

PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U ADOLESCENTŮ – PORUCHY CHOVÁNÍ, HYPERKINETICKÉ PORUCHY A PORUCHY VYVOLANÉ UŽÍVÁNÍM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

MUDr. Markéta Žáčková, MUDr. Pavel Theiner, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF MU a FN, Brno

Článek se zabývá problémovým chováním u dospívajících, konkrétně vybranými třemi poruchami – poruchami chování, hyperkinetickými poruchami a poruchami vyvolanými užíváním psychoaktivních látek. Jsou zmíněna diagnostická kritéria jednotlivých poruch, jejich vzájemné odlišení i společné znaky, jejich projevy v adolescenci a základní algoritmy jejich léčby.

Klíčová slova: poruchy chování, hyperkinetické poruchy, ADHD, porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetická porucha chování, poruchy vyvolané užíváním psychoaktivních látek, adolescenti, děti.

BEHAVIOUR PROBLEMS IN ADOLESCENTS – CONDUCT DISORDERS, HYPERKINETIC DISORDERS, AND PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE DISORDERS

The synopsis deals with problem behavior in adolescents, particularly with three selected disorders – conduct disorders, attention deficit/hyperactivity disorder and substance abuse related disorders. The diagnostic criteria of the particular disorders, distinction of individual disorders and their common features, their symptoms and basic therapeutic algorithms are discussed.

Key words: conduct disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD, hyperkinetic conduct disorder, substance-related disorders, children, adolescents.

Neurol. prax, 2008; 6: 324–328

Období dospívání je komplikovaným životním obdobím, doprovázeným snahou jedince o separaci od rodičů a touhou začlenit se do vrstevnické skupiny. Jde také o období experimentování, testování hranic a odmítání pravidel. Je proto důležité uvědomovat si, že určitý stupeň problémového chování je pro toto vývojové období charakteristický a nemusí nutně znamenat psychiatrickou diagnózu. Potíže nastávají, pokud problémové chování přetrvává, opakuje se, stává se nebezpečným pro jedince nebo okolí, anebo lze-li předpokládat maladaptivní vývoj (Karnik et al., 2006). Dospívající často své chování jako problém nevidí, může mít dojem, že „problém z toho dělají ostatní“, a sám kvůli chování lékařskou péči nevyhledá – v tomto případě je nutné pomoci tento stav řešit.

Problematické chování, tak jak je vidí veřejnost laická i odborná, je psychiatry a dětskými psychiatry rozlišováno do několika kategorií, které vyžadují zcela odlišný přístup. V psychiatrickém názvosloví se používají termíny odlišně, než jsou chápány v běžném jazyce, proto může někdy docházet k nedorozuměním. „Poruchy chování“ je název jedné konkrétní diagnostické skupiny, zatímco to, co je veřejností chápáno jako porucha chování, by psychiatr nazval „behaviorální příznaky“.

V klinické praxi psychiatra je důležité odlišit diagnózu poruch chování od jiných diagnóz, které s poruchami chování mohou mít řadu společných znaků nebo se mohou objevovat společně. Platí to obzvláště

o hyperkinetických poruchách a poruchách vyvolaných užíváním psychoaktivních látek, kterým z tohoto důvodu bude v článku věnována větší pozornost. Dalšími poruchami, které je nutné od poruch chování diferenciativně diagnosticky odlišit, jsou například psychotické stavy, mánie či deprese, neméně důležité je pak i odlišení „nepsychiatrických“ problémů s chováním – tedy problémového chování ojedinělého či izolovaného. V dalším textu budou jako výchozí užívána převážně diagnostická kritéria MKN 10.

Poruchy chování (F91)

Etiologie

V etiologii poruch chování je zvažována řada rizikových faktorů, které se na rozvoji poruch chování mohou podílet. První skupinou jsou faktory sociální (výskyt kriminálních činů v rodinné anamnéze, užívání návykových látek rodiči, konflikty mezi rodiči navzájem či mezi rodiči a dítětem, nedůslednost ve výchově, nedostatečná péče, domácí násilí, nevhodná parta atd.). S věkem klesá vliv rodinných faktorů. Další skupinu rizikových faktorů tvoří faktory tzv. psychologické (hyperaktivita, kognitivní deficit, jazyková bariéra, psychická traumata v minulosti, posttraumatická stresová porucha atd.). Svůj význam mají i faktory biologické (genetické faktory, změny autonomního nervového systému, abnormity neuro-

transmitterových systémů, vyšší výskyt záchvatovitých onemocnění u delikventů, nižší hladina kortizolu atd.). Klíčová však nejspíše bude souhra mezi všemi těmito faktory.

Protektivními faktory při vzniku poruch chování je dobrý vztah s rodiči, pravidelná školní docházka podporující pocit sounáležitosti, vytvořené přátelské vztahy s osobami s prosociálními zájmy, vyšší IQ, školská úspěšnost či různé mimoškolní zájmy (Karnik et al., 2006).

Klasifikace

Poruchy chování jako diagnóza (F91) jsou charakterizovány opakujícím se a trvalým vzorcem chování, při němž jsou porušována buď základní práva jiných, nebo závažnější společenské normy nebo pravidla, přiměřená věku. Toto chování tedy hrubě překračuje vzory chování typické pro příslušný věk a danou sociální skupinu. Vyskytují se u 5–15 % dětí školního věku, častěji u chlapců. Oproti jiným stavům, u kterých se může vyskytovat tzv. reaktivní agrese (agrese vyvolaná frustrací, stresem) se u poruch chování ve vyšším poměru vyskytuje tzv. agrese proaktivní (promyšlená, záměrná agrese) (Karnik et al., 2006). Klasifikace MKN 10 zařazuje poruchy chování do kategorie poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci (F90–98). Dělí je dle prostředí, ve kterém se chování vyskytuje, dle závažnosti a dle socializace jedince na čtyři

základní subtypy: **porucha chování ve vztahu k rodině, porucha chování socializovaná, porucha chování nesocializovaná a porucha opozičního vzvodu** (tabulka 1).

Praktické může být dělení poruch chování podle možné prognózy. Obecně lze říci, že s horší prognózou je spojena manifestace poruchy v útlém věku, stabilita problémového chování, které se nemění se změnou prostředí, neschopnost jedince sociálního začlenění, přítomnost hyperkinetických projevů a dysfunkční rodinné prostředí jedince.

Diagnóza poruch chování je charakterizována několika společnými znaky, každý ze subtypů má pak některé znaky specifické (tabulka 2). Dle diagnostických kritérií MKN 10 je jejich společným znakem trvalý, opakující se vzorec chování, kdy během 6 měsíců jsou dle jednotlivých subtypů přítomny některé z následujících příznaků: agrese k lidem a zvířatům (šikanování, vyvolávání rvaček, užívání zbraní, které mohou těžce zranit druhé, fyzická agrese a hrubost k lidem a zvířatům, krádeže, při nichž dochází ke střetu s obětí, vynucování sexuální aktivity na druhých), destrukce majetku a vlastnictví (zakládání ohně se záměrem poškození, ničení majetku druhých), nepoctivost a krádeže (vloupání se do domů, budov či aut, lhaní k získání prospěchu nebo vyhnutí se závazkům, krádeže bez konfrontace s obětí) či vážné násilné porušování pravidel (opakované setrvávání venku přes noc přes zákazy rodičů, nejméně dva útoky z domu či dlouhé setrvávání na útěku nebo záškoláctví před 13 rokem věku) (MKN, 1996).

Poruchy chování se často vyskytují komorbidně s poruchami jinými – obzvláště s depresí a hyperkinetickými poruchami (dle klasifikace DSM-IV; dle klasifikace MKN 10 tvoří současný výskyt těchto poruch s poruchami chování samostatnou diagnostickou jednotku – viz tabulka 1) a abúzu návykových látek (Ipser a Stein, 2006).

Léčba

Již ze samotné podstaty diagnózy a z přehledu faktorů, podílejících se na vzniku poruch chování je patrné, že samotná léčba psychofarmaky ke zvládnutí poruch chování nepostačuje. Vhodnou léčbou je léčba komplexní, základním krokem však zůstává prevence jejich vzniku. V léčbě se pak v různém poměru se kombinují psychosociální intervence a farmakoterapie.

Využívá se tréninku rodičovského vedení, rodinné psychoterapie, individuální psychoterapie, nácviku sociálních dovedností i sociální intervence. V rámci farmakoterapie poruch chování byla vyzkoušena řada preparátů, počet kontrolovaných studií je však zatím nedostatečný. Efekt metylfenidátu zůstává rozporuplný (Kutcher et al.,

2004). Ačkoliv thymostabilizéry tvoří často užívanou skupinu léků, výsledky kontrolovaných studií jejich efektu u poruch chování jsou rovněž rozporuplné, lepší efekt byl pozorován při užívání lithia a valproátu. U skupiny antidepresiv ze skupiny SSRI, přestože se jeví perspektivní při kontrole impulzivního chování, v indikaci poruch chování dosud nebyl prokázán dostatečný efekt. Skupina starších antipsychotik (haloperidol, chlorpromazin) nachází své uplatnění při snižování agrese u hospitalizovaných mladistvých (Ipser a Stein, 2007). Snad nejnadhějnější skupinu farmak při léčbě poruch chování tvoří atypická antipsychotika. Perspektivní se jeví využití quetiapinu (Connor et al., 2008), olanzapin by mohl najít své využití u adolescentů se závažnými a na jinou léčbu nereagujícími poruchami chování a tzv. s impulzivní agresivitou (Masi et al., 2005). Nejvíce studovaným lékem z této skupiny je risperi-

don (Kutcher et al., 2004). Několik dvojité slepých kontrolovaných studií prokázalo vyšší efekt risperidonu v redukci symptomů poruch chování oproti placebo, pozorováno bylo celkové zlepšení, dále pak redukce symptomů agrese a agitace. Nejnadhějnějšího efektu bylo dosaženo během prvních 1–2 týdnů léčby. Pacienti, kteří na léčbu odpověděli, by však mohli profitovat i z léčby dlouhodobé, která by měla trvat nejméně půl roku, přičemž však data týkající se dlouhodobé léčby prozatím nelze generalizovat (Jensen et al., 2007). Léčba byla dobře tolerována, bylo tedy dosaženo shody v tom, že risperidon by při léčbě poruch chování mohl být pravděpodobně nevhodnějším farmakem. Současný optimální postup léčby, doporučený skupinou expertů a vycházející z kombinace psychosociální intervence a farmakoterapie, je uvedený v tabulce 3 (bráno v úvahu je i to, že nebyly dostupné studie srovnávající efekt far-

Tabulka 1. Klasifikace poruch chování

| MKN 10 | DSM-IV-TR |
|--|---|
| Poruchy chování (F91) | Poruchy chování |
| porucha chování ve vztahu k rodině (F91.0) | poruchy chování se začátkem v dětství |
| nesocializovaná porucha chování (F91.1) | poruchy chování se začátkem v adolescenci |
| socializovaná porucha chování (F91.2) | Porucha opozičního vzvodu |
| porucha opozičního vzvodu (F91.3) | |
| Smišené poruchy chování a emocí (F92) | |
| depresivní porucha chování (F92.0) | |
| jiné smíšené poruchy chování a emocí (F92.8) | |

Tabulka 2. Jednotlivé subtypy poruch chování

| | |
|---|---|
| Porucha chování ve vztahu k rodině | <ul style="list-style-type: none"> – charakterizována prostředím – projevy v rodinném prostředí a vůči členům rodiny (vč. selektivity vůči jednomu či více členům rodiny), nejde pouze o narušení vztahu mezi rodiči a dítětem – často po příchodu nového člena do rodiny (nevlastního rodiče, sourozence) – mimo rodinu se symptomy projevovat nemusí – výskyt kteréhokoliv z příznaků poruch chování včetně agrese či destrukce majetku – prognóza relativně dobrá |
| Porucha chování nesocializovaná | <ul style="list-style-type: none"> – charakterizována neschopností jedince navazovat adekvátní sociální kontakty s vrstevníky (neoblíbenost, odmítání) – vztahy s dospělými často rovněž narušeny, postrádají důvěrnost – výskyt kteréhokoliv ze symptomů poruch chování, páchaný samostatně nebo ve skupině – prognóza obecně horší |
| Porucha chování socializovaná | <ul style="list-style-type: none"> – charakterizována relativně dobrou schopností navazovat vztahy s vrstevníky – narušené bývají vztahy k autoritám – výskyt kteréhokoliv ze symptomů poruch chování, páchaný samostatně nebo ve skupině – prognóza obecně dobrá |
| Porucha opozičního vzvodu | <ul style="list-style-type: none"> – charakterizována negativistickým, nepřátelským, vzdorovitým a rušivým chováním, které je mimo rámec normálního chování dítěte v daném věku a sociokulturním prostředí – nebývá přítomno vážnější narušování práv druhých, nevyskytují se vážnější antisociální či agresivní činy, surovost či týrání – projevy nejvýraznější ve vztahu k blízkým dospělým osobám, autoritám a známým vrstevníkům – výskyt často mezi 6 a 10 lety věku – prognóza obecně horší |

makologické, nefarmakologické a kombinované léčby). Léčba by měla být dlouhodobá a multimodální, měla by zahrnovat případně i léčbu problémů rodičů. V případě, že je pacient nebezpečný sobě či okolí by měla být indikována hospitalizace.

Smíšené poruchy chování a emocí (F92)

Kombinují symptomy afektivních či neurotických poruch s poruchami chování. V případě splnění kritérií pro poruchu nálady (ze symptomů např. trvalé depresivní ladění, ztráta zájmů, pokles energie, anhedonie, pocity beznaděje, sebevražedné myšlenky atd.) a zároveň i poruch chování jde o depresivní poruchu chování (F92.0). Dle některých autorů je tato kombinace provázána zvýšeným rizikem suicidálního chování (Borst et al., 1991). Jsou-li kombinovány symptomy poruch chování se symptomy neurotických poruch, poruch vyvolaných stresem, somatoformních poruch nebo emočních poruch se začátkem specifickým pro dětství (z příznaků např. úzkost, bázlivost, fobie, obsese, kompulze atd.), měla by být diagnostikována tzv. jiná smíšená porucha chování a emocí (F92.8). Při léčbě těchto poruch se kombinují terapeutické přístupy k oběma skupinám symptomů.

Hyperkinetické poruchy (F90)

Etiologie

V současné době převládá názor, že příčiny vzniku hyperkinetických poruch jsou pravděpodobně heterogenní, na jejich vzniku se mohou podílet faktory negenetické (konzumace alkoholu a kouření matky v graviditě, perinatální traumata spojená s hypoxií, nízká porodní hmotnost, předčasný porod, disharmonické rodinné prostředí, psychopatologie u rodiče) i genetické (např. výskyt specifických alel některých genů, teoreticky zodpovědných za poruchy neurotransmise či odchylky vývoje mozku atd.). V poslední době jsou v souvislosti s výskytem hyperkinetických poruch diskutovány poruchy neurotransmise – dopaminu,

noradrenalinu, serotoninu, acetylcholinu a GABA a výskyt některých abnormit struktury a funkce určitých oblastí při zobrazení mozku pacientů s hyperkinetickou poruchou (Albayrak et al., 2008; Drtílková et al., 2007; Paclt et al., 2007).

Klasifikace

V klasifikaci MKN 10 jsou hyperkinetické poruchy (F90) podobně jako poruchy chování zařazeny mezi poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F90–F98). Dle této klasifikace rozlišujeme dva základní typy hyperkinetických poruch – poruchu aktivity a pozornosti (F90.0) a hyperkinetickou poruchu chování (F90.1). Porucha aktivity a pozornosti je samostatnou diagnózou se specifickými diagnostickými kritérii, hyperkinetická porucha chování je diagnózou spadající do kategorie hyperkinetických poruch, ale kombinující symptomy jak poruchy aktivity a pozornosti, tak poruch chování (dle klasifikace DSM-IV diagnóze hyperkinetické poruchy chování odpovídá ADHD s komorbidní poruchou chování) (tabulka 4).

Hyperkinetické poruchy se dle různých studií a dle užití klasifikace vyskytují u 5–8 % dětí, častěji u chlapců, z toho u 60–70 % pacientů mohou přetrvávat až do dospělosti (Drtílková et al., 2007). Časté jsou komorbidní poruchy – poruchy vyvolané psychoaktivními látkami (přičemž vhodná léčba hyperkinetických poruch by mohla mít protektivní vliv), afektivní a úzkostné poruchy apod.

Dle kritérií MKN 10 se porucha objevuje před 7. rokem věku a symptomy se vyskytují nejméně 6 měsíců a v různých situacích. První skupinou příznaků těchto poruch je narušení pozornosti (neschopnost věnovat plnou pozornost detailům, chyby z nepozornosti, neschopnost pozornost udržet, neschopnost sledovat instrukce a dokončovat úkoly, potíže s organizováním úkolů a aktivit, vyhýbání se úkolům, které vyžadují trvalé duševní úsilí, ztrátení věcí, snadné rozptýlení vnějšími podněty, zapomnětlivost apod.). Druhou skupinou příznaků tvoří příznaky hyperaktivity (neklidné pohybování rukama nebo nohama,

vtřetí se na židli, vstávání ze židle, nadměrné pobíhání). Dalšími možnými příznaky jsou příznaky související s impulzivitou (vyhrknutí odpovědi na otázky, které nebyly dokončeny, neschopnost čekat, přerušování ostatních, nadměrné mluvení bez ohledu na sociální zábrany apod.). Výše zmíněné příznaky jsou charakteristické především pro pacienty dětského věku. V adolescenci se projevují spíše příznaky chronicity (dle klasifikace DSM-IV, která popisuje specifická kritéria podrobněji): neschopnost organizovat každodenní úkoly, odkládání řešení, provádění mnoha činností současně, sklon říci, co osobu právě napadne, hledání stále nových podnětů a krátce trvajících zájmů, pocity nudy, snadné zneklidnění a ztráta pozornosti, nedůslednost, netrpělivost, impulzivita, sklony trápit se vlastní budoucností při nevěšmavosti k reálnému nebezpečí, neklid, sklon k závislosti. Příznaky z dětství v adolescenci často přetrvávají ve změněné podobě – přetrvává emoční labilita, impulzivita, zkratkovité jednání, narušená pozornost, na významu nabývají problémy týkající se vzdělání – předpokládá se větší samostatnost a zodpovědnost studentů, což může u těchto jedinců tvořit problém (Wolraich et al., 2005). Často naopak ubývá hyperaktivity, mohou být přítomny spíše pocity neklidu, nadměrná hlučnost a vyšší motorická aktivita; symptomy tak mohou častěji být „zamaskovány“ symptomatikou jiné, event. komorbidní poruchy. Adolescenti s poruchou aktivity a pozornosti často působí jako emočně nezralí, preferují společnost mladších dětí či dospělých tolerujících jejich problém, jsou výbušní, jejich afekty často intenzitou neodpovídají situaci; snadno bývají frustrováni, odkládají úkoly, a pokud již začnou, snadno ztratí pozornost. Dospívající sami často přítomnost příznaků poruchy aktivity a pozornosti popírají, stanovení diagnózy je obtížnější i vzhledem k větší samostatnosti jedince, většímu „úniku“ dohledu rodičů, střídání učitelů ve škole apod., informace je tedy třeba získávat z více zdrojů (Wolraich et al., 2005).

Léčba

Léčba hyperkinetických poruch je zkoumána již několik desetiletí. Uplatňuje se jak psychosociální intervence (spolupráce s rodiči a se školou, kognitivně-behaviorální terapie apod.), tak léčba farmakologická. K neúčinnějším preparátům v léčbě hyperkinetických poruch patří psychostimulancia, v našich podmínkách pak metylfenidát, který je užíván i při léčbě dospívajících. V dospívání je však častěji pozorováno vysazení léčby samotným pacientem, přičemž zahájení léčby metylfenidátem v adolescenci je spíše vzácné; důležité je proto

Tabulka 3. Doporučený algoritmus léčby poruch chování (Kutcher et al., 2004)

- psychosociální intervence
- risperidon v minimální doporučené dávce
- dle efektu a nežádoucích účinků postupné navýšení dávky risperidonu k maximální doporučené dávce
- hospitalizace

Tabulka 4. Klasifikace hyperkinetických poruch

| MKN 10 | DSM-IV-TR |
|--|---|
| Hyperkinetické poruchy (F90) | Porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou (ADHD) |
| porucha aktivity a pozornosti (F90.0) | ADHD s převládající poruchou pozornosti |
| hyperkinetická porucha chování (F90.1) | ADHD s převládající hyperaktivitou a impulzivitou |
| | ADHD kombinovaný typ |

nalézt optimální způsob léčby (snadný způsob užívání, nepřítomnost nežádoucích účinků apod.). Bylo prokázáno, že užívání metylfenidátu nezvyšuje riziko vzniku závislosti, naopak tato medikace by měla riziko vzniku závislosti snižovat, v adolescenci však mohou být přítomna některá specifická rizika – např. riziko prodeje léku (Wolraich et al., 2005). V posledních letech je pozornost věnována retardované formě metylfenidátu, která odstraňuje nevýhodu užívaných psychostimulancií – krátký vylučovací poločas. Své uplatnění by mohl nalézt nejen při léčbě samotné poruchy aktivity a pozornosti, ale i v léčbě hyperkinetické poruchy chování či komorbidní závislosti na psychoaktivních látkách. Dalším preparátem, který bývá doporučován i jako lék první volby, je selektivní inhibitor reuptake noradrenalinu atomoxetin, tedy látka nepatřící do skupiny psychostimulancií. Perspektivní může být nejen při léčbě samotné poruchy aktivity a pozornosti, ale i komorbidit (drogová závislost, anxieta, tiky atd.). Doporučený postup léčby viz tabulka 5.

Při léčbě hyperkinetické poruchy chování se kombinuje léčba poruchy aktivity a pozornosti a léčba poruch chování (tabulka 6).

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek (F10–F19)

Další skupinou poruch, které mohou souviset s problémovým chováním u adolescentů, jsou duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Přestože název této kategorie obsahuje termín „poruchy chování“, nejsou tyto poruchy řazeny do kategorie poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci. Diagnostická kritéria poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek jsou totožná s kritérii pro dospělé.

U adolescentů se můžeme setkat se závislostí na psychoaktivních látkách, častějším problémem je intoxikace psychoaktivními látkami či jejich zneužívání. Právě adolescence je pro rozvoj abúzu kritickým obdobím. Vzhledem k tomu, že toto životní období je spojeno s vyšší tendencí experimentovat, ojedinělá zkušenost s užitím psychoaktivní látkou se objevuje u velkého množství adolescentů. Alarmující však je, že se experimentování s nimi posouvá do nižších věkových skupin. Vážný problém nastává tehdy, když jsou látky konzumovány pravidelně či ve větším množství. Prevalence poruch vyvolaných psychoaktivními látkami je u dětí a adolescentů 0,5–10 % (AACAP, 2004). U dětí a dospívajících je užívání návykových látek spojeno s některými specifickými riziky. Patří mezi ně větší vulnerabilita mozkové tkáně na

účinky látky, nižší dávky látek vyvolávající intoxikaci, vyšší riziko závažné otravy a nebezpečného jednání pod vlivem látky, rychlejší vznik závislosti, prodloužené trvání poruchy v dospělosti, závažnější formy poruch, vliv na psychosociální vývoj jedince, riziko agrese, delikvence a zvýšené riziko suicidálního chování (Griswold et al., 2008, Leslie et al., 2008, Ernst et al., 2008).

Etiologie

Na rozvoji návykových nemocí se podílí skupina rizikových a protektivních faktorů sociálních, psychologických a genetických – mezi rizikové faktory patří např. vyšší závislost na odměně, vyhledávání nových zkušeností a nebezpečí, vyšší míra agrese, sexuální zneužití a jiné traumatické události v minulosti, přítomnost jiné psychopatologie, užívání návykových látek rodiči atd. Výskyt návykových nemocí je často spojen s jinou psychiatrickou diagnózou – poruchami chování, hyperkinetickými poruchami (obzvl. hyperkinetickou poruchou chování), afektivními poruchami, úzkostnými poruchami (obzvl. sociální fobií a panickou poruchou), mentální bulimií atd (Deas a Thomas, 2002). Pacienti s poruchou aktivity a pozornosti mají vyšší riziko časnějšího vzniku poruch vyvolaných užíváním psychoaktivních látek, a také trvá déle čas do dosažení remise, vyšší je též riziko ostatních komorbidit. Význam vlivů prostředí postupně během vývoje klesá, naopak vliv genetických faktorů je zvažován v souvislosti s kontinuálním užíváním látek (Deas a Thomas, 2002).

Klasifikace

Klasifikace MKN 10 dělí psychoaktivní látky do těchto skupin: alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, jiná stimulantia, haluciny, tabák, těkavé látky, kombinace látek a jiné psychotropní látky (číslo 0–9 dle užití látky namísto x v tabulce). Při diagnostice poruch vyvolaných psychoaktivními látkami se využívá diagnostických kritérií stanovených pro dospělé pacienty, přičemž stav by neměl splňovat diagnostická kritéria jiné somatické či psychiatrické poruchy (tabulka 7) (Smolík, 2002). Amnestický syndrom a odvykací syndrom s deliriem nejsou u adolescentů typické (Nešpor, 2005).

Projevy jednotlivých poruch jsou závislé na typu látky, užívaném množství, na očekávaném efektu, na charakteristikách jedince a případně i přítomnosti další psychopatologie. U mladých lidí, užívajících psychoaktivní látky, bývají časté akutní změny nálad, kognice a chování (Griswold et al., 2008). Dále se může vyskytnout dezinhibice, letargie, hyperaktivita, agitace, somnolence či hypervigilance. Změny kognice mohou zahrnovat její narušení či změny v rozsahu pozornosti, změny nálad mohou sahat od deprese až k euforii. Častým rysem užívání návykových látek u adolescentů je zhoršení psychosociálního fungování a prospěchu – konflikty rodinné či interpersonální, akademické selhávání (AACAP, 2004)

Léčba

Obzvláště u rizikové populace má nezastupitelné místo prevence (soustavné a dlouhodobé interaktivní programy, práce na motivaci, spolupráce s rodiči, možnost co nejdříve zahájení léčby). Dospívající jsou si oproti dospělým méně často vědomi významu léčby pro další vývoj. Při léčbě je důležité brát v úvahu vývojový stupeň jedince i případný výskyt komorbidit. Využívá se psychosociální intervence (rozvíjení dovedností potřebných pro život, podpora žádoucích vrstevnických vztahů, rodinná psychoterapie, individuální i skupinová psychoterapie zaměřená na řešení reálných problémů současnosti apod.). Farmakoterapie poruch vyvolaných psychoaktivními látkami nebyla doposud u dospívajících uspokojivě zkoumána, své uplatnění by podobně jako u dospělých mohla nacházet především při řešení odvykacích syndromů (clomethiazol, benzodiazepiny, antipsychotika, spasmolytika, buprenorfin atd.), intoxikací (naloxon, flumazenil), toxických psychóz (antipsychotika), vhodné by také mohlo být užití senzitivizujících léků (disulfiram) či látek snižujících ch craving/bažení (acamprosat, event. naltrexon) nebo substitučních preparátů (metadon, buprenorfin, kombinace buprenorfinu s naloxonem) (Nešpor, 2005). Farmakoterapie se využívá i při léčbě komorbidních poruch – látky ovlivňující hyperkinetické poruchy, antidepresiva, atypická antipsychotika, thymostabilizéry atd (Waxmonsky a Wilens, 2005, AACAP, 2004).

Tabulka 5. Doporučený algoritmus léčby poruchy aktivity a pozornosti (Drtílková et al., 2006)

- metylfenidát nebo atomoxetin a psychosociální intervence
- záměna metylfenidátu za atomoxetin nebo naopak a psychosociální intervence
- antidepresivum (imipramin, nortriptylin, bupropion) a zintenzivnění psychosociální intervence

Tabulka 6. Doporučený algoritmus léčby hyperkinetické poruchy chování (Drtílková et al., 2006)

- metylfenidát a psychosociální intervence
- přidání risperidonu, ev. jiného atypického antipsychotika v minimální dávce a psychosociální intervence
- risperidon, ev. jiné atypické antipsychotikum v monoterapii nebo atomoxetin a zintenzivnění psychosociální intervence

Tabulka 7. Klasifikace duševních poruch a poruch chování vyvolaných užíváním psychoaktivních látek dle MKN 10

| | |
|---|--|
| Akutní intoxikace (F1x.0) | <ul style="list-style-type: none"> – jasný důkaz o stávajícím užívání psychoaktivní látky v dostatečně vysokých dávkách – příznaky odpovídají známým účinkům látky |
| Škodlivé užívání (F1x.1) | <ul style="list-style-type: none"> – jasný důkaz, že požití látky je odpovědné za fyzické nebo psychické poškození – jasně prokazatelný a specifikovaný typ poškození – projevy trvají nejméně 1 měsíc nebo se vyskytují opakovaně během 1 roku |
| Syndrom závislosti (F1x.2) | <ul style="list-style-type: none"> – alespoň 3 projevy trvají nejméně 1 měsíc nebo se vyskytují opakovaně během 1 roku – silná touha získat látku – zhoršená schopnost sebeovládání ve vztahu k užívané látce – patofyziologické projevy odvykacího stavu po redukci nebo vysazení látky – tolerance k účinku látky – zaujetí užíváním látky s redukcí jiných důležitých aktivit – užívání trvá navzdory jasnému důkazu škodlivých následků |
| Odvykací stav (F1x.3) | <ul style="list-style-type: none"> – jasný důkaz přerušeni užívání či redukce dávky po dlouhodobém užívání – příznaky odpovídají známým projevům odvykacího stavu u určité látky |
| Odvykací stav s deliriem (F1x.4) | <ul style="list-style-type: none"> – splněna dg kritéria pro delirium |
| Psychotická porucha (F1x.5) | <ul style="list-style-type: none"> – začátek psychotických příznaků do 2 týdnů po skončení užívání látky – trvání psychotických příznaků od 48 hodin do 6 měsíců |
| Amnestický syndrom (F1x.6) | <ul style="list-style-type: none"> – zhoršení paměti (krátkodobé a dlouhodobé) – není defekt bezprostřední paměti, delirium či demence |
| Psychotická porucha reziduální nebo s pozdním začátkem (F1x.7) | <ul style="list-style-type: none"> – některý z níže uvedených projevů – flashbacky (epizodické reminiscence) – porucha osobnosti nebo chování dle kritérií organické poruchy osobnosti – reziduální porucha nálady dle kritérií organické poruchy nálady – demence – jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí – psychotická porucha s pozdním začátkem (začínající po 2 týdnech po ukončení užívání) |

Závěr

Ze základního přehledu problémového chování adolescentů je tedy patrné, že poruchy chování i další zmíněné diagnózy tvoří složitou, komplexní a související problematiku, se kterou se setkávají nejen pedopsychiatři, ale velmi často i neurologové. Důležité je uvědomit si, že každá z těchto poruch tvoří samostatnou diagnózu se

svébytnou diagnostikou i způsobem léčby, které by měly v optimálním případě probíhat v pedopsychiatrické ambulanci nebo na specializovaném oddělení. Na prevenci problémového chování se však velmi často podílí právě neurologové či jiní odborníci, kteří mohou tvořit jednu z prvních linií záchytu těchto poruch a jejich povědomí o této problematice pak může ovlivnit to, jakým způso-

bem se bude další péče o adolescenty s problémovým chováním odvíjet.

MUDr. Markéta Žáčková
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
e-mail: mzackova@fnbrno.cz

Literatura

1. AACAP: Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 609–621.
2. Albayrak O, Friedel S, Schimmelmann BG, et al. Genetic aspects in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Neural Transm* 2008; 115: 305–315.
3. American psychiatric association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th Edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association 2000.
4. Borst SR, Noam GG, Bartok JA. Adolescent suicidality: a clinical-developmental approach (Abstract). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30: 796.
5. Connor DF, McLaughlin TJ, Jeffers-Terry M. Randomized Controlled Pilot Study of Quetiapine in the Treatment of Adolescent Conduct Disorder (Abstract). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2008; 18: 40.
6. Deas D, Thomas S. Comorbid psychiatric factors contributing to adolescent alcohol and other drug use. *Alcohol Research and Health* 2002; 26, 2: 116–121.
7. Dřílilková I, Hrdlička M, Paclt I. Hyperkinetické poruchy u dětí. In: Raboch J, Anders M, Praško J, Hellerová P. Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II. 141–151.
8. Dřílilková I, Šerý O. Hyperkinetická porucha/ADHD. Praha: Galén, 2007; 268 s.
9. Ernst M, Luckenbaugh DA, Moolchan ET, et al. Behavioral predictors of substance-use initiation in adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2006; 117: 2030–2039.
10. Griswold KS, Aronoff H, Kernan JB, et al. Adolescent substance use and abuse: recognition and management. *Am Fam Physician* 2008; 77: 331–336.
11. Ipser J, Stein DJ. Systematic review of pharmacotherapy of disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Psychopharmacology* 2007; 191: 127–140.
12. Jensen PS, Buitelaar J, Pandina GJ, et al. Management of psychiatric disorders in children and adolescents with atypical antipsychotics: a systematic review of published clinical trials. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16: 104–120.
13. Karnik NS, McMullin MA, Steiner H. Disruptive behavior: conduct and oppositional disorders in adolescents. *Adolesc Med Clin* 2006; 17: 97–114.
14. Leslie K. Youth substance use and abuse: challenges and strategies for identification and intervention. *CMAJ* 2008; 178: 145–148.
15. Masi G, Milone A, Canepa G, et al. Olanzapine treatment in adolescents with severe conduct disorder. *European Psychiatry* 2006; 21: 51–57.
16. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 179 s.
17. Nešpor K. Návyková rizika u dětí a dospívajících. In: Hort V, Hrdlička M, Kocourková J. Dětská a adolescentní psychiatrie. Praha: Portál, 2005; 492 s.
18. Paclt I, et al. Hyperkinetická porucha a poruchy chování. Praha: Grada 2007; 240 s.
19. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy. Praha: Maxdorf 2002; 506 s.
20. Waxmonsky JG, Wilens TE. Pharmacotherapy of adolescent substance use disorders: a review of the literature. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2005; 15: 810–825.
21. Wolraich ML, Wibbelsman CJ, Brown TE, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder among adolescents: a review of the diagnosis, treatment, and clinical implications. *Pediatrics* 2005; 115: 1734–1746.