

**Klinická psychologie –
workshop
ADHD, poruchy chování,
úzkosti v dětském věku**

**Jana Pejčochová
KDN LF MU a FN Brno**



Základní symptomy ADHD/HKP

- Poruchy kognitivních funkcí
 - Porucha pozornosti
 - Slabý selekční proces
 - Nezralost analýzy a syntézy informací
 - Narušení exekutivních funkcí
- Poruchy motoricko – percepční
 - Hyperaktivita
 - Neurologické „soft signs“
 - Motorická neobratnost
 - Porucha vizuomotorické koordinace

- Porucha emocí a afektů
 - Emoční a afektivní labilita, dysforie, pocity nudy, iritabilita, explozivita
- Impulzivita
 - Náhlé ukvapené činy, dítě není schopno odložit akci, jedná bez zřetele na následky
 - Sekundární narušení gnostických funkcí
- Sociální adaptace
 - Neadekvátní sebekontrola, neschopnost souhry s vrstevníky
 - Odmítány všude – doma, ve škole, kroužcích ⇒ poruchy chování, delikvence

Klinický obraz dle věku

- *Kojenecký věk*
 - porucha základních biorytmů
- *Batolecí a předškolní věk*
 - dezinhibice
- *Školní věk*
 - kognitivní dysfunkce
- *Adolescence*
 - poruchy chování
- *Pozdní adolescence a časná dospělost*
 - sociální maladaptace, kriminalita

ADHD – léčebné možnosti

- Psychoterapeutické vedení dítěte
- Návuk rodičovských dovedností
- Rodinná terapie
- Farmakoterapie
- Spolupráce se školou
- Spolupráce se sociálními a komunitními službami

Výchovné a terapeutické postupy

- Edukace rodiny, pacienta (úroveň dle věku)
 - Symptom není vědomým zlobivým chováním
 - Chování je na základě neurologické predispozice
 - Není vina rodičů zanedbáním či špatným výchovným stylem
- Trénink rodičů (předcházet konfliktům, plánování denního režimu, zvládnutí úkolů)
- Neočekává se odstranění jádrových symptomů!

● Přístup k dítěti v rámci rodiny

- Jednotný
- Adekvátní přístup k dítěti
 - respektovat omezené možnosti
 - pochválit za snahu
 - jasně určeno, co dítě smí a nesmí – hranice udržovat
 - odlišit výchovné potíže
 - nedovolit dítěti nadužívat zisky plynoucí z diagnózy, tedy mít i nároky na jeho seberegulaci!
 - Externalizace problému
- Pozitivní posilování žádoucího chování (záznam a odměny)
- Zvyšovat sebehodnocení dítěte (jsou oblasti, kde je dobré – sport...)

Odměny a tresty...

- Důležité je posilovat pozitivní, tedy žádoucí chování
- Stanovení cíle (realistický, krátkodobý)
- Pravidelné vyhodnocování (1x týdně)
- Systém odměn
 - Kartička, kalendář
 - Žetonové hospodaření (body se získávají, ale i ztrácí)
 - Privilegium
- Nežádoucí chování
 - pokud možno, nevěnovat pozornost
 - je-li zvolen trest – např. omezení privilegia (videohry, diskotéka...), v jasné a srozumitelné časové následnosti po nežádoucím chování
 - Tresty musí být užívány stabilně!

Plánování činnosti

- Sebekontrola, sebeinstruktáž a seberegulace
- Jasná komunikace
 - Jednoduché a srozumitelné instrukce
 - Získat pozornost dítěte
 - Rekapitulace úkolu
 - Zpětná vazba
 - „Jsi špatný“ x „Nelíbí se mi, když děláš...“
- Pravidla (vč. ocenění)
- Zpřehlednit plán dne
 - U menších dětí obrázky
 - Starší děti kalendáře, rozvrhy dne
 - V dětském pokoji hodiny

- **Nácvik exekutivy v rámci kognitivní terapie**

(Ramer, 2006)

- Self-monitoring
- Rozvoj organizačních schopností
 - Denní rozvrh i volného času (zaznamenávat vč.splnění)
 - Analýza úkolu
 - Cílesměrnost
 - Odlišení podnětu a distraktorů
- **Nácvik sociálních dovedností**
 - Zlepšení kontaktu s vrstevníky
 - Nácvik ve skupině

Speciálně pedagogická opatření

- Vhodná úprava podmínek
 - Kratší vyučovací bloky
 - Nejobtížnější předměty v ranních hodinách
 - Střídání typu a tempa aktivit
 - Místo bez možnosti rozptýlení (okno...)
 - Možnost učení se na zemi, měnit polohu i během vyučování
 - Sezení na gymnastických míčích
 - V běžné třídě zapojit dítě žádoucí aktivitou (smazat tabuli, rozdat sešity...)

- **Vzdělávací intervence (dle tradice školy)**
 - Dohled na zapisování úkolů
 - Pravidelná, nejlépe denní komunikace s rodičem (mail...)
 - Pomoc při strukturaci úkolu
 - Nenápadný! dohled
 - Hodnotit pozitivně vč. ocenění snahy
 - Písemná práce s prodlouženým limitem
 - Pedagogický optimismus a zvýšená odolnost učitele

Neuropsychologie pozornosti

- Významná provázanost se syndromem ADHD
- Chalupa (1970)

„Pozornost lze chápat jako dynamickou, regulační, koordinační a kontrolní funkci charakterizovanou selektivitou, soustředěností a zaměřeností psychické činnosti“.

- Význam retikulární formace – aspekt bdělosti
- Není vlastností jediné oblasti mozku, není souhrnnou funkcí jako celku
- Podíl struktur korových i podkorových

Percepční model

(Treisman, 1985)

- Chování automatické x plné vědomé
- Obdobně zrakové zpracování
 - Automatické – hledání význačného rysu
 - Plně koncentrované – hledání kombinace charakteristik
 - Pozoruhodný rozdíl v reakčním čase v závislosti na podstatě předloženého podnětu
- Průběh:
 - Podnět zaregistrován ve zrakové oblasti
 - Analýza na jednotlivé charakteristiky
 - Integrace odlišných charakteristik do globální podoby podnětu
 - Proces koncentrace pozornosti poskytuje „tmel“ podnětu, který je následně v paměti uchován jako celek

Zrakové zpracování podnětu

(Treisman, 1986)

A. O O O O O O O O
O O O O O O O O
O O O O O O O O
O O O O O O O O
O Ø O O O O O O
O O O O O O O O

B. Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø
Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø
Ø Ø Ø Ø Ø O Ø Ø
Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø
Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø
Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø Ø

C. T T T T T T T
T T T T T T T T
T T T T T T T T
T T T T T T T T
T T T T T T T T
T T T T T T T T

D. T T L T T L T
L T L T L T L T T
T L T T L L T L
T L L L T T L
T L T T L T T T
L T T T T T T

Pozornostní sítě

(Posner a Reichle, 1996)

1. **Sít' exekutivní kontroly** – kontrola chování směřující k cíli, zjišťuje chyby, řeší konflikty, tlumí automatické reakce

(zahrnuje střední frontální oblasti, tj. přední gyrus cinguli, suplementární motorickou oblast a přední část bazálních ganglií, zvláště nucleus caudatus)

1. **Sít' bdělosti** – udržuje vigilní stav a připravenost k reakci

(pravý frontální lalok, zvláště horní oblasti BA 6 – pravý parietální lalok a locus coeruleus)

- **Orientační sít'** – přijímání senzorických, zvláště zrakových signálů

(parietální lalok, oblasti okulo-motorického systému a gyrus fusiformis)

Kognitivní teorie ADHD I.

- Ústředním konceptem je oslabení behaviorální inhibice na základě vrozeného neurologického deficitu funkčních okruhů a následný dopad na pozornost.
- Interferující myšlenky a impulsy vedou k narušení exekutivních funkcí.

(Barkley, 1996)

● Exekutivní funkce

- Pracovní paměť (reprezentace podnětu v době, kdy již není přítomen, umožňuje cílesměrnou aktivitu)
- Seberegulace (emocí, motivace a aktivační úrovně)
- Internalizovaná řeč
- Rekonstrukce (užití analýzy chování a její následná syntéza v nové funkční chování, které doposud nebylo osvojeno)

Kognitivní teorie ADHD

II.

- Důsledek oslabené behaviorální inhibice:
 - Narušené vnímání času
 - Oslabená krátkodobá paměť, pozornost
 - Snížené organizační schopnosti
 - Intenzivní emoční reakce
 - Impulzivita, neadekvátní motorické reakce
 - Excesivní mluvení
 - Snížená fluence, logika
- Sekundárně:
 - Oslabení performačních intelektových dovedností
 - Specifické vývojové poruchy učení (30% dětí dyslexie)

Psychologické vyšetření

- Anamnestické údaje
- Posuzovací stupnice, dotazníky
- Základní příznaky: impulzivita, hyperaktivita, porucha pozornosti a exekutivních funkcí
- Intelektová úroveň, motorické a vizuomotorické dovednosti
- Zvládací mechanismy, sociální adaptace, rozvoj osobnosti
- Omezené možnosti při pozorování:
 - Nové prostředí dítě zaujme, zejména neznámé úkoly
 - Zkoušky dostatečně dlouhé, aby se projevila nuda
 - Situace pod dohledem dospělého je již strukturována

Testová diagnostika

Pozornost

- Předpokládané oslabení v dimenzích
 - Koncentrace
 - Tenacita
 - Kapacita (zejména verbálně auditivní modality)
 - Distribuce
 - Selektivita
 - Nízký iritační práh
 - Kolísavá vigilita
- Obecné hodnocení ve výkonových testech:
 - Celkový výkon (obvykle ve standardních skórech nebo percentilech)
 - Fluktuační rozpětí
 - Chybovost
 - Kvantitativně v procentech
 - Charakter chyb a jejich distribuce
 - Opomenutí
 - Záměna
 - Oprava správné diskriminace

Druhy psychiatrických klasifikací

- MKN-10, 1993

- Psychiatrie: F00-F99
- Hyperkinetické poruchy: F90.x

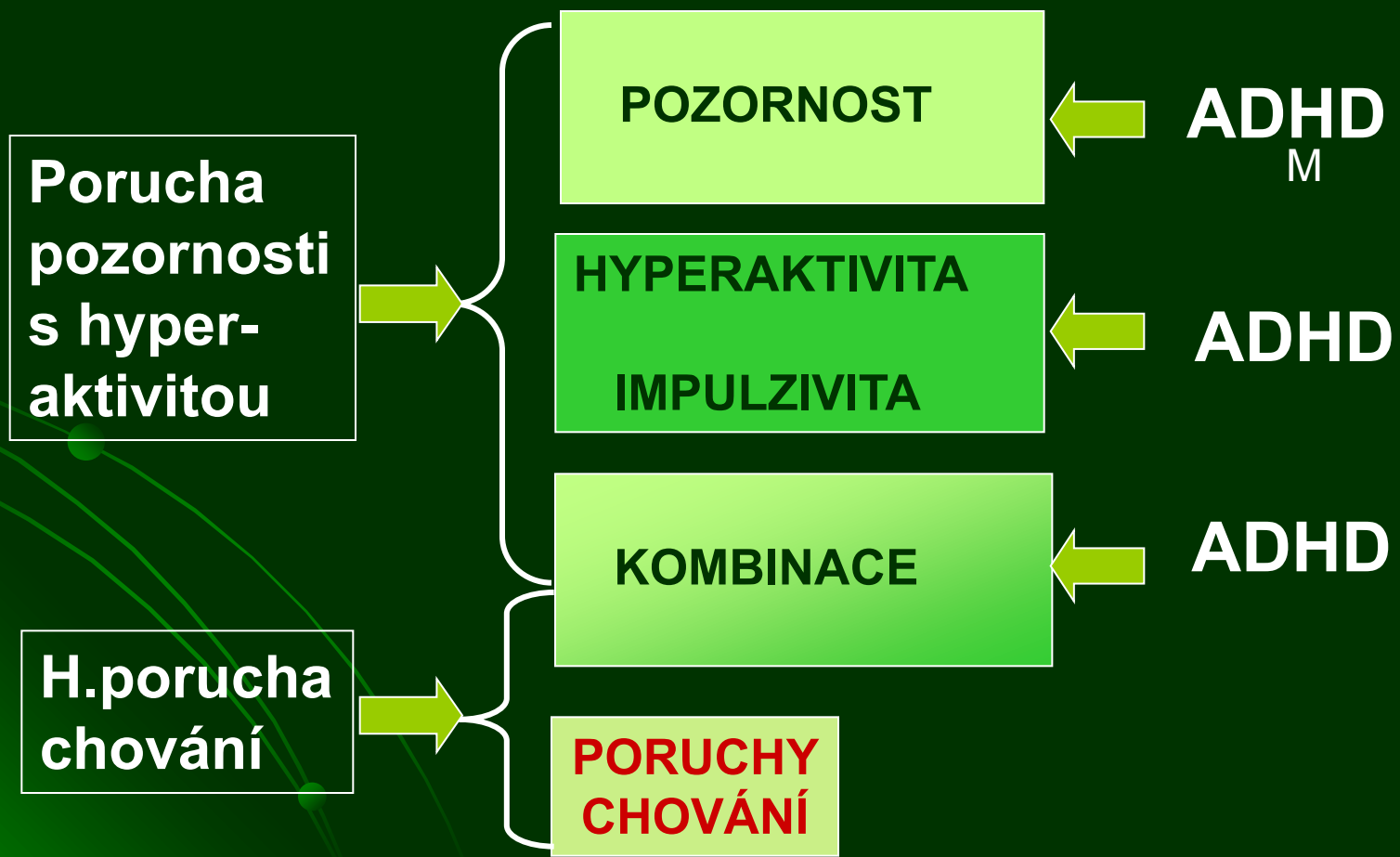
- DSM-IV, 1994

- *Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)*
 - 3 subtypy

Klasifikace ADHD dle MKN 10 a DSM IV

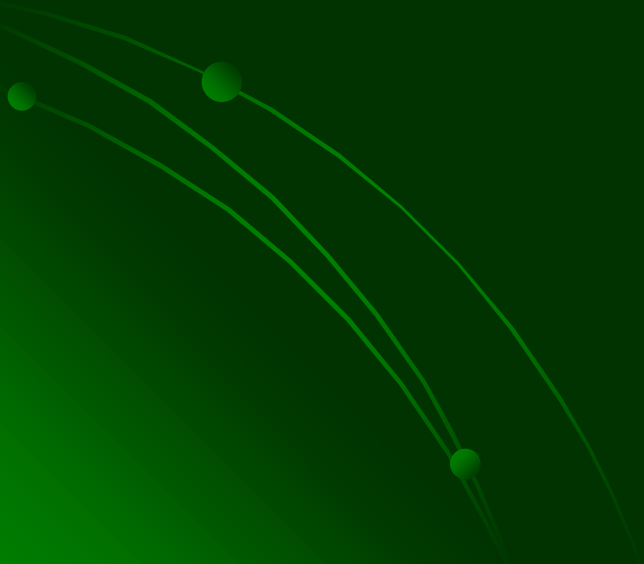
**Hyperkinetické
poruchy**

ADHD
Attention Deficit
Hyperactivity Disorder

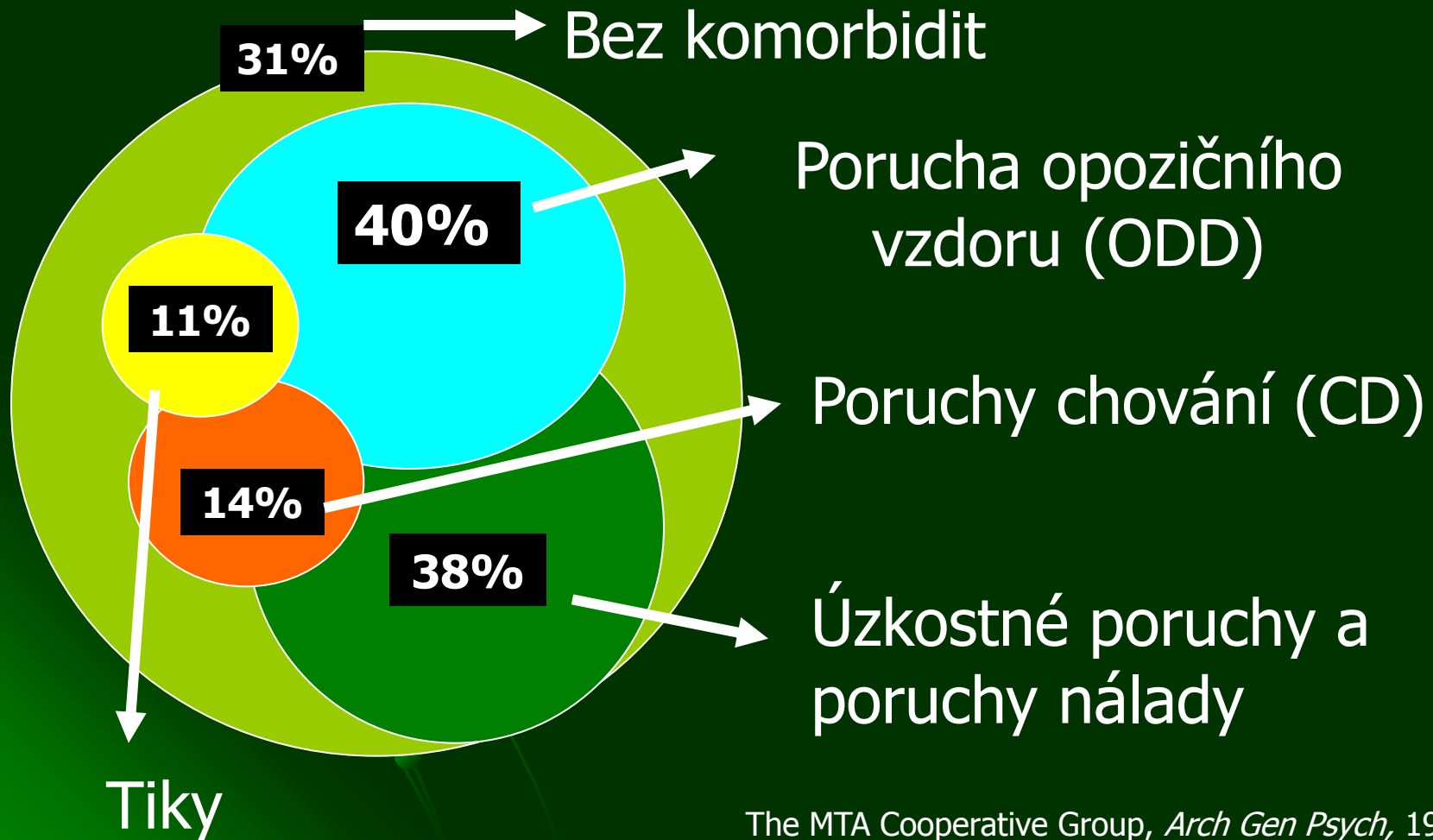


CV Srovnání klasifikací MKN a DSM

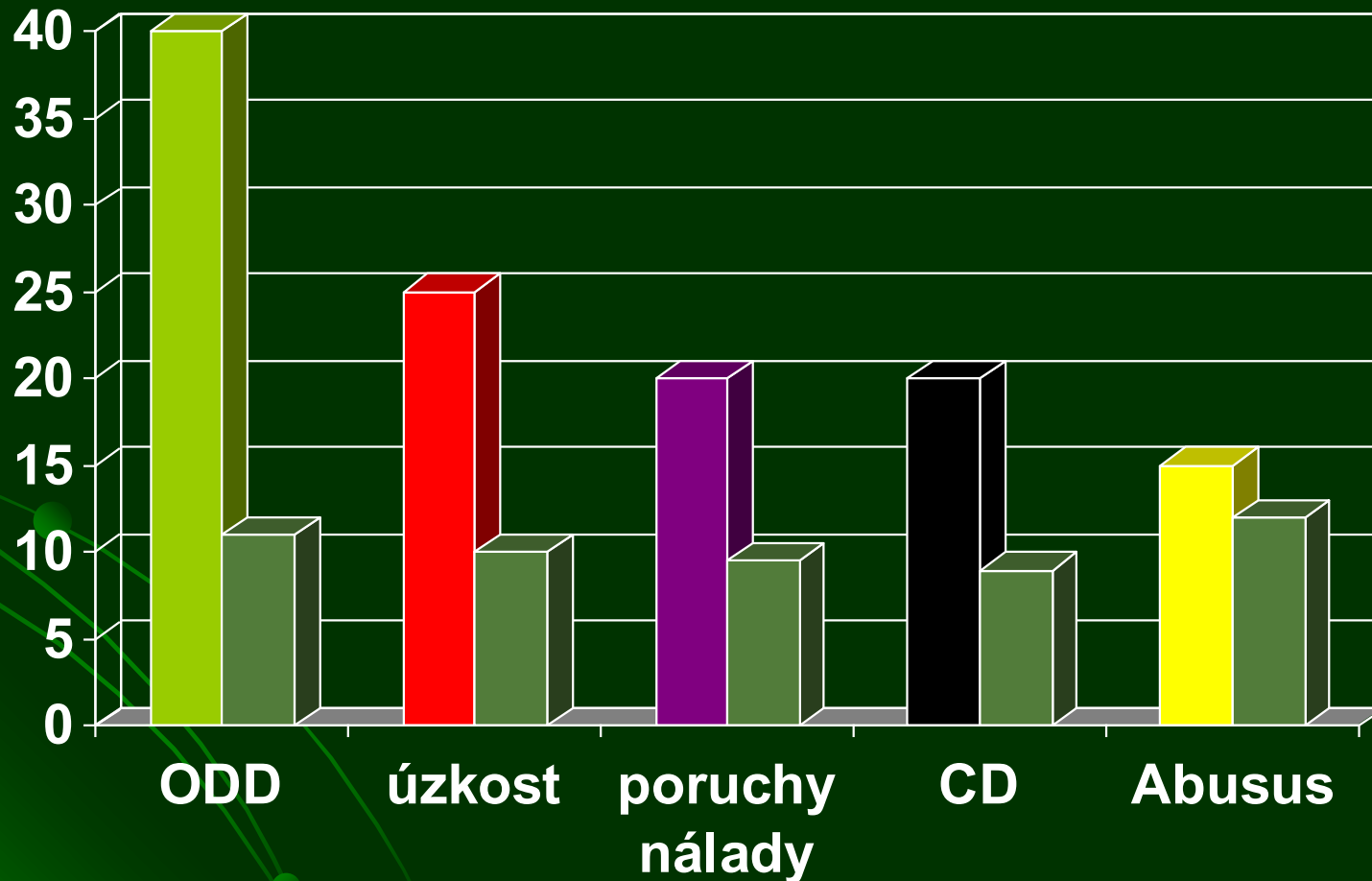
- Rozdíly?
- Shodné mezníky diagnostiky?



ADHD má často další komorbidity



ADHD vs běžná populace



KOMORBIDNÍ PORUCHY ADHD

- **porucha opozičního vzdoru (ODD)**
- **spec.vývoj.por. motorické funkce a školních dovedností** (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie)
- **neurotické poruchy** (fobické, anxiousní, OCD)
- **afektivní poruchy** (depresivní včetně BAP)
- **tikové poruchy** (včetně Tourettova sy)
- **poruchy chování a zneužívání návyk.látek**
- **emoční por.** (např.enuréza, balbutiés a všechny poruchy spánku včetně obstrukční spánkové apnoe)

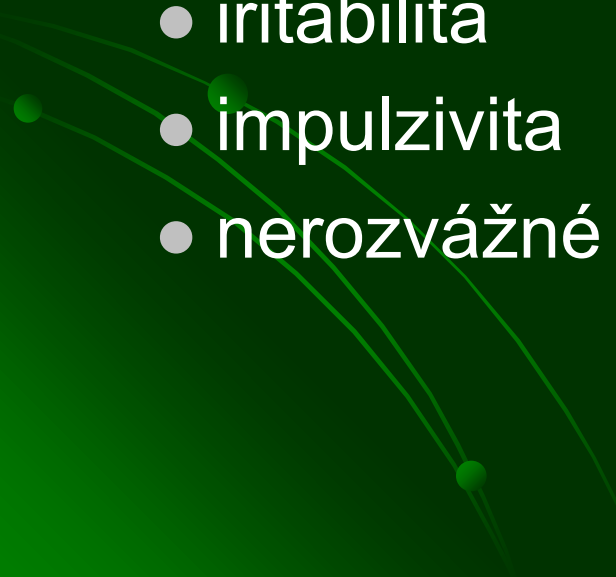
Úzkost u ADHD

- Až u 40% případů
- Nereferují o ní rodiče
- Nejčastěji jde o jednoduché fobie a separační úzkost, později GAD
- Úzkostné děti nejsou tolik impulzivní
- Nutnost zjišťovat týrání či sexuální zneužívání nebo šikanu!

Úzkost u ADHD

- Bývá horší pozornost
- Zvýšený strach ze školy
- Častější poruchy nálady
- Snížené sociální dovednosti

ADHD a BP

- Problematická diferenciální diagnostika
 - Klinický obraz podobný:
 - hyperaktivita
 - nesoustředěnost
 - iritabilita
 - impulzivita
 - nerozvážené akty
- 

Přesah symptomatologie u mánie a ADHD

ADHD

Mánie

Bez spec.klin.
symptomu, jen :

- časný začátek
- reakce na
stimulancia
- kont.průběh
- komorbidita

hyperaktivita
nesoustředěnost
iritabilita
impulzivita
nerozvážné akty

euforie/manie
velikášství
zrychlené myšlení
zrychlená řeč
hypersexualita
insomnie
vtipkování

CV TCQ

- Bez spolupráce s ostatními, zhodnoťte vašeho společného známého/spolužáka posuzovací stupnicí Connersové (varianta pro učitele)
- Srovnejte hodnocení s ostatními
- Jaké jsou rozdíly? Čím jsou rozdíly dány?

Limity diagnostických kritérií

- Nedává přesnou operacionalizaci definice a nenabízí normy, kde by dítě s podezřením na ADHD bylo srovnáno s vrstevníky
 - Ve třídě nevydrží sedět na místě
 - Kolikrát za hodinu musí vstát? Odejít ze svého místa?
 - Koho tím má rušit?
 - Má problém hrát si tiše
 - Mluví stále (tj. 30 minut z 30)?
 - Mluví 5 minut z 30, poté přestane?
 - Jedná se o jiné zvuky?

- Doplnit informace na základě testového výkonu –
 - Continuous performance tasks
 - Wisconsin Card Sorting Task
 - subtesty z WISC III
 - Párové asociační učení

Informace o vybraných dovednostech, ale nenabízí dostatek pro naplnění kritérií dg.

- Prozatím není diagnostický dotazník, test nebo screening pro ADD – dg záleží na lékaři dle informací, jaké získává z několika různých situací (doma, škola, sporty, vrstevníci)

Diagnostika a posuzovací stupnice

- *The Clinical Practice Guidelines of the American Academy of Pediatrics* doporučuje užívat behaviorální dotazníky jako dodatek k rozhovoru s rodiči a učiteli.
- Dotazníky korespondující s DSM IV.
 - Conners RS-R
 - SNAP IV
 - Child Behavioral Check List

Přínos posuzovacích stupnic

- Výzkum (kvantifikace)
- Posuzovací stupnice jsou osnovou pro dobrý následný rozhovor (oproti vágnímu dojmu, že dítě zlobí)
- Vhodné i při farmakoterapii v běžné klinické praxi – ukáže se, že se dítě v něčem zlepšilo

Druhy posuzovacích stupnic

- Specifické pro detekci jádrových příznaků
 - Conners Rating Scale
 - ADHD Symptom Checklist IV
 - ADD-H Comprehensive Teacher s Rating Scale (ACTeRS)
 - ADHD Rating Scale IV
 - Brown Attention-Deficit Disorder Scale (Brown ADD Scale)
- Obecné posuzovací škály
 - Child Behavior Checklist
 - Child Symptom Inventory

CRS - R


Conners Rating Scale - Revised

- Verze
 - Rodiče (3-17 let)
 - Učitel (3-17 let)
 - Sebehodnocení (12-17 let)
- Reprezentativní normy (n=8000)
 - Pro každou verzi odděleně ve 3letém intervalu, chlapci a dívky, *T-skóry*
 - Opakovaně ověřovaná vnitřní konzistence, reliabilita, validita (faktorová, diskriminační)
- Globální Index – 2 empiricky odvozené faktory (neklid/impulzivita a emoční lability), identifikuje „rizikové děti pro ADHD“
- ADHD/DSM- IV Scale – koresponduje s kritérii

CRS – R Parent Version

- Plná verze CPRS – R:L
80 otázek, dílčí škály
 - Opoziční chování
 - Kognitivní problémy/nepozornost
 - Hyperaktivita
 - Úzkostnost/plachost
 - Perfekcionismus
 - Problémy v sociální oblasti
 - Psychosomatika
 - DSM IV Symptomatika
 - ADHD Index
 - Conners Globální Index
- Zkrácená verze CPRS – R: S
27 otázek, dílčí škály
 - Opozičního chování
 - Kognitivní problémy/nepozornost
 - Hyperaktivita
 - ADHD Index

Poruchy chování

- Problémové chování je přítomno prakticky trvale, je extrémní a hrubě překračuje vzory chování typické pro příslušný věk a danou sociální skupinu
 - Významně zhoršují školní a sociální fungování
- 

Porucha chování

- Agrese k lidem a zvířatům
- Destrukce majetku a vlastnictví
- Nepoctivost, krádeže
- Vážné (násilné) porušování pravidel

Faktor kvality sociálních vazeb

Socializované

dítě má přiměřené vazby v rodině i mimo ni

Nesocializované

jakékoliv hlubší vztahy a zejména k vrstevníkům chybí

Agresivní a neagresivní formy

Vázanost na prostředí

Poruchy chování ve vztahu k rodině

Porucha opozičního vzdoru

Porucha opozičního vzdoru

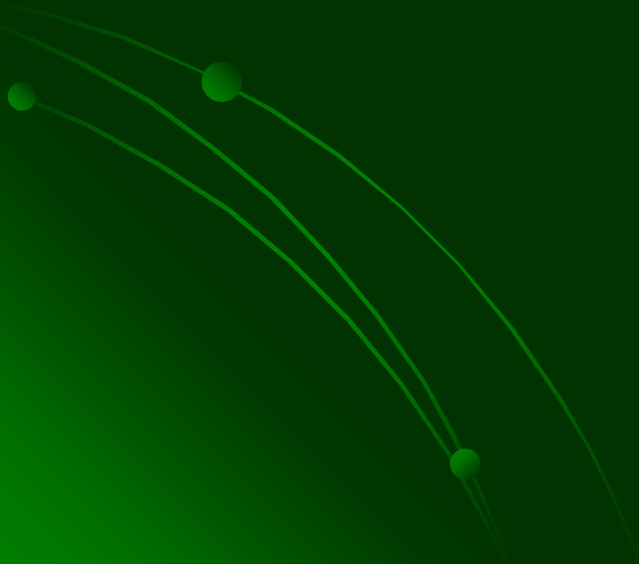
- charakteristický výskyt u dětí zhruba mezi 6 až 10 lety
- výrazné vzdorovité, neposlušné a provokativní chování a zároveň se nevyskytují vážnější antisociální a agresivní činy
- nejvýrazněji se porucha obvykle projevuje ve vztahu k blízkým dospělým lidem a známým vrstevníkům
- poruchu obecně řadíme k poruchám se špatnou prognózou

Psychologicky podmíněné poruchy chování

- Náhradní uspokojení
- Emoční deprivace
- Disharmonický vývoj osobnosti
- Volání o pomoc
- Projev jiné závažné psychické poruchy
- Rodinně podmíněné poruchy chování
 - Rodiče sami nemají adekvátní normy
 - Nedůslednost
 - Dítě jako obětní beránek

CV

- Diskuse
- Co reflektuje antisocialita dětského chování?



Úzkostné poruchy v dětství

- Úzkost a strach – normální adaptivní vývojové fenomény
- Úzkost x strach
- Pro každé vývojové období typický soubor podnětů vzbuzujících strach
 - normativní konflikty a vývojové úkoly daného období
- Od 6m anticipační úzkost
- Kojenecký a batolecí věk
 - separační úzkost a strach z cizích lidí, ke konci 3r ustupovat
- Předškolní věk
 - bohatá fantazie, magické myšlení, přechodné strachy a fobie (přechodné, ale i základem dospělým fobiím)
 - 3-8% fobií přetrvává, zhoršuje se do patologické intenzity – nutnost péče
 - Jiný obsah, než dospělé fobie (klaustrofobie, agorafobie apod.)

- 8-10 let

- plné pochopení univerzality a nezvratnosti smrti (strach ze tmy, nebezpečí...)

- 8-12 let

- performační úzkost – školní výkon

- Sociální úzkost

Patologická úzkost

- Nadměrná, přetrvávající, interferuje s běžným fungováním, brzdí další vývoj dítěte
- Batolecí a předškolní věk
 - inhibice – dítě se stahuje, pasivní (nebezpeční nedostatku iniciativy!)
 - nadměrný neklid – úzkostné hyperaktivní děti mylně dg. ADHD – odlišit dle anamnézy (nadměrné reakce na stres obecně, nejsou impulzivní, motorický a kognitivní vývoj bývá harmonický)
 - Poruchy jídla, spánku
 - Zlozvyky – cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů, masturbace – redukce tenze (okolím sankcionovány, což tenzi ještě zvyšuje)
 - Čím je dítě mladší, úzkost je difúznější – s vývojem krystalizuje do konkrétního obrazu

Nadměrná úzkostná porucha (generalizovaná úzkostná porucha)

- Chronicky zvýšená hladina úzkosti (konstitučně podmíněný povahový rys)
- Vlivem konfliktních a traumatických zážitků se dále stupňuje
- Trvale v napětí, ve školním věku inhibovány, ale i pohybově neklidné
- Vágní a přechodné somatické obtíže (BH, bušení srdce, dechové obtíže)
- Dominující příznak nejrůznější strachy
- Celkově nejisté, oslabené sebehodnocení, obávají se budoucích událostí a vlastního selhání, v úsilí zvládat požadavky jsou až perfekcionistické a nadměrně konformní, strach ze selhání v úkolu vede k odkládání

Sociální úzkostná porucha (vyhýbavá porucha)

- Silný strach z cizích lidí (v normě do 3 roku ustupovat)
- Brání se a vyhýbají každému kontaktu s neznámými lidmi (dospělými i vrstevníky)
- Silná sociální úzkost brání vývoji vztahů s vrstevníky a osvojování soc.dovedností
- V rodině a mezi blízkými nemívají problémy, dobře adaptovány
- Pozvolná spontánní úprava během puberty nebo rozvoj těžších obrazů – až sociální fobie, elektivní mutismus, úzkostné (vyhýbavé) por.os.

Školní fobie a separační úzkost

- Vývoj separace-individuace dle Mahlerové
- Separální úzkost – reakce na skutečné či hrozící odloučení od matky, projev od 6-8m, intenzita klesá, od 3r dítě krátkodobou separaci zvládne
- Vývoj separace zpomalen - na počátku školy silná úzkost, reaktivace traumatickým zážitkem (jiná ztráta nebo odloučení)
- Klinicky se separační úzkost projevív v době, kdy je dítě nuceno matku opustit (odchod do školy)
- Odlišit od „školní fobie“ – dítě se bojí některých situací a konfliktů ve škole, selhání... oprávněnost strachu ze šikany, nezvládnání?
- Zvažovat etiologii úzkosti i u záškoláctví (u „pravého záškoláctví“ dominuje nechuť ke škole a učení)
- Tiché, inhibované, ve škole podávají dobré výkony, trpí neustálým strachem ze selhání, perfekcionistické, celkově vyšší hladina úzkosti, mají mnoho dalších strachů, somatické příznaky úzkosti
- Hyperprotektivní rodiny, tendenci k somatizaci posilují

Disociativní a konverzní poruchy

- V dětském věku propojenost tělesného a duševního dění
- Emoční zátěž a intrapsychické konflikty snadno reagují tělesným symptomem (častěji psychosomaticky x konverzně)
- Symbolické vyjádření základního emočního konfliktu či pokusem o jeho řešení
- Osobnostní vývoj nemusí být narušen, obvykle současně zvýšena hladina úzkosti, depresivní ladění

Obsedantně kompulzivní porucha

- V dynamice poruchy největší úlohu hraje úzkost
- Obraz dle vývojového období (strach ze separace od rodičů, prezentace masmédií, smrti, školního výkonu...), obd. I kompulze
- Fyziologicky kolem 2r, 8-10r, rané adolescenci
- Začátek ve středním školním věku, obvykle po 8r
- Spouštěč
- Nejisté, úzkostné, perfekcionistické, bez humoru, pseudodospělé, rigidní morální normy, principy viny
- Předčasný vývoj ego funkcí s přetrvávajícím magickým myšlením, omnipotence myšlenek, zesílený pocit odpovědnosti
- Obsese (vtíravé myšlenky)
 - Vyvolávají úzkost svým obsahem, pocitem bezmoci, ztrátou kontroly nad vynořujícími se nápady
- Kompulze (nutkavé činy)
 - Opakující se akty, úzkost z jejich nesplnění, cílem snížení úzkosti, zabránění neštěstí, odčinění nepříjemných myšlenek
 - U dětí mladších převažují kompulzivní akty bez zachycených obsesí