metaanalýze z roku 2021 byla určena prevalence PAS u předčasně narozených dětí vyšetřených diagnostickými testy 6 %. V první české studii výskytu PAS u rizikových novorozenců s porodní hmotností ≤ 1500 g byla vypočítána 9,7 % prevalence PAS u dětí ve věku 2 let korigovaného věku.

Příznaky dětského autismu se objevují u většiny dětí během prvních dvou let života. Zatímco diagnóza poruchy autistického spektra je již ve věku 2 let u dětí narozených v termínu považována za velmi stabilní, u předčasně narozených dětí je možné připustit větší variabilitu vývoje a **menší stabilitu diagnózy stanovené v raném věku**.



Projekt „PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ“

Projekt „ZD-ZDOVA1-016 - Péče o duševní zdraví předčasně narozených dětí“ podpořený z Fondu EHP/Norska 2014-2021 probíhal v Centru komplexní péče pro děti s perinatální zátěží při KPDPM VFN Praha. Psychiatrické vyšetření prováděl lékař se specializovanou způsobilostí v oboru dětská a dorostová psychiatrie s dlouhodobou klinickou praxí, psychologická vyšetření a psychoterapie probíhaly pod vedením psychologa atestovaného pro obor dětská klinická psychologie. Celkem bylo vyšetřeno 110 dětí spadajících do dvou věkových kategorií: mladší děti s průměrným věkem skupiny 10 let (65 dětí, chlapců 51 %) a starší děti s průměrným věkem skupiny 14 let (45 dětí, chlapců 51 %). Průměrný gestační věk dětí v souboru byl 26,7 týdnů (s rozmezím 23+3 až 33 týdnů), průměrná porodní hmotnost byla 881 gramů (v rozmezí 460 až 1650 gramů).

Anamnesticky čerpaly dvě třetiny dětí z našeho souboru nějakou stimulační či podpůrnou péči, někdy vícečetnou. Nejčastěji byly děti vyšetřeny nebo sledovány v pedagogicko-psychologické poradně nebo speciálně pedagogickém centru kvůli posouzení školní zralosti, polovina dětí v souboru měla realizován odklad školní docházky. Další byla péče psychologická, logopedická nebo pedopsychiatrická.

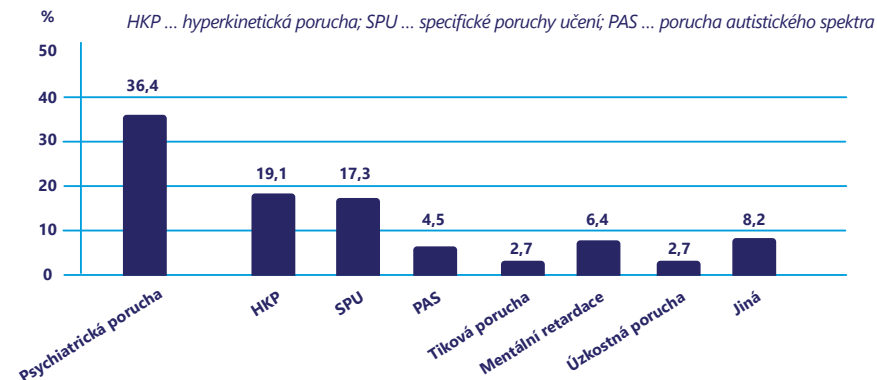
Cíl projektu:

zjistit výskyt a dynamiku psychických poruch a/nebo příznaků a neuropsychologických odchylek u rizikové populace nezralých dětí s perinatální zátěží se zaměřením na VLBW (pod 1500 g) a ELBW (pod 1000 g). Projekt navazuje na předchozí práci autorů zabývající se prevalencí poruch autistického spektra v této rizikové populaci.

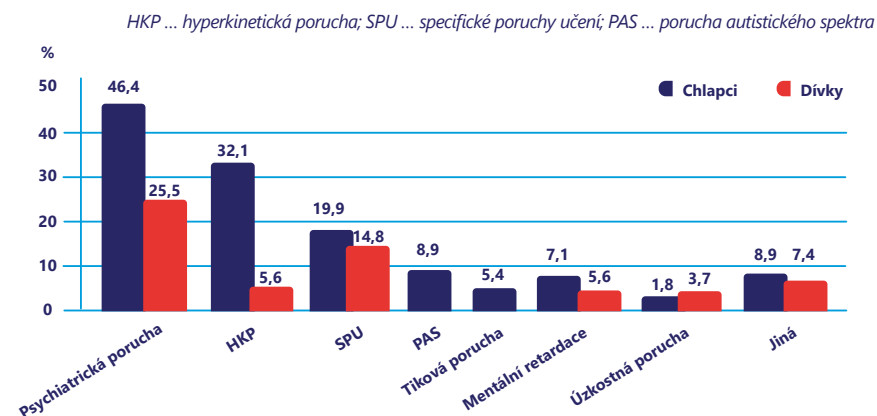
Výsledky projektu:

Psychiatrická porucha byla zjištěna u více než třetiny dětí z našeho souboru.

VÝSKYT PSYCHIATRICKÝCH PORUCH U PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ



VÝSKYT PSYCHIATRICKÝCH PORUCH U PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ PODLE POKLAVÍ

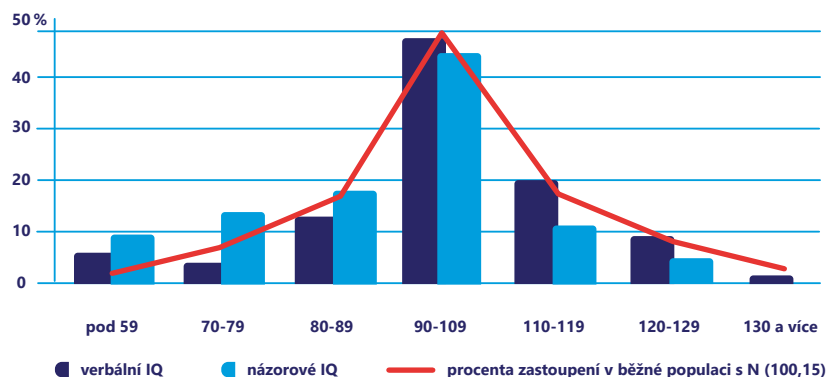


Intelektový a kognitivní vývoj

V našem souboru se vyskytly jak děti s mentální retardací (5× lehká MR, 1× středně těžká MR, 1× těžká), tak děti superiorní (max. naměřená hodnota byla IQ = 132). Četnost dětí s mentální retardací je 2× větší než v běžné populaci. Souhrnná úroveň verbální i neverbální intelektové výkonnosti dětí z projektu je srovnatelná s běžnou populací, a to bez rozdílu mezi pohlavími, jen chlapci dosahují větší výkonnostní variability.



ROZLOŽENÍ INTELKTOVÉ VÝKONNOSTI V NAŠEM SOUBORU



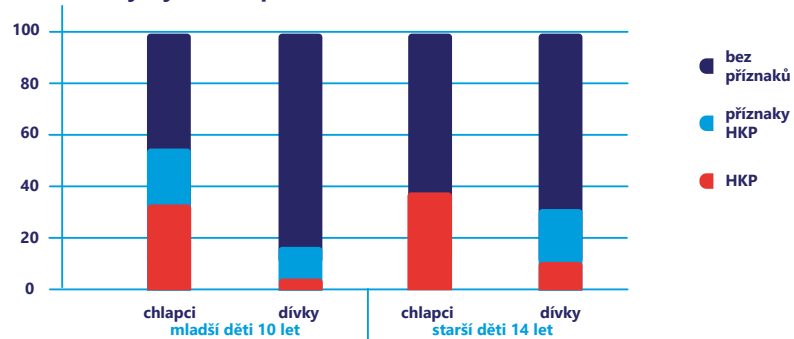
Verbální intelektový výkon (verbální IQ): výkon ve verbálních úlohách Wechslerova inteligenčního testu. Charakterizuje schopnost dítěte pracovat s významem řečeného nebo jeho schopnost užívat pojmy.

Náborový intelektový výkon (náborové IQ): výkon v úlohách s názorným materiálem Wechslerova inteligenčního testu. Poukazuje na schopnost dítěte vyvozovat vztahy a souvislosti mezi obrázky nebo objekty bez nutnosti užití slov.

Hyperkinetická porucha (HKP) / Porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou (ADHD)

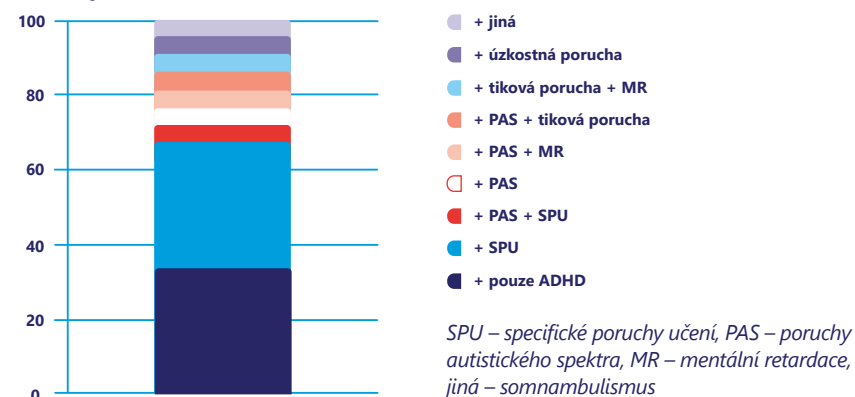
V našem souboru byla hyperkinetická porucha nejčastější psychiatrickou diagnózou v obou věkových skupinách. Byla diagnostikována u 21 dětí, což bylo téměř 20 % celého souboru. Výskyt ADHD u předčasně narozených dětí je 2 – 4× častější než v běžné dětské populaci, kde se udává prevalence 5,3 %.

Výskyt HKP / příznaků HKP v %



Rozdíl ve výskytu HKP mezi chlapci a dívkami v celém souboru i v jednotlivých věkových skupinách byl vysoce signifikantní ($p < 0,001$). Rozdíl ve výskytu HKP mezi skupinou mladších a starších dětí nedosahoval statistické významnosti. Pokud zahrneme i výskyt příznaků společně s plně vyjádřenou HKP, pak u starších dětí rozdíl mezi chlapci a dívkami neprokazujeme, ovšem u dívek převládají příznaky nenaplnující kritéria pro diagnózu. Komorbidita HKP byla vysoká, jen u třetiny (7 z 21 dětí) byla přítomna HKP samostatně, u další třetiny se současně vyskytovaly poruchy učení, dále byla zastoupena PAS, MR, úzkostná a tiková porucha a somnambulismus.

Zastoupení komorbidit u HKP



Poruchy autistického spektra (PAS)

V našem souboru se vyskytovala diagnóza PAS pouze u chlapců, i když autistické příznaky byly na subklinické úrovni přítomny i u dívek. Diagnóza poruchy autistického spektra byla stanovena u 5 dětí, což bylo 4,5 % celého souboru. U dalších 3 dětí včetně 1 dívky byly přítomny autistické příznaky, které ale nenaplnily kritéria pro stanovení diagnózy PAS.



Výstupy projektu „PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ“

- **PSYCHIATRICKÁ PORUCHA** v našem souboru zjištěna u více než **TŘETINY DĚTÍ**.
- **HYPERKINETICKÁ PORUCHA/ADHD** byla nejčastěji zastoupená psychiatrická diagnóza. Pouze u 1/3 dětí se vyskytovala samostatně, u 2/3 s **KOMORBIDITOU** jiné psychiatrické poruchy, nejčastěji se **SPECIFICKOU PORUCHOU UČENÍ**. Porucha chování nebyla přítomna.
- Významně vyšší podíl **CHLAPCŮ** než dívek u plně vyjádřeného **HKP/ADHD**. **U DÍVEK** bylo častěji neúplné vyjádření poruchy odpovídající subtypu ADHD s narušenou pozorností.
- **MENTÁLNÍ RETARDACE** byla diagnostikována u **6,5 %** dětí ze souboru.
- Diagnóza **PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA** se vyskytovala pouze u **CHLAPCŮ** u **4,5 %** souboru.
- **VÝSKYT HYPERKINETICKÉ PORUCHY A PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA** byl **3 – 4× VYŠŠÍ** než v běžné populaci.
- Dalšími diagnostikovanými poruchami byla tiková porucha, úzkostná porucha, vývojové poruchy řeči, nevyvážený vývoj osobnosti, koktavost, somnambulismus a noční děsy.
- **Následná péče** byla doporučena u téměř **POLOVINY VŠECH DĚTÍ** v souboru, tedy i u těch, u kterých nebyla diagnostikována žádná psychiatrická porucha. Doporučena byla psychiatrická péče (22 %), péče pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálního pedagogického centra (40 %), logopedická péče (6,5 %), psychoterapie (24 %) a péče OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí) (3 %).
- **Psychiatrická péče a péče PPP/SPC** byla doporučována 2× častěji **CHLAPCŮM** než dívkám.
- **Psychoterapie** byla doporučena stejně často **CHLAPCŮM I DÍVKÁM**.

DOPORUČENÉ POSTUPY PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ U PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ

- projevy psychických poruch se u předčasně narozených dětí vyskytují 3-4× častěji než u dětí narozených v termínu
- projevují se často v pozdějším věku, s růstem, celkovým vývojem dítěte i pod vlivem nároků kladených na dítě při zařazení do kolektivu nebo do školní docházky
- spektrum doporučené péče zahrnuje psychiatrickou péči včetně farmakoterapie v indikovaných případech, psychoterapii, péči poradenského školského zařízení, logopedickou péči a ojediněle i spolupráci s OSPOD
- **doporučená doba sledování těchto dětí do 2 let věku je zcela nedostatečná**

Výsledky dosavadního dlouhodobého “ follow up” v zahraničí i u nás dokazují, že dlouhodobé **sledování a specifické intervenční programy potřebují předčasně narozené děti po celou dobu jejich vývoje**. Jedině včasný záchyt a následná vhodná intervence jsou nezbytným předpokladem pro zmírnění negativních dopadů psychických poruch na život předčasně narozených dětí s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti.

Zdroje:

Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A (Eds). *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: Oxford University Press 2018.

Dudova I, Markova D, Kasparova M, et al. *Comparison of three screening tests for autism in preterm children with birth weights less than 1,500 grams*. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 2201–2208.

Hosák L, Hrdlička M, Libiger J. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum 2015.

Laverty C, Surtees A, O'Sullivan R, et al. *The prevalence and profile of autism in individuals born preterm: a systematic review and meta-analysis*. *J Neurodev Disord*. 2021;13:41.

Marková D, Chvilová Weberová M (Eds). *Předčasně narozené dítě*. Praha: Grada 2020

Mathewson K J, Saigal S, Van Lieshout R J, Schmidt L A. (2023). *Intellectual functioning in survivors of extremely low birthweight: Cognitive outcomes in childhood and adolescence*. *Journal of intellectual disability research*. 2023;67(3): 186–204.





VFN PRAHA

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ
NEMOCNICE



Iceland 
Liechtenstein
Norway grants



Brožura je výstupem projektu „ZD-ZDOVA1-016 - Péče o duševní zdraví předčasně narozených dětí“ podpořeného z Fondů EHP/Norska 2014-2021.