

Psychoterapeutický systém péče o děti s lehkou mozkovou dysfunkcí (Poster)

Autoři: PhDr. Jarmila Turbová (tel. 549247757)

Mgr. Petr Cagaš (petr.cagas@email.cz)

Souhrn: V příspěvku představujeme systém psychoterapeutické péče o děti s lehkou mozkovou dysfunkcí, který je založen na třech základních prvcích: **biofeedbacku**, **hypnoterapii** a **rodinné systemické terapii**. Doplněn bývá informováním rodičů o projevech LMD a o vhodných postupech *modifikace chování* (behaviorální metody odměňování, příp. trestů). Podle individuální povahy problému jednotlivých klientů a rodin je rozhodováno, které z prvků psychoterapeutického systému budou během psychoterapie zdůrazněny.

Trénink s biofeedbackem je možné dále kombinovat s *relaxačními technikami*, *čtením relaxačních pohádek*, nebo s *kognitivními úkoly* rozvíjejícími pozornost a výbavnost paměti. Jedná se o ovlivňování aktuálního mentálního stavu prostřednictvím operantního podmiňování na psychofyziologické úrovni s dostatečně rychlou zpětnou vazbou. Trénink s biofeedbackem vede k dosažení relaxace, která je i objektivizovatelná záznamem fyziologických hodnot. Následně (v případě EEG-biofeedbacku) je možné trénink zaměřit na zlepšení pozornosti a na redukci motorické hyperaktivity odměňováním sensorimotorického rytmu (SMR).

Hypnoterapii je možné užít ke zvládnutí sekundárních neurotických obtíží u dětí s LMD a poruchami učení, také u LMD s enuresis. Při dostatečné hypnabilitě (která u dětí bývá v průměru vyšší než u dospělých) lze hypnotické sugesce příměji zacílit na podporu pozornosti a sebeovládání. Zmíněna bude aplikace *bdělé hypnózy* u výrazněji hyperaktivních dětí.

Prvky rodinné systemické terapie jsou podstatnější při práci s rodinou dítěte s LMD, kde se objevuje narušená komunikace (častý jev v rodinách hyperaktivních dětí), příp. je dítě stavěno do pozice „obětního beránka“. Užívá se také v případě, kdy se zdá, že by některý člen rodinného systému reagoval regresí na zvýšenou míru pozornosti během pouze individuálně pojaté psychoterapie dítěte s lehkou mozkovou dysfunkcí.

Příspěvek porovnává uvedený psychoterapeutický systém se standardními doporučenými postupy (např. doporučení American Academy of Pediatrics), diskutována je kompatibilita psychoterapeutického systému s psychofarmaky, zdůrazněna je důležitost spolupráce se školou. Příspěvek ve formě posteru umožňuje přehledné schematické znázornění složek terapeutického systému s rozhodovacími stromy využitelnými u konkrétního klienta.

Lehká mozková dysfunkce

Stále více se v naší klinické praxi setkáváme s dětmi trpícími různou úrovní poruch na bázi diskrétních organických postižení typu lehké mozkové dysfunkce (dále LMD). Vysoká prevalence LMD je reflektována výzkumně: dle rozsáhlého screeningového epidemiologického výzkumu výskytu znaků LMD ve 3 okresech (Tyl a kol., 1990) bylo jako problematická populace označeno 14.8% dětí. Uvádíme **definici LMD** (Tyl, Tylová, 2003):

Termín „lehké mozkové dysfunkce“ (LMD) zastřešuje řadu diagnóz, které mají společný základ. Lehká mozková dysfunkce není choroba s jedinou příčinou a jediným příznakem: kolik mentálních funkcí můžeme definovat, tolik lze nalézt jejich různých dysfunkcí. Jde o syndrom příznaků, které se mohou lišit či vyskytovat společně, avšak mají společného jmenovatele: oslabené funkce centrální nervové soustavy (CNS).

Označuje lehké odchylky mentálního vývoje na základě oslabení CNS, které nejsou „těžkými“ neurologickými poruchami, avšak mají společný základ v drobných poškozeních

- *morfologických: snížený objem mozkové tkáně – šedé i bílé hmoty – ve frontálních oblastech*
- *neuroanatomických: odchylky od normální architektury neuronových spojení*

- *neurofyziologických: snížený průtok krve mozem, nedostatečné okysličování nervových buněk, odchylky v elektrické aktivitě mozku*
- *psychofyziologických: nedostatečná úroveň bdělosti a pozornosti, potíže se soustředěním, pamětí, učením, poruchy pohybové koordinace, sluchové analýzy a syntézy, neustálý neklid, vývojové poruchy řeči apod.*

Lehká mozková dysfunkce byla poprvé definována psychologem S.D. Clementsem (1966) – pojem přímo odkazuje na etiologii poruchy, která primárně spočívá v drobném organickém postižení, a nikoliv např. v nesprávné nebo necitlivé výchově. Pojem LMD je postupně vytlačován deskriptivními diagnostickými kódy „**hyperkinetické poruchy**“ (MKN-10, 1992) a „**poruchy se zhoršenou pozorností a hyperaktivitou**“ (=ADHD; DSM-IV, 1994). Hovoří se o **dekompozici pojmu LMD** (Tyl, Pazlarová, 1990): „Zastřešující“ diagnóza LMD se terminologicky rozpadá na dílčí přesněji definované syndromy, které se však mnohdy vyskytují společně u jednoho pacienta. LMD je ve srovnání s dg. kódem „hyperkinetické poruchy“ širší kategorií, související také se **specifickými vývojovými poruchami** a s **poruchami chování**, a hraničící s intelektovou nedostačivostí (u mentální retardace se hyperaktivita vyskytuje 3x častěji než v normální populaci). Dekompozice pojmu umožňuje přesněji diagnostikovat specifické kombinace příznaků a zkoumat typický průběh dílčích syndromů. V našem příspěvku budeme používat názvy dílčích syndromů, které byly dříve řazeny pod LMD, bude-li se nám to v konkrétním případě zdát přesnější.

Vysoká prevalence LMD je varující: Z novějších výzkumů nevyplývá, že by se porucha zcela upravovala zráním nervové soustavy. Naopak, až 2/3 dětí s ADHD si s sebou nese pozornostní deficit a impulzivitu až do dospělosti (Munden, Arcelus, 2002). Tyl a Pazlarová (1990) upozorňují na typické projevy kombinací příznaků LMD od dětství do dospělosti:

- ke zdravotním obtížím spěje *vývojová porucha motoriky* (+ event. *hyperkinetická porucha*) – zdravotní obtíže se manifestují především jako *nemoci svalové a kosterní soustavy* a příp. *neurologické obtíže*
- *hyperkinetická porucha* (+ event. *poruchy chování*, event. s rodinnou zátěží) může přejít v *disociální poruchu osobnosti* v dospělosti (s příp. komplikací v podobě kriminálního jednání nebo etylického abúzu)
- *specifické poruchy učení* (+ školní selhávání s příp. následnou sekundární *neurotizací*), mohou vyústit v pracovní selhávání

O LMD lze tvrdit, že se jedná o poruchu závažnou, která může přetrvávat do dospělosti a podmiňovat další nepříjemné zdravotní a sociální obtíže. Včasná a účinná terapie se proto ukazuje jako zásadní.

Psychoterapeutický systém péče o děti s LMD

Psychoterapeutický systém, který se nám nejvíce osvědčil v praxi, má 3 základní složky:

- **biofeedback**
- **hypnoterapie**
- **rodinná systemická terapie**

Jednotlivé složky jsou vzájemně kompatibilní, jejich užití vyvažujeme podle individuálních potřeb klienta a výzev terapeutické situace. Využíváme také četné **behaviorální techniky**, které vysvětlujeme rodičům dětí s LMD - aby mohlo terapeutické působení probíhat i mimo psychologickou ambulanci – tzn. tam, kde dítě tráví nesrovnatelně více času. Složky psychoterapeutického systému popíšeme podrobněji:

Biofeedback

Biofeedback (biologická zpětná vazba) je založen na operantním podmiňování fyziologických reakcí, které nejsou běžně kontrolovány vědomou vůlí. Biofeedback, technické zařízení poskytující biologickou zpětnou vazbu, musí zajišťovat 2 základní funkce:

- měřit aktuální stav určité fyziologické modality (např. svalového napětí)
- dostatečně rychle a přesně zprostředkovat informaci o aktuálním stavu fyziologické modality klientovi

Klient dostává informace o svém fyziologickém stavu v přehledné a často i poutavé formě – moderní biofeedback má obvykle podobu počítačové hry, která ovšem není ovládána myší a klávesnicí, ale pouhým soustředěním nebo uvolňováním se. K podmiňování vhodné kožní vodivosti se užívají i malé snadno přenositelné aparatury s barevným displejem, kde různé barvy značí okamžitou míru uvolnění.

Jsou rozlišovány různé druhy biofeedbacku podle fyziologických modalit, na které se zaměřují. K prostému nácviku relaxace slouží biofeedback poskytující klientovi informace o svalovém tonu (*elektromyografický biofeedback*) nebo o změnách kožní vodivosti (*GSR biofeedback* – *angl. galvanic-skin response biofeedback*) (Možný, Praško, 1999). Nověji je u poruch pozornosti s hyperaktivitou prosazován biofeedback zaměřený na elektrickou aktivitu mozku (*EEG biofeedback*; Tyl, Tylová, 2003), která se u ADHD ukazuje jako odchylná od normy (Serman, 2000).

Relaxační účinek biofeedbacku

Drtilková (2003) uvádí komplex 3 metod léčby hyperkinetických poruch, které spějí ke stejným cílům: Dosažení relaxace, snížení svalového napětí (zvláště v oblasti trapézových svalů) a snížení arousalu. Jedná se o kombinaci elektromyografického (EMG) biofeedbacku s nácvikem relaxace, která může být u starších subjektů doplněna meditací. Kombinace EMG biofeedbacku a relaxace se dle Drtilkové jeví jako rychlá, levná a minimálně riziková.

V našem psychoterapeutickém systému jsme dříve využívali především GSR biofeedbacku, obvykle ve spojení s následnou *relaxací* nebo *hypnoterapií*. Nověji preferujeme u většiny ADHD klientů **EEG biofeedback**, u něhož se lze taktéž zaměřit na snížení napětí (inhibice tenzní aktivity na EEG - frekvenčního pásma rychlé bety [= beta2] – tj. 22-30 Hz). Snížení napětí je dokonce primárním cílem sezení s EEG biofeedbackem, neboť beta2 reaguje na trénink nejrychleji, je nejlépe ovlivnitelná vůlí iniciovanou mentální aktivitou.

Je užitečné klienta nejprve instruovat, aby se dostal do stavu napětí („*Tak ted' si zkus zatnout zuby a pěstičky.*“) Hra na biofeedbacku se zastaví nebo neprobíhá hladce, vysvětlíme klientovi, že by měl být klidný a pokud možno setrvávat v pohodlné pozici nehybně – a ujistíme ho, že to dále bude probíhat lépe. Využíváme vhodných **bdělých sugescí** s ohledem na obsah her jako „*Ted' jsi jako opravdový kosmonaut, který řídí kosmickou loď - kosmonaut je bdělý a uvolněný, aby mohl správně rozvážně reagovat...*“ V případě úzkosti a křečovitě snahy sugerujeme např. odpočinek u TV, kdy jsou již všechny domácí úkoly hotové, je možné se pohodlněji opřít, vychutnávat si oblíbený pořad...

O krátkých přestávkách mezi jednotlivými tréninkovými koly EEG biofeedbacku (kterých je obvykle 10-15) s klientem můžeme aktivněji hodnotit dosavadní průběh a příp. i navrhnout možnosti, jak se dále zlepšovat. Odměnu za úspěšné zvládnutí fyziologických funkcí získává klient ve formě bodů ve hře, velmi vhodné je sjednat ještě **dodatečný druh odměny**, který dítě obdrží za *žádoucí chování* při hře (např. odměna za každé kolo, kdy se dítě nadměrně nevrčí a nepoposedává), nebo za úspěšné zvládnutí určitého počtu kol. Tato dodatečná odměna by měla být stanovena až po jednání s rodiči, vhodné je např. dávkovat o něco delší čas na provádění oblíbené aktivity, poskytnout vystříženou 😊 : a až jich dítě nasbírá určitý počet, rodič s dítětem navštíví jeho oblíbenou atrakci...

Při sezení s biofeedbackem lze relaxaci navozovat přímo (např. i formou četby *relaxačních pohádek* – Muellerová, 2001) a to i za cenu, že se pozornost dítěte odkloní od her na monitoru – stále je mu poskytována alespoň zvuková zpětná vazba.

Účinek EEG biofeedbacku na soustředění

EEG biofeedback slouží k operantnímu podmiňování určitých frekvenčních pásem elektrické aktivity mozku, která souvisejí s rozličnými mentálními stavy. Monastera a kol. (1999) považují u elektroencefalografického záznamu ADHD za nejcharakterističtější, že je většinou zvýšen poměrný výskyt aktivity théta (4-8 Hz) na úkor pomalé beta aktivity (16-20 Hz). Beta aktivita přitom zjednodušeně řečeno odpovídá mentálnímu stavu cílené duševní činnosti, zaměřenosti, pracovnímu vyladění vhodnému pro paměťové a pozornostní procesy. EEG biofeedback trénink je proto využíván ke zvýraznění beta aktivity a k relativnímu potlačení théty.

Doporučujeme klientům, aby zkoušeli různé *mentální činnosti*, a přitom se vyvarovali nadměrných neúčelných pohybů. Klienti mohou např. „v duchu“ počítat body, které jim zpětná vazba přináší; terapeut může navrhnout rozličné mentální hry: „*Zkusíme si takovou duševní rozcvičku...*“

- „*Budeš si v duchu vyjmenovávat slova začínající na určité písmenko abecedy: zkus si slova vybavovat svižně...začneme třeba písmenkem K...*“
- „*Zkus si v duchu hrát třeba hru zvíře/rostlina/jméno: vybavuj si různá písmenka abecedy a zkus u každého přijít na nějaké zvíře, rostlinu a jméno, které tímto písmenkem začíná...např. u A by to bylo co?*“
- *Určitě znáš slovní kopanou: u biofeedbacku si ji můžeš hrát sám se sebou, zlepšuje to soustředění...představ si v duchu určité slovo, a potom si vybav z paměti slovo, které začíná na písmeno, kterým prvně představované slovo končí...*“
- „*Ty máš docela rád matematiku...počítání si můžeš zdokonalovat i u biofeedbacku. Počítej třeba řadu čísel...začni 1+1 jsou 2, 2+2 jsou 4, 4+4 je 8 a tak dále, ...zeptám se tě potom, kam jsi až dospěl...*“
- Můžeme využívat znalosti dětí z *oblíbených předmětů ve škole*: „*Zopakuj si v duchu hlavní města v Evropě...*“

Je jasné, že mnohé z uvedených příkladů se hodí spíše pro děti starší, příp. s méně závažnými obtížemi. Meichenbaum (cit. podle Langmeier, Balcar, Špitz, 2000) si u hyperaktivních dětí povšimnul *deficitu vnitřní řeči* - vnitřní řeč nemusí být dostačující pro výše uvedené úkoly (cvičení by měla probíhat „v duchu“). Lze vyhradit několik sezení pouze na *procvičování tvořivých duševních her* s využitím pracovní paměti ještě před započítím tréninku na EEG biofeedbacku. Podle předběžných výzkumných výsledků může *trénink pracovní paměti* u dětí s ADHD snižovat hyperaktivitu (Klingberg a kol., 2002). Při sezeních s EEG biofeedbackem se proto snažíme u vhodných subjektů využívat jejich živější duševní činnosti, kterou je učíme lépe usměrňovat; příp. u hypoaktivních jedinců duševními „rozcvičkami“ navozujeme bdělejší stav, který je obvykle subjektivně po úvodní nezvyklé námaze vnímán jako příjemný. Podstatná je vhodná forma *zpevnování* cílené duševní aktivity a sebekázně (pochvalou; odměnou dohodnutou s rodiči).

Spojení relaxace se soustředěním u EEG biofeedbacku

Dítě informujeme o žádoucím stavu, který by měl být v ideálním případě dosažen: „*Měl by ses cítit bdělý, soustředěný a přitom uvolněný.*“ Pomůckou ke snazšímu spojení pozornosti a relaxace je *střídání tréninku se zavřenými a otevřenými očima* po každém 3-minutovém kole. Při zavřených očích by si měl klient představovat dění na monitoru (např. pokračovat v řízení závodničky), při otevřených očích zachovat stav tělesného uvolnění, který mohl být

přenesen z předchozího kola při zavřených očích. Ohledně obsahu představ při zavřených očích bychom neměli být příliš striktní – úspěchem je dosažení hlubší relaxace.

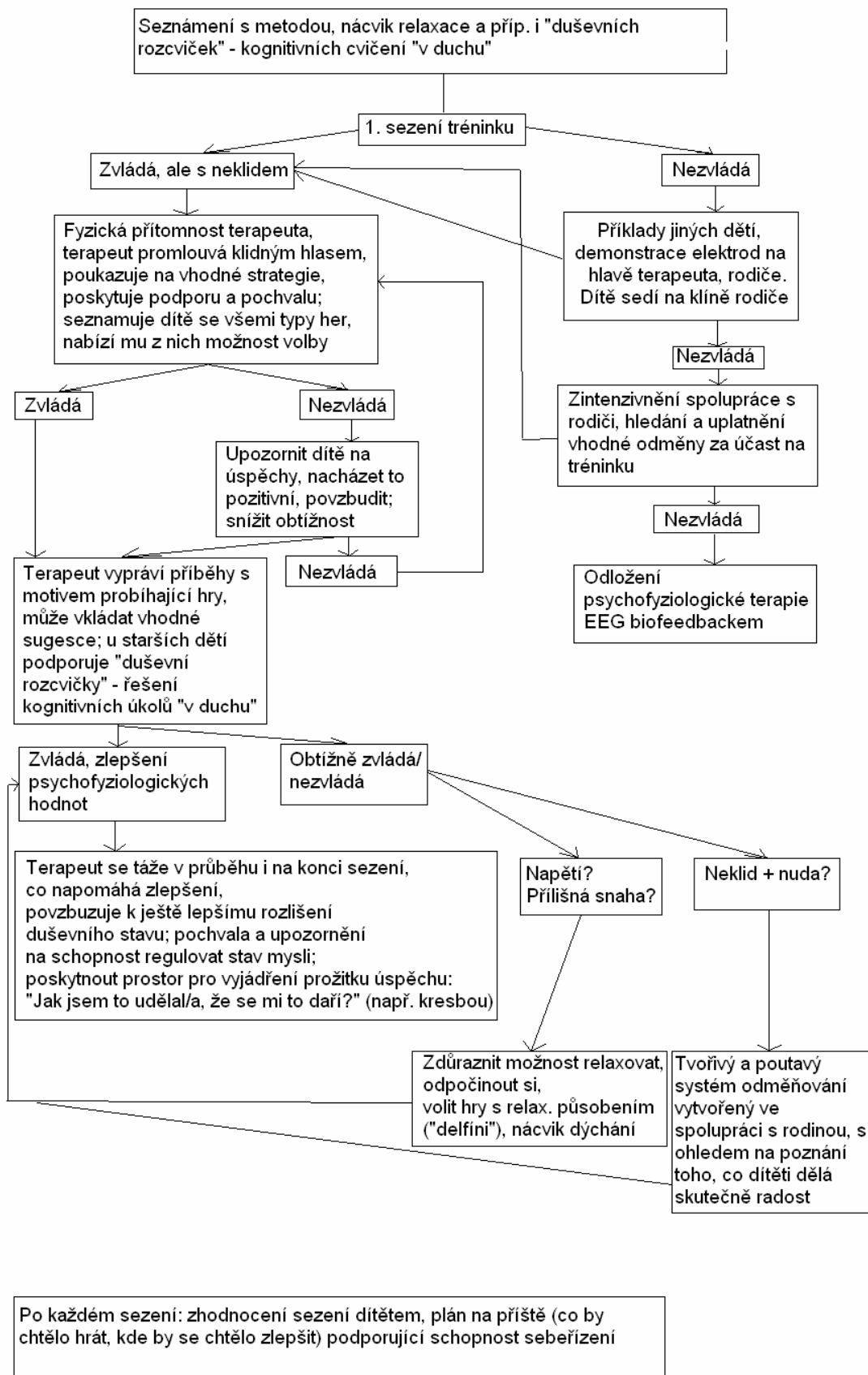
Biofeedback jako cesta k přerušení „bludného kruhu“ neúspěchu a nízkého sebevědomí
Pro děti s LMD je obtížnější dosáhnout úspěchu než pro děti zdravé: nepozornost a horší sebeovládání vedou k horším známkám ve škole, častá motorická neobratnost a opět nedostatky v sebeovládání spějí k neúspěchům i ve sportovních činnostech. Dítě přestává věřit, že dokáže být úspěšné: Negativní sebeobraz bývá podporován také kritickými poznámkami okolí. Dítě se může pokoušet o úspěch v nevhodných oblastech, snažit se zaujmout a „přetrumfovat“ druhé např. agresivitou. Typický „Bludný kruh“ přibližují Sears a Thompson (1998) takto:



Obtížnost tréninku na EEG biofeedbacku se stanovuje individuálně dle fyziologických hodnot naměřených během vstupního vyšetření tak, aby dítě získávalo optimální množství zpětnovazebních informací. Obtížnost je tedy zcela individuální, uspět může téměř každý. Zlepšování v kontrole EEG záznamu se odrazí ve vyšším počtu bodů, pochvaly od terapeuta, a v možnosti navýšit obtížnost a čelit tak novým výzvám. Klientova snaha je oceňována, *pozornost terapeuta* se zaměřuje především na žádoucí chování, které je bezprostředně zpevnováno pochvalou; nevhodné chování není posilováno extenzivní pozorností – naopak - terapeut spíše nezasahuje (pokud nedochází k ohrožování zdraví, majetku...), a alespoň v terapeutickém prostoru tak po možném bouřlivém nástupu může maladaptivní chování pozvolna vyhasínat.

Podstatné je, že EEG biofeedback trénink umožňuje *zažít úspěch*, obnovit důvěru ve schopnost zlepšovat se, slouží jako důkaz, že existuje pozitivní chování vedoucí k pozornosti okolí a k zájmu dospělých. Potenciál sesí s biofeedbackem tak není pouze psychofyziologický, ale skrývá v sobě možnosti k rozvoji vztahu s klientem, obnově sebevědomí, a k přerušení „bludného kruhu“ negativních přesvědčení o sobě a maladaptivního chování.

Práci s biofeedbackem, která může vést i k přerušení bludného kruhu, uvádíme schematicky zde:



Hypnóza

Hypnoterapie umožňuje podpořit *sebevědomí* a *pocit kompetence*, a *redukovat napětí*. Dle Bernard-Bonninové a kol. (2002) neexistuje vědecký výzkum, který by dokazoval účinnost hypnózy v redukci jádrových symptomů ADHD, lze však předpokládat efekt na doprovodné příznaky – např. na poruchy spánku nebo tiky. Hypnóza může být také užitečná u dětí s LMD se sekundárními neurotickými projevy, vznikajícími např. důsledkem nižší školní úspěšnosti, neuspokojivých vztahů v rodině nebo s vrstevníky (jsou-li v rodině na dítě s LMD kladeny nerealistické nároky, je nutná i *práce s rodinou*: výlučné užití hypnózy ve službách rodičovských požadavků se nejeví jako vhodné).

Drtílková (2003) zpochybňuje užití hypnózy u ADHD pro obtížnou *hypnabilitu* (hypnabilita = schopnost pohroužit se do hypnotického stavu). U ADHD dětí je vyšší relativní poměr théta vs. beta aktivita na elektroencefalogramu ve srovnání s věkovou normou (Monastra a kol., 1999): Přitom je théta aktivita pravděpodobně častější také u hypnabilních osob, zvl. v týlní oblasti (Crawford, 1994). Děti jsou od 5 let věku obecně hypnabilnější než dospělí, nejvyšší hypnabilitu vykazují děti ve věku (8) 9 – 12 let (London, 1965, cit. podle Kratochvíl, 1999; Olness, Kohen, 1996, cit. podle Hammond, 2005) s tím, že mezi 13-14 rokem hypnabilita klesá. Hammond to vysvětluje převládáním alfa aktivity ve 13-14 letech, která je charakteristická i pro dospělý EEG záznam: A považuje tuto skutečnost za nepřímý důkaz klíčové role théta aktivity při hypnóze. Proč jsou však děti s ADHD s dostatkem théta aktivity obtížně hypnabilní?

Schacter (1977, cit. podle Hammond, 2005) rozlišil 2 druhy théta aktivity:

- théta aktivitu spojenou s pocitem ospalosti
- théta aktivitu spojenou s komplexním řešením problémů a zaměřenou pozorností

Je možné, že děti s ADHD mají nedostatek 2. typu théta aktivity, což představuje jistou překážku pro navození hypnózy (projevující se např. neschopností udržet *selektivní pozornost* vzhledem k sugescím). Je však také možné, že děti s ADHD vyžadují jiné *postupy hypnotizace* (způsoby navození hypnózy), podobné hypnotizaci mladších dětí, kterým např. nevyhovuje sugesce zavírání očí, a lépe reagují na *imaginativní* než na *relaxační postupy* (Kratochvíl, 1999).

Pro úspěšné navození hypnózy u dětí s LMD imaginativních postupů v hojné míře využíváme, umožňujeme aktivní zapojení dítěte. Ve stavu hypnózy podporujeme účast dítěte na spoluvytváření *fantazijních scén*, často s *pohybovým doprovodem* představ a prožitků. Zdá se nám, že u některých dětí s LMD s dobrou hypnabilitou může mít hypnóza rychlý účinek, který povzbuzuje *motivaci dítěte i rodiny* k další spolupráci, a umožňuje tak hladším způsobem využít i další terapeutické metody, které mají již „pomalejší nástup“ (potenciální motivační účinek hypnózy je v psychoterapii znám, uvádí ho např. Langmeier, Balcar, Špitz, 2000).

Dle naší zkušenosti jsou mezi dětmi s LMD také jedinci hypnabilní, u nichž shledáváme užití hypnózy jako odůvodněné. V případě hyperaktivních dětí je možné se uchýlit spíše k *bdělé hypnóze*, kdy dítě paradoxně nabádáme k vyšší aktivitě – uspořádáme např. překážkovou dráhu po místnosti a zadáváme v rychlém sledu úkoly (oběhnutí křesla, přeskočení „potoka“ vytvořeného z příkrývky atd.), což může vést k úspěšné hypnotizaci. V případě opozičních projevů dítěte se můžeme např. soustředit na jeho vlastní pohyby a „přikážeme je“ zvýraznit. Osvědčují se také *bdělé sugesce* u méně hypnabilních, kdy např. při výše zmíněné překážkové dráze vkládáme věty typu: „*Tak jako sis nyní skvěle zapamatoval, že máš tlesknout rukama, si budeš pamatovat i to, co se učíš do vlastivědy.*“

Uvádíme příklad obsahu hypnózy u 10. letého chlapce s LMD (s mírnější hyperaktivitou) s využitím imaginace po rozhovoru o tom, co by chtěl v hypnóze prožít:

„Dobře, chtěl bys sis vyzkoušet, jaké je to být účastníkem závodů terénních motorek. Nejdříve ze všeho se v depu svého mužstva musíš důkladně připravit. Podívej se, kde máš připravenou kombinézu, jakou má barvu? ... Dobře tak si zkus představit, že si ji oblékáš, už ji máš zapnutou a ještě ti zbývají rukavice a helma. Tvá helma je krásná, modrá s bílými pruhy ve tvaru blesku. Motorka je připravená ke startu, stejně jako ty. Jsi naprosto uvolněný, klidný a soustředěný na závod, který za chvíli začne. Protože jsi velmi dobrý závodník, je pro tebe snadné se plně koncentrovat na nadcházející závod. Tvé tělo je uvolněné, vláčné, mysl jasná a klidná. Nyní máte zahřívací kolo, ty se plynule rozjíždíš, každou zatáčku bravurně vybíráš. Zpočátku je krátká rovinka, poté mírná zatáčka doprava, zvolna se nakláníš, tvůj stroj a ty jste jako jeden celistvý organismus. Následuje zatáčka doleva, poté další a další. Vnímáš nádhernou pohodu z jízdy, je ti velmi příjemně a krásně. Zahřívacím kolem jste se všichni připravili k závodu, začínáte se řadit na startovní čáru. Motory se zahřívají a ty jsi dokonale připraven ke startu, cítíš příjemné teplo. Celé tělo je uvolněné, klidné a přitom dokonale soustředěné na začátek závodu. Na semaforu je stále červená, startér přichází ke kraji dráhy s černobílým šrafovaným praporkem, ty se zcela soustředíš a jsi přitom uvolněný a klidný. Nic tě nedokáže vyvést z míry. Červená, oranžová a zelená. Závod je odstartován. Ty vyrážíš vpřed a uplatňuješ svůj cvik, kterého jsi dosáhl pravidelným tréninkem. Stejně jako ti jde jízda na terénní motorce, tak ti půjde cokoliv budeš chtít, ve skautu, ve škole, při sportu. Tvé schopnosti se rozvíjí, přitom zůstáváš klidný, uvolněný, dech je hluboký, a ty se stoprocentně soustřeďíš.“

V rámci psychoterapeutického systému péče o děti s LMD se spolu s Wickramasekerou (2005) domníváme, že u hypnabilních dětí je nejvhodnější hypnózu využívat záhy po započetí psychoterapie; lze doporučit několik sezení hypnózy před započatím psychofyziologické terapie biofeedbackem. Kombinaci EEG biofeedbacku s bdělou hypnózou u ADHD upřednostňují manželé Barabaszovi (2000). U méně hypnabilních se důraz přesouvá na *EEG biofeedback*, a *práci s rodinou*, a to v příp. kombinaci s LMD uzpůsobenými *relaxačními technikami*.

Rodinná terapie a práce s rodinou

Dítě s LMD není izolovanou „nemocnou“ jednotkou, ale součástí rodinného systému s jeho očekáváními, přáními, zklamáními, mnohdy propletenými a složitými vztahy. Zdá se nám rozumné rodinný aspekt problematiky LMD nepodceňovat.

V psychoterapeutickém systému využíváme při práci s dítětem s LMD a jeho rodinou 2 základní způsoby:

- **rodinnou terapii**
- **práci s rodinou**

Rodinná terapie je vedena podle pravidel *rodinné systemické psychoterapie* (Gjuričová, Kubička, 2003) s narativními aspekty. Již na počátku terapie je zdůrazňován *příběh rodiny*, na kterém se rodinné vztahy zobrazují a který je pro dítě nosný, pochopitelný, a má v sobě potenciál rozvíjení. Je to příběh, který je pro rodinu klíčový. Dítě s projevy LMD, hyperaktivitou, dekoncentrací, poruchami školního vzdělávání (onoho dys...), často s mnohými dalšími obtěžujícími projevy je rodinou, školou, lékaři „označkováno“. Zachycujeme myšlenky, věty, příběhy rodiny, a sny dítěte o sobě, posouváme je k realitě, k ozdravení. Příběhem rodiny je možné se citlivě inspirovat také při formulování *hypnotických sugescí*.

Práce s rodinou je zaměřena více *edukativně* – s rodiči je probírána problematika LMD, snažíme se pátrat po zkreslených představách a mýtech, které mohou křivit vztah mezi rodiči a dítětem. Poskytujeme poradenské návrhy pro práci s dítětem v domácím prostředí,

podporujeme *zdravé výchovné postupy*. Pomáháme motivovaným rodinám osvojit si tvořivé způsoby výchovy, inspirované *behaviorální terapií*: Behaviorální postupy jsou vhodné, neboť při správném použití (které je diskutováno s rodiči při konzultacích) vytvářejí konzistentní a bezpečně strukturované domácí prostředí s oceněním pozitivních aspektů chování, s příslibem, že se alespoň částečně tato bezpečná vnější struktura přenesou i na vnitřní duševní svět dítěte s LMD, které obvykle trpí sníženou schopností sebeřízení, dezorganizovaností. Lze doporučit několik kroků, které mohou vést k *modifikaci chování* dítěte v rodinném prostředí (částečně také ve vztahu s příbuznými ze širší rodiny, s učiteli, s vrstevníky; Sears, Thompson, 1998):

- **Rozpoznat konkrétní problematické chování**
- **Rozpoznat problémy v rodinném prostředí**
- **Být vzorem žádoucího chování**
- **Strukturovat prostředí dítěte**
- **Objevit způsoby, jak pozměnit chování dítěte**

K rozpoznání konkrétních problematických oblastí v chování dítěte je možné použít např. jednoduchou posuzovací škálu jako:

<i>Problematické chování</i>	<i>Kdy se objevuje?</i>	<i>Čím je spouštěno?</i>	<i>Intenzita od 1 (mírné) do 5 (velmi závažné)</i>
1)			
2)			
3)			

Poté je užitečné zodpovědět otázky, nakolik dané způsoby chování ovlivňují:

- *Vztah rodiče s dítětem*
- *Vztahy dítěte s jeho přáteli*
- *Vztahy dítěte ve škole a schopnost učení*

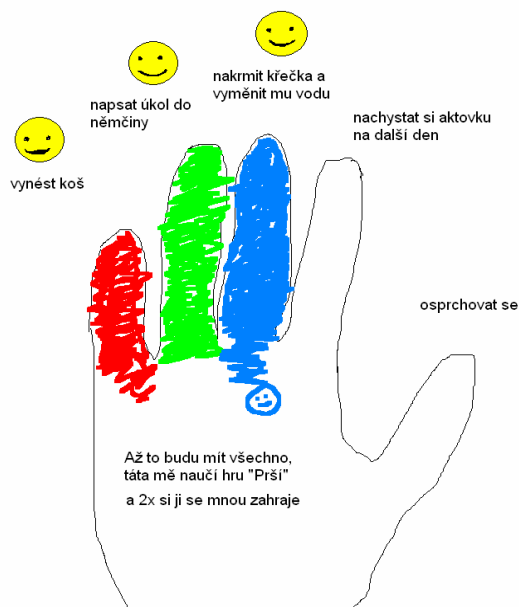
Problémy v rodinném prostředí lze diagnostikovat prostřednictvím *škál rodinného prostředí*, které se běžně užívají jako psychodiagnostické metody. Sears a Thompson (1998) uvádějí zjednodušenou verzi pro laiky.

Diagnostika problémů v chování i v prostředí vede k tzv. **analýze ABC**, tj. rozpoznání souvislostí **vyvolávajících** (A = angl. antecedent) a **následných událostí** (C = angl. consequence) a **chování** (B = angl. behavior; Munden, Arcelus, 2002). Pokud rodiče porozumí těmto skutečnostem, mohou lépe plánovat, kterým situacím dítě vystavovat a jak na jeho chování vhodně reagovat, aby např. paradoxně nezpevňovali „scény“ zlobícího dítěte. Osvědčuje se např. technika **„načapat při něčem dobrém“**, kdy dítě pochválíme za klidnou činnost (např. hraní si), místo abychom si ho všímali až poté, co něco provedlo.

Strukturování prostředí je velmi nápomocné – děti s LMD stráví mnoho času neplodným bloumáním, přeskokováním z činnosti na činnost, což vede k pozdním docházkám, neplnění úkolů do školy atd. Doporučujeme využívat různé **tvořivé upomínky** ve formě nalepených kartiček na skříňkách, v koupelně...menšímu dítěti mohou s úklidem hraček pomoci obrázky jednotlivých hraček, umístěné ve správných regálech. Včasný úklid oceníme.

Stanovíme jednoznačný **system odměn a postihů**, který pomáhá nastolit konzistenci v chování rodičů a do jisté míry zabraňuje manipulativnímu licitování. System by měl být povzbuzující, pozitivní, podstatné je zajistit dítěti s LMD možnost uspět. Je důležité zjistit, co je pro dítě skutečně **odměnou**. Větší odměnu je možné získat např. po nasbírání určitého počtu *žetonů*

(zobrazených třeba jako ☺) – jejich aktuální počet doporučujeme spolu s pravidly pro jejich získávání vyvěsit na nástěnce. Pro shromažďování žetonů „na cestě“ k odměně je dobré používat tvořivá atraktivní zobrazení, např. „veselé ruce“ – dítě obtáhne své ruce na papíře, nad každým namalovaným prstem potom zaznamenáme úkol, který má dítě splnit. Je-li úkol skutečně splněn, dítě může daný prst vybarvit a přilepit nad něj ☺. Získá-li všech 10 ☺, dostane vytouženou odměnu.



Jiným tvořivým způsobem zaznamenávání dílčích úspěchů je nakreslit si obrázek domluvené odměny (např. pingpongové páčky), po jehož obvodu vyznačíme body s čísly. Spojující linii mezi těmito body vymažeme. Dítě může po vhodném chování v určitém časovém úseku nebo po splnění úkolu spojit 2 body s čísly. Až postupně pospojuje všechny body, vznikne kompletní obrázek, který může dítě vyměnit za odměnu, která je na obrázku nyní již jasně vidět.

Stačí však podpora žádoucího chování? Není nutné někdy trestat chování nežádoucí? **Modifikace chování** je postavena více na odměnách než trestech. Systém by především neměl být restriktivní, neurotizující. Doporučujeme používat **varování** např. ve formě schematických obrázků mírně zamračeného žlutého obličeje, velmi zamračeného oranžového, a vzteklého červeného obličeje, které se dají při stupňujícím se nevhodném chování (např. odmítání) lepit na viditelné místo. Pokračuje-li dítě v nevhodném chování, po určitém čase přecházíme k **oddechovému času**. Rodič dítěti přikáže, aby si sedlo a po určité době nemluvalo (např. 5 min.) – přeruší-li dítě „zlobením“ oddechový čas, není mu uznána již absolvovaná doba trestu, a čas se měří od začátku. Nepomáhá-li to, přechází se k **odebrání privilegia**: obvykle v podobě postupného zkracování povoleného času na oblíbenou aktivitu.

Jiným druhem trestu, který se v některých situacích jeví jako rozumný, je metoda **přirozených následků**, kdy dítěti po jistou dobu nekompenzujeme ztrátu, která vznikla (i přes upozornění rodičů) vlivem jeho nezodpovědného chování.

O práci s rodinou lze říci, že je pro rodiče zpočátku dosti náročná: Náročná na iniciativu, nápaditost, vytrvalost... Pokud se podaří překonat počáteční problémy, může tato strategie

vyústit ve zkvalitnění vztahů s dítětem a dokonce také k úspoře energie rodičů, která mohla být dříve vynakládána neúčelně.

V psychoterapeutickém systému péče o dítě s LMD má práce s rodinou velmi důležitou funkci – a to i když se nepodaří zavést např. konzistentní systém odměn a postihů v domácím prostředí, zpřesní si rodiče své poznání o projevech LMD, což může v některých případech chránit dítě před nadměrnou přísností, zatracováním. Odměny dohodnuté společně s rodiči a dítětem je velmi žádoucí užívat pro behaviorální zpevnování docházky na psychoterapii a pro ocenění sesí s biofeedbackem.

Srovnání psychoterapeutického systému péče o děti s LMD se standardní doporučovanou léčbou

Doporučení American Academy of Pediatrics

Americká pediatriká akademie (American Academy of Pediatrics, AAP) v roce 2001 vydala doporučení pro léčbu „*poruch se zhoršenou pozorností a vyrušováním*“ (ADHD) – terapeutické postupy byly rozděleny do 3 skupin podle toho, zda je lze uplatňovat u většiny dětí s ADHD, nebo zda jsou užitečné pouze u dílčí skupiny pacientů s ADHD, příp. zatím nejsou dostatečně empiricky ověřeny. (Drtilková, 2003)

Terapie zaměřená na základní symptomy ADHD, indikovaná u většiny pacientů:

Psychoaktivní medikace:

- Stimulancia
- Antidepresiva
- Alfa2 adrenergní agonisté
- Trankvilizéry/neuroleptika a další

***Behaviorální léčba* (různé modifikace):**

- Vedení a trénink rodičů
- Konzultace s učiteli
- Karty s denními záznamy (pochvaly, odměny)
- Trénink dovedností

EMG biofeedback s relaxačním tréninkem

***Pomocné metody* – poradenství, skupinová, rodinná terapie**

Domníváme, že námi prezentovaný psychoterapeutický systém je v dobré shodě s AAP doporučovanou léčbou – umožňuje kombinovat biofeedback, relaxační (příp. hypnotické) postupy s rodinným poradenstvím i terapií dle individuálních potřeb a specifík klienta a jeho rodinného prostředí. Psychoterapeutické postupy ovšem nemohou samy o sobě vždy zajistit zcela vyhovující a dostačující péči o každé o dítě s LMD – někdy je na místě medikace, nebo se jako žádoucí jeví, aby se hlavní úlohy zhostil speciální pedagog.

Současné výzkumy efektivity léčby ukazují na klíčový význam *medikace*, která je při samostatném užívání zhruba 2x účinnější než samostatná důsledně vedená *behaviorální terapie* (Voeller, 2004). Barkley (2000) hovoří až o neúčinnosti behaviorálních postupů, pokud nejsou prováděny také v domácím a školním prostředí: *Instruktaž rodičů a učitelů* se proto jeví jako klíčová. Jediná nemedikamentózní intervence se samostatnou účinností srovnatelnou s medikací je podle některých výzkumů *EEG biofeedback* (Fuchs a kol., 2003, Rossiter a La Vaque, 1995) – vzhledem ke kvaziexperimentálnímu designu nejsou ovšem tyto studie všeobecně akceptovány jako jednoznačný důkaz pro vysokou efektivitu EEG biofeedbacku u ADHD.

Rigorózní výsledky vědeckých výzkumů jsou často v rozporu s *očekáváním rodičů*, kteří vyhledávají psychologickou pomoc pro své dítě s LMD – nebývá výjimkou, že rodiče přicházejí k odborníkovi s představou, že jim „musí“ potvrdit jejich pohled na problémy

dítěte, a příp. musí dítěti vyčinit, „napravit ho“. V pozadí bývá vyčerpání z náročné, často bouřlivými emocemi doprovázené péče o hyperaktivní dítě – podvědomí potom může vykreslovat představu rychlého a „spravedlivě zaslouženého“ zlepšení situace. Výzkumy ovšem ukazují na relativní neúčinnost snah zmírnit symptomatiku ADHD psychoterapeutickou prací provozovanou pouze za dvěma ordinace odborníka – zapojení rodiny je podstatné, rozhovor s rodiči o možnostech a cílech terapie se někdy neobjede bez bolestnějších emocí doprovázejících rozplynutí „vzdušných zámků“. Posléze, v případě spolupráce rodičů, může terapie přinést rozkolísání bludných kruhů negativního sebehodnocení a disruptivního chování, a emoce i postoj k dítěti se mění, otevírá se prostor pro prožitky úlevy a radosti.

Vzhledem k nutnosti spolupracovat s rodiči pořádáme pro rodiče *doplňující výcvikové kurzy* nejen pro pochopení obtíží dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí, a pro jejich optimální výchovné vedení, ale i pro možnost vlastní regenerace rodičů, zatížených mnohdy náročnou péčí o tyto děti, kteří jsou často ponecháni bez odborné pomoci a někdy i neprávem obviňováni za nevhodnou výchovu svých dětí.

Literatura:

- 1) Barabasz, A. & Barabasz, M. (2000). Treating ADHD with hypnosis and neurotherapy, *Child Study Journal*, 30 (1), 25-42.
- 2) Bernard-Bonnin, A.C. et al. (2002). The use of alternative therapies in treating children with attention deficit hyperactivity disorder, *Paediatrics & Child Health*, 7 (10), 710-718.
- 3) Clements, S. D. (1966). *Minimal Brain Dysfunction in Children; Terminology and Identification, Phase One of a Three-Phase Project*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- 4) Crawford, H.J. (1994). Brain dynamics and hypnosis: Attentional and disattentional processes, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42(3), 204-232.
- 5) Drtílková, I. (2003). Účinnost nestandardních postupů léčby u dětí s ADHD, *Česká a slovenská psychiatrie*, 99 (6), 317-323.
- 6) Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J.H., & Kaiser, J. (2003). Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A comparison with methylphenidate, *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28 (1), 1-12.
- 7) Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie*. Praha: Grada Publishing.
- 8) Hammond, D.C. (2005). EEG patterns and hypnotizability, *Biofeedback*, 33(1), 35-37.
- 9) Charles and Helen Schwab Foundation (n.d.). *Dr. Russell Barkley on AD/HD*. Excerpts from his lecture in San Francisco, CA on June 17, 2000. Retrieved February 5, 2006, from <http://www.schwablearning.org/articles.asp?r=54>
- 10) Klingberg, T., Forssberg, H., & Westerberg, H. (2002). Training of working memory in children with ADHD, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24 (6), 781-791.
- 11) Langmeier, J., Balcar, K., & Špitz, J. (2000). *Dětská psychoterapie. Druhé, rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Portál.
- 12) Monastra, V.J., Lubar, J.F., Linden, M., VanDeusen, P., Green, G., Wing, W. et al. (1999). Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: An initial validation study, *Neuropsychology*, 13(3), 424-33.

- 13) Možný, P., Praško, J. (1999). *Kognitivně behaviorální terapie – úvod do teorie a praxe*. Praha: Triton.
- 14) Muellerová, E. (2001). *Příběhy z měsíční houpačky. Autogenní trénink pro děti od 4 let*. Praha: Portál.
- 15) Munden, A., & Arcelus, J. (2002). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- 16) Olness, K., & Kohen, D.P. (1996). *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*. New York: Guilford.
- 17) Rossiter, T. R., & La Vaque, T. J. (1995). A comparison of EEG biofeedback and psychostimulants in treating attention deficit/hyperactivity disorders, *Journal of Neurotherapy*, 1 (1), 48-59.
- 18) Sears, W., & Thompson, L. (1998). *The A.D.D. Book. New Understandings, New Approaches to Parenting Your Child*. Boston/New York/Toronto/London: Little, Brown and Company.
- 19) Schacter, D.L. (1977). EEG theta waves and psychosocial phenomena: A review and analysis, *Biological Psychology*, 5, 47-87.
- 20) Serman, M. B. (2000). EEG markers for attention deficit hyperactivity disorder: Pharmacological and neurofeedback applications, *Child Study Journal*, 30 (1), 1-24.
- 21) The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder, *Archives of General Psychiatry*, 56 (12), 1073-1086.
- 22) Tyl, J., & Tylová, V. (2003). *Lehké mozkové dysfunkce*. Praha: Asociace pro aplikovanou psychofyziologii a biofeedback ČR – Biofeedback institut.
- 23) Tyl, J., & Pazlarová, M. (1990). Změny koncepce lehké mozkové dysfunkce, *Československá Psychiatrie*, 86 (1), 17-26.
- 24) Tyl, J., Matějček, Z., Albrecht, V., Beránková, A., Kotěšovec, F., Machovská, E., Raifová, L., Dytrych, Z., Gebhart, J.A., & Šrám, R.J. (1990). Epidemiologický výzkum znaků lehkých mozkových dysfunkcí, *Československá psychiatrie*, 86 (1), 27-36.
- 25) Voeller, K.K.S. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD), *Journal of Child Neurology*, 19 (10), 798-814.
- 26) Wickramasekera, I. E. (2005). Best of both worlds: How to integrate hypnosis and biofeedback with empathy and hypnotic assessment procedures, *Biofeedback*, 33 (1), 31-34.