

**PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY
Z FUNDUSZY EOG W RAMACH PROGRAMU
OBYWATELE DLA DEMOKRACJI
i ŚRODKÓW MIASTA SZCZECIN**

**OBSZAR TEMATYCZNY:
PRZECIWDZIAŁANIE WYKLUCZENIU**



ADHD

**WYZWANIE SPOŁECZNE
CZY NEGACJA?**

AUTORZY: mgr inż. Tamara Olszewska, mgr Joanna Rysz

OPRACOWANIE GRAFICZNE: mgr Beata Rolak

WYDAWCA: ŻAK Agencja Reklamowa, Marek Żak

Publikacja powstała w ramach projektu „**ADHD – WYZWANIE SPOŁECZNE CZY NEGACJA?**” realizowanego przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zachodniopomorski Oddział Regionalny w Szczecinie w ramach programu Obywatele dla Demokracji, współfinansowanego z Funduszy Europejskiego Obszaru Gospodarczego i środków Miasta Szczecin.



Program Obywatele Dla Demokracji współfinansowany jest ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego tj. EOG i środków Miasta Szczecin

Obszar tematyczny Przeciwdziałanie wykluczeniu

Tytuł projektu tematycznego ADHD wyzwanie społeczne czy negacja?

Czas trwania projektu: 01.10.2014 r do 30.04.2016 r

Meritum projektu

Projekt ma uruchomić dialog różnych środowisk zajmujących się dziećmi i młodzieżą z ADHD oraz przeciwdziałać ich permanentnemu wykluczeniu. W odpowiedzi na potrzeby środowiska zaplanowano kompleksowe działania z dziećmi i młodzieżą z ADHD, rodzicami, nauczycielami, kuratorami, sądami, policją, asystentami rodzin o charakterze edukacyjnym, szkoleniowym, interwencyjnym, prawnym oraz informacyjnym. Ich efektem będzie wzrost wiedzy i kompetencji w zakresie postępowania z dzieckiem z ADHD oraz powstanie stałej sieci współpracy między instytucjami lokalnymi. Projekt ma także wymiar ogólnopolski, gdyż przewiduje działania wzmacniające istniejącą już koalicję pn. "Ogólnopolskie Porozumienie Organizacji i Inicjatyw działających na rzecz osób z ADHD" oraz organizację konwentu na szczeblu krajowym. Efektem tych prac będą postulaty zmian systemowych ADHD w obszarze edukacji, zdrowia i polityki społecznej. Wraz z rekomendacjami młodzieży i liderów lokalnych pozwolą rozpocząć proces legislacyjny.

Planowane działania

1. Z grupą dzieci/ młodzieży z ADHD
2. Z rodzicami/opiekunami dzieci z ADHD
3. Z nauczycielami – współpraca ze szkołami
4. Z kuratorami sądowymi i społecznymi, policją, z asystentami rodzin
5. Dyżur eksperta ADHD w Placówce
6. Spotkania dzieci/młodzieży - Innowacyjność projektu: dzieci/ młodzież będą same wytyczać swoje zmiany
7. Spotkania wszystkich OPP w Polsce działających w ramach Porozumienia Organizacji i Inicjatyw działających na rzecz osób z ADHD
8. Ogólnopolski Kongres ADHD
9. Publikacja - poradnik

Rezultaty

Planowane działania doprowadzą do zmian w kilku obszarach.

Pierwszym i kluczowym dla społeczności lokalnej będzie wzmocnienie roli placówki ADHD oraz profesjonalizacja jej działań w środowisku.

Punktem zwrotnym dla współpracy na wszystkich płaszczyznach będzie uruchomienie tel. dyżurnego, co pozwoli na wsparcie w sytuacjach trudnych nauczycieli, rodziców oraz samej młodzieży.

Podczas realizacji zostaną wypracowane trwałe relacje między instytucjami tzw. multimodalny model wsparcia jako początek zmiany systemowej.

Dzięki procesowi współdecydowania w zakresie rozwiązań modelowych można śmiało przyjąć, że będzie to trwała kooperacja. Współpraca na poziomie Ogólnopolskim przyczyni się do powstania rekomendacji, ale także zacieśnienia kontaktów pomiędzy specjalistami, wymiany myśli i doświadczeń. Może stać się początkiem zupełnie nowych rozwiązań mających swoją kontynuację później. Zmiany legislacyjne i ich monitoring rozpoczną się po zakończeniu projektu.

CO WARTO WIEDZIEĆ O ZESPOLE HIPERKINETYCZNY (ADHD)

CZĘŚĆ I „Co tkwi w nazwie?”

Zespół hiperkinetyczny znany jest na świecie od ponad 140 lat i leczony już w latach dwudziestych ubiegłego wieku. Na przestrzeni tego okresu w literaturze pojawiły się różnorodne określenia tego zespołu np. zespół hiperkinetyczny wieku dziecięcego, lekka encefalopatia, wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny czy ZDUN – zespół deficytu uwagi i nadruchliwości. Obecnie oficjalnie stosuje się dwie nazwy:

- Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (deficytem uwagi), jako tłumaczenie pojęcia Attention Deficit Hyperactivity Disorder brzmiącego w skrócie ADHD i tak stosowanego powszechnie. Sformułowany został na podstawie czwartej, pochodzącej z roku 1998, wersji Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM IV – TR). W roku 2013 weszła piąta klasyfikacja DSM V, w której to zachowano dotychczasową nomenklaturę.
- Zespół hiperkinetyczny (zaburzenia hiperkinetyczne), jako nazwa zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia w 1992 roku, w międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD – 10), od tłumaczenie terminu Hyperkinetic Disorder. I ta nazwa jest obowiązująca i stosowana w polskiej nomenklaturze medycznej.

Nadpobudliwość psychoruchowa przejawia się w trzech sferach: ruchowej, poznawczej i emocjonalnej. **Nadpobudliwość w sferze ruchowej** to wzmożona ekspansja ruchowa, czyli trudność usiedzenia w jednym miejscu, duża ruchliwość, głośne eksponowanie swojej osoby, wyrwanie się do odpowiedzi (choć odpowiedź nie jest adekwatna do pytania), wzmożony ruch w obrębie rąk (machanie, obskubywanie paznokci i skórek, manipulowanie np. przyborami szkolnymi), zaczepianie dzieci podczas zajęć i zagamianie ich przestrzeni, chodzenie bądź bieganie po klasie oraz niepokój ruchowy, nazywany zespołem niespokojnych rąk i nóg, a także objawiający się skurczami mięśni, tikami, nagłymi niczym nieuzasadnionymi ruchami lub często przedziwnych wydawaniem dźwięków. **Nadpobudliwość w sferze emocjonalnej** powoduje występowanie intensywnych reakcji uczuciowych na różne sytuacje i zdarzenia. Dzieci te bowiem są wysoce wrażliwe emocjonalnie na bodźce zewnętrzne. To powoduje, że otoczenie postrzega je jako konfliktowe, mające trudności z przystosowaniem się do nowych sytuacji, obrażające się, drażliwe, agresywne, będące w stanie euforii i po chwili w totalnej depresji lub lękliwe. **Nadpobudliwość w sferze poznawczej** przejawia się w ten sposób, że występuje u dziecka wzmożony odruch orientacyjny na działające bodźce.

Cechą odróżniającą ADHD od innych nadpobudliwości jest występowanie zaburzeń koncentracji. Dzieci dotknięte tym zespołem nie mają umiejętności skoncentrowania swojej uwagi na jednej rzeczy, bądź skupienia tej uwagi na życzeniu. Wyglądają, natomiast i zachowują się, jakby ich uwaga była nadmierna, wyczulona na najdrobniejszą zmianę w otoczeniu. Problemem nie jest niezauważanie, a zauważanie wszystkiego i brak umiejętności wyboru tego najważniejszego oraz trwania przy tym wyborze choćby jakiś czas. Wiąże się to z tym, że dzieci z ADHD prawdopodobnie szybciej się nudzą lub tracą zainteresowanie czynnością, niż dzieci zdrowe. To powoduje, że szukają czegoś innego, bardziej zabawnego, interesującego, stymulującego i wymagającego nowej aktywności, nawet jeśli czynność przez nich wykonywana, nie została ukończona. Obecnie przyczyna ich nudzenia się nie jest wciąż jasna, natomiast znane jest samo istnienie nudy, które jest znaczące w takim stopniu, że naukowcy nazywają dzieci z ADHD „poszukiwaczami stymulacji”. Ponadto dzieci z ADHD wydają się przyciągane przez bardziej nagradzające, zabawne aspekty każdej sytuacji. To oznacza, że wykonując określone zadanie, które nie niesie ze sobą jakiejś nagrody, dziecko jak przyciągane magnesem przechodzi do czynności gdzie gratyfikacja jest niezwłoczna. Dlaczego tak się dzieje? Naukowcy wyjaśniają, że być może dzieci z ADHD po prostu szybciej tracą zainteresowanie. I trzecie wyjaśnienie, które mówi, że dzieci z ADHD wykazują większą ciekawość fizyczną podczas zabaw, stąd bardziej manipulują przedmiotami, przerzucają się z jednego obiektu na drugi, spędzając coraz mniej czasu np. na kolejnej zabawce.

Wyrazistość i atrakcyjność dekoncentracji powoduje, że dziecko z zespołem hiperkinetycznym dłużej pozostaje w tym stanie i trudniej jest mu powrócić do czynności, niż rówieśnikom bez ADHD. Ile dzieci z zespołem hiperkinetycznym, tyle różnych obrazów nadpobudliwości. Konfiguracja cech u tych dzieci jest tak różnorodna, że nie znajdziemy dwóch identycznych, u których ADHD przebiegałoby tak samo. Dlatego dla celów klasyfikacyjnych, na podstawie kryteriów diagnostycznych zawartych w klasyfikacji DSM – IV wyróżniono trzy podtypy ADHD. Natomiast DSM – V zlikwidowało podziały na podrodzaje ADHD.

O tym i o wielu innych ciekawostkach w kolejnych częściach ☺

CO WARTO WIEDZIEĆ O ZESPOLE HIPERKINETYCZNY (ADHD)

CZĘŚĆ II „Co to za dziecko?”

Klasyfikacja DSM – V nie wyróżnia podtypów ADHD. Specjaliści uznali, że symptomy objawowe migrują pomiędzy podtypami i stąd pełne kryterium diagnostyczne ADHD. Jednakże lekarze psychiatrzy dziecięcy posługują się dodatkowo starą nomenklaturą dla jaśniejszego obrazu choroby u danego pacjenta.

ADHD - podtyp mieszany, czyli z zaburzeniami koncentracji uwagi i nadpobudliwością psychoruchową, to klasyczna odmiana zespołu hiperkinetycznego. Dzieci z tym podtypem mogą pod pewnymi względami różnić się od siebie, ale zasadnicze cechy mają wspólne. Nie uważają na lekcjach i łatwo się rozpraszają przy wykonywaniu zadań indywidualnych, gdzie wymaga to wielu powtórzeń. Nawet starając się uważać skupiają uwagę na niewłaściwej lub nieistotnej informacji. Mają trudności w rozpoczynaniu i kończeniu zadań lub z przechodzeniem z jednego do drugiego zadania, czy zajęcia. Często przeszkadzają, odzywają się niepytane, mają trudności w skoncentrowaniu się na zadaniu oraz zachowaniu ciszy. Łatwo się zniechęcają lub ulegają znudzeniu. Trudności w kontrolowaniu swoich emocji prowadzi do częstych „wybuchów”. Są też tacy, którzy lekceważą obowiązujące reguły, zwłaszcza w sytuacjach, gdy reguły te uniemożliwiają zaspokojenie chwilowych ich potrzeb. Zadania wykonują zazwyczaj w wielkim pośpiechu i na ostatnią chwilę. Dzieci te zaliczają się do aktywnych i lubią się bawić, tylko nie wiedzą kiedy należy przestać, nie znają umiaru. Otoczenie postrzega je jako dzieci agresywne, stwarzające problemy wychowawcze. Pogłębiające się z upływem czasu niepowodzenia szkolne oraz trudności w nawiązywaniu kontaktów rówieśniczych rzutuje na obniżanie się poczucia własnej wartości. Ten podtyp charakteryzuje głównie chłopców.

ADHD – podtyp z dominacją zaburzeń koncentracji, ten podtyp u wielu dzieci określany jest jako ADD – Attention Deficyt Disorder, co oznacza w tłumaczeniu zaburzenia koncentracji uwagi. Cechuje on dzieci, u których na ogół nie podejrzewa się ADHD, bowiem nie przejawiają nadmiernej aktywności. Krótko mówiąc są grzeczne, nie sprawiają trudności wychowawczych, ciche, spokojne, w klasie bywają niezauważalne, ignorowane przez rówieśników, mało aktywne wręcz letargiczne, często określa się je mianem „bujających w obłokach” czyli marzących na jawie. Ich główną cechą jest silny brak koncentracji, co powoduje brak umiejętności skupiania się przez dłuższy czas na wykonywanym zadaniu. Mogą sprawiać wrażenie leniwych, ale to mylne spostrzeżenie, bowiem mają poważne problemy z koncentracją i z kontrolowaniem ciągu swoich myśli. Są niezorganizowane, zapominalskie, wymagają ścisłego nadzoru podczas wykonywania określonego zadania. Mają trudności w nauce i osiągają kiepskie wyniki. Często tracą orientację w trakcie takich zajęć jak np. czytanie na lekcji, ponieważ nie wiedzą, na której stronie książka powinna być otwarta albo co jest zadane do domu. Dzieje się tak, bowiem łatwo się rozpraszają pod wpływem bodźców zewnętrznych i wewnętrznych. Przejście z jednej czynności do drugiej to dla nich bardzo duży wysiłek, podobnie jak skupienie się na jednym zadaniu przez dłuższy czas. I zazwyczaj ich zadania są niekompletne. Nie wywiązują się z obowiązków domowych, wymagają ciągłego przypominania. Ich roztrzepani i niezorganizowanie czynią z nich bałaganarzy. Będąc społecznie niedojrzałe są bardziej podatne na depresję i niepokój niż dzieci z ADHD z podtypem mieszanym. Na ogół są świadome swoich problemów i niepewne swoich możliwości, tym samym obniżając poczucie własnej wartości. Podtyp ten jest znamienny dla dziewczynek.

ADHD – podtyp z dominującą nadpobudliwością psychoruchową, to nowy podtyp, zdefiniowany w ostatnim wydaniu DSM – IV i ciągle badany. To dzieci nadmiernie aktywne i impulsywne, nie wykazujące braku koncentracji uwagi. Połowa badanych dzieci z tym podtypem to przedszkolaki i pierwszoklasiści. Badacze wypowiadają się, że wielu z nich zacznie przejawiać oznaki braku koncentracji jak wejdą w okres szkolny, gdzie ich nauka będzie wymagała koncentracji oraz pracy w ławce szkolnej i przy biurku. Czyli w miarę dorastania zaczną spełniać kryteria podtypu mieszanego. Ten podtyp charakterystyczny jest zarówno dla chłopców jak i dziewczynek.

Wydaje się, że obecnie stosowane metody i sposoby klasyfikacji zespołu hiperkinetycznego, w pełni oddają i są wystarczające do identyfikacji i właściwej klasyfikacji, każdego dotkniętego zespołem dziecka. Są one pomocne i mogą być wykorzystywane, nie tylko przez specjalistów, ale również przez rodziców i opiekunów, w procesie obserwacji i diagnostyki dziecka.

Proces diagnostyczny to początek drogi z ADHD i o tym w kolejnej części ©

CO WARTO WIEDZIEĆ O ZESPOLE HIPERKINETYCZNY (ADHD)

CZĘŚĆ III „Diagnostyka Zespołu Hiperkinetycznego”

W momencie zrozumienia czym jest zespół hiperkinetyczny, możemy mieć wrażenie, że wszyscy ten zespół posiadają. Objawy zespołu są powszechne we współczesnym świecie i łatwo możemy ulec złudzeniu i stwierdzić, że mamy ADHD. Dlatego ważne jest aby samemu się nie diagnozować. Greckie słowo „diagnoza” oznacza dokładne rozpoznanie. Dlatego **zdiagnozowanie zespołu hiperkinetycznego** jest niezwykle trudne ale zarazem bardzo istotne. Wynika z tego, iż zespół bardzo często jest mylony z innymi chorobami o podobnych objawach i występuje w połączeniu z innymi zaburzeniami. Kolejną barierą jest stwierdzenie czy symptomy właściwe dla określonego przedziału wiekowego są syndromem choroby czy właściwymi zjawiskami charakterystycznymi dla normalnego rozwoju dziecka. Ze względu na powyższe komplikacje jest ważne, aby diagnozę stawiał specjalista biegły w psychiatrycznym diagnozowaniu. Należy zaznaczyć, że postawienie diagnozy wymaga również wiedzy, doświadczenia i kwalifikacji osoby diagnozującej. W Polsce do roku 2005 diagnozowano dzieci sporadycznie i czas postawienia diagnozy lekarskiej trwał bardzo długo i czasami nie był jednoznaczny. Po roku 2005 sytuacja się zmieniła na lepsze. Pod kierunkiem prof. Tomasza Wolańczyka i dr Artura Kołakowskiego powstał kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku nadpobudliwości psychoruchowej według ICD – 10 (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych) i DSM – IV – TR (Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association) (zał. 1), zaś obecnie DSM – V (zał. 2). Obecnie pracujący na nim lekarze psychiatry potrafią z dużą precyzją i w krótkim czasie postawić diagnozę zespołu hiperkinetycznego. Stosuje się zasadę, że kryteria określające ADHD są spełnione, gdy u osoby badanej występuje trwały wzór zaburzeń uwagi i/lub nadruchliwości - impulsywności, który zakłóca funkcjonowanie i rozwój, gdy sześć (lub więcej) z następujących objawów: nadruchliwości i impulsywności musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju oraz bezpośrednio negatywnie wpływa na życie społeczne i szkolne/zawodowe. Kilka objawów nieuważności lub nadruchliwości, impulsywności były obecne przed 12 rokiem życia. Kilka objawów nieuważności lub nadruchliwości, impulsywności występują w dwóch lub więcej sytuacjach (np.: w domu, w szkole lub pracy, z przyjaciółmi lub krewnymi, w innych obszarach działania). Istnieją wyraźne dowody, że objawy zakłócają lub obniżają jakość funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego. Objawy nie występują w przebiegu schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafnie uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości).

W Polsce najczęściej diagnozę stawia lekarz psychiatra dziecięcy. Również pomocni mogą się okazać neurologi dziecięcy, pediatry, psychologowie i pedagodzy dziecięcy oraz lekarze rodzinni lub pierwszego kontaktu. Niestety znalezienie odpowiedniego specjalisty to najtrudniejsza część zadania. Bowiem ważne jest to o czym wcześniej wspominałam, aby był kompetentny, ale istotne jest również to by był. Niestety tylko parę ośrodków w Polsce (Warszawa, Poznań, Katowice, Kraków) dysponuje fachowymi specjalistami w dziedzinie ADHD. W pozostałej części kraju m.in. w Szczecinie, można liczyć na pomoc dosłownie paru specjalistów psychiatrii, którzy diagnozują i leczą ADHD. Dlatego trudno z góry ustalić ile czasu zajmie diagnoza. Może to być parę tygodni albo miesięcy. Wszystko zależy również od tego, z jak trudnym przypadkiem mamy do czynienia i czy konieczne będą dodatkowe badania, czy też nie. Ponadto należy pamiętać, że zachowanie dziecka w gabinecie może być bardzo spokojne i nie odzwierciedlać jego rzeczywistych problemów. Dziecko trafia na grunt bardzo mu sprzyjający, gdzie specjalista jest nastawiony pozytywnie tworząc miłą i przyjazną atmosferę badania. Dziecko czuje się wówczas akceptowane i bywa po prostu „grzeczne”. Dlatego tak przygotowany grunt daje szansę na to, że dziecko otworzy się przed specjalistą i uda im się nawzajem dojść do pełnego porozumienia i sukcesu diagnostycznego. Podstawowe **fazy diagnozowania** powinny obejmować: zebranie wywiadu od potencjalnego pacjenta (dziecka) z uwzględnieniem jego mocnych stron i uzdolnień a także problemów i konfliktów w środowisku oraz zebranie wywiadu od osób z rodziny (rodziców) z uwzględnieniem ich spojrzenia na problem, zapoznanie się z aktualnymi opiniami na temat dziecka: ze szkoły oraz poradni psychologiczno – pedagogicznej, zapoznanie się z opinią na temat zdrowia dziecka, analiza przebytych bądź trwających chorób, jeżeli jest taka konieczność, przeprowadzenie badań neuropsychologicznych, dodatkowe badania medyczne w kwestii zaburzeń snu, tarczycy, poziomu ołowiu we krwi, działania nadnerczy, EEG – elektroencefalogram (podejrzanie epilepsji), alergii pokarmowych i astmy, zaburzeń rozwojowych (autyzm), chorób reumatycznych, chorób wątroby, cukrzycy, depresji, mani, niedożywienia, chorób pasożytniczych, upośledzenia umysłowego, uszkodzenia i wady słuchu oraz wzroku, uszkodzenia organicznego mózgu, wady serca, zapalenia mózgu, zaburzeń lękowych, zaburzeń zachowania itp. oraz inne badania. Można wykonać ilościowy elektroencefalogram czyli QEEG oraz skorzystać z techniki obrazowania mózgu SPECT czyli emisji tomografii komputerowej pojedynczego fotonu, ocena nasilenia problemu nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi oraz zachowań problemowych przy pomocy skali i kwestionariuszy diagnostycznych opartych na kryteriach ICD – 10 oraz DSM – V, obiektywna lub subiektywna ocena aktywności ruchowej dziecka, obiektywny pomiar uwagi dziecka, badanie psychologiczne wraz z oceną ilorazu inteligencji. Powyższe działania pozwolą na jednoznaczne postawienie diagnozy i sprecyzowanie modelu pomocowego. O tym w kolejnej części ☺

CO WARTO WIEDZIEĆ O ZESPOLE HIPERKINETYCZNY (ADHD)

CZĘŚĆ IV „Model pomocowy dla dziecka z ADHD”

Przyjrzyjmy się zatem aspektowi częstotliwości **występowania ADHD**. Zespół hiperkinetyczny jest najczęstszym zaburzeniem wieku rozwojowego, dotyczy średnio 3 – 5 % dzieci w młodszym wieku szkolnym. Na podstawie licznych badań szacuje się, że na całym świecie zaburzeniem tym dotkniętych jest od 2 % do 9,5 % dzieci. Zlekceważone i nieleczone może doprowadzić do powikłań. Na szczęście, z reguły, jego objawy z czasem się minimalizują. Choć zwykle obecne u nastolatków mogą utrzymać się u osób dorosłych. I tu warto powiedzieć, że ADHD nie można w pełni wyleczyć. Celem leczenia jest doprowadzenie do sytuacji, w której objawy będą w jak najmniejszym stopniu zaburzały funkcjonowanie dziecka. Czyli reasumując objawy będą się minimalizowały, zaś ADHD zostanie z nami na całe życie. Obecnie uważa się, że dziecku potrzebna jest kompleksowa pomoc w zależności od tego jakie ma problemy.

Przyjmuje się, że najbardziej skuteczna jest wielokierunkowa pomoc tzw. multimodalna, która obejmuje **oddziaływania psychospołeczne**: wyjaśnianie rodzicom i innym członkom rodziny istoty objawów ADHD, jego przebiegu i rokowań. Poradnictwo w zakresie metod wychowawczych i sposobów radzenia sobie na co dzień z objawami, zdobywanie wiedzy przez rodziców w oparciu o lekturę ADHD, uczestnictwo w specjalnych kursach i szkoleniach, czynny udział w grupach wsparcia Kół i Stowarzyszeń działających na rzecz dzieci z ADHD i ich rodzin, bowiem należy wyraźnie podkreślić, że ich rola jest niezwykle ważna. Muszą się orientować jak pomóc dziecku, jak je traktować, czego oczekiwać i wymagać, wyjaśnianie dziecku istoty zaburzenia, omawianie i przegadywanie trudnych bądź konfliktowych sytuacji istniejących w jego codziennym funkcjonowaniu w środowisku rodzinnym, szkolnym i rówieśniczym. Nakłanianie do obserwacji swojego zachowania w celu wytworzenia mechanizmów kontrolujących niepożądane zachowania, wyjaśnianie nauczycielom istoty zaburzenia i współpraca ze szkołą i poradnią psychologiczno – pedagogiczną, aby wychowawcy, nauczyciele mogli odpowiednio dostosować szkolne wymagania, **psychoterapię** – w momencie kiedy u dziecka z ADHD i jego rodziny pojawiają się problemy wykraczające poza ramy poradnictwa rodzinnego, proponuje się dostępne formy psychoterapii: terapia rodzin – jeżeli rodzina jako całość funkcjonuje nieprawidłowo, terapia indywidualna lub grupowa – przeciwdziałanie niskiej samoocenie dziecka oraz pomaga rozwiązywać problemy z rówieśnikami i trening umiejętności społecznych i terapia zaburzeń uwagi, **farmakoterapia** - stosowanie leków. Leczenie dzieci z ADHD farmaceutykami ma wieloletnią tradycję. W roku 1937 amerykański lekarz Bradley zastosował u dzieci nadpobudliwych i agresywnych amfetaminę, i jak pisał „jedna tabletką przyniosła więcej korzyści niż całe nasze wychowanie”. Oczywiście, dzisiaj nie jesteśmy tak optymistyczni i wokół tego tematu narosło wiele kontrowersji. Jedni rodzice niechętnie chcą podawać swoim dzieciom leki działające na psychikę, inni zaś kompletnie nie zgadzają się na podawanie środków psychotropowych. Znani są też rodzice, którzy uważają, że przepisanie tabletek rozwiąże ich wszystkie problemy. Takie postawy ludzi obserwujemy w stosunku do leczenia np. antybiotykami. Należy być świadomym rodzicem i o lekach wiedzieć jak najwięcej, wypytywać o nie lekarza, ponieważ to chroni przed rozczarowaniem, zmniejsza złe emocje i nasz niepokój. Na farmakoterapię należy spojrzeć zdroworozsądkowo.

A co to oznacza wyjaśnimy w kolejnej części cyklu ☺

CO WARTO WIEDZIEĆ O ZESPOLE HIPERKINETYCZNY (ADHD)

CZĘŚĆ V „Leczyć czy zapobiegać - farmakoterapia w ADHD”

Dziecko nie powinno być leczone farmakologicznie przed postawieniem pełnej diagnozy. Leczenie farmakologiczne jest niezbędne w przypadkach, gdy objawy są tak nasilone, że inne możliwości pomocy dziecku, takie jak poradnictwo, zalecana terapia i stosowna pomoc w domu rodzinnym oraz współpraca ze szkołą nie przynoszą efektów. Jak już wcześniej wspominałam zespół hiperkinetyczny jest następstwem odmiennej pracy mózgu, dzięki czemu niemożliwe jest kontrolowanie i hamowanie zachowania. Połączenie struktur mózgowych odbywa się za pomocą tak zwanych hormonów mózgowych czyli neuroprzekaźników. Ich poziom w mózgu dziecka z ADHD jest z gruntu niski. Podczas gdy dziecko funkcjonuje w ciągu dnia dochodzi pod wpływem enzymów do naturalnego rozkładu neuroprzekaźników, tak aby wieczorem dziecko mogło się wyciszyć i zasnąć. Tak działający mechanizm jest pożądanym u dziecka zdrowego, zaś u dziecka z ADHD dochodzi do zminimalizowania i tak niskiego poziomu hormonów mózgowych, które objawia się charakterystycznym zachowaniem dziecka. Mózg dziecka z ADHD porównuje się do silnika samochodowego, mówiąc, że mechanizm jest idealny tylko smar w nim brak. Następstwem tego, jest brak analizy w toku rozumowania takiego dziecka:

DZIECKO ZDROWE



DZIECKO Z ADHD



Rys. 1: Funkcjonowanie dziecka z ADHD w sferze psychiki.
Źródło: opracowanie własne.

Leki na ADHD, leki nowej generacji działają w ten sposób, że zwiększają poziom neuroprzekaźników hamując ich naturalne niszczenie. Obecnie już w naszym kraju mamy ten komfort, iż udało się wprowadzić na listę leków refundowanych tzw. leki celowane na ADHD, czyli te bezpośrednio działające na istotę choroby tj. Concerta, Medikinet. Substancją czynną w tych lekach jest metylfenidat o działaniu stymulującym, pobudzającym, aktywizującym, nie zaś uspokajającym, czyli hamującym aktywność mózgu. Powodem tego jest odmienna praca mózgu dziecka z ADHD co powoduje konieczność pobudzania pewnych jego obszarów, aby była możliwa złożona forma jego pracy, czyli analiza, kontrola i skupienie uwagi. Podawane leki są sprawdzone, bezpieczne, wydawane tylko na receptę a kuracja jest kontrolowana przez lekarza. Pamiętajmy jednak, że leki nie mogą wyleczyć z zespołu hiperkinetycznego. Mogą pomóc go przeżyć, czyli zmniejszyć objawy, na które działają, bo nie ma tabletki na grzeczność. Mogą one zatem spowodować, że: dziecku będzie łatwiej skupić się podczas pracy i nauki, zaczniesz słyszeć, co się do niego mówi, łatwiej będzie mu zapanować nad swoją potrzebą ruchu i mówienia, łatwiej mu będzie przez chwilę pomyśleć, zanim coś zrobi, poprawi jego układy z kolegami.

Pamiętajmy, że decyzję o świadomym **leczeniu dziecka z ADHD** rodzice podejmują po uwzględnieniu głosów doradczych t.j.: lekarz leczący, wychowawca lub pedagog szkolny, terapeuta i inni rodzice mający takie dzieci. Po wprowadzeniu farmakoterapii jesteśmy zobowiązani do regularnych wizyt u specjalisty, który czuwa nad procesem leczenia, decyduje o dawkowaniu i o długości przyjmowania preparatu. Na pytanie jak długo ma trwać leczenie, odpowiemy sobie: jak długo jest to konieczne. Leczenie farmakologiczne ADHD wydaje się czasem proste i łatwe. Zajmuje też mało czasu. Nigdy jednak nie może być jedyną metodą leczenia. Zawsze musi ono być częścią pracy z rodzicami, samym dzieckiem i szkołą, często zresztą ułatwia zastosowanie i prowadzenie innych metod terapii. Tak więc czy z farmakologia należy zaczynać? Uważam, że tak, bowiem każde skuteczne leczenie ADHD jest potrzebne i celowe. Natomiast zlekceważenie tej dolegliwości obniża szanse dziecka na normalne funkcjonowanie, np. utrudnia zdobycie wykształcenia, wymarzonego zawodu. Zwiększa natomiast ryzyko depresji, uzależnień, urazów, a także konfliktów z prawem.

Czy ADHD to wymysł naszych czasów? Odpowiedź w kolejnej części 😊

CO WARTO WIEDZIEĆ O ZESPOLE HIPERKINETYCZNY (ADHD)

CZĘŚĆ VI „ADHD - choroba czy wymysł naszych czasów”

W tym miejscu warto zastanowić się nad **przyczynami zespołu hiperkinetycznego**, czyli odpowiedzieć sobie na pytanie: skąd to się bierze? Pytanie to nurtuje nie tylko rodziców dzieci z ADHD, ale również samych ADHD – owców. Poszukując odpowiedzi na to pytanie należy sięgnąć do historycznych koncepcji. **Koncepcja organicznych uszkodzeń** – połowa XX w to tłumaczenie ADHD mikrouszkodzeniami centralnego układu nerwowego. Odstąpiono od tego tłumaczenia, bowiem koncepcja sprawdzalna była tylko na niewielkiej grupie dzieci, u której uszkodzeniu uległa ta część mózgu, czynnościowo odpowiedzialna za procesy uwagi, hamowania i kontroli impulsów. **Koncepcja niewłaściwej diety** – doszukiwano się przyczyn w skutkach zatrucia ołowiem, występowaniem w żywności konserwantów, kolorowych barwników czy salicylanów w diecie dziecka, czy też spożywanie białego cukru. Koncepcja ta była prawdziwa tylko dla małej grupki. Dziś sądzi się, że te wymienione czynniki mają pośredni wpływ na nasilenie się objawów zespołu i unikanie, bądź ograniczanie ich w diecie jest nader wskazane. **Koncepcja błędów wychowawczych i zaniedbań środowiskowych** – za podłoże zespołu uznawano błędy wychowawcze popełniane przez rodziców. Niestety po dziś dzień pokutuje to w myśleniu wielu ludzi. Zarówno rodziców, którzy zadają sobie pytanie: „Co ja takiego źle robię, że moje dziecko jest takie?”, jak i osób z otoczenia od których słyszy się: „Jak ty wychowujesz to dziecko?”, „To diabeł w ludzkiej skórze.”, „Bandytę chowacie.”, „To zwierzę nie dziecko, powinnaś go zamknąć w klatce.”, „Takie dzieciaki to trzeba lać!”. Badania w tym zakresie kazały odejść od wspomnianej koncepcji, która okazała się niewystarczająca w tłumaczeniu przyczyn zespołu. Prawdziwie oczywiście jest to, że brak jasnych, skonkretyzowanych zasad i norm obowiązujących w rodzinnym domu, trudna sytuacja rodzinna, napięcia i kłótnie pomiędzy rodzicami, przemoc lub impulsywność dorosłych nasila objawy, ale to nie główna przyczyna ich powstawania.

Koncepcja genetyczna – obecnie obowiązująca, mówi, że przyczyną ADHD jest zaburzenie uwarunkowane genetycznie. To oznacza, że w rodzinach, w których ktoś ma ADHD, 5- 7 razy wzrasta ryzyko ponownego wystąpienia tych zaburzeń u kolejnych dzieci. Za to jeżeli któreś z rodziców obdarzone jest tym zespołem, to ryzyko, że któreś dziecko będzie miało zespół hiperkinetyczny sięga 50%. W przypadku bliźniąt ryzyko, że drugi bliźniak będzie miał ADHD było znacznie wyższe u bliźniąt jednojajowych niż u dwujajowych, czyli takie jak u zwykłego rodzeństwa.

Zespół hiperkinetyczny jest chorobą o podłożu genetycznym, dziedziczną wielogenową. To oznacza, że o zaistnieniu zespołu decyduje nie jeden, jak kiedyś sądzono, ale wiele genów. Po dziś dzień trwają badania nad wyselekcjonowaniem tych genów. Wielu naukowców zastanawiało się, w jaki sposób przenoszona genetycznie nieprawidłowość utrudnia lub uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie ludzi z ADHD w środowisku. Literatura lat 1990 – 2005 przynosi zgodne opinie badaczy co do stwierdzenia, że podłożem tych problemów są zakłócenia równowagi chemicznych transmiterów czyli neuroprzebieżników łączących komórki mózgu. Wiemy, że neuroprzebieżniki są odpowiedzialne za przenoszenie informacji między różnymi obszarami mózgu. Oczywiście mowa tu o noradrenalinie, dopaminie i serotoninie. Czyli istotą problemu jest zaburzona równowaga pomiędzy tymi neuroprzebieżnikami. To powoduje, że praca mózgu dziecka z ADHD jest inna niż praca mózgu przeciętnego dziecka w tym samym wieku.

Właściwy poziom **dopaminy** gwarantuje utrzymanie uwagi na zadaniu i odfiltrowanie nieistotnych informacji. **Noradrenalina** odpowiada za właściwą ocenę sytuacji, czyli analizę oraz odpowiedni poziom pobudzenia. **Serotonina** odpowiada za regulację nastroju, rytmu snu i czuwania, kontrolę zachowania oraz pozytywne myślenie. W związku z czym gorzej pracują płaty czołowe mózgu oraz ich połączenia z innymi strukturami tj. kora przedczołowa, struktury podkorowe, spoidło wielkie oraz mózdzek, odpowiedzialne za logiczne myślenie, ocenę sytuacji, przewidywanie konsekwencji czy podejmowanie decyzji. Inaczej również niż u przeciętnego dziecka pracują obszary mózgu odpowiedzialne za przyjmowanie, kojarzenie i przetwarzanie informacji, które dziecko przyjmuje z zewnątrz wszystkimi zmysłami, ale również z wewnątrz własnego ciała.

W związku z powyższym jaki jest ten ADHD-owiec? O tym w następnym odcinku ☺

CO WARTO WIEDZIEĆ O ZESPOLE HIPERKINETYCZNY (ADHD)

CZĘŚĆ VII „ADHD-owiec - jaki jest tak naprawdę?”

Do dziecka z ADHD trafiające z otoczenia informacje można porównać do bombardowania danymi bez możliwości ich filtrowania. Wszystko dla niego jest ważne i istotne, na wszystko chce zwrócić uwagę i wszystko zarejestrować. Tak więc w klasie szkolnej będzie tak samo odbierał mówiącą nauczycielkę, szeptających kolegów, szelest zeszytami i przyborami szkolnymi oraz hałasy dochodzące z ulicy za oknem i śpiew ptaków. Ta wielobodźcowość powoduje u dziecka z zespołem brak umiejętności wyselekcjonowania najważniejszej informacji i co za tym idzie złą orientację w otoczeniu. Inni naukowcy twierdzą, że dzieci z ADHD nie mają problemu z filtrowaniem informacji w celu odróżnienia treści ważnych od mniej istotnych, w czym akurat uczestniczą. Bowiem zwracają uwagę na te same rzeczy, na których skupiają się dzieci zdrowe, gdy proponuje im się wykonanie określonej czynności np. obejrzenie filmu. Różnica polega na tym, że dzieci z ADHD nie potrafią równie długo jak inne dzieci podtrzymać tego wysiłku, odrywając się od czynności częściej niż inni i zmieniając swoją uwagę na coś bardziej interesującego. Dzieci z ADHD nie są przytłoczone nadmiarem informacji czy stymulacji, lecz nie potrafią wytrwać w wysiłku i skupieniu, dając się przeciągnąć przez cokolwiek bardziej stymulującego i interesującego. Pracę układu nerwowego można opisać za pomocą trzech parametrów: siły, równowagi i ruchliwości oraz dwóch procesów: pobudzenia i hamowania. Funkcjonowanie układu nerwowego dziecka zdrowego opisuje się jako dużą siłę procesu pobudzenia i hamowania oraz wysokim stopniem równowagi tych procesów. Układ nerwowy takiego dziecka szybko reaguje na zmiany w otoczeniu, ale zarazem potrafi hamować adekwatnie do swojego wieku i dojrzałości swoje reakcje, przechodząc od stanu pobudzenia do hamowania w sposób naturalny. W przypadku ADHD – owców mamy do czynienia z przewagą procesów pobudzenia nad procesami hamowania. W zespole hiperkinetycznym nie mamy za dużo pobudzenia, a wręcz odwrotnie, mamy za mało hamowania. Nieprawidłowości strukturalne, czynnościowe mózgu i asymetria morfologiczna u dzieci z zespołem hiperkinetycznym determinuje ich zachowanie. Powoduje, że funkcjonują poniżej możliwości intelektualnych. Wyznacznikiem dysfunkcji korowych jest uszkodzenie procesów pamięci operacyjnej, umiejętności wykorzystania nowych i starych informacji do bieżącej sytuacji, braku samokontroli. Dzieci z ADHD zachowują się automatycznie, korzystają ze starych i dobrze im znanych stereotypów, wielokrotnie powtarzają to samo zachowanie. Brak wewnętrznego hamulca nie pozwala im modyfikować reakcji. Nie potrafią przewidzieć konsekwencji, planować, odraczać gratyfikacji. Wszystko to wpływa na funkcjonowanie w życiu codziennym. Porównując mózg ADHD – owca do wielkiej orkiestry symfonicznej, w której on sam jest dyrygentem, powstałby utwór, w którym, każdy instrument gra własną melodię. Całość przypominałaby jeden wielki chaos, nad którym dyrygent nie mógłby zapanować i momentami najchętniej uciekłby ze sceny. Konsekwencją tego są poważne trudności z organizacją codziennych zajęć, wciąż odkładane sprawy nie dokonane zadania, chwytywanie się wielu rzeczy naraz, bez osiągnięcia efektu końcowego. Posiadają niską tolerancję na nudę, dlatego też żmudne i monotonne czynności bywają nie do pokonania np. wyłączają się podczas czytania lektury, wykładu, rozmowy. Zapominając o czym mówiono wcześniej, bądź od sedna sprawy odpływają, dyskutując na tematy poboczne i mają trudności w powrocie do istoty omawianego problemu. Planowanie działań z wyprzedzeniem w ich wydaniu to kompletna kłapa. Często nie dotrzymują terminów pomimo miliona karteczek i karteluszek poprzyklejanych do lodówek, notesów i przypiętych do tablic korkowych, które następnie próbują ogarnąć, przepisać, usystematyzować. Należy tu wspomnieć, że ta niestabilność i zmienność ma swoje przełożenie na życie dorosłe. Choroba nie zniknie, nie wyleczymy zespołu hiperkinetycznego. Jedyne co możemy uczynić to poprzez ciężką pracę samych ADHD - owców i osób wspierających możemy wypracować mechanizmy kontroli naszego zachowania, czyli zminimalizować objawy. Jednakże to ma swoje negatywne odbicie na związkach partnerskich, poczuciu braku osiągnięć, wrazeniu chaosu w głowie, niepewność i niestabilność oraz poszukiwaniu silnych wrażeń i skłonności do uzależnień od alkoholu, narkotyków i papierosów. Pomimo licznych uciążliwości ADHD ma zalety. Czy to żart? – zapytamy – brzmi to nieprawdopodobnie. Ludzie obdarzeni tym zaburzeniem posiadają niezwykłą wyobraźnię, cechuje ich kreatywność, twórczość i ponadprzeciętna inteligencja. Doskonale skupiają uwagę na tym, co pochłania je bez reszty. Posiadają umiejętność nowatorskiego spojrzenia na rzeczywistość. To, że żyją w nadmiarze bodźców, sprawia, że mogą być odkrywcy i odnajdować nowe rozwiązania. Są też bardzo otwarci na nowe doświadczenia, poszukują wrażeń i nie mają hamulców, aby podążać nowym torem. Do tego często nie zadawała ich przeciętność, dlatego angażują się w trudne, ekstremalne zadania, i osiągają sukcesy, jeżeli ich to pasjonuje. Warto zatem dostrzec tą pozytywną stronę i na jej podłożu organizować życie, pomimo iż objawy ciągle będą dawać o sobie znać. Spójrzmy teraz na aspekt człowieczeństwa. Z całą pewnością można stwierdzić, że są to ludzie niezwykle dobrzy. Nieliczni są egoistami, bowiem dominującą cechą ich osobowości jest ogromna empatia. Są wrażliwi i uczuciowi, chętnie podejmują wszelkie działania na rzecz potrzebujących. Są nadwrażliwi na niesprawiedliwości naszego świata, które dotyczą zarówno ich osobiście jak i innych. Jednakże od innych oczekują podobnego: akceptacji, zrozumienia, sprawiedliwości i bezwarunkowej miłości. Na koniec mogę stwierdzić z całą pewnością, że ADHD jest darem a nie przekleństwem, pod warunkiem, że dobrze nad nim zapanujemy oraz prawidłowo go ukierunkujemy i spożytkujemy, aby nauczyć się żyć z tą chorobą a dotychczasowe porażki zmienić w sukcesy.

Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej według ICD.10 i DSM-IV-TR

Imię i nazwisko dziecka:		Ocena okres*:	
Data badania:			
Przyjmowane leki:			

* PRZY PIERWSZORAZOWYM BADANIU OCENIAMY WYMAGANY DO ROZPOZNANIA OKRES 6 MIESIĘCY, PRZY KOLEJNYCH, W ZALEŻNOŚCI OD POTRZEBY-„2 MIESIĄCE OD OSTATNIEJ WIZYTY”, „1 MIESIĄC OD WPROWADZENIA LEKU”. MINIMUM CZASU OCENIANEGO TO 2 TYGODNIE

ZABURZENIA UWAGI

- Dziecko często nie jest w stanie utrzymać ciągłej i większej uwagi na szczegółach lub popełnia błędy z nieuwagi w szkole, pracy lub innej działalności.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko często nie udaje się utrzymać nieprzerwanie uwagi na zadaniach lub grach/zabawach.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Często wydaje się, że dziecko nie słyszy tego, co się do niego/niej mówi.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko często nie jest w stanie wykonać następujących po sobie instrukcji lub skończyć pracy szkolnej, zadanej pracy lub wywiązać się z obowiązków w miejscu pracy (ale nie z powodu przeciwstawiania się - opozycyjnego zachowania - lub niezrozumienia instrukcji).
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko często ma trudności ze zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko nie lubi, ociąża się lub unika zajęć wymagających dłuższego wysiłku umysłowego, takich jak nauka szkolna lub odrabianie zajęć domowych.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć, np.: zabawki, przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko często zdarza się zapominać o różnych rzeczach w trakcie wykonywania codziennych zajęć.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

Liczba objawów	Liczba punktów objawowych	
-----------------------	----------------------------------	--

NADRUCHLIWOŚĆ

- Dziecko ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu, często macha rękami lub nogami albo wierci się na krześle.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko często biega wokoło lub wchodzi na meble w sytuacjach, w których jest to nieaprobowane (u nastolatków lub dorosłych może być obecne tylko uczucie niepokoju).
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko często jest nadmiernie hałaśliwe w zabawie i ma trudności ze spokojnym bawieniem się.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)
- Dziecko często jest w ruchu, biega jak „nakręcone” zachowanie dziecka cechuje nadmierna aktywność ruchowa, która nie wynika z sytuacji i potrzeby.
tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

Liczba objawów	Liczba punktów objawowych	
-----------------------	----------------------------------	--

IMPULSYWNOŚĆ

6. Dziecko często wrywa się z odpowiedzią, zanim pytanie zostanie dokończone.

tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

7- Dziecko często nie udaje się stać w szeregu lub poczekać na swoją kolej w grze lub innej sytuacji grupowej.

tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

8. Dziecko często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub zabawy innych osób).

tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

9. Dziecko często jest nadmiernie gadatliwe.

tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

Liczba objawów	Liczba punktów objawowych	
----------------	---------------------------	--

B. Niektóre upośledzające funkcjonowanie dziecka objawy zaburzeń koncentracji uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej (nadpobudliwości impulsywności)

ujawniły się przed 7. rokiem życia dziecka,

tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

C. Upośledzenie funkcjonowania dziecka spowodowane tymi objawami występuje w dwóch lub więcej środowiskach (np. w szkole i w domu).

tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

D. Stwierdza się klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (w zakresie edukacji).

tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

E. Objawy u dziecka nie występują w przebiegu przetrwałych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafniej uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego.(np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości).

tak (3) raczej tak (2) chyba nie (1) nie (0)

Rozpoznanie według ICD-10:	
Rozpoznanie według DSM-IV:	

Załącznik 1. Kwestionariusz ustrukturyzowanego wywiadu diagnostycznego w kierunku zespołu nadpobudliwości psychoruchowej według ICD.10 i DSM-IV-TR.

Źródło: T. Wolańczyk, A. Kołakowski, *Centrum CBT, Jemsen-Cilag Polska*.

Kryteria diagnostyczne ADHD wg DSM V.¹

A. U osoby badanej występuje trwały wzór zaburzeń uwagi i/lub nadrucliwości - impulsywności, który zakłóca funkcjonowanie i rozwój, a charakteryzuje się (1) i/lub (2):

(1) Nieuwaga:

Sześć (lub więcej) z następujących objawów musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju oraz bezpośrednio negatywnie wpływa na życie społeczne i szkolne/zawodowe.

Uwaga: Objawy nie są spowodowane zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, wrogością lub niezrozumieniem zadania/instrukcji. W przypadku starszych nastolatków i dorosłych (w wieku 17 lat i starszych), wymagane jest co najmniej pięć objawów.

1. Osoba badana nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności (np. omija lub gubi dane, praca jest niedokładna).
2. Ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach (np. ma trudności z koncentracją na wykładzie, rozmowie lub długim czytaniu).
3. Często wydaje się, że nie słucha tego co się do niego mówi (np. nawet w przypadku braku jakichkolwiek widocznych rozpraszających bodźców).
4. Nie jest w stanie wykonać następujących po sobie instrukcji, lub skończyć wykonywanej pracy lub innych obowiązków (np. zaczyna zadanie, ale szybko traci koncentrację i zmienia aktywność).
5. Często ma trudności z zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć (np. trudności w zarządzaniu kilkoma zadaniami; trudności w utrzymaniu rzeczy w porządku; bałagan, chaotyczna praca; słabe zarządzanie czasem, niedotrzymywanie terminów).
6. Często unika, nie lubi lub nie chce angażować się w zadania, które wymagają dłuższego wysiłku umysłowego (np. nauka szkolna lub odrabianie prac domowych; u nastolatków i osób starszych sporządzanie raportów, wypełnianie formularzy, przeglądanie długich dokumentów).
7. Często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć (np.: przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia, portfel, klucze, dokumenty, okulary, telefony komórkowe).
8. Często łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców (u starszych nastolatków i dorosłych mogą występować niepowiązane myśli).
9. Często zapomina o różnych codziennych sprawach (np. robieniu porządków, robieniu zakupów; u starszych nastolatków i dorosłych zapominanie o oddzwonieniu, zapłaceniu rachunków, spotkaniu).

¹ Na podstawie Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM V, American Psychiatric Association, Washington 2013, tłumaczenie i opracowanie Karolina Grzywacz, tłumaczenie wykorzystano za zgodą.

(2) Nadruchliwość i Impulsywność

Sześć (lub więcej) z następujących objawów musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju oraz bezpośrednio negatywnie wpływa na życie społeczne i szkolne/zawodowe.

Nadruchliwość

1. Ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu.
2. Wstaje z miejsca w sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia (np.: opuszcza swoje miejsce w klasie, biurze lub innym miejscu pracy bądź w innych sytuacjach wymagających pozostawania na miejscu).
3. Chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe (Uwaga: u młodzieży i dorosłych może być odczuwanie niepokoju).
4. Często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem.
5. Często jest w ruchu; „biega jak nakręcony” (np.: nie jest w stanie lub czuje się nieswojo będąc dłużej w restauracji, na spotkaniu, itd.; przez innych może być postrzegany jako niespokojnego i trudno za nim nadążyć).
6. Często jest nadmiernie gadatliwy.

Impulsywność

7. Wrywa się z odpowiedzią zanim pytanie zostanie do końca sformułowane (np.: kończy zdanie za innych, nie potrafi poczekać na swoją kolej w rozmowie).
8. Często ma kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej (np.: podczas oczekiwania w kolejce).
9. Często przerywa lub przeszkadza innym (np.: wtrąca się do rozmowy lub zabawy; rozpoczyna korzystanie z cudzych rzeczy bez pytania lub pozwolenia; młodzież i dorośli mogą ingerować lub przejąć to co robią inni).

B. Kilka objawów nieuważności lub nadruchliwości, impulsywności były obecne przed 12 rokiem życia.

C. Kilka objawów nieuważności lub nadruchliwości, impulsywności występują w dwóch lub więcej sytuacjach (np.: w domu, w szkole lub pracy, z przyjaciółmi lub krewnymi, w innych obszarach działania).

D. Istnieją wyraźne dowody, że objawy zakłócają lub obniżają jakość funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

E. Objawy nie występują w przebiegu schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafniej uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości).

Listy do „ADHD”

Drogi ADHD,

Piszemy do Ciebie ten list, bo pragniemy być Twoimi przyjaciółmi, chcemy Cię wspierać i lepiej poznać. Nasza rodzina oferuje Ci bezpieczeństwo, wsparcie, miłość i szacunek. Twoja szczerość, otwartość do ludzi, ufność i komunikatywność to zdolności, których chcielibyśmy się nauczyć od Ciebie.

Pozdrawiamy Rodzinka.

Witamy Cie w naszej rodzinie.

Życzymy Ci , abyś odnalazł w nas przyjaciół. Mamy nadzieję, że nauczymy Cię jak odnaleźć się w naszej rodzinie. Chcielibyśmy się nauczyć od Ciebie sposobu Twojego myślenia, co Ci pomaga a co przeszkadza w życiu codziennym. Chcielibyśmy, byś mógł na nas zawsze liczyć i mieć w nas wsparcie.

😊

Drogi ADHD,

Witamy Cię w naszych skromnych progach. Skoro już musisz, wejdź i rozgość się, jakoś się pomieścimy 😊. Chcemy się z Toba zaprzyjaźnić, boo jesteś bardzo bystry, pomysłowy i pełen energii. Masz wiele ciekawych i nietypowych zainteresowań. Poza tym nie mamy innego wyjścia. Możemy dać Ci: cierpliwość, zrozumienie, przyjaźń i miłość. Chcielibyśmy nauczyć się od Ciebie Twojego widzenia i rozumienia świata.

Damy radę !!!

Drogi ADHD,

Witamy Cię w naszej rodzinie. Pojawileś się bez zaproszenia, jesteś upierdliwy do granic naszej wytrzymałości, ale nic to. Skoro jesteśmy na siebie skazani, więc Tobie na złość nauczymy się z Tobą żyć w zgodzie. Prędzej Tobie się z nami znudzi niż odwrotnie. Wyciśniemy z Ciebie same najlepsze cechy czyli Twoją kreatywność, odwagę, pasję i przekazujemy to na cudowne rzeczy, z których wszyscy będziemy zadowoleni. Na nic Tobie się zdadzą próby zniechęcania nas do Ciebie. Tak długo będziemy Cię kochać, aż w końcu i Ty nas pokochasz. Pozdrawiamy Cię serdecznie.

Twoja kochająca Rodzina.

Kochane ADHD!

Witaj nieznanie w rodzinie! Daj nam szansę na poznanie! Będziemy razem szczęśliwi! Naucz nas patrzeć inaczej na siebie ! Widzieć rzeczy niewidzialne! Czytać między wierszami! Wypracujemy wspólne życie!

😊

Teksty listów pisanych przez uczestników warsztatów pt. „Zaakceptuj diagnozę”, przeprowadzonych przez w Specjalistyczną Placówce Wsparcia Dziennego dla Dzieci i Młodzieży z ADHD, TPD ZOR