

# **Zaburzenia psychiczne, zachowania, rozwojowe u dzieci i młodzieży z zaburzeniem rozwoju intelektualnego oraz spektrum autyzmu- postępowanie farmakoterapeutyczne**

**Ewa Urbanowicz**

## **ZABURZENIA PSYCHICZNE, ZACHOWANIA ORAZ NEUROROZWOJOWE**

**Zespół nadpobudliwości psychoruchowej**

**Tiki / Zespół Gilles de la Tourette'a**

**Zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne**

**Zaburzenia nastroju**

**Zaburzenia psychotyczne**

**Zaburzenia lękowe**

**Zaburzenia snu**

## **FARMAKOTERAPIA- podział leków**

- 1. przeciwpsychotyczne (neuroleptyki)**
- 2. przeciwdepresyjne**
- 3. normotymiczne**
- 4. nasenne**
- 5. przeciwlękowe**
- 6. nootropowe i prokognitywne**
- 7. neurologiczne**
- 8. Inne (np. metylofenidat, atomoksetyna,  $\alpha$ - mimetyki)**

Klasyfikacja DSM-V (2013)

uznanie jednej kategorii diagnostycznej :

Autism Spectrum Disorder (ASD) obejmującej:

1. Zaburzenie Autystyczne
2. Dziecięce Zaburzenie Dezintegracyjne
3. Zespół Aspergera
4. Całościowe Zaburzenia Rozwojowe,  
bliżej nieokreślone

natomiast wykluczenie Zespołu Retta z DSM.

**ASD wg. DSM V 299.00**

- A. Trudności w zakresie komunikacji społecznej i interakcji społecznych
- A. Ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań, zainteresowań lub aktywności
- B. Początek objawów przypada na wczesny okres rozwoju
- C. Objawy powodują poważne upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej lub innych
- D. Zakłócenie nie można lepiej wyjaśnić poprzez rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej

w.w. zaburzenia często współwystępują jednocześnie

Należy określić czy ASD współistnieje z:

- **Niepełnosprawnością intelektualną**
- **Zaburzeniami językowymi** (gdy zdolności językowe są ilościowo znacząco poniżej normy)
- **Z zaburzeniami genetycznymi, stanem ogólnomedycznym** (np. neurologiczne, gastroenterologiczne)
- **Innym zaburzeniem rozwojowym, psychicznym lub zachowania**

**Zespół hiperkinetyczny**  
**Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi**

**ADHD**  
***attention-deficit hyperactivity disorder***

**Współchorobowość z ADHD**

- Zaburzenia opozycyjno- buntownicze
- Zaburzenia zachowania
- Tiki
- Zaburzenia nastroju
- Zaburzenia lękowe
- Zaburzenia psychotyczne
- Uzależnienia od substancji psychoaktywnych
- Specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych
- **Niepełnosprawność intelektualna**
- **Zaburzenia ze spektrum autyzmu**
- Zaburzenia osobowości

**ADHD i ASD**

Współistnienie u dziecka z ASD objawów zespołu nadaktywności z deficytem uwagi

*(attention deficit – hyperactivity disorder **znacznie opóźnia rozpoznanie ASD !!!**)*

Objawy ADHD, takie jak nadruchliwość, impulsywność, zaburzenia uwagi, mogą **maskować objawy autyzmu**

ASD u dzieci ze współistniejącym ADHD, jest rozpoznawane średnio o **3 lata później** niż u dzieci bez ADHD.

Miodovnik A., Harstadt E., Sideridis G. i wsp.: Timing of the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder. Pediatrics, 2015

**ADHD czy ADHD i ASD ?**

**U 1 z 5 dzieci** z objawami ASD początkowo rozpoznawano tylko ADHD.

U dzieci z objawami ADHD i ASD rozpoznanie ASD ustalane jest znacznie później, bo **około 6 roku życia**.

Wczesne rozpoczęcie leczenia jest kluczowym czynnikiem rokowniczym w ASD.

Badanie to wskazało jak **trudna bywa diagnoza zaburzeń ze spektrum autyzmu** i jej **różnicowanie** ze współistniejącym zaburzeniem, które „**przyćmiewa**” podstawowe objawy autyzmu.

Z tego powodu podkreślono, by przestrzegać  **badań skryningowych** w kierunku autyzmu w

**18. oraz 24. miesiącu życia dziecka**

### **Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi**

Charakterystyczne są **trzy grupy** objawów:

1. nadmierna **ruchliwość**
2. nadmierna **impulsywność**
3. nasilone **zaburzenia uwagi**

- Objawy tworzą pewien **stały wzór funkcjonowania dziecka**
- Są obecne, choć w różnym nasileniu, przez **cały czas** (zawsze lub prawie zawsze)
- Warunkiem rozpoznania ADHD jest ocena funkcjonowania dziecka.

**Objawy- jako źródło problemów w środowisku dziecka.**

**Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem, które ma dokładnie określone kryteria konieczne do jego rozpoznania.**

### **ZABURZENIA UWAGI 6/9**

co najmniej 6 objawów utrzymujących się co najmniej 6 miesięcy, w stopniu utrudniającym funkcjonowanie i niezgodnym z poziomem rozwoju

1. Łatwo **rozprasza się** pod wpływem zewnętrznych bodźców
2. Ma problemy z **utrzymaniem uwagi** na grach, zadaniach
3. Wydaje się **nie słuchać** tego co się do niego mówi
4. Ma **trudności z rozpoczęciem zajęć, unika zajęć** wymagających dłuższego wysiłku umysłowego

5. Ma trudności z **zorganizowaniem** sobie zajęć
6. Nie jest w stanie **skoncentrować się na szczegółach**- popełnia błędy
7. Ma trudności z **dokończeniem** zadań szkolnych , wypełnianiem codziennych obowiązków
8. Często **zapomina** o codziennych sprawach
9. Często **gubi** rzeczy

### **NADMIERNA AKTYWNOŚĆ**

co najmniej 3 objawy, utrzymujące się co najmniej 6 miesięcy,  
w stopniu utrudniającym funkcjonowanie i niezgodnym z poziomem rozwoju

1. **Nerwowe ruchy rąk, stóp**, nie jest w stanie usiedzieć w miejscu
2. **Wstaje** z miejsca w czasie zajęć wymagających spokojnego siedzenia
3. Ujawnia **nadmierną aktywność ruchową**, która jest praktycznie nie modyfikowana w zależności od kontekstu i oczekiwań
4. **Jest nadmiernie rozbiegane**
5. Ma **trudności ze spokojnym bawieniem się, jest przesadnie hałaśliwe**

### **IMPULSYWNOŚĆ**

co najmniej 3 objawy, utrzymujące się co najmniej 6 miesięcy,  
w stopniu utrudniającym funkcjonowanie i niezgodnym z poziomem rozwoju

1. Często **przeszkadza**, przerywa innym
2. Ma kłopoty z **zaczekaniem na swoją kolej** w grach i innych sytuacjach społecznych
3. **Udziela odpowiedzi** , zanim pytanie zostanie dokończony
4. **Wypowiada się nadmiernie**, bez uwzględnienia ograniczeń społecznych

Objawy zaburzeń hiperkinetycznych ujawniają się **przed 7 rokiem życia**

Kryteria zaburzenia hiperkinetycznego spełnia **5-8 % dzieci**

Spowodowany jest zaburzeniami równowagi pomiędzy układami **dopaminergicznym a noradrenergicznym w OUN**

- Typy ADHD
- **mieszany (50- 75%)**
- **z przewagą zaburzeń uwagi (20-30%)**
- **z przewagą nadruchliwości i impulsywności (poniżej 15%)**

**Wieloośrodkowe badania potwierdzają, że**

**leki stosowane w ADHD są zmienną mającą największy wpływ na wynik leczenia w kontekście terapii wieloczynnikowej.**

**Porównanie skuteczności interwencji farmakologicznych i nefarmakologicznych**

**MTA- *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD*** (badanie 579 dzieci z ADHD, 14-miesięczne programy terapeutyczne)

Wnioski:

Wyniki **oddziaływania farmakologicznego** były podobne do efektów **połączonego oddziaływania farmakologicznego i behawioralnego.**

Interwencje farmakologiczne były **znacząco bardziej skuteczne** niż **interwencje behawioralne i środowiskowe**, jako **jedyna metoda terapii.**

**Lek nie może wyleczyć z nadpobudliwości**

- Leki mają **działanie objawowe**
- Próba odstawiania leku w okresie **wakacji**, gdyż w tym okresie dzieci z nawet bardzo nasilonymi objawami ADHD mogą sobie doskonale radzić.

**Kiedy farmakoterapia?**

- Spełnione są kryteria rozpoznania ADHD
- Gdy oddziaływania psychologiczne, pedagogiczne są niewystarczające, np.:
  - Terapia dziecka- indywidualna, grupowa
  - Warsztaty dla rodziców-psychoedukacja
  - Terapia rodzinna
  - Współpraca ze szkołą

**Przykłady środków farmakologicznych stosowanych w ADHD**

1. **Leki psychostymulujące – Metylofenidat (zarejestrowany)**
2. **Selektywny inhibitor wychwytu noradrenaliny- (SNRI) Atomoksetyna (zarejestrowany)**
3. **Przeciwdepresyjne** ( TLPD, Bupropion, Reboksetyna, Wenlafaksyna)
4. **Leki przeciwnadciśnieniowe alfa- mimetyki** (klonidyna, guanfacyna)
5. **Neuroleptyki**-(np. Risperidon, Haloperidol)

6. **Lek antynarkoleptyczny-** Modafinil
7. **Inne-** omega 3, magnez, cynk

Ad.1. **Wybrane leki psychostymulujące**

**Methylphenidate hydrochloride**

**CONCERTA** 18 mg, 36mg, 54 mg  
tabletki o przedłużonym uwalnianiu

**MEDIKINET** tabletki 5 mg

**MEDIKINET- CR** 5mg, 10 mg, 20mg, 30mg, 40mg  
kapsułki o przedłużonym uwalnianiu

**Kryterium wieku zastosowania Metylofenidatu**

Lek zatwierdzony przez FDA do terapii **dzieci wieku powyżej 6 roku życia**  
**i młodzieży** z ADHD

Skuteczność Metylofenidatu

- Poprawa w **70-80 %**
- Poprawa **zdolności skupienia i utrzymania uwagi**
- Zmniejsza nadmierną **ruchliwość**
- W mniejszym stopniu wpływa na impulsywność

Najczęstsze objawy uboczne Metylofenidatu

1. **Tiki-** nasilenie lub wystąpienie tików
2. **Drażliwość, niepokój, lęk, płaczliwość**
3. **Zaburzenia snu-** trudności z zaśnięciem, nadmierna aktywność w godzinach wieczornych
4. **Spadek apetytu, spadek wagi,**
5. **Bóle głowy**
6. **Bóle brzucha**
7. **Nadciśnienie, zaburzenia rytmu serca** (np. tachykardia, bradykardia,arytmia)

## Jak przyjmujemy Metylofenidat- tabletki, kapsułki o przedłużonym działaniu?

- Raz na dobę, rano, (działanie leku trwa około 8-12 godzin od chwili jego zażycia)
- Lek można przyjmować w trakcie lub po posiłku

## ad.2. Selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego NA (SNRI)

### ATOMOKSETYNA

Strattera- kaps. 10, 18, 25, 40, 60 mg.

Lek zatwierdzony przez FDA do terapii **dzieci od 6. roku życia i młodzieży z ADHD**

#### Kiedy lek zaczyna działać?

- Poprawa u pacjentów z ADHD może nastąpić już od pierwszego dnia stosowania
- W ciągu kolejnych 8- 12 tygodni lek może rozwijać swoje działanie
- Jeśli lek po 6- 8 tygodniach nie powoduje poprawy, może być nieskuteczny

#### Podstawowe objawy docelowe Atomoksetyny

- **Zaburzenia uwagi**
- **Wzmoczona aktywność motoryczna**
- **Obniżenie nastroju**

#### Specyfika działania Atomoksetyny

- W przeciwieństwie do stymulantów, atomoksetyna **nie nasila tików** w przebiegu Zespołu Tourette'a u pacjentów ze współistniejącym ADHD
- Posiada **potencjał antydepresyjny**
- **Uwaga:** należy ją ostrożnie stosować u pacjentów a ADHD, u których mogą współistnieć zaburzenia afektywne dwubiegunowe

### ATOMOKSETYNA

może być szczególnie użyteczna, jeżeli:

- nieskuteczne są leki stymulujące,
- z ADHD współwystępują - zaburzenia lękowe
  - tiki
  - zaburzenia opozycyjne



- zaburzenia nastroju

### **Działania niepożądane Atomoksetyny**

- **Zaburzenia żołądkowo- jelitowe**

bóle brzucha, nudności, wymioty, spadek łaknienia,  
suchość w ustach, zaparcia, początkowo- spadek wagi

- **Bóle głowy**
- **Wahania nastroju , drażliwość, lęk, bezsenność**
- **Uczucie zmęczenia , senność**
- **Kołatanie serca, częstoskurcz**
- **Wzrost ciśnienia krwi**
- **Nieprawidłowe wyniki testów wątrobowych**

### **Jak przyjmujemy Atomoksetynę**

- Rano jeden raz na dobę- niezależnie od posiłku
- Jeżeli brak skuteczności leku- można stosować w dwóch dawkach ( rano i późnym popołudniem lub wczesnym wieczorem)
- Co pewien czas należy oceniać konieczność stosowania leku
- Lek należy odstawiać stopniowo

### **Ad.3 Inne leki przeciwdepresyjne o wskazaniu terapeutycznym- ADHD (nie są zatwierdzone przez FDA do leczenia ADHD)**

- **Bupropion (NDRI)**
- **Reboksetyna (NRI)**
- **Wenlafaksyna (NSRI)**

### **Ad.4. Leki przeciwnadciśnieniowe Klonidyna (*Iporel*)**

- Mimo **braku rejestracji** w terapii ADHD i Zespole Tourette'a w wielu publikacjach wskazuje się na jej skuteczność leczenia tych zaburzeń
- Obecnie klonidynę uważa się za **lek trzeciego rzutu** w farmakoterapii ADHD

- Wskazanie zatwierdzone przez FDA: **nadciśnienie tętnicze**

#### **Leki przeciwnadciśnieniowe Klonidyna (Iporel)- działanie:**

- Wyraźny wpływ na **impulsywność**
- Zmniejsza **nadruchliwość**
- Niewielki wpływ na zaburzenia uwagi
- Pozytywnie wpływa na **tiki**
- Działanie **nasenne**: ułatwia zasypianie, pogłębia sen
- Lek bywa wykorzystywany do leczenia ADHD , jak również towarzyszących tików, agresji zaburzeń snu

#### **Działanie niepożądane klonidyny w przypadku zastosowania w ADHD i Zespole Tourette'a**

- Niekorzystny wpływ na układ krążenia- spadek ciśnienia, tachykardia, bradykardia
- Bóle, zawroty głowy

#### **(konieczny jest regularny pomiar tętna, ciśnienia krwi)**

- Przygnębienie, stany depresyjne, męczliwość, nadmierna senność
- Nerwowość, niepokój psychoruchowy
- Zaparcia, suchość w jamie ustnej, nudności, wymioty

#### **Kryterium wieku zastosowania Klonidyny**

Nie oceniano skuteczności i bezpieczeństwa klonidyny u dzieci poniżej **12 roku życia**

#### **ad. 5 leki przeciwpsychotyczne**

##### **Przykłady zastosowania leków przeciwpsychotycznych**

- **Zaburzenia psychotyczne, schizofrenia**, zaburzenia afektywne w przebiegu schizofrenii
- **Mania (ChAD)**
- **Zachowania agresywne, autoagresywne, inne zachowania destrukcyjne** u osób z obniżonymi możliwościami intelektualnymi
- **Usunięcie wskazania stosowania w Polsce Risperidonu w autyzmie** nie jest spowodowane względami bezpieczeństwa farmakoterapii

## **Leki przeciwpsychotyczne a ADHD**

- **Przeznaczone są dla dzieci z krańcowo nasiloną nadpobudliwością, pobudzeniem ruchowym, zachowaniami agresywnymi i autoagresywnymi**
- Zmniejszają nadmierną **ruchliwość**
- Działają **uspokajająco**
- Obniżają ilość **zachowań agresywnych**
- Pozytywnie wpływają na **tiki**
- Nie mają pozytywnego wpływu na **uwagę**
- **Zachowania agresywne, autoagresywne u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem**

**Zachowania agresywne i autoagresywne- czy to jest:**

**Interakcja społeczna, komunikacja?**

**Objaw zaburzeń somatycznych?**

**Objaw zaburzeń neurologicznych?**

**Objaw zaburzeń psychicznych?**

## **PRZYCZYNY ZACHOWAŃ TRUDNYCH**

### **PRZYCZYNY SOMATYCZNE**

Np.: gastroenterologiczne, stomatologiczne, alergie, nietolerancje pokarmowe

### **PRZYCZYNY NEUROLOGICZNE**

Np.:Napady padaczkowe, bóle głowy, zaburzenia integracji sensorycznej

### **PRZYCZYNY PSYCHICZNE**

Zachowania agresywne mogą występować w innych zaburzeniach psychicznych, np.:

#### **Zaburzenia lękowe**

#### **świat niezmienny- światem bezpiecznym**

(np. wakacje, remont szkoły, nowe buty, inny soczek, inaczej pokrojona kanapka, wizyta rodzinna?)

**Zaburzenia nastroju- depresja, mania** u dzieci drażliwość, zachowania agresywne mogą być objawami depresji

## Zaburzenia psychotyczne

### Zaburzenia snu

## Terapia zachowań agresywnych i autoagresywnych

Uzależniona jest od **przyczyny** ich ujawnienia się

### Psychofarmakoterapia:

- Leki przeciwpsychotyczne
- Leki przeciwdepresyjne, przeciwłękowe
- Leki przeciwpadaczkowe, normotymiczne
- Leki stosowane w ADHD

### Leki przeciwpsychotyczne a trudne zachowania

Farmakoterapia powinna być jedynie **jedną z metod** oddziaływań terapeutycznych

### Leki przeciwpsychotyczne- zasady farmakoterapii

- Stosujemy **najmniejszą , skuteczną** dawkę
- Dawka leku powinna być **stopniowo zwiększana oraz stopniowo redukowana**

### Przykłady neuroleptyków

#### I generacja

- **Perazylna- (*Perazin, Pernazinum*)**
- **Chlorprothixen (*Chlorprothixen*)**
- **Lewomepromazyna (*Tisercin*)**
- **Haloperidol (*Haloperidol*)**
- **Flupentiksol (*Fluanxol*)**
- **Zuklopentiksol (*Clopixol*)**

#### Neuroleptyki – II generacja

##### przykłady

- **Rysperydon (*Rispolept*)**
- **Olanzapina (*Zyprexa, Zolafren*)**
- **Kwetiapina (*Ketrel*)**

- **Aripiprazol (Abilify)**
- **Amisulprid (Solian)**
- **Sulpiryd (Sulpiryd)**
- **Klozapina (Klozapol, Leponex)**

## ZASADY STOSOWANIA

- W przypadku **braku skuteczności** jednego leku atypowego można zastosować **inny lek z tej samej grupy**
- Brak skuteczności **dwóch leków**- można zastosować **politerapię**
- Jeżeli nie było poprawy funkcjonowania po dwóch lekach można zalecić tzw. **stabilizator nastroju lub klasyczny neuroleptyk**

## Działania niepożądane leków przeciwpsychotycznych

przykłady

- Zwiększenie masy ciała
- Ból głowy
- Sedacja, depresja, zmęczenie
- Pobudzenie, lęk, bezsenność
- Objawy pozapiramidowe

## Leki zatwierdzone przez FDA dla dzieci z ASD

**Arypiprazol i Risperidon** zostały zatwierdzone przez US FDA **jako**

**część kompleksowego programu terapeutycznego dzieci i młodzieży z ASD, u której występuje:**  
**drażliwość, napady złości, agresja i samookaleczenie.**

## Risperidon- rejestracja w Polsce

- Schizofrenia (> 15 rż), inne stany psychiatryczne w których dominują objawy wytwórcze
- Mania w CHAD
- **Zaburzenia destrukcyjne (agresywność, impulsywność, skłonność do samookaleczeń) u dzieci, młodzieży z zaburzeniami rozwoju intelektualnego, jeżeli oddziaływania terapeutyczne nefarmakologiczne nie przynoszą pożądanego efektu.**

**Risperidon**- zatwierdzony przez FDA dla dzieci ujawniających objawy zaburzeń ze spektrum autyzmu **od 5 do 16** roku życia

W Polsce nie jest zarejestrowany do terapii dzieci z ASD

**Arypiprazol** (Abilify, Aryzalera)

- Zatwierdzony przez FDA dla dzieci z ASD w wieku od **6 do 17 roku życia**.
- W Polsce nie jest zarejestrowany do terapii dzieci z ASD

**TIKI**

- **Nagle** pojawiające się
- **Powtarzające się**
- **Mimowolne lub częściowo dowolne** (mogą być poprzedzone przymusem

wykonania- szczególnie wokalne)

- **Nierytmiczne ruchy lub wokalizacje**

**Podział tików**

- **Tiki ruchowe- proste**

( np. mruganie powiekami, grymasy twarzy, wysuwanie języka, unoszenie ramion)

- **Tiki ruchowe- złożone**

(np. zatykanie uszu, podskoki, ruchy głowy do boku, ruchy obrotowe, unoszenie rąk ku górze)

- **Tiki wokalne- proste**

( np. chrząkanie, mlaskanie, „szczekający” kaszel, pociąganie nosem)

- **Tiki wokalne- złożone**

( np. wypowiedanie słów, fraz, koprofalia)

Zespół tików głosowych i ruchowych

**Zespół Gilles de la Tourette'a**

Postać tików, w której występują lub występowały mnogie tiki ruchowe oraz jeden lub więcej tików głosowych, ale nie muszą one występować jednocześnie.

## Cechy tików

- **Duża zmienność** w obrazie klinicznym
- Możliwe są **remisje** o różnym czasie trwania
- Początek objawów około **2- 15 roku życia**

### ( średnio około 7 roku życia)

- Z wiekiem stabilizacja objawów lub zaniknięcie około 30 roku życia.

## Współchorobowość

Z tikami współwystępuje najczęściej:

- ADHD
- OCD oraz inne zaburzenia lękowe
- Zaburzenia afektywne
- Zaburzenia ze spektrum autyzmu
- Niepełnosprawność intelektualna
- Zaburzenia opozycyjno- buntownicze
- Zaburzenia mowy i języka (np. jąkanie)
- Zachowania autoagresywne

## Terapia tików

- **Psychoedukacja rodziny, dziecka, szkoły** dotycząca istoty zaburzeń:

zaburzenie neurologiczne z istotnym wpływem środowiska na wystąpienie objawów

Postępowanie- **NIE ZWRACAĆ UWAGI NA TIKI!** nie krytykować, nie zabraniać, nie wyśmiewać

- **Psychoterapia –np. trening odwracania tików**

### (HRT-*habit reversal training*)

## Farmakoterapia tików

O farmakoterapii decyduje:

- Stopień upośledzenia funkcjonowania
- Stan somatyczny dziecka

- Zaburzenia współistniejące
- Wiek dziecka
- Możliwość współpracy z lekarzem

Co to znaczy upośledzenie funkcjonowania?

- dyskomfort fizyczny, ból, urazy
- reaktywne zaburzenia nastroju
- poczucie odrzucenia, izolacji

### **Farmakoterapia tików**

#### **Leki przeciwpsychotyczne**

**Leki przeciwnadciśnieniowe alfa- mimetyki** (np. klonidyna)

**Benzodwuzepiny** – doraźne postępowanie

**Leki neuroleptyczne o silnym wpływie na układ dopaminergiczny**

**Haloperidol**- poprawa w ok. 70%

**Risperidon**- poprawa w ok. 68%

**Olanzapina**- poprawa w ok.60%

**Sulpiryd**- poprawa w ok. 50 %

### **KLONIDYNA- Iporel**

- Zwracamy uwagę na objawy niepożądane ze strony układu krążenia
- Ważny :pomiar tętna
- ciśnienia
- Ekg
- Nie wolno tego leku nagle odstawiać- może nastąpić **wzrost ciśnienia krwi.**



## Leki w wpływie na układ GABA

### BENZODWUAZEPINY- np. *Klonazepam*

- Lek o działaniu uzależniającym
- **Tylko do stosowania doraźnego**

## ZABURZENIA OBSESYJNO- KOMPULSYJNE

### Obsesje- nawracające, przewlekłe myśli, wyobrażenia, impulsy

- Przeżywane są jako **natrętne oraz nieodpowiednie** i powodują znaczny **lęk, cierpienie**
- **Nie są zwykłymi nadmiernymi zamartwieniami**, dotyczącymi rzeczywistych problemów życiowych
- Osoba **próbuje je zignorować**, stłumić, **zneutralizować za pomocą innych myśli, działań**
- Są **wytworem jej własnego umysłu**

(nie są narzucone z zewnątrz)

### Kompulsje- nawracające zachowania lub czynności myślowe

- Osoba odczuwa **przymus ich wykonania** w reakcji na obsesje albo zgodnie z zasadami, które muszą być sztywno realizowane
- Mają one na celu **zapobieganie cierpieniu albo pewnym zdarzeniom**, sytuacjom budzącym strach. Nie wiążą się one w sposób realny z tym co mają neutralizować lub zapobiegać, natomiast są **wyraźnie nadmierne**

### Obsesje i kompulsje

- W pewnym momencie trwania choroby osoba rozpoznaje, że są one nadmierne i irracjonalne
- Powodują one znaczne cierpienie, pochłaniają czas i istotnie zakłócają funkcjonowanie

## OCD- różnica między dorosłymi a dziećmi

Przez **osoby dorosłe** uznawane są za:

- niezależne od woli
- absurdalne, bezsensowne
- własne myśli, ale niezgodne z jego myśleniem, przekonaniem, systemem wartości
- Pacjent próbuje przeciwstawić się im

## **Natręctwa u dzieci**

Nie zawsze jest obecne:

- Poczucie że są one nadmierne, irracjonalne
- Poczucie niezależności od woli
- Nie zawsze dzieci przeciwstawiają się im

Dzieci mają trudności z opisem stanu poprzedzającego i występującego po wykonaniu czynności przymusowej oraz wyjaśnieniem czy są zamierzone i celowe- „**OCD ze słabym wglądem**”

## **Natręctwa u młodszych dzieci**

### **Kompulsje:**

**nawracające zachowania**- mycie rąk, porządkowanie, układanie, sprawdzanie, dotykanie, powtarzanie kroków

**czynności umysłowe**- liczenie, powtarzanie słów w myślach, wyszukiwanie szczęśliwych, nieszczęśliwych słów, modlenie się

**Obsesje:** dotyczą zabrudzenia, porządku, symetrii

### **Leczenie zaburzeń obsesyjno- kompulsyjnych**

Psychoterapia i farmakoterapia

przynosi poprawę

u większości pacjentów

### **Psychoterapia**

**Choć obecnie uważa się, że farmakoterapia przynosi poprawę szybciej i skuteczniej**

Psychoterapia- jako działanie podstawowe powinna być stosowana u najmłodszych pacjentów w przypadku:

- krótkiego trwania objawów
- małego ich nasilenia

Psychoterapia- gdy istnieją przeciwwskazania do farmakoterapii związane ze złym stanem somatycznym

## FARMAKOTERAPIA- LEKI PRZECIWDEPRESYJNE (wpływające gł. na układ serotoninergiczny)

Zarejestrowane przez FDA do terapii OCD u dzieci i młodzieży

### SSRI:

- **SERTRALINA** (np. *Zoloft, Asentra, Sertagen*)
- **FLUWOKSAMINA** (*Fevarin*)
- **FLUOKSETYNA** (*Prozac, Seronil, Fluoksetyna*)

### TLPD:

- **KLOMIPRAMINA** (*Anafranil*)

## FARMAKOTERAPIA- LEKI PRZECIWDEPRESYJNE (wpływające gł. na układ serotoninergiczny) c.d.

Inne SSRI- leki te nie są zarejestrowane przez FDA do stosowania u dzieci i młodzieży, ale wstępne dane wskazują na bezpieczeństwo i skuteczność ich stosowania:

**CITALOPRAM-** w OCD, depresji

**PAROKSETYNA-** w OCD, fobii społecznej, depresji

### Kryterium wieku

- **Sertralina-** od 6 roku życia
- **Fluwoksamina-** od 8 roku życia
- **Klomipramina-** stosowanie u pacjentów  
poniżej 10 roku życia  
nie jest zalecane

### SSRI

- Leki **skuteczne i bezpieczne**, zwłaszcza przy długotrwałym przyjmowaniu
- Pozytywna reakcja na leczenie farmakologiczne u **40-60 % pacjentów**
- Brak reakcji na jeden lek **nie wyklucza skuteczności drugiego leku**
- Leczenie powinno trwać **długo**
- Leczenie podtrzymujące – **do dwóch lat**
- **Ryzyko nawrotu po przedwczesnym odstawieniu leku jest bardzo duże.**

## Objawy uboczne SSRI

- Mogą wystąpić:
- Bóle, zawroty głowy
- Przewód pokarmowy- nudności, wymioty, biegunki (zwykle przemijające)
- Zmęczenie, zaburzenia snu
- Pobudzenie

## ZABURZENIA NASTROJU

### DEPRESJA

#### 1. Nastrój depresyjny

(u dzieci i młodzieży może być **drażliwy**)

2. Utrata zainteresowań lub odczuwania zadowolenia z aktywności zwykle sprawiających przyjemność- (anhedonia)

4. **Obniżona zdolność myślenia lub koncentracji albo trudności w podejmowaniu decyzji**

5. **Zmiana aktywności psychoruchowej** (pobudzenie lub zahamowanie)

6. **Zaburzenia snu** ( nadmierna senność lub trudności z zasypianiem, budzenie w nocy, wczesne wybudzanie)

7. **Zaburzenia łaknienia** (wzrost lub spadek **ze zmianą wagi**)

8. **Poczucie bezwartościowości, nieuzasadnione, wyolbrzymione poczucie winy**

9. Nawracające **myśli o śmierci** lub **samobójcze**

### Zaburzenia nastroju w okresie dzieciństwa

- **Im młodsze dziecko, tym trudniej jest mu werbalizować swoje uczucia**, swoje przeżycia wewnętrzne- dlatego istotna jest:
- **obserwacja dziecka**
- **relacja osób z otoczenia dziecka** na temat funkcjonowania dziecka- np. zmiana funkcjonowania dziecka
- **Po 10 roku życia** obraz jest coraz bardziej zbliżony do zaburzeń występujących u dorosłych
- W okresie **14- 16 roku życia** niewiele różni się od depresji wieku dojrzałego

- U dzieci zamiast istotnego obniżenia nastroju może być **rozdrażnienie**

### **Zaburzenia nastroju we wczesnym okresie szkolnym**

- Utrata zainteresowań
- Uczucie zmęczenia
- Spowolnienie ruchowe
- Wystąpienie trudności z przyswajaniem wiadomości – obawa przed szkołą, opuszczanie zajęć, pogorszenie wyników w nauce
- Zaburzenia snu, apetytu, bóle głowy, inne objawy somatyczne

Po 10 roku życia obraz jest coraz bardziej zbliżony do występującego u dorosłych

### **Terapia depresji dzieci i młodzieży**

- **Psychoterapia**

**Terapia poznawczo- behawioralna** uznana została za jedną z najbardziej skutecznych form psychoterapii w leczeniu depresji dzieci i młodzieży, z prowadzoną jednocześnie farmakoterapią lub bez niej

- **Farmakoterapia- jeżeli brak poprawy lub w cięższej postaci depresji**

### **Farmakoterapia**

- Leki przeciwdepresyjne- **SSRI (6-8 tygodni)**
- Jeżeli **brak poprawy: wzrost dawki leku**

Należy rozważyć czy pacjent:

- może nie przyjmować leków lub
- rozważyć możliwość złej diagnozy

Jeżeli brak poprawy to zmiana leku na **inny lek przeciwdepresyjny**

### **Przykłady leków przeciwdepresyjnych- SSRI**

- **FLUOKSETYNA**- zarejestrowana przez FDA dl leczenia **OCD** i **depresji** u dzieci
- **SERTRALINA** – zarejestrowana do leczenia **OCD** u dzieci

- **FLUWOKSAMINA** - zarejestrowana do leczenia **OCD** u dzieci Wstępne wyniki badań sugerują skuteczność w leczeniu **zaburzeń lękowych i depresji u dzieci**
- **PAROKSETYNA**- wstępne wyniki badań sugerują skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu **OCD, depresji i fobii społecznej u dzieci**
- **CITALOPRAM**- wstępne wyniki badań sugerują skuteczność w leczeniu **OCD i depresji u dzieci**

#### **Wskazania terapeutyczne leków z grupy SSRI**

1. Depresja, dystymia, zapobieganie nawrotom
2. Zaburzenia lękowe- z napadami lęku, uogólnione
3. Zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD)
4. Fobia społeczna
5. Zaburzenia obsesyjno- kompulsyjne (OCD)
6. Bulimia
7. Przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne (PMDD)

#### **Inne leki przeciwdepresyjne- przykłady:**

- **TIANEPTYNA** -nie jest zaleca się stosowania poniżej 15 r.ż.
- **WENLAFKSYNA** SNRI- wstępne wyniki badań sugerują, że może być skuteczny w terapii **depresji, zab. lękowych i ADHD**
- **BUPROPION** NDRI wyniki badan wskazują na skuteczność w **ADHD i depresji współistniejącej z ADHD**
- **REBOKSETYNA** NRI- nie oceniono skuteczności i bezpieczeństwa u dzieci
- **MITRAZAPINA** NaSSA nie oceniono skuteczności i bezpieczeństwa u dzieci
- **MOKLOBEMID** RIMA- nie zaleca się stosować poniżej 18. rż
- **MIANSERYNA** SNRI

#### **Choroba Afektywna Dwubiegunowa- CHAD**

##### **Objawy epizodu maniakalnego**

Trwale **podwyższony, ekspansywny lub drażliwy nastrój**

(trwający co najmniej tydzień lub wymagający hospitalizacji)

W okresie wzmożonego nastroju co najmniej 3 objawy;

- **Przesadna samoocena, postawa wielkościowa**
- **Zwiększenie celowej aktywności lub pobudzenie psychomotoryczne**
- **Zwiększona niż zwykle rozmowność**
- **Natłok, gonitwa myśli**
- **Zwiększona rozpraszalność uwagi**
- **Zmniejszona potrzeba snu**
- **Nadmierne zainteresowanie aktywnościami sprawiającymi przyjemność**

#### **Charakterystyka CHAD u dzieci**

- Nastawienie wielkościowe
- Stała, nadmierna aktywność
- Nadmiar pomysłów
- Wielomówność, natłok, gonitwa myśli
- Zaburzenia uwagi - łatwa rozpraszalność
- Stan euforii (nieadekwatne zaśmiewanie się, śpiewanie)
- Wzmoczona labilność emocjonalna
- Drażliwość (tendencja do silnych wybuchów gniewu, złości)
- Zachowania agresywne
- Nadmierne zainteresowanie seksem
- Zaburzenia snu (zmniejszona potrzeba snu bez uczucia zmęczenia)

#### **Terapia CHAD**

##### **Leki stabilizujące nastrój- przykłady:**

Kwas walproinowy

Karbamazepina

Lamotrygina

Lit

## **Leki przeciwpsychotyczne atypowe- przykłady:**

Risperidon

Olanzapina

Kwetiapina

## **ZABURZENIA PSYCHOTYCZNE**

### **Zaburzenia psychotyczne**

- Psychoza to **zespół objawów**, które mogą łączyć się z różnymi zaburzeniami psychicznymi- **nie stanowi ona odrębnego zaburzenia.**
- Do postawienia diagnozy konieczna jest obecność **choć jednego** z tak zwanych zaburzeń psychotycznych
- **Urojeń** lub
- **Omamów**

### **Omamy**

- Spostrzeżenia powstające bez bodźców działających z zewnątrz
- Są rzutowane na zewnątrz
- Towarzyszy im poczucie realności

### **Urojenia**

- Fałszywe sądy
- Wypowiadane z głębokim przekonaniem o ich prawdziwości
- Nie są korygowane, pomimo oczywistych dowodów błędności

## **Farmakoterapia**

### **Leki o działaniu przeciwpsychotycznym**

#### **(neuroleptyki)**

### **Działanie leków przeciwpsychotycznych**

- Ustąpienie objawów psychotycznych-  
- omamów, urojeń
- Ustąpienie zachowań agresywnych, autoagresywnych



- Uspokojenie,
- Poprawa nastroju
- Poprawa snu

Neuroleptyki –II generacja-przykłady

- **Risperidon-** (Rispolept )
- **Olanzapina** (Zyprexa, Zolafren)
- **Kwetiapina** (Ketrel)
- **Aripiprazol** (Abilify, Aryzalera)
- **Amisulprid** (Solian)
- **Sulpiryd** (Sulpiryd)
- **Klozapina** (Klozapol, Leponex)

## ZABURZENIA LĘKOWE

### FOBIE

Lęk wywołany jest **tylko lub przede wszystkim** przez pewne **określone**

- **sytuacje** lub
- **przedmioty**

( zewnątrzne w stosunku do osoby),

które **nie są obiektywnie niebezpieczne**

**Osoba unika tych sytuacji i z przerażeniem przeżywa ich pojawienie się**

**LĘK PANICZNY** Zaburzenia lękowe z napadami lęku

**Nawracające napady ciężkiego lęku (panika)**, które:

- **nie są ograniczone do jakiegokolwiek szczególnej sytuacji i okoliczności**
- **nie można przewidzieć**

**Dominujące objawy:**

narastające **objawy autonomiczne i uczucie strachu**

- Napad bicia serca lub bólu w klatce piersiowej
- Uczucie duszności
- Zawroty głowy
- Poczucie nierealności ( depersonalizacja, derealizacja)
- Strach przed śmiercią
- Strach przed utratą kontroli nad sobą

**Zaburzenia lękowe uogólnione**

- to **uporczywy, uogólniony lęk**
- występujący niezależnie od jakichkolwiek szczególnych okoliczności zewnętrznych, ani nawet nie nasilający się pod ich wpływem ( tzn. jest „**wolnoptynący**”)

**OBJAWY LĘKU UOGÓLNIONEGO**

- stałe uczucie zdenerwowania, martwienie się
- poczucie „niepokoju” w nadbrzuszu
- napięcie mięśniowe
- niemożność odprężenia się
- drżenie
- pocenie się
- przyspieszone bicie serca
- zawroty głowy

**Postępowanie terapeutyczne**

- **Psychoterapia**
- **Farmakoterapia**

Przykłady leków stosowanych w zaburzeniach lękowych

- **SSRI**
- **SNRI ( Wenlafaksyna, Milnacipram)**
- **BDZ**

## Leki przeciwlękowe

### BENZODWUAZEPINY

- Podawane są doraźnie lub w krótkim okresie czasu
- Mają potencjał uzależniający

### Benzodwiazepiny-przykłady

- Klorazepat- (Cloranxen)
- Lorazepam-(Lorafen)
- Diazepam-(Relanium)

### Inne leki przeciwlękowe

- Hydroksyzyna (Atarax, Hydroxizinum)
- Prometazyna- Diphergan
- Propranolol

## ZABURZENIA NAPADOWE

- **NAPAD**- to kliniczny przejaw nieprawidłowego i nadmiernego wzbudzenia grupy neuronów korowych
- **PADACZKA**- to skłonność do nawrotowych, nieprovokowanych napadów

**Nie każdy napad, zwłaszcza u dzieci, musi świadczyć o istniejącej padaczce**

## UPROSZCZONA KLASYFIKACJA NAPADÓW PADACZKOWYCH

### NAPADY CZĘŚCIOWE

- Proste- zachowana świadomość
- Złożone- zaburzenia świadomości
- Wtórnie uogólnione

## NAPADY UOGÓLNIONE

- **Nieświadomości**
- **Miokloniczne**
- **Toniczno- kloniczne**
- **Toniczne**
- **Atoniczne**

**LEKI PRZECIWPADACZKOWE** Wybrane przykłady zastosowania:

- **Padaczka**
- **Zaburzenia afektywne dwubiegunowe- jako leki normotymiczne (stabilizatory nastroju)**

**Leki przeciwpadaczkowe- przykłady**

- **Karbamazepina**-(Amizepin, Tegretol)
- **Kwas walproinowy i jego pochodne** (Depakine, Depakine Chrono, Depakine Chronosphere, Orfiril)
- **Okskarbamazepina** (Trileptal)
- **Lewetiracetam** (Keppra)
- **Lamotrigina** (Lamitrin)
- **Topiramata**-(Topamax)
- **Wigabatrin** (Sabril)

**JAK POMÓC CHOREMU PODCZAS NAPADU PADACZKOWEGO ?**

**PRZEDE WSZYSTKIM NALEŻY ZACHOWAĆ SPOKÓJ**

- Przenosimy chorego w **bezpieczne miejsce**
- Układamy chorego **na boku**
- Podkładamy **coś miękkiego pod głowę**
- **Rozluźniamy ubranie** (np. w okolicy szyi)
- **Czekamy**, aż ustąpi napad

- Po ustąpieniu napadu chory może być senny lub pobudzony. **Nie należy używać siły**, ale **dbamy by wypoczął**
- **Pozostajemy z chorym** aż do czasu odzyskania pełnej sprawności

### Większość napadów

- **Ustępuje po 2-3 minutach**
- **Jeżeli napad przedłuża się do ponad 7-10 minut to należy wezwać Pogotowie Ratunkowe**

### **Czego nie należy robić!**

- **Nie powstrzymywać siłą** rąk i nóg chorego
- **Nie otwierać zaciśniętych szczęk**, nawet jeśli krwawi przygryziony język
- Nie wkładać **żadnych przedmiotów do ust**
- **Nie cucić**, np. przez polewanie wodą
- **Nie budzić po napadzie** przez potrząsanie, uderzanie itp.

### ZABURZENIA SNU

Wyróżniane są dwa rodzaje snu

- **Sen REM-** szybkie ruchy gałek ocznych,  
faza marzeń sennych
- **Sen NREM-** bez ruchu gałek ocznych

W pierwszej części nocy przeważa- sen NREM (zwany **snem głębokim**)

W godzinach porannych- **dłuższe są fazy REM**

Klasyfikacja zaburzeń snu (ICSD-2)

- **Bezsennaść**
- Zaburzenia oddychania związane ze snem
- Hipersomnie związane z zab. oddychania
- Zaburzenia rytmu okołodobowego
- **Parasomnie**
- Zaburzenia ruchowe związane ze snem

## **Bezsenność**

Dolegliwość polegające na występowaniu

- 1. trudności w zasypianiu,**
- 2. częstych i przedłużonych wybudzeń,**
- 3. niewystarczającej jakości snu**

u osoby, która poświęca wystarczająco dużo czasu na spanie

Bezsenność jest kwalifikowana jako zaburzenie, jeżeli powoduje istotne pogorszenie funkcjonowania

## **Parasomnie**

Niepożądane **wydarzenia ruchowe** lub **wrażenia zmysłowe** występujące podczas snu

Dzielone są na związane ze snem

### **NREM - Sennowłódtwo**

- **Lęki nocne**
- Wybudzenie z dezorientacją

REM - Zaburzenia zachowania w czasie snu REM

- **Koszmary senne**

### **NREM -Sennowłódtwo**

- Pojawia się w pierwszej z trzech części snu
- Bez wyraźnego pobudzenia afektywnego
- Wykonywane są **zwykle czynności proste**- korzystanie z łazienki, kuchni, wyjście z domu
- Pomimo, że oczy są często otwarte, to działanie jest niezdarne
- Jeśli się nie przeszkodzi, to najczęściej powraca do spania
- Gdy się przeszkodzi- mogą pojawić się zachowania agresywne
- Najczęściej pojawia się w wieku- 5-10 lat
- Dotyczy około 10-20% dzieci
- Zwykle występują rzadko- 1-2 razy w miesiącu
- Stres, niedobór snu, nieregularne pory snu- zwiększają ryzyko wystąpienia

## **NREM- Lęki nocne**

- Dzieci zrywają się z **gwałtownym krzykiem**, przebiegającym z **nasilonym lękiem**, płaczem i smutkiem, pobudzeniem, **gwałtownymi ruchami**, **objawami autonomicznymi** (tachykardia, bicie serca, gwałtowne oddychanie, pocenie się)
- Pojawiają się w pierwszej z trzech części snu
- Trwają około 10 minut
- Przy próbach pomocy- dziecko nie reaguje jest zdezorientowane, wykonuje persewerowane ruchy
- Występuje niepamięć wydarzenia lub znacznie ograniczona
- Pojawiają się u około 5% dzieci

## **REM- Koszmary senne**

- Dziecko budzi się ze snu nocnego lub drzemki ze **szczegółowym i żywym wspomnieniem przerażających snów** (dotyczących często zagrożenia, życia, bezpieczeństwa, samooceny)
- Po przebudzeniu- dziecko **szybko odzyskuje orientację**
- Typowo występuje w **drugiej połowie snu, ale może w każdej.**

## **Parasomnie NREM- leczenie**

- U większości dzieci parasomnie u dzieci **nie wymagają leczenia.**
- Należy zadbać o **higienę snu**
  - regularne pory snu
  - unikanie niedoboru snu
  - i **bezpieczeństwo**- zamknięcie drzwi, oświetlenie korytarzy, schodów

## **PODSUMOWANIE ISTOTNYCH ZAGADNIENI ZWIĄZANYCH ZE WSPÓŁPRACĄ RODZICA, OPIEKUNA DZIECKA Z LEKARZEM**

**Podstawą dobrze prowadzonej terapii jest współpraca pacjenta, jego opiekunów z lekarzem.**

## **PODSTAWOWE ZASADY WSPÓŁPRACY RODZICA/ OPIEKUNA Z LEKARZEM**

1. **Nie podejmujemy żadnej decyzji dotyczącej dawkowania leku bez uzgodnienia z lekarzem.**
2. **Ściśle przestrzegajmy zaleceń dotyczących badań kontrolnych w trakcie farmakoterapii.**
3. **Należy powiadomić lekarza o wystąpieniu u dziecka niepokojących objawów w trakcie farmakoterapii.**

**Poinformuj lekarza, jeżeli masz zamiar zrezygnować z farmakoterapii !**

- Jeżeli będziemy:
  - **natychmiast** informować lekarza o objawach ubocznych, niepożądanych,
  - **regularnie**, zgodnie z zaleceniami wykonywać badania kontrolne zalecone przez lekarza
- możemy uniknąć negatywnych doświadczeń związanych z farmakoterapią.**

**DZIĘKUJĘ!**