

METYLFENIDÁT V LÉČBĚ ADHD – 10 LET AMBULANTNÍCH ZKUŠENOSTÍ S LÉČBOU

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance, Olomouc

Práce hovoří o zkušenostech s metylfenidátem v léčbě ADHD (hyperkinetická porucha), získaných za 10 let práce v ambulanci. Popisuje cestu od opatrných kroků na počátku k běžné preskripci metylfenidátu v současnosti. Metylfenidát byl použit v monoterapii i v lékové kombinaci. Práce je doplněna kazuistikami.

Psychiat. pro Praxi 2008; 9(6): 285–289

Úvod

Hyperkinetická porucha (ADHD) je dlouhodobé onemocnění dětského věku, které zahrnuje deficit pozornosti, hyperaktivitu a impulzivitu. Příčinou nemoci je alterace dopaminergního a noradrenergního systému především v prefrontálním kortexu. Výsledkem nemoci je porucha exekutivních funkcí, která se projevuje poruchou učení – jak ve vztahu ke vzdělávání, tak ve vztahu k sociálnímu učení.

Dříve se léčba zaměřovala na zklidnění hyperaktivity a dětem byla ordinována především neuroleptika. Vstup stimulancií do léčby otevřel cestu novému pohledu na nemoc. Cílem je zlepšení exekutivních funkcí mozku, především řízení pozornosti, řízení organizace aktivní činnosti a zlepšení využití pracovní paměti. Zlepšení pozornosti může vést ke zklidnění hyperaktivity. Doposud je na našem trhu k dispozici pouze metylfenidát s krátkodobým působením, který vydrží v těle dítěte maximálně 3 hodiny. Efekt metylfenidátu je prakticky okamžitý, což akceptuje především okolí pacienta. Obvykle je podávána 1–2 tbl. denně, ale výjimečně není podání 3–4 dávek/den.

Vlastní zkušenosti

Dětská ambulance začala ošetřovat první pacienty v roce 1996, úvazek lékaře v pedopsychiatrické praxi činil 0,8. Rekapitulace výsledků a okolností léčby v desetiletém období (1996–2006) nám umožnila sumarizovat určité zkušenosti, které diagnostický manuál nezahrnuje a které mohou poskytnout praktické informace kolegům v praxi.

Podávání stimulancií dětem s ADHD bylo v roce 1996 velmi skromné a velmi opatrné. Vzhledem k tomu, že stimulancia v léčbě hyperkinetických dětí odmítali nebo přinejmenším nelibě komentovali někteří odborníci blízkých profesí (psychologové, neurologové, atd.), provázela první preskripci léku nejistota, jak je budou přijímat právě oni. Samozřejmě jsme očekávali také možné negativní komentáře ze strany rodičů. Nedostatek publikovaných zkušeností s tímto přístupem v ČR nám neskýtal víc jistot, a tak nám nezbyvalo, než uklidnit rodiče ujištěním, že zahraniční

literární zdroje uvádějí, že je tato léčba odpovídající, bezpečná a prospěšná.

Výsledky se celkem brzo dostavily a je nutné poznamenat, že první pacient užíval lék od svých 10 do 16 let a vrátil se k užívání léku v posledním ročníku učňovského vzdělávání.

Zvýšení počtu léčených v posledních letech pozitivně ovlivnila dobrá spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou a přednášková aktivita pro pedagogy v regionu. Zdá se, že porozuměli tomu, jak se liší poruchy chování, které zahrnují ignorantní vystupování a nerespektování autorit často výchovně podmíněné od skutečných příznaků ADHD. Základním školám byly distribuovány edukační materiály o příčinách a souvislostech poruch chování u dětí. Zvyšování preskripce může dokumentovat spokojenost s léčbou, protože víc dětí zůstává v léčbě dlouhodobě.

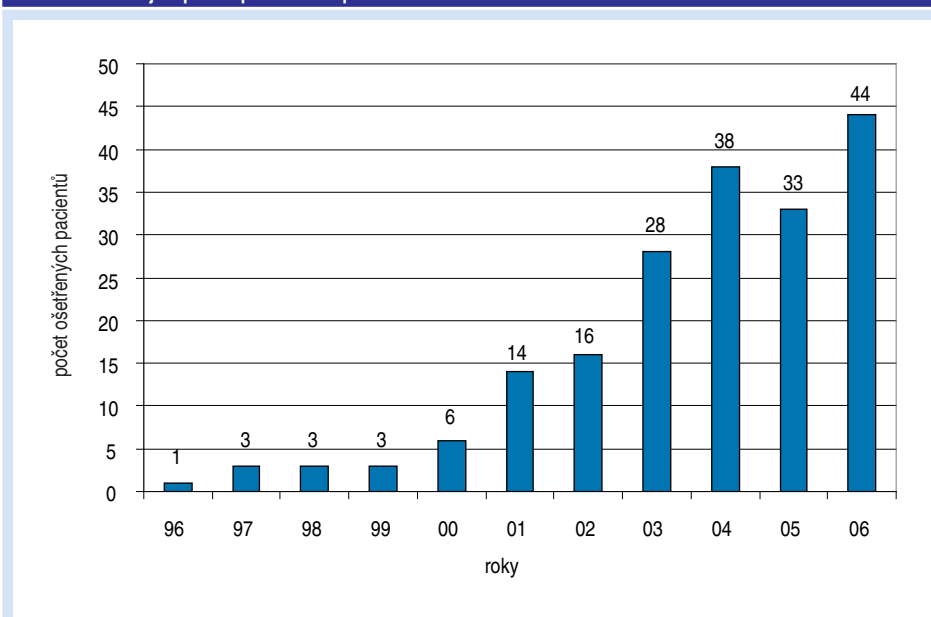
Diagnostika

Do ambulance přicházely děti nejčastěji kolem 10.–11. roku věku (tabulka 1), přitom projevy ADHD lze diagnostikovat a adekvátně léčit mnohem dříve!

Znamená to, že rodiče sami příznaky nemoci nezachytí. Domnívají se, že je dítě jen nadměrně živé a zlobivé. Temperamentové rysy zvažuje na počátku školní docházky rovněž učitelka. Pokud není o projevech ADHD dostatečně informována, hledá nejružnější vysvětlení pro zvláštní chování dítěte. Nejednou si rodiče postesklí, že jim učitelka sdělila, že je jejich dítě divoké proto, že ho dostatečně nemilují. Reakce v podobě zhoršeného vztahu mezi rodiči a pedagogem je po takovém vyjádření nabíledni. Zvýšit v rodiči pocity viny za chování hyperaktivního dítěte může vést u milujícího rodiče až k pocitům insuficience, viny a deprese.

V několika případech, zejména tehdy, kdy se dítě snažil diagnostikovat pedagog nebo školní psycholog, se rodiče setkali s podezřením, že je jejich dítě autistické, nereaguje běžným způsobem a má zvláštní, sociálně narušené chování. Diagnostické vyjasnění může přinést teprve lékařské vyšetření, proto je velmi důležité, aby diagnostické hodnocení prováděl dětský psychiatr a odboural tak všechny chybné diagnózy. Laické nebo ne zcela fundované diagnostikování může stigmatizovat nejen dítě, ale celou rodinu (kazuistika 1).

Graf 1. Narůstající počet pacientů v průběhu 10 let



Tabulka 1. Počet pacientů v jednotlivých letech, jejich průměrný věk, počet předepsaných balení

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1	3	3	3	6	14	16	28	38	33	44
9	15,33	10,33	10,50	10,20	10,16	10,65	11,10	10,66	11,39	11,47
1	16	10	9	25	47	49	74	143	153	218

Důležitým diagnostickým vodítkem je, aby byly projevy nemoci potvrzeny aspoň ve dvou sociálních prostředích - obvykle je to prostředí rodiny a školy. Už z pečlivě odebrané anamnézy, která často prokáže prenatální nebo perinatální patologii, lze získat cenné informace pro další diagnostický proces. Deficit pozornosti nebo hyperaktivitu může prokázat i vlastní klinické vyšetření. Dítě v průběhu vyšetření neposedí, válí se po křesle, sjíždí na zem, poskakuje, šplhá po nábytku, pobíhá. Zkušený dětský psycholog může potvrdit deficit pozornosti psychologickými testy.

V klinické ambulantní praxi není nezbytně nutné provedení neurologického nebo EEG vyšetření, ale není výjimkou, že tato vyšetření dítě absolvuje. Jde ovšem spíše o uklidnění rodiče, který se obává poškození struktury mozku dítěte. Abnormní nálezy obvykle registrují nezralost záznamu a maturační opoždění, ve většině případů ale nezachytí žádnou patologii.

Pokud byla hyperkinetická porucha chování konstatována u dítěte už v mateřské škole, snažíme se provést psychoedukaci rodičů a připravit je na možnost podávání vhodných léků od 6 let. Po dohodě s rodiči jsme někdy podali lék ještě před dovršením 6. roku věku. Většinou jsme se tak rozhodli tehdy, když byl zvažován odklad školní docházky pro hyperaktivitu, která byla jediným důvodem nezařazení dítěte do školy, zatímco jinak bylo dítě pro vzdělávání dostatečně zralé.

Nejčastěji děti přicházely k vyšetření kolem 10–11 let věku (tabulka 1). Zdá se tedy, že možným důvodem, proč se rodiče rozhodli hledat pomoc, byla spíše komorbidní porucha. V čase se k základní poruše (ADHD) přidává jiná psychická porucha. Objevuje se například komorbidita s poruchou chování (pozn. 40 % dětí má komorbiditu ADHD s poruchou chování opozičního vzoru). Zdá se, že teprve opoziční vzor dítěte vedl pravděpodobně k hledání řešení. Vzdr ovšem mohl signalizovat základní neschopnost dítěte zvládat studijní zátěž při těžkém deficitu pozornosti a exekutivních funkcí.

Léčba

Pokud byla ADHD jednoznačně diagnostikována a byla v takové intenzitě, že vyžadovala podání léků, byl doporučen metylfenidát.

Začali jsme s 5 mg ráno, těsně před odchodem do školy. U většiny dětí problém nebyl. Pokud se jednalo o děti mladšího školního věku, obraceli jsme se na třídní učitele, kteří byli většinou ochotni v léčbě pomoci, když měli naději, že se dítě ve škole zklidní. Dokonce u mladších dětí jedna ranní dávka 5–10 mg/den dostačovala.

U starších dětí bylo obvykle nutné podávat dávky dvě. Další dávku si vzaly děti samy o velké přestávce spolu se svačinou. U starších, kde to povolila škola, upozornila matka na další dávku prozvoněním mobilu, event. si dítě zajistilo časový signál na mobilním telefonu samo.

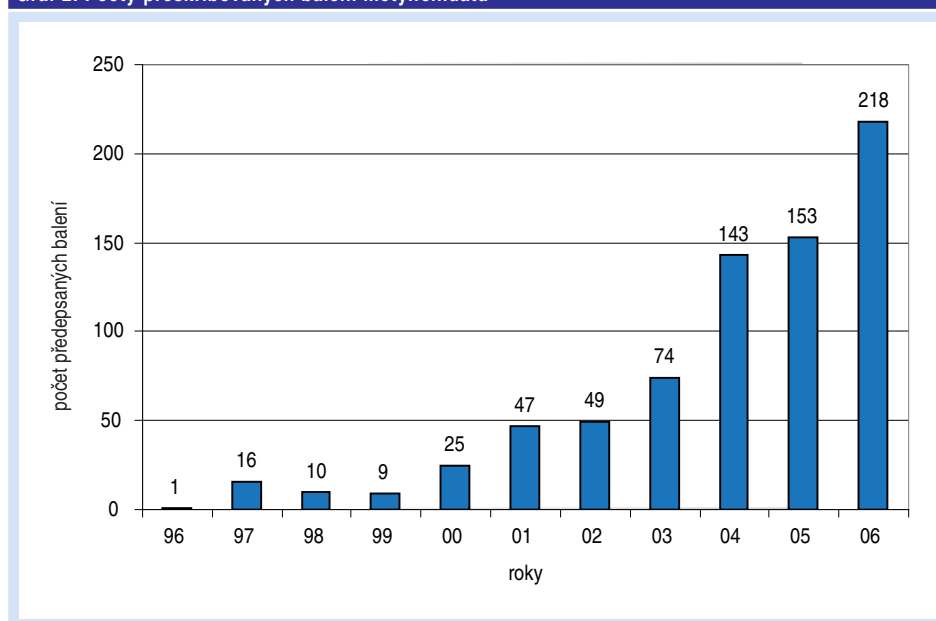
Spolupráce s učitelskými na prvním stupni ZŠ byla obvykle velmi dobrá. Jen výjimečně jsme se setkali s odmítnutím pomoci, kdy například učitelka prohlásila, že podání léku dítěti není její povinnost, je pouze v kompetenci rodiče. Z právního hlediska má pedagog pravdu, ale spolupráce by přinesla benefit všem - dítěti, učiteli i rodiči.

Metylfenidát byl podáván především tam, kde byl patrný deficit pozornosti. Byl také ordinován dětem hyperaktivním s impulzivním chováním ve škole. Pozitivní změna nastala obvykle záhy, což učitelky komentovaly slovy „je jako vyměněný, dobře spolupracuje, plní instrukce, nezapomíná...“

Zatímco byl metylfenidát nejčastěji ordinován ráno a dopoledne, některým pacientům byl podáván i odpoledne. Pokud dítě lék nemělo, pak nespokořovalo ani v kolektivních zájmových činnostech, rušilo a bylo třeba i z volnočasových aktivit vylučováno. V zájmu lepšího sociálního začlenění dítěte jsme tedy odpolední dávky považovali za smysluplné.

V několika případech byl metylfenidát podáván nejdříve ve večerní dávce. Byl úspěšný tehdy, kdy rodiče popisovali obtížné usínání jako zásadní problém. Uváděli, že dítě není schopné pro neustálý velký neklid usnout, hyperaktivita mu v usínání brání. Po medikaci došlo ke zklidnění a dítě usínalo dřív. Dnes by bylo zřejmě vhodnější využít mírně sedativního efektu atomoxetinu, ale v průběhu sledovaných let nebyl atomoxetin k dispozici (kazuistika 2). Maximální dávky na den nepřevyšily dávku 30–40 mg (pozn. maximální dávka je 60 mg/den).

Graf 2. Počty preskribovaných balení metylfenidátu



Nežádoucí účinky léčby

Nežádoucí účinky byly velmi mírné a nevedly k ukončení léčby. Nejčastěji se objevilo nechutenství. Zajímavé je, že si dítě na snížení chuti k jídlu samo nestěžovalo, ale matka například konstatovala: „nosí ze školy svačiny domů, asi je nejí, nemá chuť - dřív to nedělal...“

K vysazení došlo nejčastěji v souvislosti s nedostatečným efektem léku nebo vlivem nedostatečné spolupráce s dítětem, rodiči nebo školou.

Nevyskytly se jiné závažné okolnosti, které by vedly k vysazení medikace, jak uvádí literatura, například komplikace kardiovaskulární. Rozvoji závažných nežádoucích vedlejších účinků mohla ovšem zabránit naše terapeutická opatrnost. V odůvodněných případech, kdy jsme věděli, že je dítě v péči odborné ambulance např. pro vrozenou vývojovou vadu srdce, byt hemodynamické

ky nevýznamnou, jsme žádali specialistu o konzultaci a souhlas s nasazením léku. Smrtelné případy zmiňované zahraničními pracemi, které potvrzovaly kardiovaskulární riziko, jak současná literatura uvádí, byly většinou důsledkem léčby kombinované (např. metylfenidát a dexamfetamin v kombinaci) (2).

Dalším možným důvodem, který snížil frekvenci nežádoucích účinků, bylo obvykle víkendové vysazování léku. Rodiče byli ve většině případů ochotni podávat léky dítěti během školních dní, ale necítili žádnou potřebu ho uklidňovat o víkendech. Vzhledem ke známému „rebound fenoménu“, tedy výraznému zhoršení potíží v souvislosti s náhlým vysazením léku, je samozřejmě možné diskutovat o správnosti a opodstatněnosti takového postupu. Naším cílem ale bylo získat rodiče i dítě ke spolupráci, takže jsme považovali víkendové prázdniny za určitý kompromis. Zatím navíc není ukončena diskuze kolem negativního vlivu metylfenidátu na růst dítěte a víkendové nebo prázdninové vysazení léku bylo doporučováno některými literárními zdroji jako doba vhodná pro hormonální stimulaci a úpravu předchozího hormonálního deficitu somatotropinu, který se vázal na podávání metylfenidátu.

Komorbidity – kombinace léků

Převážná většina pacientů měla monoterapii. Pokud se objevila komorbidity, volili jsme kombinaci léků. Nejčastěji byl metylfenidát kombinován s atypickými antipsychotiky v případě poruch chování (např. chování opozičního vzoru), pokud rodiče s další medikací souhlasili. Postupovali jsme tak, že dítě užívalo metylfenidát během dne, tiaprid nebo risperidon večer. Použili jsme pro kombinaci nejnižší dávky uvedených léků, dokonce u nejmladších dětí jen poloviční dávky tablet nejnižšího obsahu. Překvapivě i tyto minimální dávky dostačovaly ke korekci chování u dětí mladšího školního věku.

Další nemocí byla tiková porucha, která se objevovala spolu s ADHD. Například metylfenidát v dávce 5 mg ráno tiky nevyvolával, ani je nezhoršoval, zatímco dávka 10 mg už byla někdy provázená zvýrazněním nebo objevením tiků. Z neurochemického hlediska bylo zcela pochopitelné, že vyšší nabídkou dopaminu v synapsi sice zlepšujeme cílové symptomy ADHD, ale vyšší koncentrací dopaminu v oblasti striata potencujeme tiky. I tady jsme si pomáhali kombinací s tiapridem nebo risperidonom, výjimečně jsme metylfenidát vysadili. V současnosti by byla na místě léčba non – stimulancií (atomoxetin).

Užívali jsme metylfenidát i v kombinaci s antidepressivy SSRI (fluvoxamin, sertralin), která jsme podávali opět jako večerní dávku. Kombinace byla prospěšná u dětí s ADHD, kteří měli současně úz-

kosti, event. byla úspěšná tam, kde byla výrazným příznakem impulzivita (kazuistika 3).

Efekt léčby

„Teď mě to ve škole víc baví, předtím jsem vůbec nevěděl, co se ve škole děje, teď vím, o čem paní učitelka mluví. Taky si víc zapisuji úkoly, takže nemám poznámky, že jsem nedonesl úlohy...“ Takové byly vlastní komentáře většiny dětí, které začaly s léčbou metylfenidátem. Záhy se dostavilo lepší začlenění do kolektivu třídy, protože dítě přestalo rušit kolektivní aktivity. Matky komentovaly zlepšení slovy, že se dítě do školy teď těší, zatímco dříve ho do ní nemohly dostat. Učitelky říkaly: „Je jako vyměněný, ve třídě dobře pracuje, neruší...“ Také nebyly výjimečné povzdechy učitelů – „okamžitě poznám, kdy si lék zapomněl vzít...“

Psychoedukace rodiny a často individuální setkání a pohovory s učiteli byly v mnoha případech prospěšné. Zvláště u dětí mladšího školního věku jsme se setkali s velkým porozuměním u jejich učitelů. Učitelé byli ochotni pomáhat a zastoupit rodiče v dohledu nad užíváním léku, pokud je děti braly až před vyučováním nebo během dopoledne.

Léčba nebyla na druhé straně úspěšná u všech léčených. Především tam, kde se u starších dětí kombinovala ADHD s poruchou chování, nebyly výsledky léčby tak přesvědčivé, jako u dětí mladšího školního věku. Někdy léčbu odmítaly, protože se cítily stigmatizovány užíváním léku ve škole, jindy na další dávku během dopoledne zapomínaly, takže efekt léčby nebyl přesvědčivý. Podobnou negativní zkušenost s léčbou metylfenidátem s krátkodobým působením zaznamenali i jiní autoři (1). Stimulans s prodlouženým účinkem, například metylfenidát s dlouhodobým uvolňováním, může být výhledově pro takové případy řešením.

Někdy jsme se setkali s kuriózními komentáři rodičů. Například nás jedna maminka překvapila s dotazem, zda by ona nemohla ten lék užívat místo syna - vyčetla si, že je vedlejším účinkem léku snížení chuti k jídlu a ona chce zhubnout! Nezaregistrovali jsme jediný případ zneužívání léku. Zdá se, že mladiství měli tendenci spíše lék nebrat, než dávky zvyšovat, eventuálně s lékem obchodovat.

Samostatnou kapitolou by bylo hodnocení spolupráce rodičů v léčbě. Pokud rodiče přicházeli pro léky zhruba dvakrát ročně, bylo zřejmé, že se snaží pouze zklidnit napjatou atmosféru ve škole kolem významných školních období (třídní schůzky, pololetí apod.). Pokud rodiče tvrdili, že jim opravdu vystačila dvě balení léku na celý půlrok, nepřímou demonstrovali svůj nezájem o skutečnou pomoc dítěti. Naštěstí bylo takových rodin mnohem méně než těch, které se opravdu snažily řádně spolupracovat.

Závěr

Desetileté zkušenosti potvrdily, že léčba metylfenidátem u dětí s ADHD může být bezpečná a úspěšná. Práce si nekladla za cíl přinést statistickou analýzu dat, nýbrž jen dokumentovat osobní zkušenosti pedopsychiatra s léčbou dětí s ADHD metylfenidátem. V mnoha případech dětem a rodinám lék pomohl a nás přesvědčil, že je skutečně vhodnou první volbou v léčbě.

Rozšíření současných možností o použití non-stimulancia atomoxetinu je dalším krokem v moderní terapii. Cíl léčby je jediný - zlepšit exekutivní funkce dítěte tak, aby bylo schopné adekvátně integrovat myšlení s emocemi a chováním, aby v dospívání a dospělosti snadněji a úspěšněji řídilo svůj život a našlo adekvátní místo ve společnosti.

Kazuistika 1

Dnes desetiletý chlapec, dostavil se do ambulance v době, kdy navštěvoval I. třídu ZŠ.

RA: Otec připouští, že byl v dětství podobný, také měl řadu poznámek za chování ve škole.

OA: I. gravidita fyziol., ale protrahovaný porod s použitím vakuum extraktoru.

Krátce fototerapie pro hyperbilirubinemii. PMV v normě, odmalička hodně živý. Navštěvoval logopedii pro poruchu artikulace. Měl mírné enuretické potíže ve dne, běžel na WC na poslední chvíli, někdy nestihl.

Rodina úplná, o 6 let mladší sestra. Výchovné přístupy se rodina snaží sjednotit, i když do výchovy mluví nejen rodiče, ale i matčina matka. Otec je spíše benevolentní, často služebně mimo domov, matka přísnější, snaží se být důsledná. Babička chlapce trvale napomíná.

Od 4 let byl zařazen do MŠ, kde neměl adaptační potíže, ale od počátku problémy se sebehprosazováním a horším začleňováním do kolektivu.

Od předškolního věku docházeli na rodinnou terapii k psychologce, poprvé psychiatricky vyšetřen v I. třídě ZŠ.

NO: Dostavili se vzhledem k tomu, že se problémy ve škole vystupňovaly natolik, že škola žádá řešení. Chlapec ve vyučování vykřikuje, mívá záchvaty vzteku, které se objevují vždy, když není s řešením úkolů první. Často učitelce oponuje, narušuje vyučování, svádí vinu na druhé, je neoblíbený, není ale agresivní. Chování ve škole je kolísavé, třeba dva dny je v pohodě, pak nastupuje zhoršení. Zapomíná a ztrácí věci, například aktovku se školními potřebami zapomene v šatně. O přestávkách běhá po chodbě, může se zranit.

Rodiče o jeho problémech dlouhodobě věděli. Matka poznala, že není schopen se adekvátně zařadit mezi vrstevníky, když měl 3 roky. Má ještě videozáznamy, z nichž je zřejmé, že se nebyl schopen přizpůsobit ani ve hrách. Skákal jinak než ostatní děti,

ve společných hrách je ruší. Toto chování pokračuje - nejen ve škole, ale i v atletice, kam ho zařadili.

Z psychologického vyšetření věděli, že má poruchu pozornosti a hyperaktivitu, také specifickou poruchu učení (psaní). Byli ale naprosto šokováni, když jim školní psycholožka oznámila, že má jejich syn dg. Aspergerův syndrom, a proto jim vyjedнала, aby přestoupil do speciální školy pro mentálně retardované a autistické děti.

Rozhodli se znovu kontaktovat PPP, psycholog - ku, souhlasili s pedopsychiatrickým vyšetřením.

Průběh: Pedopsychiatrické vyšetření nepotvrdilo přítomnost Aspergerova syndromu. Chlapec byl mnohmluvný, hyperaktivní, velmi dobrých intelektových schopností, v individuálním kontaktu plně přizpůsobivý. Byla doporučena medikace metylfenidátem, rodiče s ní ale souhlasili až po 5 měsících.

Po nasazení medikace došlo k výraznému zklidnění, nenosil poznámky, začlenil se ve škole. Tím však problémy neskončily. Ve 2. třídě byl sice lépe začleněn v kolektivu a chování bylo přizpůsobivější, nezlepšil se ale vztah mezi rodinou a školou. Další vyšetření v PPP prokázalo, že je chlapec vysoce nadprůměrně nadaný a měl by buď přejít do vyššího ročníku přímo (tedy „přeskočit ročník“), eventuálně jít do třídy velmi nadaných dětí. Koncem 2. třídy udělal skvěle přijímací zkoušky do takové třídy (s jazykovým zaměřením), kam v dalším školním roce nastoupil. Problémy s chováním se v nové třídě opět zhoršily. Ve škole nebyl spokojený, chtěl se vrátit do původní, odmítal sedět ve třídě vpředu, zabarikádoval se v poslední lavici, což mu umožňovalo vytvořit jakési velitelské opevnění a posílilo vůdčí roli (on rozhodoval, komu vydá nebo nevydá pomůcky, které byly položeny na skříňkách vzadu ve třídě atd.). Léky nadále užíval, ale odmítal brát druhou dávku metylfenidátu ve škole, protože se mu děti posmívaly. Sám byl nešťastný - nikdy se mu nepodaří získat pochvalu učitelky, neboť limitů pro pochvalu nikdy nedosáhne. Nevěří si, předem v takových chvílích všechno vzdává.

Uspěli jsme jednání s učitelkou, vyjasnili problémy, jež se vztahují k ADHD a chování opozičního vzdoru, které se zřejmě v souvislosti s jeho horší sociabilitou opět zvýraznilo.

Závěr: Chlapec je nadále zařazený ve třídě pro nadprůměrně nadané děti. Učitelka začala monitorovat chování chlapce v každé vyučovací hodině a ze záznamů vyplynulo, že je převážně přizpůsobivý a zhoršení nastává nejčastěji v hodinách tělesné výchovy, kde zřejmě povolil v sebekontrolě a jeho hyperaktivita vzroste.

Kazuistika může dokumentovat stav, kdy se mohou tak zásadně rozcházet názory zainteresovaných lidí na diagnostiku a řešení případu. Vzhledem k velmi dobré spolupráci rodiny se domníváme, že vývoj dítěte, jeho vzdělávání a sociální učení bude nadále

zdravě probíhat, i když bude ADHD v komorbiditě s poruchou chování vyžadovat mnohem víc společného úsilí v léčbě.

Kazuistika 2

Desetiletý chlapec, dostává se na základě doporučení neurologa. V neurologické ambulanci veden pro susp. ADHD, ale také pro dg. epilepsie (stavy zahledění, nikdy neměl velký záchvat typu GM, medikace antiepileptiky – valproát, k tomu piracetam – bez efektu). Dle rodičů nebyl korelát na EEG, v diagnostice se vycházelo z klinických stavů (zahledění).

RA: Matka zmiňuje projevy netrpělivosti a impulzivity u chlapce otce.

OA: I. fyziologická gravidita, ale pupečník dvakrát otočený kolem krku, cyanotický, lehká asfyxie.

Rodina úplná, mladší bratr nadměrně živý, susp. hyperkinetická porucha.

Problémy se zařazením do MŠ, byl dle slov matky „pořád jak v jiném světě, nedovedl se zařadit“. Ve škole měl od I. třídy problémy s nepozorností, běhal po třídě, vydával zvuky. Chvillemi se zdálo, že nevnímá, přitom si všechno ze školy pamatoval.

Byl zařazený do specializované třídy ZŠ, je velmi bystrý, ale rychle se unaví, musí být uvolněný z vyučování, aby se prošel po třídě. Učitelka se vyjádřila, že ho musí vždy zaktivizovat, aby se zkoncentroval a odpovídal na otázky. Musí mít vysloveně individuální přístup, aby úkoly dokázal rychle zvládnout.

NO: Hledají pomoc, protože neurologická léčba nepomáhá. Doma mají velké problémy s tím, že není schopen dlouho večer usnout, je neklidný, hyperaktivita mu brání v usnutí. Žádná doposud podávaná medikace mu nepomohla. Totéž, tedy neklid a nepozornost, jsou velkým problémem ve škole. Hledají pomoc, vidí, že je hodně unavený, což dávají do souvislosti s prodlouženým usínáním a nekvalitním spánkem v průběhu noci. Ve škole pak nepracuje, učitelka má skutečně problém ho přimět k cílené spolupráci. Přitom je chytrý a nadaný - školní výsledky tomu ale neodpovídají.

Průběh: Probrali jsme s rodiči možnost podávání metylfenidátu, včetně faktu, že je epilepsie relativní kontraindikací léčby a dávkování léku vyžaduje velkou opatrnost. Sami ale uvedli, že neurolog uvažuje o vysazení medikace a diagnóza epilepsie je patrně sporná, nebyla zachycena odpovídající změna na EEG.

Začali jsme podávat 1/2 tbl (5 mg) metylfenidátu večer a během krátké doby dalších 5 mg ráno. Při dalších kontrolách projevuje matka nadšení. Syn usíná mnohem dříve, spánek má kvalitnější a ve škole je jeho spolupráce výrazně lepší. Matka mluví doslova o „raketovém“ nástupu

efektu. V následujících měsících je patrné kolísání efektu, vliv na pozornost není tak výrazný jak na počátku. Jsou dny, kdy je stav výborný, a dny, kdy je pozornost slabší, je zřejmé kolísání výkonu. Chlapec si pochvaluje zlepšení - baví ho hlavně pětiminutovky, ale v delších příkladech, kdy má už vše skoro vypočítané, si nedokáže zapamatovat poslední číslo, nesoustředí se na něho a pak má třeba výsledek špatně nebo příklad nedopočítá. Je z toho smutný, ale odhodlaný se nadále snažit. Ví si rozumí s učitelkou i s dětmi. Odmítá brát lék před ostatními ve škole, učitelka mu ho proto taktně podává v kabinetu v 10,30 hod. Dávky upravujeme: 10 mg ráno, 5 mg (10,30 hod.), další dávka je kolem 15 hod. (5 mg), dalších 5 mg dostává večer. Celkově se denní dávka pohybuje mezi 25–30 mg/die, rozhoduje, zda dostane 5 nebo 10 mg dopoledne. Neuroložka snižuje dávky Depakine, uvažuje o možném vysazení.

Závěr: Rodiče si nemohou změnu stavu po nasazení stimulancií vynachválit. Matka se rozhoduje zůstat v dalším školním roce v domácnosti, aby pomohla s přípravou do školy i mladšímu synovi, který nastupuje do I. třídy a má zřejmě také hyperkinetickou poruchu. Bude se tak moci věnovat v klidu i staršímu synovi. Atmosféra v rodině se uklidnila. Teprve po zlepšení chlapcova fungování se matka svěřila, že otec někdy reagoval ve stavech vyčerpání na chlapcovu neposlušnost, podmíněnou pravděpodobně jeho „nepřítomností z nepozornosti“, impulzivně. Vztah mezi otcem a synem se výrazně zlepšil, což prospělo všem.

Rodina velmi dobře spolupracuje - kontrol se zúčastňují opět oba rodiče. Výhledově by byl chlapec kandidátem pro metylfenidát s dlouhodobým uvolňováním, pokud bude takový lék na našem trhu.

Kazuistika 3

Dnes 18letý chlapec, který byl v péči naší ambulance od 10,5 let. Matka přišla na první schůzku zcela vyčerpaná, uváděla, že už se na chlapce nemůže ani podívat, nenávidí ho, nedokáže ho snad už ani pohlédit, protože totálně ničí vztahy v rodině, ona je na dně sil.

RA: Otec léčen pro úzkostnou poruchu v době, kdy chlapec dospíval. Dle matky u otce impulzivní rysy, stresové situace hůře zvládá.

OA: I. gravidita, fyziol. průběh, ale dle matky těžký porod, u dítěte problémy s dechem po narození. PMV v normě, brzo a dobře mluvil, hodně neklidný odmalička, což potvrzovaly sestry v jeslích i MŠ. Rodina úplná, mladší zdravý a přizpůsobivý chlapec, staršímu dáván za vzor. V předškolním věku navštěvovali psycholožku, konstatována porucha pozornosti, hyperaktivita, neurologické vyšetření diagnostikovalo LMD (lehká mozková dysfunkce)

v 7 letech, na EEG opakovaně popisovali nevyzrálost grafu. Přechodně podávali antiepileptika – bez efektu.

NO: Matka uváděla, že mají problémy s jeho neposlušností - neslyší na volání, zapomíná každodenní povinnosti, je asi hodně egocentrický. Ve škole dokáže číst encyklopedické texty, u delších textů nevydrží, má špatné známky. Nechápu to, protože vědí, že je chytrý a nadaný. Je nadaný hlavně výtvarně, má výbornou fantazii, kreslí komiksové příběhy, dostal nabídku na spolupráci s nějakou agenturou.

Průběh: Matka po psychoedukaci přistoupila na doporučenou medikaci stimulancií. Po čase hodnotila, že je chlapec ve škole výrazně lepší (dávka 10–20 mg/die), problémy jsou doma. Jeho chování je hrozné, má těžké afekty vzteku, hádky s otcem jsou každodenním jevem. Zdálo se, že je v popředí především chlapcova impulzivita. Výbuchy hněvu a agresivity mohly být podmíněné jak impulzivitou v rámci ADHD (většinou tak reagoval na každodenní příkazy otce), tak mohly být vyústěním vztahového konfliktu mezi ním a otcem. Pohovory, které jsme s otcem realizovali, nepřinesly výsledek, ke zlepšení nedošlo. Otec sám také nebyl schopen

své výbuchy korigovat a vztahové problémy pokračovaly. Doporučenou rodinnou terapii absolvovali jednou. Příčinu všichni spatřovali v nepříznivém a impulzivním chování chlapce. Rozhodli jsme se kombinovat metylfenidát s antidepresivem SSRI (sertralinem). Ráno užíval metylfenidát, sertralin (50 mg) v dávce večerní. Zvážili jsme možný pozitivní vliv na impulzivní chování (což je známý efekt SSRI), stejně vliv na pravděpodobnou emoční subdeprivaci, která mohla být spouštěčem následných projevů v emocích-myslení-chování. Kombinaci léků snášel výborně. V době studia na střední škole přestal sám užívat stimulancia. Na školu se dle jeho slov dostatečně soustředil, učení zvládal.

Překvapilo nás, když začal sám vyhledávat naši ambulanci s tím, že chce pokračovat v medikaci antidepresivy. Uváděl, že si uvědomuje, že reaguje přehnaně a léky mu pomáhají, aby stresy lépe zvládal. Začal také spontánně řešit další životní problémy –

otvíral své starosti kolem vztahů s dívkami, kamarády atd. S otcem dokáže vyjít mnohem lépe, jezdí spolu na kole, jsou schopni si povídat.

Závěr: Na počátku prožívala těžké vyčerpání především matka, která vyhledala pomoc pro dítě. Chlapec sám příliš v pubertálním věku o spolupráci s ambulancí nestál. Nejcenějším benefitem léčby je vytvoření určitého náhledu na potíže. Sám otevřel cestu k hledání odborné pomoci v řešení osobních a vztahových problémů v dospělosti, což je základem dobré compliance v terapeutickém vztahu. Můžeme se domnívat, že léčba metylfenidátem měla jistý preventivní charakter a v kombinaci s antidepresivem mu umožnila pochopit některé příčiny a souvislosti potíží.

doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.

Soukromá psychiatrická ambulance

Vídeňská 10, 772 00 Olomouc

e-mail: l.starkova@seznam.cz

Literatura

1. Charach A et al. Using stimulant medication for children with ADHD: What do parents say? A Brief Report. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 15(2): 75–83.
2. Wilens TE, Prince JB, Spenser TJ, Biederman J. Stimulants and sudden death: What is a physician to do? Pediatrics, 2006; 118(3): 1215–1219.