



Psychosociální vývoj: Psychosociální vývoj u hyperkinetických dětí

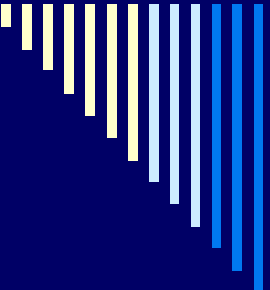
prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc.

Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní
nemocnice v Praze



Úvod

- ADHD, hot topic dětské psychiatrie
- Psychosociální intervence
- Genetika, prenatální období
- Předškolní období, vývojový prekursor pro ADHD školního věku
- Psychofarmakoterapie a etiologie ADHD



Sociálně-psychologické aspekty ADHD

Symptomy ADHD

- *Porucha pozornosti*
- *Hyperaktivita*
- *Impulsivita*

+



Komorbidity

- *Poruchy chování*
- *Anxiózní a depresivní poruchy*

- Psychologické následky
- Nízké sebevědomí
- Nehody a zranění
- Kouření a drogová závislost
- Škola, zaměstnání
- Nesoustředěnost, nízká výkonnost, konflikty
- Rodina: poruchy vztahů, rodinný stres, konflikty mezi rodiči, rozvody
- Sociální oblast: problémy socializace dítěte, delikvence



DSM IV

3 typy ADHD:

1. **ADHD s převahou hyperaktivity a impulsivity**
2. **ADHD s převahou poruchy pozornosti**
3. **ADHD kombinovaný subtyp**



MKN-10 (ICD-10)

F90 Hyperkinetické poruchy

1. F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti
2. F 90.1 Hyperkinetická porucha chování
3. F 90.8 Jiné hyperkinetické poruchy
4. F 90.9 Hyperkinetická porucha nespecifikovaná



ADHD ve vývojových etapách

Novorozenecký věk: nechutenství, poruchy spánku, nepravidelný režim.

Předškolní věk: neklidné, zvýšená aktivita, často mění své zájmy, většinu činností nedokončí.

Školní věk: málo oblíbené, odmítané nebo přehlížené, školní selhávání, osamocení.

Prepubertální období: opoziční, vzdorovité a nezřídka i delikventní chování, někdy zvýšené sebevědomí, stažení, úzkost, pocit viny z vlastního neúspěchu, sebevražedné jednání.

V dospělosti: nemůže být ADHD diagnostikováno, pokud nejsou v anamnéze data o onemocnění v dětském věku (před 7 rokem věku); možná terapie stimulancii.



Komorbidity – dětská psychiatrie

- opoziční porucha chování (40 – 70 %)
- porucha chování (20 – 56 %)
- psychopatie (*přibližně 20 %*)
- delikvence antisociální aktivity (18 – 30 %)
- úzkostné poruchy (10 – 40 %) *rozmezí*
- depresivní poruchy (0 – 45 %)
- bipolární porucha (0 – 27 %)

ve 20 letech 27 % genetické vztahy

údaje nepřesné neexistují prospektivní follow up studie

Barkley 2004



Další komorbidní poruchy

- poruchy učení (24 – 70 %), čtení (15 – 30 %)
- lexikální poruchy (expresivní deficit: 10 – 54 %)
- somatické a koordinační pohybové problémy, neobratnost. (50 %)
- snížená somatická výkonnost ve srovnání s dětmi stejného věku
- třikrát zvýšené riziko náhodné otravy



Školní problémy

- performanční (výkonové) (90 %)
- snížení intelektové výkonnosti (IQ snižené o 10 – 15 bodů)
- časté problémy s provozní pamětí – zapomnětlivost – 100 %
- poruchy učení



Rodinné vztahy

- výrazné zvýšení počtu konfliktů rodič ↔ dítě
- zvýšení rodičovských příkazů a snížení citlivosti k potřebám dítěte
- více dětské nespolupráce a negativismu
- pokles pravděpodobnosti a délky trvání vzájemné shody
- větší rodičovský stres
- snížené sebedůvěry v rodičovské roli



ADHD a poruchy chování

- **Příznaky opozičnictví:** výbušnost, neposlušnost, časté požadavky na dospělé, odmítání poslušnosti, odmlouvání dospělým, umíněnost, obtěžování ostatních, vyčítání, vzteklost a naštvanost, zlomyslnost, mstivost
- **Příznaky poruch chování:** agresivita, rvačky, týrání, zastrašování, šikanování, lhaní, použití zbraně (např. tyč event. nůž apod.), ničení věcí a majetku, krutost k druhým, krádeže, krutost ke zvířatům, zakládání ohňů, rozbíjení věcí.



Modely ADHD

- genetické**
- kognitivní**
- neurobiologické**
- biologické a biochemické**



Biologické markery ADHD

- Zvýšení metabolitů noradrenalinu v moči
- Snížení aktivity dopamin- β -hydroxylázy (DBH) v séru
- Zvýšení plazmatické hladiny homovanilové kyseliny (HVA), snížení plazmatické hladiny 3-metoxy-4-hydroxyfenylglykolu (MHPG) v séru
- Změny na EEG: zvýšený podíl pomalých frekvencí, výskyt komplexů (hrot, vlna) bez epileptických záchvatů



Biologické markery poruch chování

- Vyšší hladina testosteronu, snížená hladina noradrenalinu a dopaminu, snížená hladina serotoninu, snížený 5-HT uptake a nižší V_{\max} v destičkách, snížená aktivita dopamin- β -hydroxylázy (DBH) u nesocializované poruchy chování, snížený plasmatický kortizol, snížený kožní odpor, snížená variabilita tepové frekvence.
- Snížený plasmatický kortizol a nízký tryptofan u poruch chování, vysoký kortizol nízký tryptofan u ASP.



Etiologie a patofyziologie ADHD a poruch chování v předškolním věku

- ❑ Interakce genu a environmentálních vlivů
- ❑ Základní genetický substrát ADHD
- ❑ DRD4, DAT, DRD5, DBH, 5HTT, HTR1B a SNAP25
- ❑ Zvýšení poměru D2/D3 na receptorech basálních ganglií, zejména ve striátu (změny postsynaptické membrány)
- ❑ Porodní nezralost novorozence (riziko cerebrální ischemie) – deficit dopaminergní a noradrenergní transmise
- ❑ Vliv toxického působení látek v graviditě matky (alkohol, kouření, drogy)



Etiologie a patofyziologie ADHD a poruch chování v předškolním věku

- Změny objemu vyvíjejícího se mozku (MR) 4% zmenšení celkového objemu mozku (bílé a šedé hmoty) zmenšení frontálního laloku (-3,6% až -12,7%), mozečkového vermisu (-11,1% až -12,3%), bazálních ganglií (-5,4% až -19%) a corpus calosum (-5,7% až -12,2%)
- Alterace REM a nonREM spánku (excitační cholinergní neurony ve frontální kůře)



Léčba

- komplexní
- behaviorální terapie
- kognitivní terapie
- farmakoterapie
- další možnosti



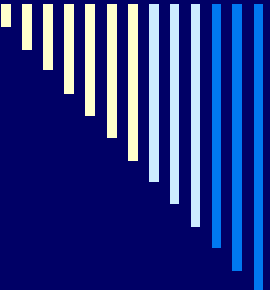
Psychosociální intervence

- Všechny jednotlivé příznaky uváděné dítětem a rodiči musí být diagnostikovány, zhodnocen jejich význam a musí být adekvátně léčeny. Je evidentní, že nejen farmakologická léčba, ale také některé typy psychosociální intervence jsou prokazatelně účinné. Toto platí nejen pro ADHD bez komorbidit, ale i pro ADHD s příslušnými komorbiditami.



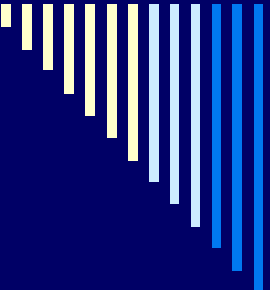
Typy psychosociální intervence

1. Kognitivní behaviorální intervence dítěte se zaměřením na dětského pacienta s ADHD/KHD.
2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT).
3. Přímý management jednotlivých případů ADHD/KHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“ (CM).
4. Komplexní intenzivní behaviorální léčba. Letní terapeutický program pro děti (STP) a jejich rodiče.
5. Kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba.



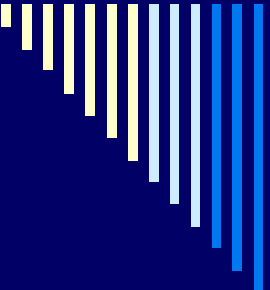
1. Kognitivní behaviorální intervence dítěte se zaměřením na dětského pacienta s ADHD/KHD.

- Byla aplikována řada různých typů kognitivně-behaviorální terapie u dětí s ADHD: sebeinstruktáž, na problém zaměřené strategie, kognitivní modelování, sebesledování, sebehodnocení, sebeposilování a další (*Abikoff 1987, 1991*).
- Typická intervence zahrnuje sérii sezení dítěte obvykle jednou nebo dvakrát týdně, kdy terapeut pracuje individuálně s dítětem a pokouší se je učit adaptivnímu chování prostřednictvím modelování, hraní rolí a dalšími kognitivními technikami.
- Bylo provedeno mnoho studií, které hodnotily výsledky kognitivní terapie v klinickém prostředí a nebo ve škole. Výsledky však byly negativní (*Abikoff et al., 1987, Bloomquist et al., 1991, Brown et al., 1987*).



2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT)

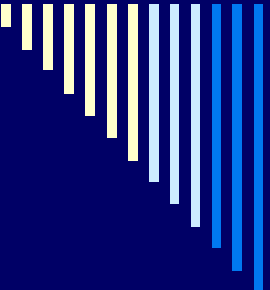
- **Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT).**
- Zahrnuje trénink **rodičů** nebo **učitelů** eventuelně obou paralelně a **může rovněž zahrnovat CM program s jejich dětmi** (Anastopoulos et al., 1993, DuPaul & Guevremont 1993). V typickém rodičovském tréninkovém programu je rodičům zadána četba k problematice a následně v sérii 8-16 týdenních skupin nebo individuálních sezení jsou probírány standardní behaviorální techniky přístupu k dítěti (Barkley 1987, Cunningham et al., 1994).
- Cílem psychoterapeutické práce s rodiči je identifikovat problémové situace, které se v souvislosti s ADHD u dítěte vyskytují
- Uvádíme zásady CIBT (Pelhalm et al. 1998) a přehled témat jednotlivých rodičovských skupin:



2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT)

Nejdůležitější zásady práce s rodiči v rámci behaviorální terapie:

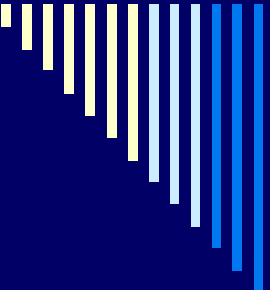
- Analyzovat problémové chování, jeho negativní, ale i pozitivní konsekvence.
- Změnit negativní, nepříjemný charakter interakcí mezi dítětem a rodiči, které jsou časté a učit rodiče navozovat pozitivní interakce, které byly dosud vzácné.
- Zlepšit schopnosti rodičů v zacházení s těmito nepříznivými situacemi.
- Učit rodiče efektivním metodám kontroly dítěte, metodám kontaktu s dítětem, kdy vysvětlují nebo objasňují a udělují příkazy.



2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT)

Nejdůležitější zásady práce s rodiči v rámci behaviorální terapie:

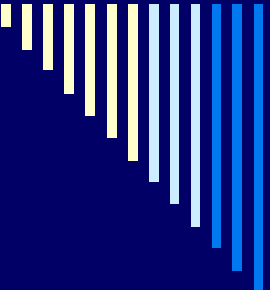
- Využití token systému (nové hospodářství) ve specifických situacích (při vyučování, při přípravě do školy). Učíme rodiče využívat token systému také v pozitivních situacích, např. při hře dětí s rodiči.
- Vyvíjet s rodiči adekvátní reakce na negativní konsekvence chování dětí.
- Využívat cost systému (ocenění – zpevňujícího podnětu, pochvaly apod.) k redukci častého problémového chování.



2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT)

Nejdůležitější zásady práce s rodiči v rámci behaviorální terapie:

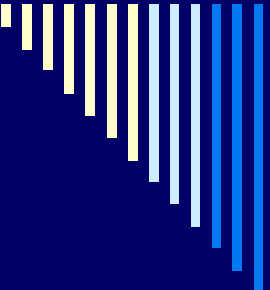
- Používat techniky time-out při řešení vážnějších projevů chování dítěte.
- Integrovat dítě do nácviku uvedených dovedností co nejdříve.
- U adolescentů využívat spíše terapeutické smlouvy než token systému nebo cost systému. Užívat na problém orientovaný komunikační trénink, stejně jako kognitivní restrukturuaci k redukci konfliktů mezi adolescentem a rodiči.



2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT)

Témata jednotlivých sezení v rámci CIBT tréninku rodičů:

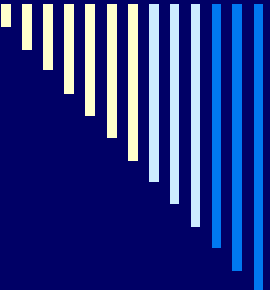
1. Přehled o ADHD a jeho léčba
2. Základy teorie sociálního učení a behaviorálního managementu
3. Domácí a školní, denní záznamové karty
4. Pravidla efektivního přístupu k příkazům, napomenutí a pokárání
5. Vyloučení (time-out)
6. Aktivita, schopnost se zúčastnit a schopnost nereagovat.
7. Ustavení a zajištění pravidel
8. Domácí bodový systém, odměňování a hodnocení



2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT)

Témata jednotlivých sezení v rámci CIBT tréninku rodičů:

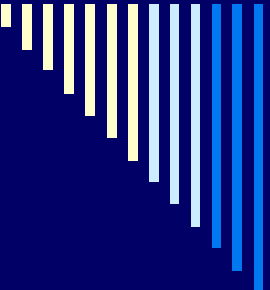
9. Domácí reakce, odměna a hodnocení
10. Plánované aktivity mimo domov, převod pravidel do běžných situací mimo domov
11. Problémy s domácími úkoly
12. Podporování vztahů s vrstevníky
13. Snaha dítěte vyrovnat se ostatním vrstevníkům
14. Spolupráce se školou
15. Rodičovský stres, hněv a negativní nálady



2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT)

Témata jednotlivých sezení v rámci CIBT tréninku učitelů:

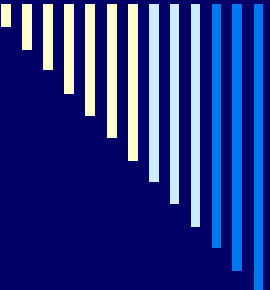
1. Úvod do problematiky ADHD včetně léčby, navození možností spolupráce
2. Domácí/školní karta (metoda ovlivnění pozornosti, „zastavení myšlenek“)
3. Podmínky ve třídě a strukturování změn pro jednotlivé děti
4. Ignorování mírných poruch chování a pochvala vhodného chování
5. Způsoby efektivních příkazů a pokárání
6. „Když se stane něco nepředvídatelného“



2. Klinická behaviorální terapie zaměřená na rodiče a učitele (CIBT)

Témata jednotlivých sezení v rámci CIBT tréninku učitelů:

7. Intervence ve třídě
8. Příhody ve skupině dětí
9. Token systém pro vybraného žáka
10. Vyloučení (time-out) ve třídě i mimo ni
11. Diskuse speciální péče nebo speciálního umístění ve třídě



3. Přímý management jednotlivých případů ADHD/KHD s ohledem na individuální potřeby v „reálných situacích“ (CM).

- CM programy užívají metod kognitivně behaviorální terapie (CBT) s důrazem na specifické prostředí, které modeluje jednotlivé problematické situace dětí, zejména ve třídě.
- CM program bývá vyhodnocen většinou kazuisticky, z těchto hodnocení vychází jako efektivní. Toto hodnocení má své limity, neboť je obtížné vytvořit větší soubor dětí, které byly takto léčeny; systém je přísně individualizovaný potřebám jednotlivého pacienta.



4. Komplexní intenzivní behaviorální léčba. Letní terapeutický program pro děti (STP) a jejich rodiče

- Letní terapeutický program pro děti (STP) je nejčastější formou aplikace souboru intenzivní behaviorální léčby. Léčba v rámci STP probíhá 8 týdnů. Děti jsou ve skupinách po 12, získávají intenzivní zkušenost, skupinové dynamiky. Každá skupina absolvuje 2 hodiny denně ve třídě, kde probíhá behaviorální intervence. Behaviorální intervence zahrnuje bodový systém, time-out a systém karet. Aktivity dětí jsou hodnoceny a bodovány. Zbytek aktivit má rekreační charakter. Rodiče dětí dochází ve večerních hodinách na paralelní sezení. Rodiče i terapeuti zapisují paralelně výsledky do karty dítěte.



5. Kombinovaná behaviorální a farmakologická léčba.

- Současná farmakologická a psychosociální léčba je dobře možná, vykazuje komplementární efekt a vede k redukci potřebných dávek stimulancií (*Carlson et al. 1992, Pelham et al. 1980*).
- Nejčastěji bývá zdůrazňována vhodnost kombinace farmakoterapie a tréninku rodičů. Stimulancia mohou snižovat agresivní projevy v průběhu komplexních psychoterapeutických přístupů (*Hinshaw et al., 1992.*).
- Kombinovaná léčba tedy vykazuje lepší výsledky, než každý z terapeutických přístupů samostatně.



Závěr

- Studium biologických faktorů v etiologii ADHD je komplementární s poznatky farmakoterapie, která představuje prokázanou možnost úspěšné léčby bez rizika závislosti nebo jiné komplikace. Včasná léčba je základním kamenem úspěšné rehabilitace a rodinné terapie. Studium biologických poznatků, prospektivních studií a základů psychopatologických změn u neléčených dětí s ADHD potvrzuje pozitivní vliv medikamentózní léčby na další vývoj jedince. Farmakoterapie je nepochybnou prevencí, v součinnosti s ostatními opatřeními, rozvoje psychopatie a kriminality dospívajících a dospělých.



Konec prezentace