

Diferenciální diagnostika u psychických poruch v adolescenci – kdy odeslat adolescenta do psychiatrické ambulance?

MUDr. Petra Uhlíková

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Diagnostické rozvahy u dospívajících komplikuje prolínání symptomů duševních poruch a vývojových změn. K obtížnosti oboru přispívá i absence doporučených postupů a diagnostických kritérií pro dětský věk a nedostatek psychotropik schválených pro použití v dětském věku.

Klíčová slova: dětská a dorostová psychiatrie.

Differential diagnosis for mental disorder in adolescence – when to send adolescent to psychiatric examination?

Diagnostic deliberations in adolescents are complicated by overlapping symptoms of mental disorders and developmental changes. The absence of guidelines and diagnostic criteria for child's age and lack of psychotropic drugs approved for use in children contribute to the complexity of this specialization.

Key words: child and adolescent psychiatry.

Pediatr. praxi 2012; 13(6): 369–371

Úvod

Adolescence navazuje plynule na období puberty, začíná pohlavní zralostí a končí fyzickou, psychickou, sociální a ekonomickou nezávislostí jedince. V jejím průběhu se rozvíjí hypoteticko-deduktivní myšlení, mění se emoční prožívání, probíhá vývoj identity jedince, uvědomění si vlastních hodnot, postojů a cílů a rozvoj schopnosti nakládat se svobodou a odpovědností. Adolescence je také obdobím zvýšeně rizikovým z hlediska vzniku psychických onemocnění. K nejzávažnějším patří psychotické a afektivní poruchy a poruchy příjmu potravy. Průběh a symptomatika těchto poruch se mohou lišit od průběhu v dospělosti a počínající fáze onemocnění mohou splývat s vývojovými změnami.

Psychiatrické vyšetření dospívajícího

Pedopsychiatrické vyšetření by mělo kromě vlastního vyšetření (strukturované nebo semi-strukturované interview, pozorování) obsahovat také podrobný odběr anamnézy, pohovor s rodiči, případně dalšími osobami, které mohou poskytnout objektivní údaje. Je vhodné využít i odpovídající dotazníky a hodnotící škály s přihlédnutím k věku a stupni vývoje vyšetřovaného dítěte. Ke stanovení psychiatrické diagnózy bývá nezbytné psychologické vyšetření, zaměřené na posouzení intelektu, struktury osobnosti a kvantifikování jednotlivých symptomů. Často není možné stanovit jednoznačně hranici mezi normálním a patologickým chováním a prožívá-

ním bez komplexního zhodnocení včetně posouzení psychosomatického a sociálního vývoje jedince. Řada psychopatologických příznaků není specifická pro určité onemocnění a může se objevit u intoxikací, neurologických, metabolických, endokrinologických poruch nebo může být reakcí na závažnou sociální patologii, disharmonické rodinné zázemí, zneužívání nebo týrání.

Součástí komplexního vyšetření dospívajícího by mělo být somatické vyšetření (pediatrické, neurologické, toxikologické), zaměřené na vyloučení organické příčiny poruchy a posouzení somatického vývoje.

Vždy je nutné zhodnotit kromě samotných příznaků také okolnosti jejich vzniku, trvání a vývoj, premorbidní stav pacienta a další širší souvislosti, osobnost rodičů, emoční klima rodiny, příležitost ke vzdělání a další (1).

K normální adolescenci patří intenzivní emoční prožívání, labilita, výraznější výkyvy nálad, prudší afekty. Mění se kvalita myšlení, rozvíjí se myšlení hypoteticko-deduktivní, je typická hloubavost, sklon ke snění, úniky do fantazie, pseudofilozofování, experimentování s různými teoriemi a názory v rámci vývoje identity jedince, který probíhá od fáze difúzní identity, snadno ovlivnitelné vrstevníky, přes experimentování s identitou až k vytvoření trvalé, konzistentní a odolné identity dospělého jedince. V sebehodnocení je vnitřní nejistota maskována radikálními postoji, neústupností, snahou po originalitě a odlišnosti. Dospívající bývá ve vztahu k dospělým uzavřenější, ve svém chování im-

pulzivní, nepředvídatelný a silně vztahovačný, v sebehodnocení závislý na vrstevnících (2).

Dochází ke změně spánkového režimu, od sunu usínání do pozdních hodin, neschopnosti včas vstát, dospívání o víkendech (3).

Závažné psychiatrické poruchy v dospívání

Schizofrenie v dětství a adolescenci

Až 60 % schizofrenií vznikne mezi 10. a 25. rokem věku, do 10. roku věku vzniká 1 % schizofrenních poruch. Těmto onemocněním u dospívajících často předchází nespecifické příznaky, jako je neadekvátní vztah k realitě, nadměrná hloubavost, narušení vztahů k lidem v okolí, k vrstevníkům, nezáměr o druhé pohlaví, citová plochost a zhoršení emoční kontroly, neschopnost empatie, kognitivní zhoršení, pokles soustředění, zájmů, únava, depresivní ladění, suicidální úvahy, pocity lhostejnosti a nezájmu. U adolescentů se častěji objevuje astenický syndrom, charakterizovaný sníženou výkonností, nespavostí, bolestmi hlavy, únavou, pocity prázdnoty, nesoustředěností, rozvíjí se anhedonie a amotivační syndrom, který je příčinou neschopnosti vyvíjet jakoukoli aktivitu.

V prodromálních stádiích může být diagnóza obtížná, klinický obraz se často podobá adolescentní krizi, depresivní poruše, bipolární poruše, poruchám osobnosti a poruchám spojeným s užíváním návykových látek. Velmi komplikovaná je diferenciálně diagnostická úvaha v případě komorbidního užívání návykových

Tabulka 1. Symptomy, které by měly vést k podezření na počínající duševní onemocnění u dospívajících (zvýrazněné symptomy jsou závažné)

Symptom	Schizofrenie	Poruchy nálady	Návykové látky	Poruchy příjmu potravy	Zdravý adolescent
Agresivita	+	-	+	-	-
Sebepoškozování	+	+	+	+/- (častěji u bulimie)	-
Suicidalita	+	++	+/-	+/-	-
Změna aktivity	ochuzení	+/-	+/-	+/- (hyperaktivita)	+/-
Změny emotivity	ochuzení	labilita	labilita	+/-	labilita
Zhoršení ve škole	+	+	+	+/- (perfekcionismus)	+/-
Změna myšlení	++ (bludy, paranoidita, ochuzení, rozvolněné asociace, pseudofilozofování)	+/-	+ (bludy, paranoidita)	+/- (zaujetí životním stylem)	+ (pseudofilozofování)
Změna vnímání	++ (halucinace, iluze)	+/-	+	-	-
Porucha soustředění	+	+	+	+	+/-
Somatické stesky	+	+	+	++	-
Sociální stažení	+	+/-	+/-	+/-	-
Změny spánkového režimu	+	+	+	+/-	+
Pokles hmotnosti	-	+	+	+/- (stagnace vývoje)	-

látek a počínající psychotické poruchy, kdy je nutné zvažovat i rizika vzniku toxické psychózy. K rozvoji typických příznaků schizofrenních onemocnění (halucinace, bludy, zárazy a inkoherece myšlení, katatonní příznaky, oploštění emotivity, ztráta zájmů a sociální stažení) může dojít až po řadě týdnů a měsíců (4).

Léčba schizofrenie je komplexní proces, zahrnující farmakoterapii a psychoterapii, zejména psychoedukaci zaměřenou na léčbu a odpovídající životní styl včetně abstinence od návykových látek. Cílem léčby je kromě odstranění symptomů nemoci také obnovení a nácvik sociálních dovedností a maximální zachování kognitivních schopností. Pro léčbu schizofrenie dětí a dospívajících od 15 let jsou schválena pouze dvě antipsychotika 2. generace (risperidon, aripiprazol). Prognóza psychotického onemocnění je tím horší, čím delší je doba od prvních příznaků do zahájení léčby.

Afektivní poruchy u dospívajících

Deprese se vyskytují asi u 4–8 % dospívajících, po ukončení puberty jsou častější u dívek. Adolescenti v porovnání s dospělými pacienty nemívají typická ranní pesima a smutnou náladu, spíše se objevují propady nálady během dne, bývají podráždění, agitovaní, hyperaktivní, mívají pocity vnitřní tenze nebo naopak apatie a nudy a řeší je rizikovými aktivitami, užíváním návykových látek, střídáním partnerů, které zvyšují pocity viny a zhoršují sebehodnocení a depresivní prožívání. Jsou časté somatické a vegetativní příznaky, z nichž nechutenství a pokles váhy může mylně vést k podezření na poruchy příjmu potravy. Odlišení může být složité, protože častou komorbiditou poruch příjmu potravy

je porucha nálady. Obtížné může být odlišení afektivní a schizofrenní poruchy, až u 40 % depresivních adolescentů se vyskytnou sluchové halucinace, náboženské a paranoidní bludy a naopak u více než 50 % adolescentů se schizofrenií počáteční příznaky onemocnění splňují kritéria poruchy nálady. K závažným a obtížně diagnostikovatelným poruchám v dospívání patří bipolární afektivní porucha, 20 % těchto onemocnění má první příznaky už v adolescenci, kdy se kromě typického střídání nálad objevují častěji než v dospělosti psychotické příznaky a rychlejší přesmyky fází deprese a mánie.

Z moderních antidepresiv je pro léčbu deprese v dětském věku indikován fluoxetin, off label lze použít i další antidepresiva ze skupiny SSRI. U všech je nutné cílené sledování možných nežádoucích účinků. V léčbě bipolární poruchy jsou používány stabilizátory (lithium od 12 let) a antipsychotika 2. generace.

Poruchy příjmu potravy u dospívajících

Prevalence mentální anorexie u dívek je celosvětově 0,3–1 %, u mentální bulimie 1–3 %, některá kritéria mentální bulimie splňuje v ČR až 15 % dospívajících. V období dospívání jde o třetí nejčastější psychiatrické onemocnění s úmrtností dvakrát vyšší ve srovnání s ostatními psychiatrickými pacienty a desetkrát vyšší v porovnání se zdravou populací.

Stanovení diagnózy poruchy příjmu potravy je u dítěte složitější než u dospělých, je zde řada odlišností v průběhu onemocnění a ne vždy lze použít diagnostická kritéria pro dospělé.

Amenoreu nelze u dětí v prepubertálním věku použít jako diagnostický příznak, není nutný pokles váhy, ale nedostatečná výživa se může

projevit zpomalením nebo zástavou somatického vývoje, který snáze uniká pozornosti. Dospívající si častěji stěžují na somatické obtíže a mnohem častěji se snaží příznaky popírat, proto nelze spoléhat na sebesposuzovací dotazníky a škály. U dospívajících lze obtížněji zjistit nespokojenost s vlastním tělem i další emoce, které jsou pro poruchy příjmu potravy typické v dospělém věku.

Následky poruch příjmu potravy jsou závažnější v případech, kdy zasahují do vyvíjejícího se organismu a mohou být celoživotní, např. menší vzrůst a infertilita. Čím je pacient mladší, tím nastává vyhubnutí a dehydratace rychleji, dochází k hypochloremii a hypokalemii, která se projevuje spavostí, svalovou slabostí, bradykardií, arytmií a může vést k zástavě srdce. V krevním obraze může být anémie, leukopenie, trombocytopenie. Puberta bývá opožděna, osteoporóza vzniká dříve, často již ve druhém roce po vzniku základního onemocnění.

Úmrtnost při poruchách příjmu potravy v dětském věku se uvádí 3 %, vznik onemocnění v prepubertálním věku má horší prognózu.

Čím je dítě mladší a psychicky nezralejší, tím je jeho spolupráce v léčbě a náhled na chorobnost stavu horší a tím víc odpovědnosti leží na okolí dítěte. Léčba vychází stejně jako u dospělých z technik kognitivně behaviorální psychoterapie. Podle evropských standardů je léčbou volby pro adolescentní pacientky s mentální anorexií rodinná terapie. Pro pacienty s mentální bulimií je nejlépe hodnocena adaptovaná kognitivně behaviorální terapie s účastí rodiny. Farmakoterapie je doporučována pouze u pacientů, kde jde o život ohrožující stavy, nebo u atypických forem onemocnění

nebo tam, kde je přítomna komorbidní depre-sivní porucha (5).

Sebepoškozování je charakterizováno jako záměrné poškození tělesné integrity bez vě-domého a cíleného záměru zemřít. Nejedná se o diagnostickou jednotku, jako patologický projev se vyskytuje u poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, závislostí, může být přítomno u mentální retardace. Objevuje se v řadě forem, může jít o škrábance, pálení, polykání léků nebo předmětů, vyškubávání vlasů. Motivem bývá vztek na sebe, ziskem je úleva od napětí. Tato forma sebepoškozování má ráz návykové poru-chy, provází je manipulativní projevy, nutkavost, craving, v kolektivech dospívajících může mít ráz psychické nákazy. Prevalence u psychiat-rických adolescentních pacientů je až 60 %. Odlišit jednoznačně sebepoškozování, které nesouvisí se suicidální aktivitou, nelze, až 85 % sebepoškozujících skutečně alespoň 1x suici-dální pokus (6). Záměrné a opakované naruše-ní tělesné integrity by mělo být vždy důvodem pro psychiatrické vyšetření. Akutní by mělo být vyšetření pacienta se sebepoškozováním a další psychopatologií nebo psychiatrickou anamné-zou. Výjimkou je kulturně akceptovatelné a vše-obecně tolerované sebepoškozování, pokud je přiměřené věku a sociální skupině a není prová-zené další psychopatologií. V případě konvenční-ho sebepoškozování (tetování, piercing, iniciační rituály, magická ochrana atd.) je nutné zvážit širší sociální souvislosti (víra, kulturní, etnické zázemí, příslušnost k zájmové skupině, jejíž ideologie zahrnuje sebepoškozování), motivaci k tomuto chování, vztah k bolesti a přítomnost symptomů duševního onemocnění.

Suicidální chování nepředstavuje samo-statnou nosologickou jednotku, jde o syndrom, který může být součástí různých onemocnění. Zahrnuje suicidální myšlenky, plány, tendence,

pokus a dokonané suicidium. Suicidální pro-klamace je vždy nutno brát vážně, i když jsou zřejmé účelové nebo demonstrativní tendence. V adolescenci je sebevražedný pokus nejčastěj-ším důvodem pro urgentní psychiatrické vyšet-ření a suicidium je druhou nejčastější příčinou úmrtí v tomto věku. Rizikovými faktory pro se-bevražedné chování jsou disharmonické rodinné prostředí, sociální izolovanost mezi vrstevníky, snížené hodnocení, zvýšená impulzivita, depre-sivní projevy, sklon k užívání alkoholu a drog, nechtěné těhotenství a také předcházející sui-cidální pokus (7).

Závěr

V případě pochybností, zda je pedopsychi-atrické vyšetření indikované, je vždy lepší do-spívajícímu pacientovi psychiatrické vyšetření doporučit. Jde o vyšetření neinvazivní, které adolescenta ani jeho rodiče nijak nezatěžuje a neohrožuje. Riziko stigmatizace jedince psy-chiatrickou péčí a případně diagnózou je ne-srovnatelně méně nebezpečné pro jeho další vývoj v porovnání s riziky neléčeného duševního onemocnění.

K nejzávažnějším příznakům, které v dospí-vání vyžadují psychiatrickou intervenci, patří ja-kékoli formy agrese, včetně suicidálního chování, účelového vyhrožování, sebepoškozování a ag-rese vůči věcem nebo zvířatům. Symptodem psychického onemocnění mohou být i méně nápadné projevy, jako jsou změny chování a myšlení, režimu spánku, zájmů a vztahů s vrstevníky, zhoršení školního výkonu, soustředění, výkyvy nálady. Patologické může být i v dospívání chy-bění vývojové změny, například stagnace osob-nostního vývoje a setrvávání ve stadiu difúzní identity. Symptodem duševního onemocnění mohou být i proměnlivé a nespecifické soma-tické příznaky, polymorfní stesky, bolesti bez

zjevné příčiny, únava, změna váhy. V některých případech nelze diferenciatně diagnosticky roz-hodnout bez dlouhodobého sledování vývoje symptomů.

Důvodem pro nedobrovolnou hospitalizaci na psychiatrii je u dospívajících stav, kdy jedinec bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí. V tomto případě lze adolescenta hospitalizovat v situaci, kdy nesouhlasí ani on ani jeho zákonní zástupci. Pokud psychický stav jedince bezpro-středně neohrožuje a hospitalizaci nebo psychi-atrické vyšetření si přejí pouze rodiče, je vhodné posoudit také názor dospívajícího, stupeň jeho psychické zralosti a jeho schopnosti posoudit dosah svého rozhodnutí. Vyšetření by mělo být komplexní, vedené dětským a dorostovým psychiatrem.

Literatura

1. Hort V, Hrdlička M, Kocourková J, Malá E. Dětská a ado-lescentní psychiatrie. Praha: Portál 2000: 492 s.
2. Vágnerová M. Vývojová psychologie. Praha: Portál 2000: 522 s.
3. Nevšímalová S, Šonka K. Poruchy spánku a bdění. Praha: Galén 2007: 345 s.
4. Malá E. Schizofrenie v dětství a adolescenci. Praha: Gra-da Publishing 2005: 194 s.
5. Papežová H. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Gra-da Publishing 2010: 424 s.
6. Malá E. Dítě a stres. Praha: Tigis 2007: 143 s.
7. Koutek J, Kocourková J. Sebevražedné chování. Praha: Portál 2003: 127 s.

Článek doručen redakci: 8. 10. 2012

Článek přijat k publikaci: 18. 11. 2012

MUDr. Petra Uhlíková

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11, 121 08 Praha 2
petra.uhlikova@vfn.cz
