

ADOLESCENTNÍ ZDRAVÍ

Možnosti a limity psychiatrické péče ve vztahu k pediatrii

Possibilities and limits of psychiatric care in relation to pediatrics

Jakub Kerner

Dětská psychiatrická klinika,
2. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova a FN Motol,
Praha

SOUHRN**Kerner J. Možnosti a limity psychiatrické péče ve vztahu k pediatrii**

Psychiatrická péče je vysoce specializovaná péče zaměřená na léčbu duševních onemocnění. Dětská psychiatrie a pediatrie jsou úzce propojené a spolupracující obory. Spolupráce probíhá jak na úrovni lůžkových pracovišť, tak i ambulantně. Na pediatrických lůžkách často leží pacienti po vážných suicidálních pokusech včetně intoxikací, pacienti s mentální anorexií, s komorbiditou psychiatrické a somatické diagnózy či psychickou dekompenzací při somatickém onemocnění. Ve všech těchto případech je pro pediatra důležitá možnost konzultace s konziliárním lékařem psychiatrem. S psychiatrickými pacienty se hojně setkávají nejen pediatri v lůžkové péči, ale také v ambulantní péči. Praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD) jsou v mnoha případech prvními lékaři, ke kterým se dítě či adolescent dostaví. Měli by být schopni včas rozpoznat symptomy začínající duševní poruchy a nasměrovat pacienta do psychiatrické péče. PLDD je zároveň oprávněn k preskripci některých léků, především antidepresivní a anxiolytické medikace, může tak neprodleně zahájit terapii depresivní či úzkostné symptomatologie. V rámci tohoto článku bude nastíněno, jaké jsou možnosti v léčbě nejčastějších psychiatrických onemocnění, co může pediatr od spolupráce s ambulantním či lůžkovým psychiatrem realisticky očekávat, kam a kdy pacienta nasměrovat, jak postupovat u vybraných diagnóz (mentální anorexie, deprese, úzkostné poruchy, disociativní poruchy, somatoformní poruchy, sebepoškozování, suicidální pokusy, porucha aktivity a pozornosti či psychotická onemocnění).

Klíčová slova: mentální anorexie, deprese, úzkostné poruchy, disociativní poruchy, somatoformní poruchy, sebepoškozování, porucha aktivity a pozornosti, psychotická onemocnění

SUMMARY**Kerner J. Possibilities and limits of psychiatric care in relation to pediatrics**

Psychiatric care is a highly specialized care focused on the treatment of mental illnesses. Child psychiatry and pediatrics are closely connected and cooperating fields. Cooperation takes place both at the level of inpatient departments and outpatient clinics. In the pediatric department often contain patients after serious suicide attempts, including intoxications, with anorexia nervosa, with comorbid psychiatric and somatic diagnoses, or psychological decompensation due to somatic illness. In all these cases, it is important for the pediatrician to have the opportunity to consult with a consultant psychiatrist. Pediatricians frequently encounter psychiatric patients not only in inpatient care, but also in outpatient care. General practitioners for children and adolescents are in many cases the first doctors a child or adolescent sees. They should be able to recognize the symptoms of an incipient mental disorder in good time and direct the patient to psychiatric care. A general practitioner for children and adolescents is also authorized to prescribe certain medications, especially antidepressant and anxiolytic medications, and can thus immediately begin therapy for depressive or anxiety symptoms. This article will outline the options for treating the most common psychiatric illnesses, what a pediatrician can realistically expect from working with an outpatient or inpatient psychiatrist, where and when to refer the patient, and how to proceed with selected diagnoses (anorexia nervosa, depression, anxiety disorders, dissociative disorders, somatoform disorders, self-harm, suicide attempts, activity and attention disorders, or psychotic illnesses).

Key words: anorexia nervosa, depression, anxiety disorders, dissociative disorders, somatoform disorders, self-harm, ADHD, psychotic illnesses

Korespondující autor:

MUDr. Jakub Kerner
Dětská psychiatrická klinika
FN v Motole
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
jakub.kerner@lfmotol.cuni.cz

ÚVOD

V současné době je největším limitem poskytování psychiatrické péče pro děti a adolescenty problém v podobě nedostatečného množství odborníků v ambulantní a lůžkové péči. V České republice ročně vyžaduje péči psychiatra více než 60 000 osob do 18 roků věku.⁽¹⁾ Je u nich provedeno téměř 300 000 odborných psychiatrických vyšetření. V ČR poskytuje péči cca 130 lékařů v oboru dětské a dorostové psychiatrie, kteří jsou nerovnoměrně zastoupeni v rámci jednotlivých krajů. K dispozici je 576 pedopsychiatrických lůžek.⁽²⁾ V ČR je pouze jediné samostatné klinické pracoviště psychiatrie pro děti a dorost, a to Dětská psychiatrická klinika FN Motol, která disponuje 50 lůžky. Další klinická pracoviště jsou dětská oddělení psychiatrických klinik (PK) při FN Plzeň (20 dětských lůžek) a při FN Brno (18 lůžek). Tato klinická pracoviště se kromě léčby duševních onemocnění soustředí též na vědu, výzkum, výuku a též konziliární činnost v rámci ostatních klinik a oddělení nemocnice. Další lůžková kapacita je k dispozici v rámci nemocničních psychiatrických oddělení – FTM v Krči (30 lůžek) a Krajská nemocnice Liberec (25 lůžek). Tato nemocniční oddělení se kromě léčby vlastních pacientů zaměřují spolu s klinickými pracovišti též na konziliární činnost. V ČR máme dále i 3 samostatné pedopsychiatrické nemocnice – Opařany, Louny a Velkou Bíteš, které v součtu poskytují cca 160 lůžek převážně následné péče. Dětskou psychiatrickou lůžkovou péči zajišťuje také 6 dětských oddělení v rámci velkých psychiatrických nemocnic (PN) a léčeben (PL) – PN Bohnice, PN Dobruška, PN Havlíčkův Brod, PN Kroměříž, PN Opava, PL Šternberk, přičemž tyto nemocnice dohromady disponují počtem 273 dětských psychiatrických lůžek.

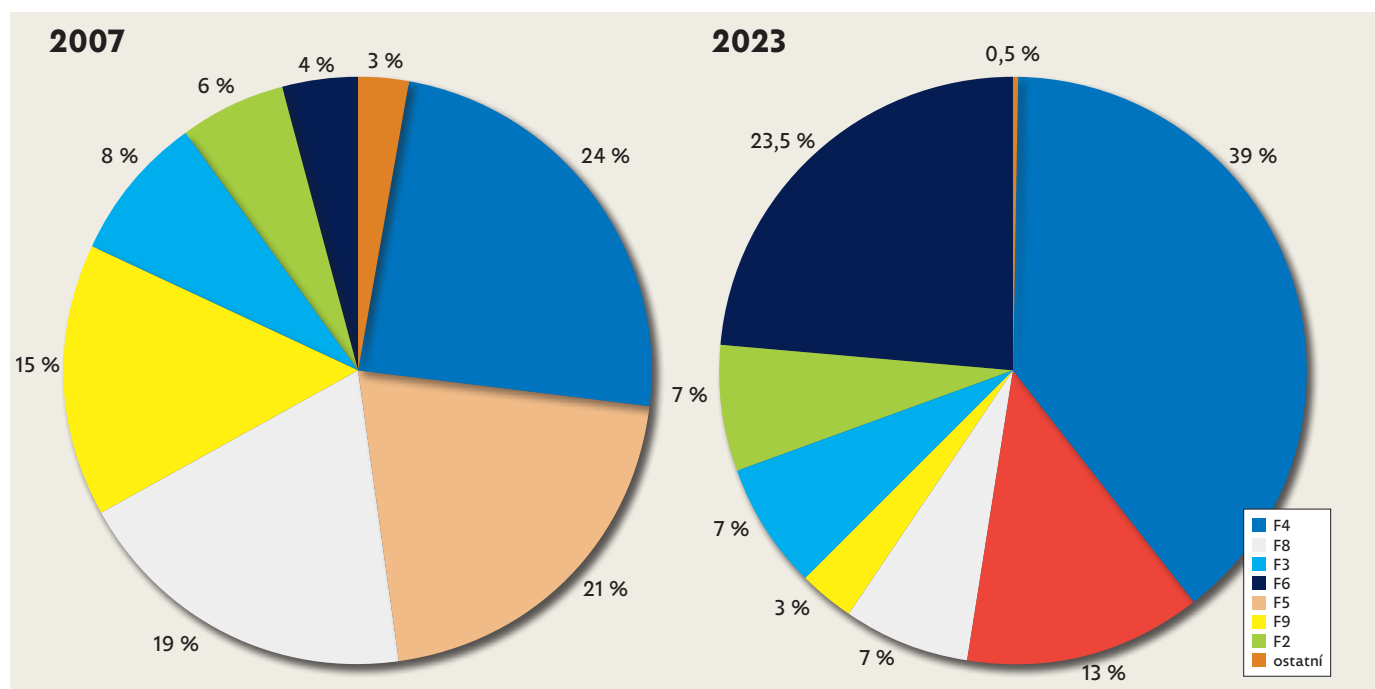
Je do značné míry zarážející, že některé kraje ani nadále nedisponují žádným lůžkovým pracovištěm, které by poskytovalo péči nezletilým psychiatrickým pacientům. Jde o kraje Královéhradecký, Karlovarský, Pardubický, ale i Středočeský.

Pediatr bývá v případě psychicky nemocných dětí velmi často lékařem prvního zachytu, ať již v prostředí ambulance praktického lékaře pro děti a dorost (PLDD), nebo v rámci lůžkového pracoviště. Mezi časté závažné stavy, se kterými přichází do styku, patří zejména mentální anorexie, deprese, reaktivní zhoršení psychiky při vážných somatických obtížích, úzkostné poruchy, disociativní poruchy, somatoformní poruchy, suicidální pokusy, sebepoškozování, porucha aktivity a pozornosti či psychotická onemocnění (schizofrenie). Nárůst počtu dětských a adolescentních pacientů u vybraných psychiatrických diagnóz ukazuje tab. 1. Změny počtu pacientů za jednu dekádu jsou velmi výrazné. Údaje o změně poměru diagnóz pacientů v akutní lůžkové pedopsychiatrické péči ukazuje obr. 1. Vzhledem k četnosti obtíží je nesmírně důležité, aby pediatr znal alespoň základní obraz těchto onemocnění a byl schopen rozpoznat, kdy je vhodné pacienta směřovat do psychiatrické péče, a zároveň věděl, jaké možnosti psychiatrie vlastně má. V posledních letech bylo též pediátrům umožněno předepisovat vybrané léky ze skupiny antidepresiv SSRI, což umožňuje zkrácení doby zahájení léčby a tím i výrazné zlepšení prognózy některých psychických poruch v dětském věku.

Tab. 1: Vývoj počtu dětí a mladistvých s psychiatrickou péčí (Zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb NRHZS)

Počet pacientů, kteří mají v daném roce vykázanou jakoukoli péči pro sledovanou diagnózu (ambulantní nebo hospitalizační) u odbornosti psychiatrie.

	2013	2023	% změna
▲ Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dosp. (F90–F98)	26 688	30 295	14 %
▲ Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48 bez F42)	8 896	16 997	91 %
▲ Poruchy psychického vývoje (F80–F89)	4 249	8 432	98 %
▲ Mentální retardace (F70–F79)	3 799	4 321	14 %
▲ Depresivní porucha (F32, F33)	1 045	3 399	225 %
▲ Syndrom poruch chování, spoj s fyziolog. poruch. a somat. faktory (F50–F59)	1 570	2 635	68 %
▲ Poruchy osobnosti a chování (F60, F61)	845	2 298	172 %
▲ Obsedantně-nutková porucha (F42)	771	1 683	118 %
▲ Změny osobnosti a chování (F62–F69)	455	1 639	260 %
▲ Poruchy duševní a poruchy chování způsob. užíváním psychoakt. látek	910	925	2 %
▲ Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29)	523	805	54 %
▲ Afektivní poruchy (bez deprese) (F30–F39 bez F32, F33)	214	331	55 %
Organické duševní poruchy, Alzheimerova nemoc (F00–F09, G30)	207	201	–3 %
▲ Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10)	150	195	30 %
▲ Celkem	47 180	66 257	40 %



Obr. 1: Vývoj procentuálního zastoupení skupin duševních onemocnění dětí hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice (DPK) FN Motol. Zatímco poměr hospitalizovaných dětí s psychotickou či afektivní poruchou zůstává stejný, výrazný nárůst pozorujeme u úzkostných poruch a tzv. nevyváženého osobnostního vývoje. Zdroj: data DPK 2024

F2 – psychotická onemocnění; F3 – afektivní poruchy; F4 – úzkostné a neurotické poruchy; F5 – poruchy příjmu potravy; F6 – nevyvážený vývoj osobnosti; F8 – poruchy psychického vývoje; F9 – poruchy chování a emocí)

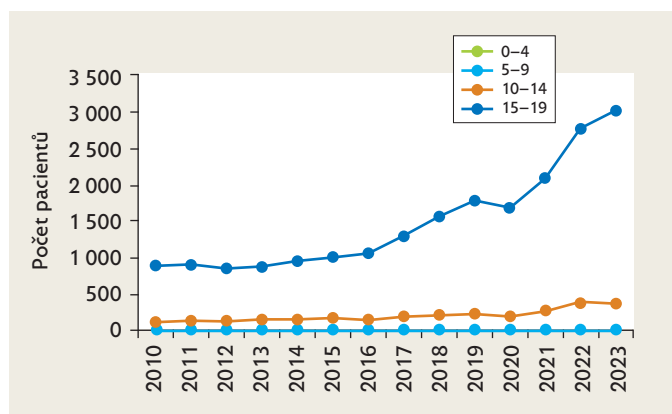
MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie je charakterizována změněným vnímáním vlastního těla, v důsledku kterého se nemocný snaží redukovat tělesnou hmotnost, ať již restrikcí potravy, nebo i prostřednictvím zvracení, cvičení či zneužívání laxativ. Onemocnění má i endokrinologické důsledky, častá bývá primární či sekundární amenorrhea, přítomny mohou být i poruchy růstu. Celoživotní prevalence je cca 3,6 % u žen a 0,3 % u mužů, vrchol nástupu je okolo 15,5 let života.⁽³⁾

Mentální anorexie má poměrně vysokou mortalitu, oproti běžné populaci až 5× vyšší.⁽⁴⁾ Z naší klinické zkušenosti se ukazuje, že optimální sledování pacientů s mentální anorexií cestou PLDD je ve frekvenci 1× za 7–14 dní dle konkrétního klinického stavu. Kontroly se zaměřují na monitoring vývoje tělesné hmotnosti, kontroly stavu hydratace a vývoje vitálních funkcí, laboratorní odběry vč. iontogramu. PLDD by měl pacienta co nejdříve nasměrovat do ambulance pedopsychiatrie, nad 15 roků je možné požádat o péči i dospělého psychiatra. Pokud dojde k poklesu tělesné hmotnosti pod 75 % optimální váhy pro daný věk a výšku,⁽⁵⁾ měl by PLDD směřovat pacienta rovnou k hospitalizaci, ať již na lůžko pediatrické, nebo psychiatrické, při jinak kompenzovaném interním stavu volí konkrétní pracoviště dle aktuální dostupnosti. V případě interních obtíží, jako je například těžší iontová dysbalance (hypokalemie, hyperkalemie), vážnější porucha krevního obrazu (neutropenie, anemie), významná bradykardie, či při absolutním odmítání jídla či tekutin

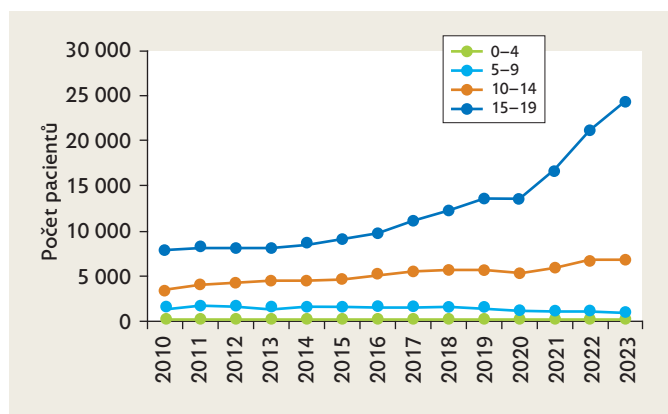
je vhodné pacienta umístit primárně na lůžko pediatrické, neboť kompenzace těchto stavů vyžaduje hlubší interní znalosti daného lékaře a dále pedopsycheiatrická zařízení nedisponují monitorovanými lůžky. Kromě interní kompenzace je vhodné pacienta též co nejrychleji převést na perorální příjem, eventuálně dočasně i s využitím sippingu. Jelikož součástí mentální anorexie je velký strach z jídla, který často pacienta vede k manipulacím v rámci jídelního režimu, jako je kupříkladu schovávání či vyhazování jídla, je vhodné zajistit dohled nad příjmem stravy. Jelikož se v dnešní době většina nemocničních pracovišť potýká s nedostatkem odborného personálu, je možno v tomto případě využít i služeb méně kvalifikovaného personálu, případně i rodičů.

Pokud nemocnice disponuje psychiatrickým konziliářem, případně i oddělením klinické psychologie, je vhodné, aby byl pacient vstupně vyšetřen psychiatrem a následně měl možnost absolvovat alespoň 1× týdně podpůrný psychoterapeutický pohovor s psychologem. Úlohou psychiatra je v rámci vyšetření zhodnotit správnost diagnózy, úroveň náhledu pacienta, stav nálady, přítomnost úzkosti, deprese, ev. i všech dalších možných komorbidních obtíží. Vzhledem k tomu, že jsou depresivní obtíže častou komorbiditou poruch příjmu potravy,⁽⁶⁾ bývá často vhodné nastavení antidepressivní medikace, viz kap. Deprese. Jedná se v první řadě o antidepressiva ze skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (fluoxetin, sertralin, u adolescentů též escitalopram). Pro tyto léky neplatí preskripční omezení, a tudíž je oprávněn je předepsat i PLDD či nemocniční



Obr. 2: Počet dětí a mladistvých léčených pro depresivní poruchu.

Zdroj: Dušek L. Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví. Psychiatrická péče v ČR dle dostupných dat. Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR 2024.



Obr. 3: Počet dětí a mladistvých užívajících antidepresiva. Zdroj:

Dušek L. Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví. Psychiatrická péče v ČR dle dostupných dat. Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR 2024.

pediatr, což je vítaná možnost pro zajištění časného zahájení léčby. Psychiatr má navíc v případě mentální anorexie možnost nasadit též léky ze skupiny antipsychotik, které jsou někdy vhodné v případě těžšího průběhu ke zmírnění vtíravých myšlenek a napětí. Jedná se zejména o stabilizačně působící atypická antipsychotika olanzapin a aripiprazol. V případě stabilizovaného somatického stavu je vhodné vedení léčby na psychiatrickém lůžku. Na psychiatrii jsme schopni pacientovi nabídnout intenzivní psychoterapii i velmi účinnou farmakoterapii, v úvodu léčby je však klíčová režimová léčba (pravidelné podávání jídla 6× denně pod dohledem a s následným klidovým režimem po jídle). V rámci léčby je velmi nápomocný motivační váhový plán, kdy je pacient za každý úspěch odměňován rozvolňováním režimu a postupně se učí jídelní návyky udržet i v domácím prostředí.

DEPRESIVNÍ PORUCHA

Depresivní porucha je vážné duševní onemocnění s příznaky v podobě přetrvávající smutné nálady, pocitů prázdnoty, se ztrátou zájmu o aktivity, které dříve přinášely radost, mohou být přítomny i somatické symptomy, jako je únava, změny v chuti k jídlu a spánku. Prevalence deprese u dětí je 1–2 %, v adolescenci 4–8 % (obr. 2).⁽⁷⁾ Projevy jsou výrazně ovlivněny vývojovou fází. Ve věku předškolním je v popředí jako hlavní příznak anhedonie, dále pozorujeme plačtivost, samotářství, somatizaci. U dětí školního věku bývá hlavní příznak somatizace (bolest břicha, hlavy, nauzea), dalšími častými příznaky jsou anhedonie, úzkost, zhoršení školní výkonnosti, pocity selhání. U adolescentů pozorujeme podobně jako v dospělosti již stabilnější depresivní ladění, časté jsou ovšem výkyvy nálady, pocity prázdnoty a absence smyslu života, sklony k sebepoškozování, poruchy spánku (insomnie, ev. hypersomnie), tendence k abúzu návykových látek.⁽⁸⁾ Jak již bylo zmíněno, léky volby jsou antidepresiva SSRI, zejména fluoxetin (schválen SUKL pro léčbu dětské a adolescentní deprese), sertralin, v adolescenci též

escitalopram a také je možné použít i duálně působící antidepresiva venlafaxin, příp. mirtazapin (vyjma fluoxetinu jsou všechny ostatní zmíněné léky podávány off-label, ale v souladu s doporučenými postupy) (obr. 3). Vhodné je zajištění individuální či rodinné terapie. SSRI může nasadit již pediatr, očekávaný efekt přichází cca po měsíci, léčbu je vhodné podávat nejméně 6 měsíců po dosažení remise.⁽⁹⁾

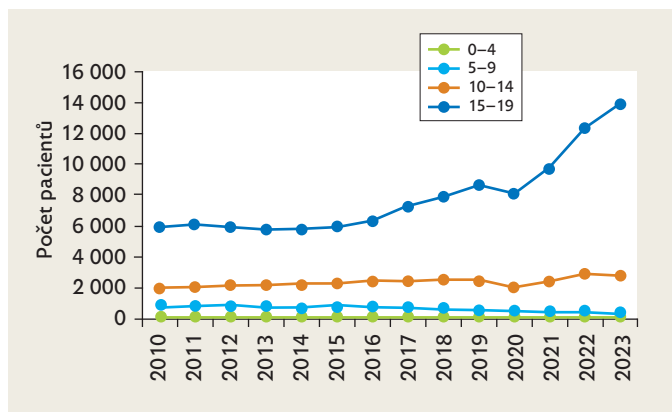
Naše klinické zkušenosti ukazují, že v případě, že dojde k vážnému narušení běžného fungování, tj. zanedbávání školy a domácích povinností, nebo je přítomno riziko suicidálního chování, je vhodné léčbu dále vést za hospitalizace na psychiatrickém lůžkovém pracovišti.

REAKCE NA VÁŽNÁ SOMATICKÁ ONEMOCNĚNÍ

Důležitými faktory, které mohou u dětských pacientů vyvolat nově vzniklé projevy duševních potíží, jsou i reakce na vážná somatická onemocnění (diabetes, novotvary, cystická fibróza, roztroušená skleróza aj.). Vzhledem k výrazně zvýšenému riziku depresivního syndromu⁽⁸⁾ je při známkách deprese vhodné pacienta včas doporučit do ambulantní psychiatrické a psychologické péče. Při včas zahájené psychoterapii, ev. farmakoterapii lze očekávat zlepšení stavu psychiky, zvýšení kvality života či zlepšení compliance v léčbě primárního onemocnění.

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Velmi častou skupinou duševních onemocnění jsou úzkostné poruchy – separační úzkostná porucha, sociální úzkostná porucha, generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha (obr. 4). Projevují se silným strachem, obavami, plačtivostí při separaci, vystavení interakci s dalšími osobami, difuzním strachem „ze života“ nebo strachem jako důsledkem zažitého traumatu. Zejména rodiče menších dětí v těchto případech vyhledají pediatra pro



Obr. 4: Počet dětí a mladistvých léčených pro neurotické a stresové poruchy. Zdroj: Dušek L. Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví. Psychiatrická péče v ČR dle dostupných dat. Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR 2024.

somatické projevy úzkosti, jako mohou být cefalea, nauzea, vomitus, časté nutkání na stolicí.

Pokud je somatické vyšetření bez nálezu jasné příčiny a potíže přetrvávají, je vhodné pedopsychiatrické ambulantní vyšetření. Psychiatr po pohovoru s dítětem a explorační anamnézy může indikovat psychoterapii, ev. farmakoterapii, v léčbě úzkostných poruch preferujeme SSRI antidepresiva.

DISOCIATIVNÍ PORUCHY

Důležitou a přitom diagnosticky obtížnou jednotkou jsou disociativní poruchy. Mezi ně patří rozmanitá škála zdánlivě somaticky podmíněných symptomů, které mají ale ve skutečnosti nevědomou psychickou příčinu. Mohou se objevovat u pacientů s traumatizací, dnes již ovšem víme, že zřetelné trauma není podmínkou.⁽¹⁰⁾ Může být přítomno i méně nápadné chronické trauma (komplikovaný rozchod rodičů), ale existují i jiné vyvolávající faktory, jako jsou genetické dispozice, neurobiologické faktory a další psychologické aditivní stresory. Tyto stavy mohou vypadat jako kolapsové stavy (napodobující epileptické záchvaty), nejružnější poruchy čítí, motoriky, třes aj. Dostávají se často nejprve do péče pediatra, ev. dětského neurologa. Diagnostika pak probíhá ve spolupráci pediatra, dětského neurologa a pedopsychiatra. Klinický obraz často neodpovídá typickým příznakům daného somatického onemocnění, u disociativní etiologie lze mnohdy dosáhnout zlepšení například i odklonem pozornosti (tremor vymizí při počítání, motorickém úkolu). Psychiatrie zde může nabídnout vyšetření se zaměřením na odhalení možné psychické zátěže a následně i různé formy terapie.

SOMATOFORNÍ PORUCHY

Mezi somatoforní poruchy patří porucha somatizační, hypochondrická nebo somatoforní vegetativní dysfunkce.

Pro tato onemocnění jsou charakteristické opakované stížnosti na tělesné symptomy, často i s obavou z konkrétního vážného onemocnění s dlouhodobým vyžadováním dalších vyšetření (často vyžadováno spíše rodiči) i přes negativitu nálezů (bolesti, nevolnosti, palpitace aj.). Není přítomna vysvětlující somatická příčina. Psychiatrické vyšetření pak cíleně pátrá po známkách životní nepohody, ať už se jedná o reakce na stres, afektivní či úzkostné poruchy, přetížení, vztahové obtíže. Vhodná je déleodobá psychoterapie, ev. je možné i nastavení antidepresivní medikace. Pacienta je vhodné na počátku pečlivě somaticky vyšetřit, avšak bez jasného důvodu později provedená vyšetření již neopakovat.

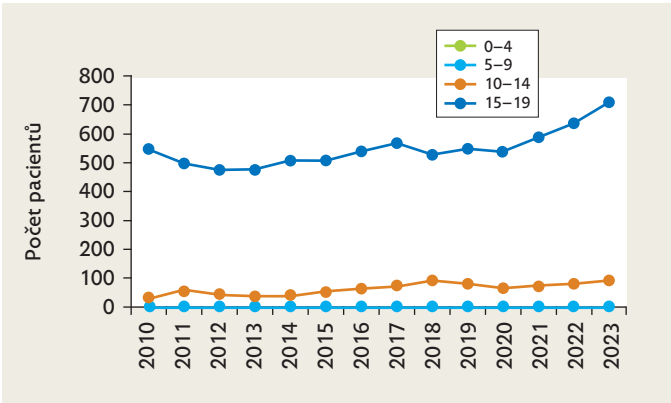
SUICIDÁLNÍ POKUSY

Suicidální pokus není samostatnou diagnostickou jednotkou, jedná se o nejvíce obávané vyústění vážných duševních potíží. Podle dat Českého statistického úřadu spáchalo v letech 2018–2022 v ČR sebevraždu průměrně 1258 osob (z toho 80 % muži). Z tohoto počtu bylo průměrně 36 osob do 19 roků věku.⁽¹¹⁾ Na tento počet sebevražd však připadá několik set sebevražedných pokusů, tento poměr je u dospívajících konkrétně 1 : 100.⁽¹²⁾ Nemocniční pediatr je velice často lékařem prvního záchytu (pohotovost, ev. urgentní příjem). Následně převzetí pacienta lůžkovým psychiatrem je možné pouze tehdy, nevyžaduje-li akutní somatickou intervenci ani observaci na monitorovaném lůžku. Při intoxikaci medikamenty je nutná minimálně 24hodinová somatická observace, z obávaných rizik se nabízí hlavně aspirace, dechový útlum, arytmie, velmi zádrné je i zatažení požitého množství pacientem, kdy je riziko podcenění stavu. Pokud je observace delší, je vhodné konziliární vyšetření na pediatrii, neboť ne vždy je pak následně nutný překlád na psychiatrii. Toto je však možné pouze v rámci vybraných nemocnic v ČR s dostupností konziliáře.

Při žádosti o psychiatrické konzilium je dobré mít na paměti, že psychiatrické vyšetření není vhodné provádět ve stavu intoxikace (ebrieta více než 0,5 promile, jiná intoxikace vedoucí k útlumu vědomí, poruše vnímání), neboť by výsledky byly nevalidní a nebylo by možné správně zhodnotit pacientův stav.

SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

Velkým problémem současné mladé generace je sebepoškozování. Jedná se o vleklý problém závislostního charakteru, který je často přítomen u pacientů s nevyváženým vývojem osobnosti s rysy emoční nestability (jedná se o dětskou obdobu hraniční poruchy osobnosti u dospělých), dále i u pacientů s depresí, v posledních letech z naší klinické zkušenosti též u poruch příjmu potravy. V rámci ambulantní péče je indikována dialektická behaviorální terapie (DBT), která pracuje s nácvikem postupného zvládnání emočních výkyvů, dále je možné i nastavení stabilizačně působící medikace atypickými antipsychotiky (kvetiapin, aripiprazol), antiepileptiky (lamotrigin, valproát), při komorbidní



Obr. 5: Počet dětí a mladistvých léčených pro schizofrenní onemocnění. Zdroj: Dušek L. Strategické analýzy potřeb rezortu zdravotnictví. Psychiatrická péče v ČR dle dostupných dat. Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR 2024.

depresi či úzkosti i antidepresiva SSRI (fluoxetin, sertralin, v adolescenci i escitalopram, ev. venlafaxin). Léčba je dlouhodobá, často poměrně rezistentní k terapii. V případě vážného sebepoškozujícího jednání či suicidálních tendencí je

pacient indikován k hospitalizaci na psychiatrii, kde je možnost zvýšeného dohledu (s výhodou průhledy na pokoje, ev. i přítomný kamerový systém zajišťující ochranu a bezpečí pacientů).

PORUCHA AKTIVITY A POZORNOSTI

Častým problémem je neléčená porucha aktivity a pozornosti. Jedná se o poruchu soustředění v kombinaci s impulzivitou a hyperaktivitou, ev. poruchami chování (hyperkinetická porucha chování). U PLDD se může dítě objevit v rámci stížností rodičů na chování dítěte, tj. narušené školní fungování, poznámky, špatný prospěch, rvačky. Potíže musí být přítomny ve více než jednom prostředí (škola, domov, sportovní oddíl aj.). V takovém případě by měl PLDD doporučit pacienta k psychiatrovi. Psychiatři mají dobré terapeutické možnosti k ovlivnění této poruchy, zejména kvalitní a bezpečnou medikaci, jako je methylfenidát v prolongované či neprolongované formě, atomoxetin, ev. guanfacin, bupropion, při vážných poruchách chování i atypická antipsychotika risperidon a aripiprazol. Při dobře vedené terapii se zkvalitní koncentrace, zmírní poruchové chování, zlepší školní výkonnost.

Tab. 2: Souhrn medikace jednotlivých poruch

Duševní porucha	Medikace	Běžná denní dávka (mg)	Obvyklá maximální denní dávka u dětí (mg)
Mentální anorexie (stabilizace emotivity, zklidnění při příjmu potravy)	olanzapin aripiprazol klonazepam	5–10 5–10 1,5	12,5–20 12,5–20 3
Deprese	fluoxetin*** sertralin escitalopram venlafaxin mirtazapin	20–40 50–100 10 150–225 15–30	60 200 20 300 45
Úzkostné a neurotické poruchy	sertralin OCD** fluvoxamin OCD*** escitalopram	100–150 150–200 10	200 200 20
Sebepoškozování • stabilizace afektu • anxiolytický a antidepresivní efekt	kvetiapiin aripiprazol fluoxetin*** sertralin	100–200 10 20–40 100–150	600 20 60 200
ADHD • zlepšení pozornosti • poruchy chování	methylfenidát** • Ritalin • Concerta atomoxetin** risperidon *	30 18–36 1,2 mg/kg 0,5	60 54 1,2 mg/kg 2
Psychotická onemocnění	risperidon paliperidon***** lurasidon**** aripiprazol***** olanzapin	3–4 3–6 37 10 10	6 12 74 20 20

Tučně jsou označeny léky schválené SUKL pro danou poruchu u dětské populace.
Věk schválení: * – od 5 roků, ** – od 6 roků, *** – od 8 roků; **** – od 13 roků, ***** – od 15 roků
OCD – schváleno SUKL pro léčbu obsedantně-kompulsivní poruchy u dětí.

PSYCHOTICKÁ ONEMOCNĚNÍ

V ambulanci pediatra se mohou objevit i extrémně závažná duševní onemocnění, jako jsou psychotická onemocnění (zejména akutní psychotická porucha, schizofrenie a schizoafektivní porucha) (obr. 5). Pro tuto skupinu onemocnění je charakteristický zkreslený či jinak narušený vztah k objektivní realitě. Jsou přítomny poruchy myšlení (nesouvislé nebo bludné – zejména paranoidní myšlení), poruchy vnímání (halucinace), dále nepřiměřené chování, zhoršení kognice, změny emotivity. Při podezření na rozvoj psychotického onemocnění je třeba pacienta ihned objednat k hospitalizaci na psychiatrii. Pokud jsou halucinace či bludy s vlivem na jednání a vedou k agresi či k suicidálnímu jednání, je nutné pacienta ihned hospitalizovat. Vhodné je provedení screeningu drog k vyloučení akutní intoxikace, která by vyžadovala zvýšenou observaci stran možných somatických nežádoucích účinků.

Při výrazném podezření na organicitu (meningeální příznaky, infekce, poruchy citlivosti či motoriky) je nutné primárně umístit pacienta na lůžko somatické (pediatrie, neurologie, infekce, ev. ARO) a je ještě před překladem na psychiatrii nutné provést vyšetření (CT/MR, lumbální punkce) k vyloučení organických změn (meningoencefalitida, limbické encefalitidy, tumor aj.). Na psychiatrii nebo na somatickém

lůžku je vhodné psychiatrem rychle nastavit antipsychotickou medikaci. V rámci psychiatrické péče lze při dobré odezvě na léčbu v řádech několika málo týdnů dosáhnout kompenzace stavu nasazením atypických antipsychotik (risperidon, paliperidon, aripiprazol, kvetiapin, lurasidon, olanzapin, klopazin). U farmakorezistentních pacientů můžeme indikovat elektrokonvulzivní terapii.

ZÁVĚR

Pediatrie a psychiatrie jsou dva úzce spolupracující obory. Vzhledem k nedostatku dětských psychiatrů a dále vzhledem k nárůstu četnosti duševních poruch v populaci bývá pediatr často lékařem prvního zachytu dětí s duševním onemocněním. Je proto nezbytně nutné, aby znal základní symptomy nejčastějších duševních poruch, věděl, kdy je vhodné požádat o spolupráci psychiatra, případně kdy je vhodné směřovat pacienta na lůžko. Je důležité, aby pediatr měl alespoň základní informace o tom, jaké má psychiatrie možnosti v léčbě nejčastějších onemocnění. V případě depresivních či úzkostných příznaků je oprávněné nasadit medikaci preparáty SSRI, a významně tak urychlit zahájení léčby. |

LITERATURA

1. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Ročenka psychiatrické péče. 2022. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/rocenka/>
2. Asociace dětské a dorostové psychiatrie. Síť pedopsychiatrických lůžek v ČR. 2023. Dostupné z: <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>
3. Hebebrand J, Gradl-Dietsch G, Peters T, Correll CU, Haas V. The diagnosis and treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 164–174.
4. van Eeden AE, van Hoeken D, Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Curr Opin Psychiatry 2021; 34(6): 515–524.
5. Khalifa I, Goldman RD. Anorexia nervosa requiring admission in adolescents. Can Fam Physician 2019; 65(2): 107–108.
6. Theiner P. Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. Psychiatrie pro praxi 2011; 12(3): 105–107.
7. Balazs J, Miklósi M, Keresztény Á, et al. Prevalence of adolescent depression in Europe. Eur Psychiatry 2020. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/p259-prevalence-of-adolescent-depression-in-europe/33FFE78B6B3D7B1D84F47B586CAD88DC>
8. Dudová I. Současný pohled na dětskou a adolescentní depresi. Psychiatrie pro praxi 2007; 8(1): 29–31.
9. Kato M, Hori H, Inoue T, et al. Discontinuation of antidepressants after remission with antidepressant medication in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. Molecular Psychiatry 2020; 26(1): 118–133.
10. Praško J, Herman E, Raszka M, et al. Disociativní poruchy a jejich léčba. Medicína pro praxi 2007; 4(11): 471–476.
11. Český statistický úřad. Sebevraždy. Dostupné z: https://csu.gov.cz/sebevraždy_zaj
12. Koutek J, Kocourková J. Suicidalita a sebepoškození v dětství a adolescenci – aktuální situace. Česká a slovenská pediatrie, 2022; 77(3): 131–136.