

- Czochańska, J. (1993). Upośledzenie – rewaliidacja dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna* (s. 887–889). Warszawa: Fundacja INNOWACJA.
- Czochańska, J. (2003). Choroby układu nerwowego. W: K. Kubicka i W. Kawalec (red.), *Pediatra* (s. 498–516). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Czochańska, J., Łosiowski, Z. (1997). *Mózgowe porażenie dziecięce*. W: Z. Łosiowski (red.), *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe* (s. 11–34). Warszawa: WSiP.
- Dąbrowska, A. (2006). Czynniki wpływające na tworzenie się obrazu siebie u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. W: T. Gałkowski, E. Pisula (red.), *Psychologia rehabilitacyjna. Wybrane zagadnienia* (s. 127–146). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Kostrzewski, J. (1993). Diagnostyka odchylenia od normy. W: W. Pomykało (red.), *Encyklopedia pedagogiczna* (s. 105–109). Warszawa: Fundacja INNOWACJA.
- Krause, M., Kozik, A. (2008). Dziecko z padaczką. W: B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju* (s. 299–318). Kraków: Oficyna Wydawnicza IMPULS.
- Mazanek, E. (1998). Ocena poziomu rozwoju umysłowego dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. W: J. Rola (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci* (s. 168–175). Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Mazanek, E. (2003). *Mózgowe porażenie dziecięce. Problemy psychologiczno-pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwo WSPS.
- Michałowicz, R. (2001). Definicja, obraz kliniczny, podział. W: R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce* (s. 17–26). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Michałowicz, R., Jóźwiak, S. (2001). Padaczka u dzieci i młodzieży. W: S. Jóźwiak, R. Michałowicz (red.), *Neurologia dziecięca w praktyce* (s. 122–156). Lublin: Wydawnictwo BiFolium.
- Siwek, S. (2002). Mechanizmy obronne u młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym (eksperymentalna metoda badań). W: A. Herzyk, A. Borkowska (red.), *Neuropsychologia emocji. Poglądy badania klinika* (s. 151–164). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ślenzak, J. (1993). Metody oceny rozwoju psychoruchowego. W: R. Michałowicz (red.), *Mózgowe porażenie dziecięce*. Warszawa: PZWL.
- Wolańczyk, T. (2007). Zaburzenia psychiczne w chorobach somatycznych. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatra dzieci i młodzieży* (s. 382–400). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej

gr. II

Zaburzenie hiperkinetyczne jest terminem obowiązującym według klasyfikacji ICD10. W klasyfikacji DSM-IV jest używany termin ADHD – Attention Deficit Hy-

peractivity Disorder, czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Nazwy te często używane są wymiennie, pomimo odmiennego znaczenia. Jedną z głównych różnic pomiędzy klasyfikacjami jest to, że w klasyfikacji DSM-IV możemy rozpoznać izolowane zaburzenia uwagi, nadpobudliwości/impulsywności. W DSM-IV są wyróżniane podtypy ADHD: podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi, z przewagą nadpobudliwości/impulsywności oraz podtyp mieszany. Zaburzenie hiperkinetyczne jest właściwie odpowiednikiem podtypu mieszanego ADHD według DSM-IV.

Aby rozpoznać zaburzenie hiperkinetyczne, należy stwierdzić przynajmniej 6 z 9 kryteriów zaburzeń uwagi, 3 z 5 nadpobudliwości i 1 z czterech kryteriów badawczych impulsywności.

Kryteria diagnostyczne zespołu hiperkinetycznego według ICD10

A. Brak uwagi.

Co najmniej 6 z następujących objawów braku uwagi utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

- częste niezwracanie bliższej uwagi na szczegóły lub częste beztraskie błędy w pracy szkolnej, pracy lub w innych czynnościach,
- częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub czynnościach związanych z zabawą,
- często wydaje się nie słyszeć, co zostało do niego (do niej) powiedziane,
- częste niepowodzenia w postępowaniu według instrukcji albo w kończeniu pracy szkolnej, pomocy w domu lub obowiązków w miejscu pracy (ale nie z powodu zachowania opozycyjnego, ani niezrozumienia poleceń),
- często upośledzona umiejętność organizowania zadań i aktywności,
- częste unikanie lub silna niechęć do takich zadań, jak praca domowa wymagająca wytrwałego wysiłku umysłowego,
- częste gubienie rzeczy niezbędnych do niektórych zadań lub czynności, jak wyposażenie szkolne, ołówki, książki, zabawki lub narzędzia,
- często łatwa odwracalność uwagi przez zewnętrzne bodźce,
- częste zapomnianie w toku codziennej aktywności.

B. Nadmierna aktywność.

Co najmniej 3 z następujących objawów nadmiernej aktywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

- często niespokojnie porusza rękoma lub stopami, albo wierci się na krześle,
- opuszcza siedzenie w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest utrzymanie pozycji siedzącej,
- często nadmierne rozbieganie lub wtrącanie się w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe (w wieku młodzieńszym lub u dorosłych może występować jedynie poczucie niepokoju),

- d) często przesadna hałaśliwość w zabawie lub trudność zachowania spokoju w czasie wypoczynku,
- e) przejawia utrwalony wzorec nadmiernej aktywności ruchowej, praktycznie nie modyfikowany przez społeczny kontekst i oczekiwania.
- C. Impulsywność.
- Co najmniej 1 z następujących objawów impulsywności utrzymywał się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:
- często udziela odpowiedzi zanim pytanie jest dokonzone,
 - często nie umie czekać w kolejce lub doczekać się swej rundy w grach lub innych sytuacjach grupowych,
 - często przerywa lub przeskadza innym (np. wtrąca się do rozmów lub gier innych osób),
 - często wypowiada się nadmiernie bez uwzględnienia ograniczeń społecznych.
- D. Początek zaburzenia nie później niż w wieku 7 lat.
- E. Całościowość. Kryteria są spełnione w więcej niż w jednej sytuacji, np. połączenie braku uwagi i nadaktywności występujące i w szkole, i w domu lub zarówno w szkole, jak i w innych okolicznościach, gdzie dzieci są obserwowane, takich jak klinika (potwierdzenie takiej sytuacji występowania będzie wymagało informacji z więcej niż jednego źródła).
- F. Objawy A–C powodują istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.
- G. Zaburzenie nie spełnia kryteriów całościowych zaburzeń rozwojowych, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego ani zaburzeń lękowych.

Etiologia

Przyczyną jest zaburzone dojrzewanie struktur układu nerwowego (zmiany w obrębie DNA), którego „[...] ekspresja powoduje zmiany na poziomie biochemicznym i strukturalnym, a w konsekwencji zaburzenia specyficznych wzorców poznawczych i kontroli zachowania” (Wolańczyk, Komender, 2005).

Zaburzenie to jest dziedziczne, czyli uwarunkowane genetycznie. Jeśli wystąpiło u kogoś z bliskich krewnych, to ryzyko wystąpienia jest prawie siedmiokrotnie większe, jeśli tym bliskim krewnym był rodzic, ryzyko wzrasta nawet do 50% (Wolańczyk, Kolański, Skotnicka, 1999).

Specyficzne wzorce przetwarzania informacji

U osób cierpiących na to zaburzenie mogą występować specyficzne wzorce przetwarzania informacji. Jest to związane z funkcjonowaniem kory przedczołowej mózgu (procesy syntetyzacji, struktur podkorowych (proces analizy), spoidła wielkiego i mózdzku. Dziecko ma problem z analizą i syntezą napływających informacji.

Zaburzona jest równowaga pomiędzy neuroprzekaznikami; zaburzona równowaga pomiędzy dwoma neurotransmiterami, takimi jak noradrenalina oraz dopamina.

Dopamina odpowiada za stan gotowości do odbioru bodźców i informacji płynących z otoczenia. Jest również odpowiedzialna za odczytanie informacji nieważnych i utrzymywanie koncentracji na zadaniu. Zaburzenia dopaminy wpływają w dużym stopniu na funkcjonowanie osób z zaburzeniem hiperkinetycznym.

Noradrenalina powoduje, że organizm jest zdolny do szybkiego rozpoznania bodźca i jest w stanie szybko zareagować, jeśli sytuacja jest dla niego zagrożająca. Niedobór noradrenaliny wpływa na trudność w rozpoznawaniu sytuacji zagrożających. Jej nadmiar jest odpowiedzialny utrzymywanie organizmu w stanie pobudzenia.

Według Barkleya (1997) zmiany genetyczne oraz strukturalne mózgu dziecka cierpiącego na ADHD wpływają na jego zdolność do hamowania zachowania oraz odczucia reakcji, czyli wpływają na jego samokontrolę (Borkowska, Domańska, 2006).

Obraz kliniczny

Objawy, które występują u dziecka można pogrupować na objawy, które są zgodne z klasyfikacją oraz objawy i trudności dziecka występujące poza sferą kryterialną ale wpływające na aktywność życiową dziecka (Borkowska, Domańska, 2006).

Objawy kryterialne

Nadaktywność motoryczna, impulsywność zachowania oraz zakłócenia uwagi. Objawy nadpobudliwości psychoruchowej muszą występować do 7. roku życia. Obraz kliniczny zaburzenia zmienia się wraz z wiekiem. U niektórych dzieci objawy nadpobudliwości rodzice obserwują przed piątym rokiem życia (dzieci są bardziej płaczliwe, łatwo wpadają w rozdrażnienie, potrzebują mniej snu w porównaniu ze swoimi rówieśnikami, wykazują wzmozona ruchliwość, gdy zaczynają chodzić). Jednakże te objawy nie są wystarczające, aby móc na tak wczesnym etapie postawić diagnozę nadpobudliwości. Dopiero zekłnienie ze środowiskiem szkolnym lub zerówką wymaga od dziecka przystosowania się do panujących tam zasad i reguł. Siedzenie w ławce przez czas lekcji jest warunkiem trudnym do spełnienia ze względu na objawy (Wolańczyk, Kolański, Skotnicka, 1999). Dzieci mają trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach, które według nich nie mają końca, są monotonne i nudne oraz wymagają bardzo długiego czasu. Dzieci te potrafią zaangażować się w zadanie, które sami sobie wybrali, np. grać w ulubioną grę komputerową. W porównaniu do dzieci w tym samym wieku są bardziej aktywne. Działają dużo szybciej niż pomyślą, co powoduje częste wpadanie w kłopoty lub urazy fizyczne. Ich osiągnięcia szkolne często są niższe niż ich rówieśników ze względu na ich objawy (głównie w zakresie ekspresji słownej oraz organizacji myśli). Mają problemy w kontaktach z rówieśnikami. Często są nieposłuszne. Mają trudność w akceptacji autorytetów. Zdarza się, że nadaktywności i impulsywności towarzyszą zachowania agresywne. Potrzebują mniej snu niż ich rówieśnicy i mają problemy z zasypianiem.

Objawy utrzymują się u ok. 70% dzieci w wieku dojrzewania i do 30–50% w wieku dorosłym. Według badań chłopcy w wiek dorosły wkracają z mniejszą ilością objawów w porównaniu z dziewczynkami (Wolańczyk, Kolański, Skotnicka,

1999). U adolescentów na pierwszy plan wysuwają się problemy z koncentracją i trudności poznawcze. Mają niższą samoocenę i więcej problemów w kontaktach z rówieśnikami. Częściej niż ich rówieśnicy wpadają w uzależnienia oraz są bardziej narażeni na występowanie innych zaburzeń psychicznych (depresja, zachowania antyspołeczne, ryzyko popełnienia samobójstwa) (Wolańczyk, Komender, 2005).

Objawy pozakryterialne

Nadwrażliwość – łatwość powstawania różnych stanów emocjonalnych oraz silne reakcje, niewspółmierne do zaistniałego bodźca (Borkowska, Domańska, 2006).

Sfera motywacji – u dzieci z ADHD zaburzona jest sfera „samoregulacji wzbudzenia motywacyjnego”. Dzieci te mają trudności w funkcjonowaniu i wykonywaniu zadań bez zewnętrznego systemu motywacyjnego (Borkowska, Domańska, 2006).

Sfera funkcji wykonawczych – dziecko jest bardzo zależne od tego, co aktualnie ma miejsce, ponieważ ma problem z utrzymaniem w pamięci wydarzeń przeszłych. Ma to bezpośredni wpływ na trudność z planowaniem. Dziecko ma trudność z poczuciem czasowości. Kiedy w czasie lekcji lub innej sytuacji, gdy dziecko ma do wykonania jakies działania, następuje dłuższa przerwa, dziecko spowoduje więcej błędów w jego wykonaniu. Dzieci też słabiej zapamiętują sekwencje prezentowanych etapów zadania, ponieważ pamięć operacyjna nie zachowuje kolejności. Zdarza się, że poszczególne elementy są niesynchronizowane (Borkowska, Domańska, 2006).

Sfera społeczna – ze względu na wszystkie wyżej wymienione objawy dzieci mają trudność z wchodzeniem w relacje społeczne z rówieśnikami i osobami dorosłymi.

Leczenie

Praca z dzieckiem z nadpobudliwością powinna być zawsze wielokierunkowa i obejmować nie tylko dziecko, ale wszystkie systemy, w których ono funkcjonuje, również jego system rodzinny. W zakres pomocy powinno wchodzić poradnictwo dla dziecka, jak i jego rodziny, odziaływanie psychospołeczne, psychoterapia oraz farmakoterapia.

Istotnym elementem leczenia dziecka jest psychoedukacja. Odbarczenie dziecka i rodziny z poczucia winy, które często im towarzyszy i uświadomienie rodzicom skali objawów i problemów, z jakimi spotykają się na co dzień w kategorii zaburzenia, na jakie cierpi dziecko.

Na psychoedukację składa się również objaśnienie rodzinie, dziadkom oraz osobom, z którymi dziecko przebywa, specyfiki problemu, objawów, które wchodzą w składowe zaburzenia, przebiegu, metod postępowania. Nauczenie metod wychowawczych, które eliminują karę i są realnie skonstruowane do objawów i możliwości dziecka. Zastąpienie kary konsekwencją. Nauka poleceń, które będą krótkie, jasno będą przedstawiały cel. Nauka organizacji dnia codziennego, przypomniania o wykonaniu czynności. Eliminacja dystraktorów, które utrudniają wykonywanie zadań przez dziecko (miejsca do pracy, organizacja mycia w postaci kolejności wykonanych czynności, eliminowanie niepotrzebnych przedmiotów znajdujących się w zakresie percepcji dziecka).

Bardzo ważnym elementem jest również właściwe formułowanie pochwał wobec dziecka, poświęcanie mu pozytywnej uwagi.

Istotne znaczenie ma również współpraca ze środowiskiem szkolnym w celu efektywniejszej pomocy dziecku (ważne, aby dziecko siedziało w zasięgu wzroku nauczyciela najlepiej w pierwszej ławce z osobą spokojniejszą, sprawdzanie kilku-krotnie w czasie lekcji, czym zajmuje się dziecko i umijętne motywowanie go do pracy, sprawdzanie przed wyjściem z klasy czy dziecko zapisało niezbędne informacje. Ważne jest umieszczenie dziecka w klasie z małą liczbą uczniów wraz z nauczycielem wspomagającym, tak aby dziecko w razie potrzeby mogło wyjść z klasy i rozwiązać napięcie (podpisanie kontraktu). Ustalenie komplementarnych zasad do panujących w środowisku rodzinnym.

Podjęcie terapii rodzinnej będzie ważnym elementem wspierającym rodzinę. Pomocze zrozumieć zaistniałe zmiany w procesie funkcjonowania rodziny oraz emocje, które są związane z zaburzeniem dziecka. Nasilone objawy u dziecka oraz nasilenie zaburzeń emocjonalnych, obniżona samoocena, zachowania agresywnym są przesłanką do podjęcia dodatkowo psychoterapii indywidualnej dziecka.

Bibliografia

- Borkowska, R.A, Domańska, Ł. (2006). *Neuropsychologia kliniczna dziecka*. Warszawa Wydawnictwo Naukowe PWN.
- ICD-10 Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Badawcze kryteria diagnostyczne. Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Veas-lis”, 2007.
- Wolańczyk, T., Kotakowski, A., Skotnicka, M. (1999). *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Lublin: Wydawnictwo BiFolium.
- Wolańczyk, T., Komender, J. (2005). *Zaburzenia hiperkinetyczne*. W: I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Zaburzenia odżywiania

Zaburzenia odżywiania w niemowlęctwie i dzieciństwie

W klasyfikacji europejskiej zostały wyodrębnione, w tym dwa zaburzenia: *Pica* oraz *zaburzenia odżywiania*. Zaburzenia te są związane z odmową przyjmowania pokarmu, kapyrszenia, pomimo adekwatnych odpowiedzi i opieki ze strony opiekuna (Popek, 2005).