

Referujący: Marta Kuchta

Temat: Charakterystyka ADHD

ADHD to skrót od angielskiej nazwy Attention Deficit Hyperactivity Disorder, czyli **-zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi**. Termin ten zamiennie używany jest z nazwą zaburzenia hiperkinetyczne, który obowiązuje w klasyfikacji ICD-10. Określeń tych używa się zamiennie choć nie są one tożsame.

Rozpowszechnienie ADHD, w zależności od pracy i użytych kryteriów diagnostycznych, jest oceniane pomiędzy 3% a 8 % dzieci w wieku szkolnym, ale tylko 20 % dotkniętych nim dzieci trafia pod specjalistyczną opiekę. Częściej tym zaburzeniem dotknięci są chłopcy. W stosunku 2:9. U dziewcząt dominują problemy z koncentracją uwagi. Dziewczęta mają kłopoty z nauką, ale ponieważ nie sprawiają problemów wychowawczych, zwykle nie są kierowane do psychologa lub psychiatry u chłopców na pierwszy plan wysuwają się objawy związane z nadmierną impulsywnością i nadmierną, niekontrolowaną ruchliwością.

Zaburzenie to charakteryzuje się obecnością trwałych wzorców zachowania: **trudnościami koncentracji uwagi, kontrolą impulsywności oraz nadmiernej ruchliwości.**

Zaburzenia uwagi przejawiają się:

- ✓ Krótkim czasem skupienia uwagi.
- ✓ Trudnościami w koncentracji.
- ✓ Nieumiejętnością wybrania tego, na czym w danym momencie należy się skupić (np. na wypowiedzi nauczyciela w klasie).
- ✓ Bardzo łatwym rozpraszaniem się pod wpływem zewnętrznych bodźców (np. wejście kogoś do klasy lub przejeżdżający samochód).
- ✓ Słucha nieuważnie.
- ✓ Nie pamięta co miało zrobić.
- ✓ Często buja w obłokach.

- ✓ W środku zadania zapomina co mówiło.
- ✓ Jest mało spostrzegawcze.

Zaburzenia uwagi powodują zwykle, że dotknięte nimi dzieci gorzej radzą sobie w szkole. Osiągają słabsze wyniki i mają gorsze kontakty z nauczycielami, których denerwują swoim brakiem zdolności do skupienia się na tym, co ważne dla dorosłego. Pochodną zaburzeń uwagi jest stałe gubienie przedmiotów, a także zapominanie różnych rzeczach, gdyż, aby coś zapamiętać, trzeba najpierw na to zwrócić uwagę.

Impulsywność:

Problemy z impulsywnością i kontrolą zachowań oznaczają:

- ✓ Wykonywanie przez dziecko czynności bez przewidywania, jakie mogą być ich następstwa zarówno dla samego dziecka, jak i innych.
- ✓ Dzieci z zespołem nadpobudliwości zwykle rozpoczynają wykonywanie zadania bez całkowitego zrozumienia instrukcji. Często nie wysłuchują jej nawet do końca.
- ✓ Mają kłopoty z wykonaniem złożonych prac.
- ✓ Trudniej im uczyć się z wcześniejszych doświadczeń oraz ogólnych zasad.
- ✓ Są bardziej gadatliwe, przerywają innym, nie czekają na swoją kolej w grupowych sytuacjach. Nic dziwnego, że częściej niż "zdrowe" dzieci są nie lubiane przez rówieśników oraz prowokują innych do wyrażania negatywnych opinii o sobie.
- ✓ Mają krótszy okres odwlekania działania, muszą zrobić natychmiast coś, co przychodzi im do głowy i nie potrafią czekać na nagrodę lub pochwałę. W klasie szkolnej często oznacza to wtrącanie się do wypowiedzi nauczyciela lub innych dzieci lub nieustanne domaganie się pytania.
- ✓ Nadmierna impulsywność ma jednak także tragiczne następstwa. Dzieci nadpobudliwe znacznie częściej niż pozostałe ulegają poważnym wypadkom lub w nich giną, gdyż np. wybiegają na jezdnię nie sprawdzwszy, czy nadjeżdża samochód.
- ✓ Wyrzywa się do odpowiedzi zanim zostanie zadane pytanie.
- ✓ Przerywa innym.
- ✓ Łatwo bez zastanowienia akceptuje pomysły innych.

Nadmierna ruchliwość.

Nadruchliwość jest to nadmierna ruchliwość dziecka, nie połączona z wykonywaniem przez niego zadania i która jest irytująca i dokuczliwa dla będących wokół osób.

- ✓ Dziecko nadpobudliwe z trudnością pozostaje w jednym miejscu, często biega, wspina się na meble, u starszych dzieci i nastolatków może to ograniczyć się do wiercenia, kręcenia się na krześle, rysowania, obgryzania długopisu lub poczucia wewnętrznego niepokoju.
- ✓ Co charakterystyczne, aktywność dziecka nadpobudliwego zwykle jest dość chaotyczna, nie służy określonemu celowi.
- ✓ Ma nerwowe ruchy Rąk i nóg.
- ✓ Jest nadmiernie hałaśliwe albo gadatliwe.
- ✓ Ma kłopoty z wieczornym zaśnięciem.

By zdiagnozować nadpobudliwość symptomy ADHD muszą utrzymywać się przez dłuższy czas (co najmniej pół roku w USA, ale np. jeden rok w Szwajcarii) oraz występować w różnych sytuacjach (szkoła, dom, zabawa), powinny utrudniać naukę oraz upośledzać funkcjonowanie w grupie rówieśniczej. Objawy te musiały pojawi się też przed 7 rokiem życia.

U większości dzieci nie ma „początku” wystąpienia objawów, a rodzice zgłaszają się po pomoc wtedy, gdy ruchliwość i impulsywność dziecka uniemożliwia mu naukę w szkole. To jednak nie oznacza, że objawy zaczęły się w 7 roku życia.

Już we wczesnym dzieciństwie można zauważyć cechy charakterystyczne dla nadpobudliwości. Rodzice, opowiadając o tym okresie, wspominają o dużej drażliwości dziecka i jego problemach związanych ze snem i łaknieniem. W wieku przedszkolnym najbardziej zauważalna jest nadmierna aktywność ruchowa i emocjonalność dziecka, jak również kłopoty z przyswajaniem norm społecznych. Skrajna impulsywność dziecka może być przyczyną konfliktu z rówieśnikami. W wieku szkolnym zaznacza się coraz wyraźniej upośledzenie funkcjonowania dziecka w porównaniu z rówieśnikami. W młodszych klasach przeważa nadaktywność motoryczna i impulsywność. Jako coraz większy problem jednak jawią się deficyty

uwagi i kłopoty z koncentracją, utrudniające naukę i wpływające na osiągnięte słabe wyniki szkolne.

Objawy zespołu nadpobudliwości zmniejszają się z wiekiem. Najszybciej ustępuje nadruchliwość – dziecko, które w pierwszej klasie biegało po pomieszczeniu, w trzeciej już tylko się wierci. Wolniej poprawia się zdolność skupiania uwagi. W okresie dojrzewania objawy utrzymują się u ponad 2/3 chorych. W części przypadków utrzymują się jednak dłużej - u około 70 % pacjentów w okresie dorastania i u ok. 30 % osób w wieku dorosłym.

Dorastający mają sporo problemów związanych z nauką, często ich edukacja jest poniżej posiadanych potencjalnych możliwości. Są mniej dojrzały od rówieśników, mają problemy w kontaktach społecznych z rówieśnikami, nauczycielami czy rodzicami. Kontakty dziecka nadpobudliwego z kolegami przebiegają burzliwie, dziecko wpada w zabawę innych i nie ma umiejętności dostosowywania się do jej reguł, chce przeforsować swoje, tak, że nawiązywane znajomości są krótkotrwałe. Nadpobudliwe dziecko nie ma wielu kolegów i przyjaciół, co też wreszcie obniża jego własną samoocenę. Dziecko jest często spostrzegane przez grupę jako łamaga, fajtłapa, błazen, z którego można się pośmiać, jako ten, na kim skupi się i tak cała uwaga nauczyciela. Zmiana takiej sytuacji jest dosyć trudna.

Należy też zauważyć, iż nadpobudliwe dzieci - z powodu swojej impulsywności, nieuwagi oraz trudności w planowaniu i przewidywaniu konsekwencji swoich zachowań - są bardziej niż inne narażone na przypadkowe urazy fizyczne i wypadki komunikacyjne

Często mają niską samoocenę. Przetrawanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej grozi zwiększonym ryzykiem rozwinięcia się antyspołecznych zachowań, wpadnięcia w konflikt z prawem, uzależnienia. zachowania antyspołeczne, uzależnienie od alkoholu i narkotyków, depresję, większe ryzyko popełnienia samobójstwa. Wiąże się

to z niemożnością wytyczenia sobie planu działania oraz jego konsekwentnej realizacji.

Jeszcze raz podkreślę, że aby można było mówić o zespole nadpobudliwości, dziecko musi mieć objawy stale lub niemal stale, (choć o różnym nasileniu), a zatem i w szkole i w domu i na podwórku. Zwykle najbardziej nasilone są w szkole, ze względu na konieczność zachowania tam stałej uwagi i pozostawania w jednym miejscu. Ważne jest także stwierdzenie, że objawy te występują od wczesnego dzieciństwa. Nadpobudliwość jest cechą człowieka, która ujawnia się różnie silnie w rozmaitych sytuacjach, więc może się znacznie nasilić pod wpływem stresu, w dużej klasie, po zmianie nauczyciela, ale także przy problemach rodzinnych. Kiedy indziej może być mniej nasiloną, jednak zwykle nie można powiedzieć, że objawy kiedyś, poza wczesnym dzieciństwem nie występowały. Jeśli dziecko dość dobrze radziło sobie w domu i w szkole, nie miało zaburzeń uwagi, nie było nadruchliwe, a nagle zaczyna mieć kłopoty, oznacza to zwykle, że albo zachorowało na jakąś chorobę, bądź coś dramatycznego wydarzyło się w jego życiu – w obu przypadkach nie możemy oczywiście mówić o zespole nadpobudliwości. Mogą to być zaburzenia psychiczne takie, jak lęk i depresja – dziecko smutne i wylęknione zwykle słabo się koncentruje na pracy, bywa pobudzone ruchowo. To samo dotyczy dzieci bitych i krzywdzonych. Jednak zwykle wtedy nie obserwujemy objawów impulsywności i rozpraszania uwagi przez czynniki zewnętrzne – dziecko jest zwykle pogrążone we własnych myślach i przeżyciach.

Choroby somatyczne, mogą wiązać się z objawami zaburzeń uwagi wtórnymi do właściwego schorzenia i zawsze powinien je wykluczyć lekarz pediatra. Przyczyną kłopotów z zachowaniem i nauką dziecka może być także jego niedosłuch i niedowidzenie.

Również w innych sytuacjach dziecko może zachowywać się podobnie do nadpobudliwego. Tak będzie na przykład w przypadku dziecka upośledzonego, które nie rozumiejąc, co się dzieje w klasie, będzie się nudzić, wiercić i przeszkadzać. Podobnie zresztą może się zachowywać dziecko bardzo inteligentne, szybko „chwytające” przedmiot lekcji i nudzące się w czasie kolejnych powtórzeń.

Przyczyny nadpobudliwości :

Obecnie uważa się, że przyczyną tego zespołu najczęściej nie jest organiczne uszkodzenie mózgu na skutek działania patologicznych czynników w okresie okołoporodowym, lecz jest bardzo nasiloną, genetycznie uwarunkowaną cechą człowieka. Mózg dziecka nadpobudliwego dojrzewa w odmienny sposób. Choroba ta jest związana z wadliwym funkcjonowaniem niektórych struktur mózgowych. Badania naukowe dowiodły, że przypadłość ta występuje często u krewnych (32-50%), rodzeństwa (35 %) i rodziców (40%), 71% krewnych miało w dzieciństwie podobny zespół objawów. Dlatego, uważa się, że największe znaczenie ma uwarunkowane genetycznie podłoże neurobiologiczne związane z budową ośrodkowego układu nerwowego i funkcjonowaniem monoamin. Osoby cierpiące na ADHD mogą mieć specyficzne wzorce pracy mózgu. Wiadomo, że mózg dziecka nadpobudliwego psychoruchowo funkcjonuje inaczej niż u dziecka zdrowego. Zaburzone są w nim procesy analizy i syntezy, czyli te, które zdrowemu człowiekowi pomagają odbierać i porządkować bodźce z otaczającego nas świata. Dziecko nadpobudliwe bombardowane jest przez różne bodźce, w których nie może się połapać. Jego wewnętrzny świat jest chaotyczny i niespokojny. Wykazano, że u dzieci z ADHD zaburzona jest równowaga między wytwarzaniem i funkcjonowaniem dopaminy i noradrenaliny t.j. substancji przekaźnikowych, które łączą komórki mózgu. Dopamina odpowiedzialna jest za selekcję bodźców docierających do mózgu i umożliwia skupienie się na jednym wybranym. Na przykład dziecko cierpiące na nadpobudliwość odbiera wszystkie bodźce jako jednakowo ważne zarówno wyjaśnienia nauczyciela w klasie, jak i szelest kartek, czy hałas dochodzący zza okna. Specjaliści sądzą też, że z powodu niedoboru noradrenaliny nie rozpoznaje się bodźca informującego o zagrożeniu i nie uruchamia gotowości do przeciwdziałania mu. Na przykład, pomimo znajomości zasad ruchu drogowego i potencjalnego zagrożenia dziecko przebiega na oślep przez ulicę. Spowodowane jest to zmianami w obrębie materiału genetycznego, co z kolei powoduje zmiany pracy niektórych struktur mózgu, a w konsekwencji zaburzenia procesów psychicznych. Za takim wyjaśnieniem przemawia przebieg zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, czyli zmniejszanie się nasilenia lub

ustępowanie objawów wraz z wiekiem u dużej liczby pacjentów. Za założeniem, że nadpobudliwość jest genetycznie uwarunkowaną cechą przemawiają wyniki badań nad rodzinami dzieci nadpobudliwych, w których znacznie częściej występuje nie tylko nadpobudliwość, ale także różne zaburzenia będące wynikiem zaburzonej kontroli impulsów i niewagi.

Postępowanie:

Postępowanie dzieckiem nadpobudliwym psychoruchowo powinno być zawsze wielokierunkowe i oddziaływać zarówno na samo dziecko jak i na środowisko, otoczenie którym żyje. W skład takich oddziaływań powinno wchodzić poradnictwo, oddziaływania psychospołeczne, psychoterapia, farmakoterapia. W leczeniu nadpobudliwości nie jest wskazane ograniczanie się tylko do samej farmakoterapii.

Psychoedukacja: Celem wszelkich metod edukacyjnych jest zmniejszenie poczucia winy jaka mają rodzice dzieci nadpobudliwych. W skład psychoedukacji powinno wejść wyjaśnienie rodzicom, dziadkom innym członkom rodziny specyfiki tej choroby, objawów, przebiegu, by w ten sposób uniknąć karania dziecka za objawy i stawiania mu nierealnych oczekiwań. Konieczne jest także poradnictwo dotyczące metod wychowawczych, wdrożenia systemów nagradzania zachowań pozytywnych dziecka, sposobów skutecznego komunikowania się z dzieckiem nadpobudliwym tworzenia stałych i stabilnych ram dla jego codziennego życia, planów dnia, systemów reguł i zasad postępowania.

Psychoterapia:

W przypadku zaburzeń funkcji systemu rodzinnego, gdy objawy dziecka odgrywają istotną rolę w utrzymaniu homeostazy systemu, wskazana jest terapia rodzina. U dzieci z wyraźnie obniżoną samooceną, dodatkowymi zaburzeniami (np. zachowaniami agresywnymi) potrzeba jest indywidualna, terapia nastawiona na poparcie jego samooceny bądź lepsze zrozumienie norm społecznych.

Farmakoterapia:

Leczenie farmakologiczne ma na celu zmniejszenie objawów w szkole i w rodzinie, zalecane jest wtedy, gdy inne sposoby pomocy zawiodą lub objawy stają się dla

dziecka i jego rodziny poważnym cierpieniem i utrudniają mu prawidłowy rozwój. Niezależni do wyboru leków zasady prowadzenia leczenia są stałe: należy dobrać lek skutecznie zmniejszający objawy u dziecka i prowadzić leczenie tak długo, jak jest to niezbędne. W praktyce klinicznej może to oznaczać stosowanie leczenia trakcie roku szkolnego a odstawienie go na okres wakacji. Strategia ta pozwala także na stwierdzenia czy dziecko nadal potrzebuje leczenia, czy z wiekiem nastąpiło zmniejszenie objawów lub ich ustąpienie, że dalsza farmakoterapia nie jest konieczna. Najczęściej stosowanymi lekami w terapii są leki **psychostymulujące**. Skuteczność terapii wynosi 75 – 80% i jest największą u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Pośród leków stymulujących stosuje się pochodne **amfetaminy**. **Metylfenidat** będący kompozycją wielu izomerów przestrzennych oraz **pemolina**. Leki te w różnym stopniu zwiększają uwalnianie się **dopaminy**, hamują wychwyty zwrotny amin katecholowych, hamują monoaminooksydazę. Działania niepożądane leków psychostymulujących to zazwyczaj zaburzenia snu, objawy gastryczne, zaburzenia łaknienia mogące przy braku kontroli prowadzić do zahamowania wzrostu. U części pacjentów leki mogą indukować wystąpienie tików. Zdecydowaną wadą metylfenidatu najczęściej stosowanego leku psychostymulującego jest jego krótki okres jego półtrwania (1- 2 godzin). Wymagający podawania leku w 2 dawkach, ranej i południowej. Dekstramfetamina to lek działający około 5 godzin. Pemolina to lek psychostymulujący o długim okresie półtrwania, co pozwala na podawanie do w jednej dawce ranej. Poważnym problemem jest hepatoksycyzość, z czym wiąże się konieczność badania funkcji wątroby w czasie trwania leczenia.

Leki przeciwdepresyjne trójpierścieniowe to druga grupa leków o udowodnionej skuteczności w leczeniu omawianego schorzenia. Są one skuteczne u ponad 50 % pacjentów. Najczęściej stosowane leki to: imipramina, amitriptylina, dezipramina, komipramina. Efekt działania tych leków ujawnia się po różnym okresie ich podawania, od jednego tygodnia do trzech, czterech tygodni od osiągnięcia pełnej dawki (jakowe stosuje się dawkowanie leków). Działania niepożądane leków przeciwdepresyjnych trójpierścieniowych są liczne i obejmują: senność i objawy cholinotyczne (suchość w ustach, zaparcia, zaburzenia w oddawaniu moczu. Najpoważniejszym działaniem

niepożądanym jest kardi toksyczność, z czym wiąże się wymóg badań EKG przed rozpoczęciem leczenia i kontroli EKG w czasie leczenia.

Innym lekiem zbliżonym do leków przeciwdepresyjnych trójpierścieniowych jest **atomoksetyna** jest to inhibitor wychwyty zwrotnego noradrenaliny. Działania niepożądane to dolegliwość żołądkowo – jelitowe, spadek łaknienia, zawroty głowy, zmęczenie, drażliwość i zmiany nastroju.

Innym lekiem o potwierdzonej ale mniejszej skuteczności jest **klonidyna**, która zmniejsza działanie noradrenergiczną.

Kolejna grupa leków to **neuroleptyki**, których skuteczność nie została całkiem potwierdzona. Działają one głównie na nadpobudliwość i impulsywność dziecka. nie mają pozytywnego wpływu na uwagę, mogą nawet nasilać jej zaburzenia. Spośród neuroleptyków najczęściej wymienia się: tioridazynę i haloperidol.

Opracowanie na podstawie:

Psychiatra dzieci młodości, por. red. I. Namysłowskiej,

T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka „*Nadpobudliwość psychoruchowa dla dzieci. Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy*”

A. Kołakowski, A. Pisula, M. Skotnicka „*Dziecko nadpobudliwe w szkole. Objawy i sposoby pomocy*”,

T. Opolska, E. Potempska „*Dziecko nadpobudliwe. Program korekcji zachowań*”.