

Psychické projevy při organických a dalších nervových poruchách

Organické psychické poruchy – různorodost etiologie; mozková komoce, kontuze, dětská mozková obrna, epilepsie v dětském věku.

Organické psychické poruchy přednášel Duplinský poměrně dlouho, protože pod ně spadají mentální retardace/demence (viz otázka č. 20), organické poruchy traumatického charakteru (mozková komoce/kontuze); řekla bych, že sem patří i infekční onemocnění CNS (meningitida, encefalitida), která však nejsou v podtitulu otázky a dále tedy dětská mozková obrna a epilepsie.

Organické duševní poruchy zahrnují řadu duševních poruch seskupených na základě prokazatelně společné etiologie onemocnění, poranění nebo jiného poškození mozku, které vede k mozkové dysfunkci. Většina těchto poruch začíná v dospělém nebo pozdějším věku. Zatímco některé z nich jsou podle současných znalostí ireverzibilní a progresivní, jiné jsou přechodné nebo zabírají na běžně dostupné léčebné metody.

Organické poruchy traumatického charakteru

Některé z těchto psychických poruch jsou primárního charakteru – přímý zásah poškození mozku, např. mozkový nádor; jiné jsou sekundární – trauma bylo somatického charakteru (úder do hlavy), sekundárně došlo k organické poruše.

Etiologie je různá, obecně u organických poruch – např. mozkový nádor, úraz hlavy, infekce různ. typu (onemocnění pohlavní chorobou, sifylis, omezený přívod kyslíku při úrazu hlavy a následné těžké bezvědomí, u malých dětí vdechnutí, aspirace plodové vody) – mluvili jsme již o MR a demenci, často je to kombinace různých vlivů

Jaké jsou následky, důsledky? Někdy se dotýkají jen urč. oblastí, bohužel často té kognitivní sféry, může být postižena paměť, inteligenční úroveň, jindy se to promítá výrazně hlavně do změn chování, někdy spíše do emoční oblasti, např. do sféry vyšších citů, bohužel často je poškození komplexní.

Zase tu platí, že ten samý etiologický činitel může mít u různých osob odlišné, nestejně důsledky - může být individuální slabost vůči podnětu. Stejný etiolog. činitel může mít různé následky pro různé lidi – nelámat nad tím hůl, často nevíme z jakých důvodů, je odlišná individuální odolnost a reparabilita CNS je obrovská a výjimečná (na druhou stranu je CNS velmi citlivý, 5 min. bez kyslíku → smrt)

Lurija – granát v lazaretu amputoval chlapovi prakticky váhovou polovinu mozku, ale po zotavení byla jeho psychika v podstatě stejná jako předtím – i pro něj výjimka, ale třeba i po mrtvici je reparabilita obrovská.

Z chir. hlediska jde o úrazy hlavy, z psychol. a neurologického hlediska - otřesy mozku a zhmoždění mozku. (Často jen vibrace mozkového kmene – spíše záležitost pro neurologa)

Lékaři nepoužívají pojem otřes, ale **mozková komoce**; popisuje to z praktic. hlediska, jak se symptomy mohou projevit; konečný verdikt vynáší neurolog, ale v jakých případech můžeme uvažovat o komoci:

- ✓ **ztrátou vědomí**; dle délky trvání toho bezvědomí rozlišujeme **lehkou** mozkovou komoci – ztráta vědomí v rozsahu několika vteřin, desítek vteřin až minut – nemusíme ani plně zaregistrovat; **střední** mozková komoce – desítky minut až asi jedna hodina, **těžká** mozková komoce – ztráta vědomí překračuje hodinu, netrvá ale týdny apod. Dokonce i u těžké moz. komoce výjimečně (ale ne zas moc výjimečně) nemusí vůbec

k poruše vědomí dojít, někdy je to jen tzv. **zastřené vědomí** (užívá dr. Goldman) – člověk vypadá ospale, mátožně atd.

Se ztrátou vědomí všichni otřes mozku spojují, objevují se i další projevy:

- ✓ **nausea** (pocit na zvracení) – není to zcela specifický symptom pro komoci, je to spíše dáno změnou toho vědomí, stavu vědomí – spíše pocit než zvracení;
- ✓ **bolesti hlavy** – někdy až následně – neobjevují se někdy zcela bezprostředně – nemusí hned bolet hlava po otřesu → dítě mělo nepozor. stav bezvědomí, nestěžuje si na bolest hlavy → tak se jen tak tůknul; za 14 dní začne ztrácet vědomí (většinou dříve)..
- ✓ **negativní reakce** na světelné a zvukové podněty – mohou se objevovat také **závratě**, hlavně u těžších stavů, **neurastenické** potíže, **únava**, malátnost, **nesoustředěnost**, emoční labilita; **úzkostnost**, zmatenost.

Závažnějším stavem je tzv. **mozková kontuze** = zhmoždění mozku – už jde o závažné poškození mozkových partií, což prokazují i někdy dosti výrazné změny při přístrojovém vyšetření, dříve EEG, dnes emisní tomografie atd. V dobách, kdy neexistovaly nejmodernější diag. prostředky; u nejjednodušších EEG se tvrdilo, že až u třetiny lidí, kteří prodělali kontuzi, zůstávají nevratné změny v EEG záznamu.

Mohou přetrvávat atypické změny na EEG záznamu, ale ještě se to nemusí odrazit v pozdějším psychickém výkonu člověka; setrvává změna, záznam není standardní, ale nejsou automaticky nějaké nápadnosti v behaviorální, kognitivní aj. rovině – spíš jako když má člověk jizvu od slepáku.

Někdy je EEG potvrzením trvalejšího poškození, protože čl. se chová trochu odlišně, někdy zase EEG skoro normální, ale jeová str. chování je trochu jiná. Moderní diag. prostředky jsou dnes schopny lepších diag. Specifikací.

Všechny potíže mohou být stejné jako u komoce; klinicky nejevidentnější je:

- ✓ **dlouhé bezvědomí** – může trvat i týdny; paradoxně se někdy bezvědomí nemusí vůbec dostavit (ale jen málokdy), nebo se objeví až po nějaké době (spíše desítky minut nebo hodiny) – to souvisí s tím nejnebezpečnějším – krvácení do mozku

To byly bezprostřední stavy, které se mohou objevit; pozor na spoléhání se na bezvědomí – neznamená, že když bylo, jde o traumatic. poškození a jinak ne... Další následná poškození – objevují se až časem, který se nedá specifikovat – nelze říct po týdnech, rocích... jsou následné pozdější stavy, dnes se vše jmenuje různě jinak, ale my užijeme:

- ✓ **posttraumatický neurastenický syndrom (PNS)** – častý (odlišit od posttraum. stres. poruchy!!- následek psych. stresu, frustrace, náročné živ. situace) – důsledek úrazu CNS, je to neurologický fenomén. **PNS** může trvat měsíce, ale i roky; pozorujeme ho často třeba i u „disharmonických dětí“, (pojem psychopatie se nepoužíval pro děti (předpokládala se endogenita, vrozenost stavu) – dítě se vyvíjí → ještě má před sebou možnost změny, taky někdy obtížné odlišit, zda nepřiměřené chování vychází z vrozené podstaty nebo ze soc. učení → užíval se pojem disharmonický vývoj → užívá tento pojem, v této věk. fázi je dítě vývojově disharmonické, ale může být i následek dění v rodině...). U dětí s takovým vývojem se snáze v důsl. poškození může vyvinout PNS, ale někdy také vyvoláno vlastně psychogenně vnějším okolím – okolí to dítě navádí k tomu, aby se u něho vlastně nepravý PNS sekundárně vyvinul (bolí tě hlava? Chceš zmrzlinku?). Může to být iatrogenizace (nevhodné chování lékaře vůči pacientovi, které ho může poškodit) - naši doktoři v tom excelují možná ve světovém měřítku. Obraz nejednoznačný, velmi složitý; učebnicově – hlavně projevy, které se obecně projevují u neuróz – celá řada stesků těles. rázu, nespavost, úzkost, nechutenství; ale často to vypadá až skoro psychoticky – deprese, bez nálady, bez pocitu perspektivy, suicidiální myšlenky; např. ve válečné situaci, katastrofa – zvláště při i fyzické újmě – i přechodně se dokonce mohou objevit i až symptomy psychotické.

typu – halucinace... (viz Chaplin – Zlaté opojení) – může se vlastně objevit skoro cokoliv.

Další následné poškození po PNS - při děsivém zážitku:

- ✓ **úzkostná fobická neuróza** (dítě zůstalo zaklíněné v autě s umírajícím otcem, celou noc → od té doby děs ze silnice apod.)

(Koktavost – byla vedená jako jeden z neurotic. symptomů a zvláště se zdůrazňovala u dětí; dnes podle MKN-10 vedena jako vývojová porucha řeči; co on zažil, bylo to vždy dáno psychogenně – rozmazlování, nebe pedantská vojenská výchova, po stresu, úleku apod. – u normálního vývoje dítěte to jako vývoj. poruchu řeči moc neviděl; takže třeba posttraum. stres. porucha – výrazný symptom psychogenní koktavosti)

Strašně důležité po úrazu psychologické směřování korektivního typu → aby se nerozvinul PNS, případně si uvědomit, že hrozí obsedantně úzkostná, fobická aj. porucha

(u post. stres. syndromu se syndrom může objevit až dlouho potom – člověk při potopě zachraňuje co může, pak staví nový barák a najednou ze dne na den nezájem, lhostejnost, neschopnost... Neobjevuje se tedy bezprostředně a to někdy platí i o PNS)

Neurologové zdůrazňují další následný stav:

- ✓ **(post)traumatická encefalopatie** – trauma, které víceméně trvá, objevuje se spíše při opakovaných úrazech hlavy. Klasický případ – boxeři – úrazy hlavy častější, někdy ani neléčené (boxer se trochu motá, zastřené vědomí, nevadí to ani jemu ani trenérovi...) → promítá se do trvalé změny osobnosti, právě ty změněné symptomy osobnosti někdy vystupují výrazněji než to, co je dost typické – snížení kognice – zhoršení paměti, intelektu – ale není to absolutní, spíše je to behaviorálně překryto těmi změnami osobnosti. Vytvořila se dobrá typologie vycházející z empirie → jeden typ **těžkopádný, pomalý**, s malými zájmy, tupý, **bradypsychismus** (zblblnul z boxu) – působí kognitivně méněcenně/**explozivní, výbušný typ** – agresivita, vzteklost, prchlivost, někdy i sex. deviace – hlavně sex. agrese. Poškození je tedy častější, než tušíme, i přes všechny chrániče

Komoce je stejně závažná jako kontuze, která působí mnohem hrozněji, hlavně u dítěte; ve styku s dětmi je potřeba být bdělý; z hlediska úrazů jsme na jednom z čelních míst v Evropě, úrazy hlavy jsou časté; při sebemenším podezření uvést dítě do klidu, prostředí zvukově ani světelně intenzivní, snažit se, aby neupadlo do bezvědomí – mluvit na něho, hlavně ho neprofackovávat! Mozek je silně prokrvený, tisíce drobných cévek, které mohou být narušené → i fackou můžeme uškodit; proto může trvat déle, než se objeví bezvědomí – než se vytvoří větší krevní výron. Jakmile začne proces zužování vědomí, hrozí nebezpečí přechodu do komatu, které může být tak hluboké, že zastavuje i činnost vegetativního nervstva, může tedy dojít k zástavě dechové a následně i srdeční činnosti.

„Nech otevřené oči, dívej se na mě“ → zavírají se mu oči, upadá jako do spánku → proto mu v tom bránit.

My dospělí máme tendenci děti sledovat spíše ve smyslu jejich únikové taktiky – říkáme, že simulují; trochu ho bolí hlava, nechce jít do školy → používáme slovo simulace, ale máme používat **aggravace** (z řeč.) – „zhoršování potíží“ – když si dítě něco vymýšlí, vlastně není psychicky v pořádku, a zhoršuje to – lže, což je porucha chování. Děti často **disimulují** – ač mají určité obtíže, zdravotní či psychické, tak je popírají – to je časté a my si toho nevšimneme („mně nic není“, protože chtějí po škole jít kouřit za školu)

Je třeba být opatrný i na projevy disimulace, jsme na ně méně citliví než na agravaci. Disimulace právě u úrazů hlavy je závažná – veškerá léčba je urč. nehybnost – nedělat divoké pohyby; nevíme, nakolik otřesená je fyziolog. struktura CNS, divočení by mohlo situaci zhoršit.

Epilepsie

Nevykládá ji zcela dle učebnice, spíše typologie záchvatů, jak vypadají na základě svých vnějších behaviorálních projevů.

Co je příčinou? Zdroje a příčiny jsou velmi různé, někdy to souvisí s poruchou látkové výměny, hlavně u látek vztažených k CNS, někdy poruchy prokrvení mozku, vodního hospodářství, alkoholická epilepsie (intoxikace), poúrazová epilepsie, následek nádoru v mozku.

Také dle typu poškození CNS někdy vznikají typické obrazy epileptického projevu u toho konkrétního pacienta → epileptik nemívá různé obrazy.

U záchvatů může být urč. vývoj v důsledku podávání antiepileptik; obraz by byl víceméně setrvalý, ale zároveň nějakým zp. intervenují (ne vždy absolutně) léky.

Definice je hodně – jedna obecně: epilepsie je záchvatovitě onemocnění, které je dáno epileptickým ohniskem v mozku, které je charakterizováno tím, že jsou tam primárně narušené nervové buňky, které jsou ve stavu mírné depolarizace vůči okolí (toho ohniska); tyto primárně narušené buňky v opač. stavu depolarizace než okolí vtahují do své aktivity nenarušené buňky okolí, takže dochází v mozku (šedé kůře) k urč. vývoji a poté k záchvatu když dojde ke spojení + a – → dojde k vývoji v mozku.

Epilepsie jsou časté, asi u 1 % populace dospělých; podobné, možná trochu větší číslo je u dětí. Může k tomu dojít na endogenním základě - už vlastně u novorozence, dále to může být komplikovaný porod, různé infekce, úrazy mozku... Může se objevit v průběhu celého života, od nejranějšího dětství až po plně dospělý věk.

Úvaha o genetických vlivech – ale musíme chápat genetiku v obec. slova smyslu, ale ne hereditárně, že by šlo o epilepsii jako dědičnou chorobu – tam je procento poměrně malé; pokud ale v rodu je více e. za sebou nebo jsou oba rodiče e. → dochází ke zvyšování pravděpodobnosti; ale dědičnost ve smyslu genetických zákonitostí tu tak úplně nefunguje.

Neurologové používají také pojem predispozice k epileptickým záchvatům – ta se vyskytuje údajně až u 20 % populace!

Někdy se mluví o provokativních podnětech – na prvním místě stojí alkohol, ale také spánek za dne, nadměrný konzum čokolády... uvádí se leccos; určité světelné nebo zvukové podněty, hlavně světelné. Silnice, kolem nichž jsou stromořadí – střídá se světlo a stín, ve slunečném dni – takové kmitání může vyvolat epilepsii.

Neurologové tvrdí, že po prvním záchvatu se zvyšuje pravděpodobnost dalších záchvatů – to je právě základem toho, že se dlouhodobě podávají pacientům antiepileptické léky.

Typologie, klasifikace záchvatů

– dnes se používá dělení dle lokality, kde je epileptické ložisko v mozku...on vykládal typologii z neurologické učebnice, tyto typy záchvatů jevově zažil v praxi:

o velký epileptický záchvat

- někdy se u nich až příliš zdůrazňují prodromy a aura – prodromy jsou signály, že se epileptický záchvat blíží – člověk cítí úzkost, neklid...; aura – barvy, pálení, třepotání horkého vzduchu a do toho si představit barvy – ty hlásí blížící se záchvat
- za jeho doby neurologové tvrdili, že podle toho, jakou konkrétní podobu má prodrom a aura, se dá určit, ve které části mozku je ep. ohnisko
- někdy popisují depersonalizaci, derealizaci (sám sebe necítí, jako by to byl film – někdy po velké únavě, stresu – měli bychom se radovat, ale nic necítíme – to je lehká forma)

- následuje pád, neovládané křeče celého těla, neudržení moči nebo stolice nebo obojího; zvláště závažná ve vztahu k prvnímu záchvatu, zvláště u dětí – ztráta paměti; probere se na zemi, je znečištěné, možná i zraněné a neví co → to dále zvyšuje úzkost u dítěte (než mu to rodiče vysvětlí...), dezorientace; dostává se k vědomí ze specifického stavu záchvatu
- **ohraničený záchvat**
 - nejsou poruchy vědomí, není ani ten pád na zem, objevují se jen přechodné křeče v určité části těla; může to být relativně nenápadné, nemusí se to ani okolím vysvětlovat jako epilepsie
- **akinetický záchvat**
 - bez prodromu, bez aury, náhlý prudký pád na zem a hned návrat k normě; chybí křeče, pomočení atd.
 - také problém – už v raném dětství, dítě ve 3 letech spadne → „neumí chodit“ – někdy se epilepsie diagnostikuje až pozdě, tento záchvat si nedáme do souvislosti s chorobou CNS.
- **psychomotorický záchvat**
 - bez prodromů a aury, zastřené vědomí, někdy velmi výrazně, evidentní je psychický i motorický neklid, narušená koordinace motoriky, úzkost, agresivita, spíše skoro až panika – začne pobíhat po uličce jako opilý, v té úzkosti odstrčí, udeří, hrne se ven → působí agresivně. Některé projevy se mohou projevit i v chování autistického dítěte – bránění se kontaktu apod. → nemusíme dojít včas k uvědomění, že jde o epilepsii.
- **malý epileptický záchvat**
 - velmi závažné, upozorňovat!! bez prodromů, bez aury, krátké zakalené vědomí, v rozsahu vteřin až minuty – „absence“, dříve se i pro tento typ záchvatu používal termín absence
 - ve velmi krátkém čas. okamžiku se objeví zblednutí, oči nahoru, nenápadné křeče např. v ústech, záškuby úst apod. – někdy to vypadá velmi nenápadně, tah tužkou přes celý sešit, náhle se zadívá do blba...

Epileptic. záchvat vůbec může být vyvolán psychic. zátěží, náročností či neobvyklostí prostředí → v rodině, kde ho mají rádi, se to třeba neprojeví, ale ve škole zátěž → dávat na to pozor.

Prevence + jak se chovat při záchvatu:

U křečových záchvatů i děti poznají předzvěsti – divné pocity → ví, že to má někomu říct, klidit se ze schodů, od nábytku...

Dezorientovanost – začnou někde probíhat, nevnímají signály okolí → zklidnit, záchvat se už ovlivnit nedá, spíš hlídat, aby se o něco nezranil, event. podložit hlavu, dát něco mezi zuby, aby si neprokousl jazyk, zabránění zapadnutí jazyka.

Většinou se nevolá lékař, trvají vteřiny, max. minuty; po záchvatu zmatení, vyčerpaní, mají si jít lehnout a odpočnout, dohlédnout na ně; lékaře volat až u dlouhého záchvatu, častého opakování, neprobíral by se z bezvědomí...

Je dobré umět popsat pohyby, co se s ním děje, kde a jak to začíná...u žen souvisí často s menstruací / zkušková období / i období extrémního klidu – neměl by být žádný extrém; nechodit na diskotéku, na TV a PC se doporučují tmavé brýle; horko, hluk; omezení i ve sportu – vše, co přináší zvýšené riziko, se jim nedoporučuje (lyže, plavání, horolezectví apod.) – nebo aspoň aby s nimi někdo byl.

Aspekty závislé na věku:

Epilepsie se může projevovat už doslova od **novorozenec. období**; právě tam, kde se objevuje už v nejranějším období, tam se předpokládá urč. genetická souvislost, ale nechápat to jako rodovou genetiku (ledaže se vezmou dva epileptici). Ale stane se také, že v rodině není diag. epilepsie a přitom novorozeně ji má → vrozené / v procesu nitrodělož. vývoje.

Pokud se projevují e. projevy v nejranějším dětství → bývají to převážně záchvaty typu grand mal, velké – křeče, bezvědomí, znečištění se v tomto případě těžko odhaduje (plenky) – pokud to v tom krátkém okamžiku můžeme vůbec zaregistrovat. Někdy záchvaty tak rychle po sobě, že to je vlastně jeden dlouhý záchvat; i když jeden 1-3 min; pak má dítě záchvaty už prakticky pořád.

Kolem 2.-3., 4.-5. roku – objevuje se nejčastěji akinetický záchvat – náhlý prudký pád na zem – problém včasné diagnózy epilepsie, když sebou sekne dvouleté dítě, nepoznáme to, stav bezvědomí je nejistitelný!

Špatně se diagnostikuje i u malých dětí, v kočárku – křeče u miminka těžko poznat; rychle to odezní, bezvědomí nepoznatelné → vysvětlí se to ničím jiným.

Pro období **mladšího školního věku** – 5,6. až 8.-10. rok – petit mal, malý e. záchvat – může být opravdu velmi nenápadný, zadívání se do blba, tah tužkou...

Pamatovat si – grand mal, akinetický záchvat a petit mal jsou tři nejtypičtější záchvaty dětského věku, vázané na věk!!

Epilepsie v dětství nezakládá epilepsii v dospělosti, ukazuje se, že asi 5% dětských epilepsií v dospělosti vymizí. **Malý záchvat, petit mal (absence) – má největší šanci na vymizení, ztrácí se s přibývajícím věkem; říká se, že po 30. roce života se prakticky nevyskytuje (jinak řečeno předpokládáme, že vymizí).**

Léčba:

V posledních letech tam, kde to bylo možné, ep. ohnisko mělo anatomic. tvar (sraženina, jizva pod kostí), se nejraději operovalo, díky moder. metodám laseru apod. se to uplatňuje, je-li to možné. Někdy ohnisko není prokazatelné a přitom klinicky záchvaty jsou; současná moderní diag. CNS je údajně schopna ohnisko nalézt; může být v místě operativně nedosažitelném nebo vytváří další komplikace.

Nejtradičnější je tedy **léčba farmaky**; (někdy se u psychóz a schizofrenie podávají antiepileptika v kombinaci s neuroleptikem)

Antiepileptika se vyvíjejí; velký problém hlavně u dětí – barbiturátová dimenze aj. – léky musí tlumit aktivitu toho ohniska, aby nedošlo k výboji, který má za následek záchvat

to je ten problém – i když léky stále specifitější a jemnější, přeci jen je občas dítě utlumené, v určitém smyslu léky působí tlumivě, někdy se zdají bradypsychické, pomalejší... Lék je tlumivý, některé úkoly ve škole na čas, dítě je pak pomalejší – je potřeba na to rodiče a učitele upozornit. Promítá se i do zapamatování, memorických záležitostí – velký problém, léky někdy prostě brzdí tempo – jinak by to mohlo brzdit jen epileptické ohnisko, ale to si nemyslí. Nevyloučit tedy vliv dlouhodobého podávání léku na to, že dítě může být utlumené a zpomalené; některé léky to přímo indukují (těm nejmenším dětem se podával Histeps).

Psychoneurologie – má velkou budoucnost (Thomayerova nemocnice). (Lurijs – zakladatel psychoneurologie, i moderní neurologie – malá kniha o velké paměti)

Děti by se měly mírnit v urč. aktivitách, ale nevytlačovat je, není dobré je příliš vyčleňovat ze skupiny („nejde do kina, co kdyby měl záchvat“); zvláště při přechodu do puberty a adolescence má z toho komplex a my mu to potvrzujeme, že je jiný → neostrakizovat. Drtivá většina dětí, kt. berou pravidelně a systematicky antiepileptika, dodržují urč. životosprávu a životní styl (TV – proměny obrazu, rychlé zvraty děje, střílečky – nejsou dobré)

Obecně epileptika když záchvat nevyloučí, aspoň snižují jejich četnost. Faktem je, že zůstává skupina dětí, kde i moderní terapie není optimálně účinná, a existují i děti, kt. mají třeba

několik velkých záchvatů denně. Tyto děti – na celou zemi možná pár desítek dětí, jsou intelektově velmi zajímavé, záblesky talentu, stát na péči o ně dost rezignuje; potřebovaly by nějaké zařízení, uzpůsobené i technicky tak, aby se neobjevovalo nebezpečí úrazu, umožnilo by to i důkladnější poznání té choroby apod. – ale stát na to kašle.

Nutné vytvořit situaci, aby dítě si neublížilo, křeče nechat proběhnout, dát mu něco do úst, aby se nekousl, být dobře informováni od rodičů a okolí o tom, jak normálně u dítěte ten záchvat probíhá. Jakmile se objeví urč. anomálie, vyžaduje to skutečně odborný zásah

Pokud záchvat trvá déle, 5, 7, 10 min, jako by to doznívalo a záškuby se rozjedou znova – i půl hodiny → obrovská zátěž pro organismus, kdyby mělo dítě skrytou srdeční vadu → problém. Pokud je dítě divné, křeče trvají dlouho, skončí a dítě se neprobere, je příliš bledé, obluzené... měli bychom volat lékařskou pomoc.

Důležité je pravidelné podávání léků; někdy 3x denně, tedy i ve škole – rozumný učitel – může kontrolovat, zda si lék bral, měl by vytvořit situaci, aby dítě neponížil, nepřivolał pozornost...; musí se brát pravidelně a nevsadit se!

Dětská mozková obrna

Podle Jana Čepičky (1981) je DMO příkladem výrazného poškození hybnosti, následkem poškození mozku, při kterém dochází k centrálním obrnám končetin, nebo se projeví poruchy síly a svalového tonu, poškozením mimopyramidového hybného systému např. atetózou. U encefalopatických dětí dochází též k opoždění motorického vývoje, jsou přítomny hlavně poruchy koordinace drobných svalových pohybů, děti jsou těžkopádné, neobratné a často bývá přítomen syndrom psychomotorického neklidu.

Dnes bychom dětskou mozkovou obrnu označili jako „neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě postižení nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje (prenatálně, perinatálně či na počátku postnatálního období)“ (Vágnerová 2004)

DMO se zpravidla v průběhu vývoje nezhoršuje. Postihuje přibližně 0,5% dětské populace, u 0,1% jde o závažné postižení. (Vágnerová 2004) Diagnóza se stanovuje v 1. roce, do té doby je DMO považována za centrální koordinační poruchu (CKP).

Příčiny

„Dětská mozková obrna je komplex různých poruch a ani příčiny vzniku nejsou vždycky stejné. Navíc se jednotlivé patogenní vlivy mohou navzájem kumulovat a ovlivňovat. Dědičná dispozice určuje stupeň zranitelnosti centrální nervové soustavy, který ovlivňuje riziko, že další nepříznivý faktor způsobí poškození mozku.“ (Vágnerová 2004) Konkrétní příčiny vzniku DMO mohou být například komplikace při porodu, infekce matky v těhotenství, asfyxie, nedostatek kyslíku v prvních měsících života, mozkové záněty do 1.roku, takže to klasické dělení na pre-, peri- a postnatální příčiny.

Formy DMO

- ✓ Spastická forma je nejčastější. Tvoří ji 60-70% všech DMO. Jde o trvale zvýšené svalové napětí. Předpokládá se, že mohla vzniknout ve třetím trimestru prenatálního života. Toto poškození může mít různý rozsah i závažnost. Dále rozlišujeme na: *Diparézu* tj. postižení dolních končetin. *Hemiparézu*, tj. jednostranné postižení horní a dolní končetiny, často bývá závažněji postižena ruka. *Kvadruparéza*, tj. postihuje

všechny 4 končetiny, často bývá narušena hybnost svalů úst a jazyka a měkkého patra což se projeví poruchou řeči tzv. dysartrií, bývají také problémy s příjmem potravy, tato porucha bývá často doprovázena poruchou inteligence.

- ✓ Dyskinetická forma je vzácnější postihuje asi 20% postižených DMO. Projevuje se mimovolnými pomalými nebo záškubovitými pohyby, které nelze ovládat vůlí. Předpokládá se, že vznikla v důsledku těžké porodní asfyxie, porucha inteligence se u ní neobjevuje.
- ✓ Atetická mozečková forma je relativně vzácná, trpí jí 5-10%. Postihuje především pohybovou koordinaci. Typické bývají potíže s rovnováhou a při rychlejších pohybech. Nejnápadnějším počátečním příznakem bývá hypotonie. Bývá často doprovázena poruchou inteligence. (Vágnerová 2004)

Projevy

DMO je centrální porucha hybnosti, ale často se k ní přidružují i jiná postižení, v důsledku poškození CNS. Např. poškození zraku, kde to bývají centrální poruchy, šilhání nebo tupozrakost, poruchy sluchu, řeči, ty se objevují u 75% lidí s DMO. Jde především o poruchy artikulace různého stupně, jako důsledek postižení motoriky mluvidel a jejich koordinaci. Záleží na tom, zda je elasticita přítomna i v orofaciální oblasti, v takovém případě mají tito lidé problémy i s příjmem potravy, řeč může být také poškozena fonačně a obsahově. Mentální postižení se objevuje u 30-50% nemocných. Záleží na typu DMO, ale nejčastěji je to u kvadruparetické spastické formy. Epilepsie je přítomná u poloviny lidí a většinou se objeví až později. DMO také zvyšuje riziko deprivace v oblasti stimulace učení a sociální zkušenosti. Obecně platí, že čím je lepší lokomoce a samostatnost dítěte, tím jsou lepší i jeho poznávací procesy. (Vágnerová 2004) Dál jsou to poruchy percepce. „Ty nemusí být pouhým důsledkem nedostatku zkušeností, ale projevem specifického poškození. DMO bývá často spojená s dysgnozii, tj. obtížemi v oblasti zrakové či sluchové diferenciace, analýzy a syntézy. Jsou přítomné problémy v oblasti vizuomotorické koordinace, s vizuální kontrolou vlastních pohybů, popř. s jejich koordinací.“ (Vágnerová 2004)

Léčba

Dětská mozková obrna sama o sobě vzhledem ke své etiologii léčitelná není, ale při správném přístupu ji lze dobře stabilizovat. Například pomocí fyzioterapie, kde se hodně využívá Vojtova reflexní metoda, Bobath koncept nebo klasické protahování. Důležité je správné polohování, aby nedocházelo k proleženinám nebo zafixování vadné polohy těla, která bývá často bolestivá. Nesmíme zapomenout na vertikalizaci například do Standů. Velmi účinná je hypoterapie, při níž dochází k uvolnění všech svalů. Dál je nezbytná péče ergoterapeuta, který se stará o rozvoj jemné motoriky a sebeobsluhy. Důležité jsou samozřejmě také medikamenty – antiepileptika, nebo botulotoxin. Časté jsou bohužel ortopedické operace, kvůli natažení zkrácených svalů a jejich správné poloze. Důležitá je samozřejmě logopedie, tam, kde je řeč poškozena. Neměli bychom zapomínat na používání kompenzačních pomůcek, které bývá nezbytné. Od vozíků a francouzských holí až po počítače s velkou klávesnicí.

Důsledky

Je velmi těžké říct jaké důsledky má DMO na lidi, kteří s ní žijí. Myslím, že je to velmi individuální a záleží to na tom konkrétním člověku, jak on sám přijímá svoje znevýhodnění, jak ho prožívá. Do jakých situací se dostává, jaké z nich nachází východiska a jak tyto

východiska ovlivňují jeho další život. Postižení můžeme určitě chápat jako náročnou životní situaci, která u jedince způsobuje stres v jeho každodenním životě a vyvolává řadu konfliktů, z nichž některé jsou pro něj neřešitelné. Například osobní ambice oproti reálným možnostem, které jsou limitované postižením. (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech 2000) Tyto situace mohou způsobit řadu frustrací a v konečném důsledku i vážné psychické potíže, které mohou vyústit v depresi nebo jakousi zahořklost. Obecně se dá říct, že se setkáváme s problémy v oblasti bariérovosti míst, která může způsobit špatný přístup k informacím, kulturnímu vyžití nebo dokonce ke vzdělání. Často zde bývá nedostatečná sociální zkušenost, protože jedinec se do některých situací vůbec nemusí dostat, například díky životu v ústavu. S tím je spojená možná neschopnost řešení různých situací a problém v navazování vztahů, se zdravými lidmi. Ve společnosti totiž myslím stále panuje určitý ambivalentní postoj k lidem s tělesným postižením. Je zde samozřejmě patrné horší uplatnění na trhu práce.

Ještě doplnění:

Charakteristické rysy vývoje dítěte s DMO

1. Kojenecké období

- během prvního roku se vyvíjí definitivní obraz DMO (může dojít k jistě kompenzačním mozku v raném věku tzv. vyrovnání poškozených částí zdravými, účelná je také rehabilitace)
- počáteční projevy jsou nejasné, rodiče mohou mít tak nereálná očekávání nebo očekávat lepší prognózu
- díky snížené pohybové aktivitě je narušený vztah mezi dítětem a a rodiči (dítě nemůže adekvátně reagovat očekávanou motorickou aktivitou, mimika i pantomimika je velmi chudá, motorika mluvidel bývá poškozená, někdy chybí jakýkoli artikulační projev)
- děti jsou často neklidné, dráždivější, často bezdůvodně pláčou nebo jsou naopak apatické, ospalé a bez zájmu
- komplexně bývá snížen přísun podnětů, děti je neumí ani přijímat
- jsou závislejší a přitom jejich projevy rodiče málo stimulují k dalším aktivitám

2. Batolecí období

- omezení samostatné lokomoce neumožňuje dítěti typické osamostatňování v tomto věku
- omezen je také přísun stimulace a nových zkušeností
- častá je snížená aktivace dítěte v důsledku stereotypie a nedostatku podnětů
- děti se jeví jako pomalé brydypsychické, neobjevuje se typická batolecí zvědavost
- poškození motoriky rukou omezuje rozvoj senzomotorické inteligence a spontánních aktivit i v sociální oblasti
- díky poškození motorice mluvidel je opožděn vývoj řeči
- stagnace rozvoje sociální interakce a vytváření rolí
- dítě se nemůže osamostatňovat, je omezeny možnost sebeprosazení
- tendence k sebeprosazování se ventiluje ve formě bezmocných záchvatů vzteku
- rodiče mají již jasnější představu o postižení dítěte, která je často kompenzovaná náročnou rehabilitací a iracionálními představami o možnostech dítěte

3. Předškolní období

- období dobré adaptace rodičů na postižení dítěte a určitá stabilizace vývoje dítěte
- dochází k omezování faktických i symbolických časových a prostorových hranic, v důsledku vynucené vazby na fyzický a sociální prostor
- objevuje se dost zásadní podnětová a zkušenostní deprivace
- postižení motoriky rukou dost zásadně omezuje rozvoj hry a sebeobsluhy
- objevuje se optická či akustická dysgnózie, která se projevuje obtížemi v rozeznávání vizuálních a zvukových stimulů (dítě nerozeznává co je na obrázku a špatně rozlišuje zvuky mluvené řeči)
- poruchy artikulace jsou zřetelné, dítě dobře rozumí, ale nesrozumitelně mluví
- projevují se již také výše uvedené poruchy pozornost, paměti a s nimi spojené poruchy učení
- rozvoj rozumových schopností je ovlivněn možností kombinovaného postižení, ale také dalšími faktory, které ovlivňují spíše oblast výkonnosti a možnosti adekvátní stimulace
- při hodnocení vývojové úrovně je třeba přihlížet k individuálnímu vývojovému trendu komplexně

4. Školní období

- nástup do školy je pro děti s DMO mnohem obtížnější než je tomu u dětí zdravých

- některé děti jsou schopné integrace v běžné škole, avšak ani jejich adaptace není bez obtíží (problémy přinášejí omezení pohybu, změna tělesného schématu a odlišnosti řečového projevu, které jsou i pro samostatné děti velmi náročné)
- také citové reakce nejsou vždy adekvátní, dítě je nedovede kontrolovat
- sociálně nepříznivé je ztuhnutí svalů nebo zvýšení hyperkineze při silném prožitku
- nevýhodou je opoždění socializace (dítě je infantilnější, závislejší, méně sociálně zkušené, méně samostatné, vztahy se spolužáky jsou omezené a méně spontánní)
- také sebehodnocení je značně odlišné od dětí zdravých
- kompenzace pocitů méněcennosti může být pozitivní, pokud je dítě úspěšné v nějaké dílčí oblasti
- pro dobrou adaptaci na školu je důležité, aby se dítě s majoritní společností setkávalo již od předškolního věku
- u dětí pro které je integrace neadekvátní je vhodné zařazení do speciálního školního zařazení, jehož nevýhodami je izolace od rodiny, pobyt v internátu a izolace od běžného prostředí spolu se socializací ve společnosti stejně postižených dětí
- adaptace na speciální školu je pro dítě mnohem snazší, ale výrazněji se zde vymezuje role postiženého dítěte (důsledek pro identitu)
- významnými pro práci ve škole je míra samostatnosti, rozvoj motoriky rukou a míra postižení percepce ve formě dysgnózií
- mohou být snížené rozumové schopnosti (až 50 %), na rozvoj inteligence mají ale také vliv podnětové deprivace, stereotypie, omezení stimulace a zkušeností
- školní výkon se často zhoršuje v souvislosti s poruchami paměti a učení (útržkovité zapamatovávání, nevýběrové a obtížné vybavování)
- schopnosti jsou méně využitelné v důsledku snadné unavitelnosti, pomalého a kolísavého tempa práce

5. Puberta

- tato doba hledání vlastní identity a emancipace je pro jedince s DMO velmi obtížná
- do teď si sítě myslelo, že jeho nemoc přejde, vyléčí se a nyní musí přijmout pravdu
- změna rolí a postojů k sobě samému je variabilní a závislá na komplexu vnějších i vnitřních faktorů
- významnou roli zde hrají dva faktory: a) postoj k vlastnímu zevnějšku, který je odlišný – proces postupné akceptace této odlišnosti je velkou zátěží. Projevuje se zde zvýšená kritičnost, nespokojenost, nejistota, proměna sociálních rolí a zároveň ke kompromisům. Pokud je tato akceptace vlastního těla negativní, dochází k narušení procesu hledání vlastní identity. Můžeme se setkat s maladaptivním chováním jako výrazem nezvládnuté obrany. b) postoj k vlastní dysfunkci – pubescent si již uvědomuje trvalost defektu a také svoji bezmocnost. Reakce na vlastní poškození jsou značně variabilní (např. únik do jiných oblastí, až po neurotické reakce, či psychopatické reakce, jako projev nezvládnuté adaptace, časté je také vytěsnění defektu).

Infekční onemocnění CNS – jen doplňující

- jde o to, že choroby, které se v souvislosti s onemoc. mohou vyskytnout, mají základ primárně v somatickém onemocnění, neurologickém onemocnění, jde o onemocnění zapříčiněná různými vnějšími vlivy
- poškození CNS z vněj. vlivů – infekcí
- nejznámější poruchy = meningitida, encefalitida
- někdy se pojmy překrývají, ale on to odlišuje:
 - o **meningitida** = zánět, zápal mozkových blan,
 - o **encefalitida** = přímo zánět CNS, mozku
- někdy uvidíme pojem encefalitis – tam se zahrnují oba pojmy
- encefalitida: nejznámější formou je klíšťová e., kdy dochází k přenosu infekce z nakaženého klíštěte, symptomy jsou velmi pestré, ale vždycky je tam zvýšená těles. teplota, jinak velmi pestré příznaky – bolesti hlavy, kloubů
- přímý přenos infekce do mozku
- může vzniknout i sekundárně jako následek primárně somaticky infekčního onemocnění
- meningitida: většinou vzniká „sekundárně“ jako reakce na různá infekční somatická onemocnění, např. typicky – spalničky

- příklad: revmatická horečka – rev. onemoc. kloubů a najednou se objeví men.
- (e. – velká pravděpodobnost, že se poškození vyvine, souvisí s vysokou teplotou – vysoké horečnaté stavy mohou způsobit sekundární onemocnění CNS)
- (u encefalitidy virové onemocnění, ale může být vyvolána jakýmkoli jiným infekč. onemocněním, postižením jiného orgánu)
- encefalitid neklíšťového původu je možná více než toho klíšťového, hlavně u malých dětí
- platí, že čím je nižší věk, v němž je dítě infekcí postiženo, tím jsou následky hlubší a trvalejší
- u m. existuje specifické onemocnění, kt. je primární → meningitida, kde infekčním zdrojem je meningokok
- velmi vzácné onemocnění je meningitida stafylokokového typu – zlatý stafylokok; zhoubné, až letální onemocnění, postihuje hlavně malé děti (čím mladší, tím hůře)

Zdroje:

Přednášky Duplinského – v elektronické podobě od Eviny

Referát Lenky Kotábové na téma Epilepsie

Referát na téma DMO

Vypracovaná otázka z loňska (pouze k tématu DMO).

Otázku jsem zpracovala z přednášek Duplinského. Podle všech informací po nás i při státnicích bude chtít jen to, co při zkoušce z psychopatologie, tudíž předpokládám, že z otázky ho bude zajímat maximálně epilepsie; k ostatnímu se člověk nejspíš už ani nedostane. Infekční onemocnění CNS uvádím jen proto, že on ho vykládal v souvislosti s organickými poruchami. V podtitulu otázky není.