

ADHD

Zespół zaburzeń dynamiki procesów nerwowych nie związany z typem temperamentu, a objawiający się nadmierną pobudliwością dziecka, nie uwarunkowaną konkretnym bodźcem zewnętrznym.

PRZYCZYNY

- a) wcześniactwo,
- b) embriopatie toksyczne, np. zatrucie ołowiem,
- c) niedotlenienie w okresie ciąży, porodu, bądź wczesnego dzieciństwa,
- d) uwarunkowania dziedziczne – niedobór lub brak enzymów z grupy amin biogennych, takich jak np. dopamina, noradrenalina, serotonina. Należą one do enzymów biorących udział w przesyłaniu informacji między komórkami nerwowymi – pełnią rolę neurotransmiterów. Brak dopaminy powoduje zaburzenia koncentracji uwagi. Niedobór noradrenaliny odpowiada za nieprawidłową ocenę zagrożeń – dzieci kamikadze. Niedobór serotoniny odpowiada za ogromne wahania nastroju.

OBJAWY

Ten zespół zaburzeń nie jest jednorodny. Każde dziecko z ADHD stanowi odrębny przypadek. Niemniej objawy tego zaburzenia można przyporządkować do trzech różnych sfer funkcjonowania:

I. Sfera ruchowa:

- a) niepokój ruchowy – dziecko wykonuje różne czynności w miejscu, kręci się, odwraca, poprawia. Okładki książek i zeszytów są wytarte, rogi kartek pozawijane, przybory do pisania porozkręcane, pogryzione.
- b) ekspansja ruchowa – dziecko często zmienia miejsce, nie potrafi stać w jednym miejscu.

W związku z zaburzeniami w tej sferze, dziecko może stać się niebezpieczne dla siebie i innych, zwłaszcza podczas zajęć wymagających aktywności ruchowej.

II. Sfera emocjonalna: reakcje dziecka silne i gwałtowne, nieproporcjonalne do bodźców.

- III. Sfera poznawcza: słaba koncentracja – rozproszona uwaga, duża przerzutność uwagi, mała trwałość i selektywność uwagi. Przeważa uwaga mimowolna, a spostrzeżenia są chaotyczne, niepełne (niedokończone rysunki). Procesy syntezy, analizy i planowania osłabione.

DIAGNOZA I TERAPIA

W związku z dominacją niektórych rodzajów zaburzeń, wyróżniono trzy typy zespołu ADHD.

- I. Z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi. (częściej u dziewczynek).
- II. Z przewagą nadpobudliwości psychoruchowej. (częściej u chłopców).
- III. Typ mieszany o równym nasileniu w/w zaburzeń.

Rodzicom nie jest łatwo odróżnić dziecko z ADHD od dziecka żywego, ruchliwego. Duża ruchliwość, to przecież prawidłowa cecha rozwojowa w okresie wczesnego dzieciństwa. Dlatego, dopóki ta ruchliwość dotyczy wyłącznie motoryki i nie przyjmuje postaci ruchów przymusowych lub minimalnych wyładowań zwanych tikami, nie wzbudza zmartwienia rodziców. Łatwiej dostrzec przejawy ADHD w sferze emocjonalnej, tj. łatwe wpadanie w gniew, skłonność do kłótni i bójek podczas zabaw z rówieśnikami, zakłócenia snu czy też nadwrażliwość uczuciowa. Wczesna interwencja psychologa pozwala na przeciwdziałanie zaburzeniom nerwicowym. Jeśli dzieci te nie były poddawane wcześniej psychoterapii, to w wieku szkolnym natężenie charakterystycznych dla ADHD zaburzeń stwarza poważne problemy wychowawcze. Szczególnie w pierwszych latach nauki, trudno jest im dostosować się do rygorów szkolnych. Nie są zdolne do kilkudziesięciominutowego spokojnego siedzenia, szybko przestają interesować się przebiegiem lekcji i zajmują się czynnościami ubocznymi. Podobne problemy występują w domu, przy odrabianiu lekcji.

Jeśli zespół ADHD nie współwystępuje z upośledzeniem umysłowym, to dzieci te są oceniane jako zdolne ale leniwe, gdyż w pewnych fragmentach działań wykazują zadowalającą wydolność, a zdarza się że i wyższą od normy. Dlatego trzeba tym dzieciom przypominać o obowiązkach, kontrolować, czy wykonały zadania i polecenia. Dzieci z ADHD są często izolowane przez grupę i aby temu przeciwdziałać należy włączać je do zespołu dzieci spokojnych, zrównoważonych, co ma także znaczenie terapeutyczne.

Cechą charakterystyczną dzieci z zespołem ADHD jest fakt, że objawy tego zaburzenia nasilają się w sytuacjach trudnych. Stres może wyzwolić u tych dzieci takie zachowania niepożądane jak: agresję, regresję, fiksację, szczególnie wtedy gdy przypisuje się im motywy sprawstwa. Z drugiej strony nie można całkowicie chronić je przed takimi sytuacjami, ale trzeba im czasem pomóc w celu kontynuowania lub dokończenia pracy. Warto kierować ich energię na czynności społecznie użyteczne, a jednocześnie przynoszące im satysfakcję. Pamiętając o tym, że nieodpowiednia atmosfera wychowawcza może potęgować objawy ADHD, należy chronić te dzieci przed nadmiarem bodźców, stwarzać okazje do treningu samokontroli i opanowania oraz konsekwentnie przestrzegać wypracowanych reguł. Dzieci z zespołem ADHD potrzebują spokoju, ale też powinny odczuwać autorytet rodziców oraz życzliwe zrozumienie i czułość. Cięższe przypadki wymagają psychoterapii, a często leczenia farmakologicznego, chociaż rezultaty bywają niezadowalające.

W diagnozie tego zaburzenia niepoślednią rolę mogą odegrać nauczyciele, a szczególnie wychowawcy. Stosując podstawowe techniki badawcze, takie jak: obserwacja (minimum 6 m-cy), wywiad, rozmowa, techniki projekcyjne, mogą z dużym prawdopodobieństwem wyselekcjonować dzieci nadpobudliwe psychoruchowo, a w przypadku potwierdzenia diagnozy, konstruktywnie współpracować z terapeutą i rodzicami.

Wstępna diagnoza jest weryfikowana przez pediatrę, a następnie psychiatrę dziecięcego. Na pewno pomocna okaże się dokumentacja badawcza zebrana przez wychowawcę, a mianowicie: arkusze obserwacji, kwestionariusz wywiadu lub ankieta, rysunek bądź próbki pisma.

Dobrym sprawdzianem pozwalającym wyodrębnić dzieci nadpobudliwe psychoruchowo jest jednonominutowa próba bezruchu. Około 75 % dzieci z tego rodzaju zaburzeniem nie jest w stanie pozytywnie zaliczyć tej próby. Natomiast konstruując arkusz obserwacji warto skupić się w nim na rodzaju i częstotliwości zaburzonych zachowań, świadczących o:

a) zaburzeniu koncentracji, np.:

- nie potrafi skupić się na zadaniu,
- nie słucha, co się do niego mówi,
- nie dostosowuje się do poleceń,
- źle organizuje sobie miejsce pracy,
- ociąga się z rozpoczęciem pracy,
- rozprasza się pod wpływem błahych bodźców zewnętrznych (przedmiotów),

- gubi przybory szkolne,
 - nie kończy pracy.
- b) nadruchości, np.:
- wstaje z miejsca,
 - chodzi po pomieszczeniu bez wyraźnego polecenia,
 - najbardziej lubi zabawy ruchowe,
 - nie potrafi usiedzieć w jednym miejscu,
 - prowokuje i uczestniczy w bójkach.

- c) nadmiernej impulsywności, np.:
- nie czeka na swoją kolej, wrywa się,
 - wtrąca się do rozmowy, przerywa, przeszkadza innym,
 - przypadkowo niszczy różne rzeczy,
 - nie potrafi zaplanować swojej pracy.

W wywiadzie powinno się uwzględnić pytania dotyczące:

- a) sytuacji rodzinnej dziecka,
- b) postaw wychowawczych rodziców,
- c) chorób i urazów we wczesnym dzieciństwie,
- d) zdarzeń traumatycznych, np.: śmierć osoby znaczącej dla dziecka, rozwód rodziców, choroba alkoholowa bliskiej osoby,
- e) niepokojących zachowań, np.: mała potrzeba snu, wahania nastroju, tendencje niszczycielskie, wyjątkowa lekkość.

Natomiast poddając analizie wytwory dziecka, takie jak: próbki pisma, rysunki, należy zwrócić uwagę na:

- a) ciągłość linii i kształt liter,
- b) położenie liter względem liniatury kartki,
- c) występowanie zakończenia,
- d) wygląd kartki,
- e) rozplanowanie rysunku,
- f) czy postaci i przedmioty zawierają wszystkie elementy,

Częstość występowania tego zaburzenia u dzieci w wieku szkolnym nie jest duża i wynosi od 3 do 5 %. Jednak biorąc pod uwagę fakt, że ADHD nie leczone generuje takie destruktywne zachowania i choroby jak próby samobójcze, alkoholizm, narkomanię, rozwody, nastoletnie ciąży, warto podjąć wysiłek i zapobiec nieszczęśliwym scenariuszom życiowym.

BIBLIOGRAFIA

1. M. Bogdanowicz, Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym, Warszawa 1991.
2. T. Pilch, Zasady badań pedagogicznych, Warszawa 1995.
3. M. Przetacznik – Gierowska, Z. Włodarski, Psychologia wychowawcza, Warszawa 1998.
4. N. Sillamy, Słownik psychologii, Katowice 1998.

mgr Paweł Stasiak
mgr Jadwiga Graczyk