

Doc. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

Vedoucí Subkatedry dětské a dorostové psychiatrie

Zástupce přednosta pro vědu a výzkum Psychiatrické kliniky 1.LF UK

Delegát Ministerstva zdravotnictví na jednáních WHO pro problematiku pedopsychiatrie

DĚTSKÁ PSYCHIATRIE A PREVENCE DUŠEVNÍCH PORUCH, PORUCH CHOVÁNÍ, AGRESIVITY A KRIMINALITY V ADOLESCENCI A ČASNÉ DOSPĚLOSTI

Výskyt duševních poruch u dětí a adolescentů a právo na adekvátní léčbu I

- Asi 10% populace trpí duševními poruchami, které jsou v současné době ovlivnitelné metodami dětské a dorostové psychiatrie
- 2/3 těchto dětí trpí více než jednou duševní poruchou
- Duševní poruchy u dětí a právo na adekvátní léčbu (na úrovni současné medicíny) jsou často přehlíženy
- Mezinárodní akce UNICEF a WHO je zaměřena na odstranění této diskriminace u všech dětí s psychiatrickými poruchami, zejména u mentální retardace a autismu

Výskyt duševních poruch u dětí a adolescentů a právo na adekvátní léčbu II

- WHO 2010 ve své deklaraci zdůrazňuje, že nesmí být zapomenuto ani na správnou, úplnou a dlouhodobou léčbu psychiatrických pacientů se somatickým onemocněním (zejména dětí autistických a mentálně retardovaných)
- Všichni pacienti mají právo na systematickou léčbu v komunitním prostředí s adekvátní podporou pro rodiny těchto pacientů

Evropská deklarace o zdraví dětí a mladých lidí s intelektovým postižením, se zvláštním zřetelem k jejich rodinám a komunitní péči



Základní priority vyjádřené v uvedeném dokumentu jsou: ochrana dětí s intelektovým postižením před zneužíváním a agresivním chováním, možnost péče o tyto děti v rodině i v případě závažnějšího postižení, převod dětí s institucí do rodiny, identifikace individuálních potřeb každého dítěte, kvalitní somatická a psychiatrická péče, možnost relativně samostatné hodnotné existence i v dospělosti, vybudování adekvátních služeb eventuelně transformace již existujících služeb.

Mentální retardace – 2-3% populace, známá biol. etiologie (%)

- Základní příznak: snížení rozumových schopností, které se projeví v předškolním věku výrazně zpomaleným psychomotorickým vývojem (opožděné chápání pojmů, opožděný a neúplný vývoj řeči, snížené chápání soc. situací)
- Další možné příznaky a poruchy: agresivita, instabilita, deprese atd.
- Terapie: komunitní péče, edukace, vzdělávání, práce s rodinou, farmakoterapie



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR
Europe

Better health, better lives: children and young people with and their families

Bucharest, Romania, 26–27 November 2010

EUR/51298/17/PP/5
7 October 2010
ORIGINAL: ENGLISH

Ensure good quality mental and physical health care

The European Declaration on the Health of Children and Young People with Intellectual Disabilities and their Families: Better Health, Better Lives outlines ten priorities for action aimed at ensuring healthy and full lives for these children and their families.

The purpose of this paper is to provide background information and offer pragmatic steps in relation to priority no. 5: "Ensure that good quality mental and physical health care is coordinated and sustained".

"Children and young people with intellectual disabilities need the same access to health care as other children but may also need access to specialist treatment and care."

Conference Secretariat

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark Telephone: +45 39 17 17 17 Fax: +45 39 17 18 18
E-mail: BucharestConference@euro.who.int World Wide Web address: http://www.euro.who.int/intellectual_disabilities

Onemocnění autistického spektra

- Onemocnění autistického spektra se vyskytuje u 0,5% dětské populace, vyznačuje se narušením kontaktů v oblasti sociální, zvláštnostmi v chování, které má často opakující se bizarní nebo stereotypní charakter.
- Děti s okolím minimálně komunikují, věnují se specifickým hrám a činnostem, jejich intelektová kapacita je často výrazně narušena, k zřetelnému zhoršení dochází většinou okolo 2-3 roku věku.
- Problémem zůstává náročná multioborová péče, včasné zapojení dětské psychiatrie a neurologie.

Onemocnění autistického spektra

- Psychiatrické aspekty autismu – jsou integrálně spojeny s celomedicínským přístupem k onemocnění.
- Péče musí začínat již ve věku 1-2 let (pediatrie, neurologie, ve věku 2-3 let dětská psychiatrie)
- Účast genetických analýz je samozřejmostí.
- Alternativní přístupy jsou nepochybně možné, je však nutné jejich nezávislé hodnocení z hlediska účinnosti terapie.
- Péče o pacienty zahrnuje celou rodinu.
- Včasná medikace je v mnoha případech nezbytná, na hodnocení její účinnosti se vztahují stejná kritéria jako na hodnocení alternativních postupů.
- Klinicky rozhodujícím činitelem musí být dětský psychiatr ve spolupráci s ostatními specialisty tak, jak to říká americká i evropská klasifikace nemocí. Posudkové hodnocení s výjimkou aspektů somatických je v kompetenci dětského psychiatra.



Hyperkinetická porucha

- Základní příznaky: porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita
- Příčiny: genetické, perinatální (nezralost, hypoxie, drogy v těhotenství)
- Výskyt v populaci 6%
- Vývojová charakteristika od přeškolního věku do dospělosti (variabilní vývoj)
- Terapie: farmakoterapie dítěte (zejména stimulancia), KBT rodičů, rehabilitace, edukace
- Úspěšnost léčby: 60-70%

Alkohol

- Prenatální dispozice alkoholu – fetal alcohol spectrum disorders (fetální alkoholový syndrom) – možné abnormality jsou růstová retardace, abnormality centrálního nervového systému, intelektuální poškození. U dítěte takto poškozeného stoupá výrazně riziko následné závislosti na alkoholu.
- Další psychopatologické jednotky jsou: ADHD, poruchy učení, deficity abstraktního myšlení, percepce motorického vývoje, antisociální a delikventní chování, zejména v adolescenci, poruchy chování, alkoholové a drogové závislosti.
- Časný začátek – nepříznivá prognóza abusu
- Vliv dalších mladých osob je velmi významný
- Kulturní souvislosti, etické, víra, mohou být v souvislosti s protektivními faktory nebo zhoršovat prognózu; příliš permissivní přístup riziko zvyšuje – protichůdné výsledky.

Alkohol

- Adolescentní percepce kvality rodičovské péče souvisí s abusem alkoholu snížené hodnocení rodičů. Vztahy mezi rodiči a adolescenty jsou u adolescentů výrazně zhoršené, často konfliktní.
- Rodičovské postoje k abusu alkoholu: rodiče, kteří jsou sami závislí na alkoholu, mají permissivní postoje k abusu alkoholu
- Abusus alkoholu u rodičů: zvyšuje riziko pití u dětí, Alati et al. 2005 studovali roli abusu alkoholu u matky v predikci abusu u 21-tiletých potomků. U chlapců bylo zjevné zvýšení abusu.
- Genetické vlivy mají kritickou roli pro vznik závislosti na alkoholu. Jacobs 2003 vyšetřil chlapce monozygotní na dizygotní z hlediska konkordance alkoholu. Vysoké riziko je u monozygotních dvojčat.

Poruchy chování

- **základní příznaky: opozičnictví a agresivita,**
- **odvozené příznaky: výbuchy zlosti, nadměrné rvačky, tyranizování,**
- **krutost k jiným lidem nebo k zvířatům,**
- **ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, záškoláctví, lhaní.**
- **léčba psychoterapie (KBT, sociální opatření, farmakoterapie)**
- **úspěšnost 30-40%, spolupráce rodiny**
- **90% osob při nástupu výkonu trestu splňují diagnózu poruch chování a 70% diagnózu ADHD**

Kontinuita agresivních projevů v dětství (Cairns et al. 1998)

- Posuzovací škály: učitelé (CT) a sebeposuzovací škály
- Stabilita příznaků mezi 4. až 9. rokem
- **Dle učitelů:** chlapci koeficient 0,45; dívky 0,33
- Sebeposuzovací škály dětí: chlapci 0,33; dívky 0,13

Kontinuita agresivity v dětství a delinkvence v adolescenci

- Většina prací podporuje představu časté kontinuity, zejména u antisociálních projevů v 9. až 10. letech, které jsou extrémně stabilní (0,8) dle učitelů a sebeposuzování (Youger 1993)
- Jiné typy agresivního chování jsou méně často stabilní, korelace mezi obecnou agresivitou ve 30. letech a poruchami chování v 8. letech je pouze 0,19.

Vývojová kontinuita v předškolním věku

- Nespolupráce, křik, pláč, v časném věku přechází často do temper tantrums v 18. měsících a agresivitu k sourozencům v 5. letech, později se objevuje opoziční porucha

Korelace 0,623 (Patterson a Duncan 1993)

Deficity schopností u dětí s poruchami chování

- Rozumové schopnosti jsou průměrné až podprůměrné úroveň
- Poruchy učení, kognitivní poruchy, poruchy sociálního citění a inteligence
- Riziko abusu drog

Temperamentové odchylky u dětí s poruchami chování

- Poruchy chování v dětství, často poruchy osobnosti v dospělosti (disocialita, kriminalita, problematika vězňů a poruchy chování v dětství)
- Dimenze extraverte introverze: extraverte extrémní souvisí s psychopatickým vývojem. Introverze souvisí s komorbiditou deprese, úzkosti atd. (terapie)

Poruchy chování z hlediska antisociálních projevů

- Loeber a Schmaling (1985): antisociální chování má dvě dimenze: **covert** a **overt**
- overt = brachiální agresivita, hyperaktivita, hlučnost, rýpavost, náladovost, nepozornost, odporování, škádlení, impulzivita, napadání osob, rozmrzelost, podezíravost, reakce formou temper tantrums)
- covert = popisuje projevy jako lhaní, krádeže a vandalismus
- Loeber, Schmaling 1985 zpracovali data od 11.000 dětí a zjistili, že chování s vysokou charakteristikou covert souviselo s abusem alkoholu, záškoláctví a spoluprací a účastí v disociálních partách
- 70% dětí bylo možno zařadit do jedné nebo druhé skupiny

Depresivní porucha v dětství a adolescenci

- Základní příznak: porucha nálady (deprese), častá somatizace
- Výskyt: 2% do období puberty, 5-8% po pubertě – u dětí od 4 let („vina“)
- Terapie: psychoterapie KBT nebo interpersonálně orientovaná, práce s rodinou, antidepressiva
- Výskyt depresivních poruch u dětí predikuje depresivní poruchu v adolescenci a dospělosti

Depresivní porucha a suicidálnita – děti, dorost

- Deprese u dětí: 2% populace (chlapci a dívky – 1:1)
- U adolescentů: 6% populace (1:2)
- Suicidální chování v běžné populaci u adolescentů
- Suicidální úvahy 1x rok – 17% populace
- Suicidální pokus: 12% dívek, 5% chlapců
- Suicidální pokus u depresivních pacientů: 35-50%



Schizofrenie dětského věku

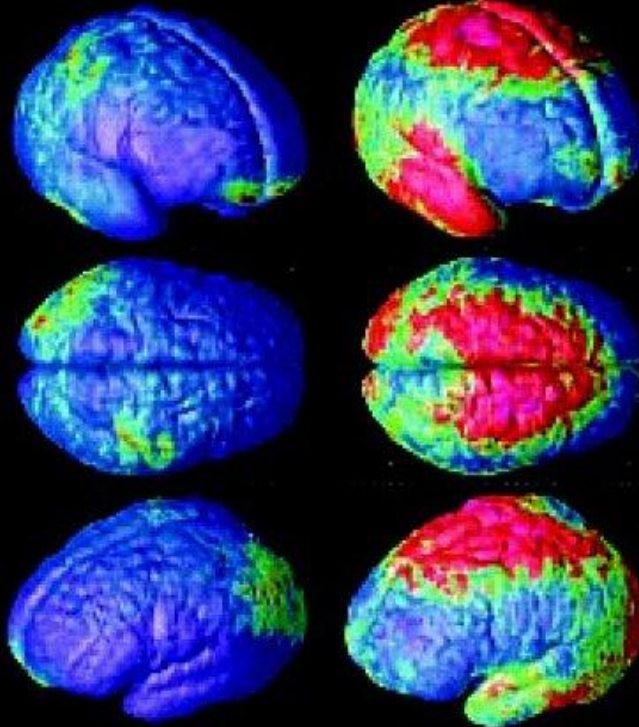
- Základní poruchy: porucha myšlení, pozitivní a negativní příznaky
- Vznik vždy po 4. roce věku, do 10 let 2 na 1000 dětí, v polovině případů velmi špatná prognóza.
- Terapie: atypická antipsychotika
- Schizofrenie dospělých pacientů začíná před 18 rokem věku (prodromální příznaky)

Pětileté období organických změn u juvenilní schizofrenie

Miera poklesu množstva sivej mozgovej kôry

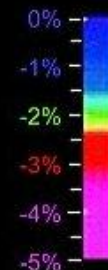
Normálni
adoloscenti

Subjekty so
schizofréniou



Príkladom toho, že schizofréniu môžeme chápať ako neurovývinové ochorenie sú nálezy u 12 adolescentov so schizofréniou a 12 kontrol. Pomocou MRI s vysokou rozlišovacou schopnosťou sa konštruoval trojdimenzionálny model povrchu mozgu. Porovnanie povrchov v 5 ročnom období preukázalo úbytok sivej kôry mozgu pacientov so schizofréniou oproti kontrolám.

príemerná
ročná
strata





Současnost a perspektiva pedopsychiatrické léčby

- Evident based medicine: dětská psychiatrie splňuje uvedená kritéria a proto jsou její metody účinné bezpečné a ověřené
- V řadě případů má pedopsychiatrická léčba charakter nejen aktuálního řešení, ale má význam preventivní (poruchy chování, ADHD, deprese, schizofrenie)
- Pedopsychiatrické vyšetření je předepsanou součástí posudkových řízení
- Toto vyšetření není možné nahradit vyšetřením jiných odborníků a je nezbytné pro správné zařazení dítěte do příslušného typu škol

Nutné změny v přístupu k duševně nemocným dětem

- Nezbytná komplexní léčba u dětí s mentální retardací a autismem, kompletní vyšetření tělesné i psychologické, podpora rodiny a práce s celou rodinou, nutnost mezioborového přístupu
- Komplexní dlouhodobá pedopsychiatrická péče od předškolního věku do dospělosti
- Správné posudkové hodnocení
- Adekvátní hodnocení, dostatečný počet odborných lékařů, přiměřené lékové limity,
- Spolupráce s ostatními lékaři a odborníky, kteří pečují o děti a dorost
- Destigmatizační úsilí, osvěta, zájem veřejnosti