

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi - krótka charakterystyka i sposoby postępowania z dzieckiem.

Rosnące zainteresowanie problematyką nadpobudliwości psychoruchowej obliguje do podzielenia się doświadczeniem z pracy terapeutycznej i odniesienie do pożądaných sposobów postępowania z dzieckiem.

1. Nazewnictwo i etiologia

„ADHD czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, jest określeniem diagnostycznym opisującym zróżnicowaną grupę dzieci przejawiających problemy związane z brakiem koncentracji uwagi lub skłonnością do rozpraszania uwagi, które często idą w parze z impulsywnością i nadruchliwością” (Pfiffner, 1996).

Obecnie w piśmiennictwie światowym stosowane są dwie nazwy:

1. Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM – IV) używa określenia „Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi” (ADHD).
2. Światowa Organizacja Zdrowia (ICD – 10) proponuje nazwę „Zespół hiperkinetyczny” lub „Zaburzenia hiperkinetyczne”.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej opisywany był już w piśmiennictwie od XIX wieku kiedy sądzono, że jest on spowodowany organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Pogląd ten utrzymywał się do lat 50–tych XX wieku. Przez długi okres czasu uważano, że przyczyną zespołu hiperkinetycznego jest nieprawidłowa sytuacja domowa lub błędy popełniane przez rodziców. Jednakże najnowsze wyniki badań oraz odkrycie mechanizmów biologicznych odpowiedzialnych za powstawanie ADHD, spowodowały zakwestionowanie wcześniejszych teorii. Uznano, że trudna sytuacja domowa, brak stałych norm, zasad i konsekwencji rodziców nasilają objawy. Aktualnie uważa się, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest uwarunkowany genetycznie. Osoby cierpiące z powodu ADHD mogą mieć specyficzne wzorce pracy mózgu (dotyczy to zwłaszcza pracy kory przedczołowej obu półkul mózgowych, struktur głębokich, spoidła wielkiego oraz mózdzku). Wzorce te wydają się odpowiedzialne za powstawanie objawów u dzieci nadpobudliwych. Prawdopodobnie jest zaburzona równowaga pomiędzy dwoma podstawowymi przekąźnikami: noradrenaliną i dopaminą.

2. Kryteria diagnostyczne

Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM – IV) stosuje następujące kryteria diagnostyczne:

1. Objawy osłabienia uwagi:
 - Brak koncentracji uwagi na szczegółach
 - Trudności ze skupieniem uwagi przez dłuższy czas
 - Niezdolność do dłuższego słuchania
 - Trudności w wykonywaniu lub ukończeniu zadań
 - Dezorganizacja
 - Unikanie aktywności wymagającej utrzymania uwagi
 - Skłonność do gubienia osobistych rzeczy
 - Wyraźna rozpraszalność
 - Zapominanie
2. Objawy nadruchliwości
 - Niepokój lub wiercenie się
 - Trudności w utrzymaniu pozycji siedzącej lub ze spokojnym siedzeniem
 - Poziom aktywności nadmierny w stosunku do poziomu rozwoju
 - Trudności z braniem udziału w zajęciach nie wymagających aktywności ruchowej

- Nadmierna gadatliwość
 - Często jest w ruchu
3. Objawy impulsywności
- Wrywanie się do odpowiedzi przed podniesieniem ręki lub przed końcem pytania
 - Często ma kłopoty z czekaniem na swoją kolej
 - Często wtrącanie się i przerywanie rozmowy lub zajęć innych osób

DSM – IV - wyróżnia 3 podtypy zaburzenia:

- Zespół deficytu uwagi z nadruchliwością – z przeważającymi zaburzeniami uwagi (typ dominujący – nieuważny)
- Zespół deficytu uwagi z nadruchliwością – z przeważającą nadruchliwością i impulsywnością (typ dominujący - nadpobudliwy – impulsywny)
- Zespół deficytu uwagi z nadruchliwością – postać mieszana (typ kombinowany).

Warunki do postawienia diagnozy o ADHD

1. Dziecko ujawnia co najmniej 6 objawów związanych z zaburzeniami uwagi i 6 objawów związanych z nadpobudliwością.
2. Objawy te utrzymują się dłużej niż 6 miesięcy.
3. Objawy występują w kilku formach aktywności dziecka oraz co najmniej w dwóch różnych miejscach (nie tylko w szkole, ale i w domu).
4. Objawy ADHD występują nie tylko przez cały dzień, ale także w nocy (dziecko ma problem z zasypianiem i z rozbudzeniem się).
5. Objawy te występowały przed 7 rokiem życia i utrzymują się do chwili obecnej.

O ADHD nie mówimy wówczas, gdy:

- pojawiają się nagle, jako zmiana w zachowaniu,
- nie przeszkadzają ani dziecku, ani jego otoczeniu,
- objawy zbliżone do ADHD wynikają z innej choroby.

3. Zaburzenia współwystępujące

U ok. 50% dzieci z ADHD współwystępują inne zaburzenia:

- zaburzenia zachowania i zachowania opozycyjno - buntownicze,
- zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych,
- zaburzenia rozwoju i zaburzenia lękowe,
- zaburzenia mowy,
- chroniczne tiki lub Zespół Touretta.

4. Częstotliwość występowania ADHD

Częstotliwość występowania zjawiska podawana przez różnych badaczy problemu wskazuje na to, że dzieci z ADHD stanowią ok. 3-10% populacji. Zespół nadpobudliwości częściej występuje u chłopców (ok.9%) oraz dzieci mieszkających w mieście. W wielu przypadkach objawy zaczynają zanikać od ok. 14 r.ż., co tłumaczy się dojrzewaniem struktur mózgu.

5. Schemat stawiania diagnozy ADHD

Rozpoznanie ADHD należy ustalić na podstawie:

- wywiadu: z rodzicami, nauczycielami, badanym,
- badania lekarskiego (badanie pediatryczne i neurologiczne),
- obserwacji zachowania w gabinecie (w trakcie kilku wizyt, pomocna będzie metoda filmowania kamerą wideo),
- oceny możliwości i osiągnięć dziecka (badanie psychologiczne i pedagogiczne - dzieci z ADHD cierpią nie tylko z powodu zaburzeń procesów uwagi czy nadruchliwości, ale również częściej niż inne dzieci mają kłopoty szkolne z powodu m.in.: zaburzeń pamięci, specyficznych trudności w uczeniu się),
- oceny aktywności ruchowej dziecka.

6. Terapia i leczenie

Leczenie ADHD powinno być wielokierunkowe, prowadzone przez zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzi: lekarz, psycholog i pedagog.

Rodzaje udzielanej pomocy:

- Terapia rodzinna i poradnictwo rodzinne
- Psychoterapia indywidualna
- Behawioralna modyfikacja zachowań
- Psychoterapia grupowa
- Trening umiejętności społecznych
- Ćwiczenia koncentracji uwagi
- Metody stymulacji rozwoju
- Farmakoterapia

Czas trwania leczenia i rokowanie zależne są od obrazu klinicznego zaburzenia, wczesnego podjęcia działań terapeutycznych oraz dostosowania warunków szkolnych i domowych do potrzeb dziecka.

Oprac.: Aldona Gwoździwicz¹

¹. Materiał opracowany w oparciu o pracę zbiorową: Anna Balik, Anna Skalmierska, Anna Żuraw – „Program profilaktyki zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi oraz dostępną literaturę przedmiotu.