

dziewczęta i kobiety cierpiące na bulimię, aby podczas terapii unikały podejmowania pracy czy nauki związanej z jedzeniem (np. kelnerka, kucharka), jak również dalekich wyjazdów, drastycznych zmian otoczenia. Zaburzenie dotychczasowego rytmu dnia wiąże się z niebezpieczeństwem utraty kontroli nad swoimi przeżyciami i powrotu do nieprawidłowych nawyków żywieniowych.

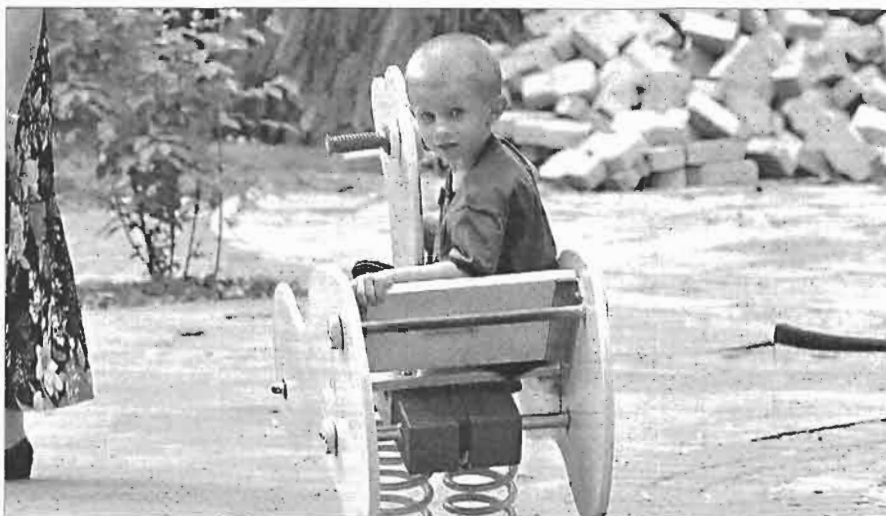
Podstawowym celem terapii jest przerwanie błędnego koła, które stanowi mechanizm chronicznego ujawniania się zaburzenia. Leczenie oparte na uznaniu konieczności przyjęcia specjalistycznej pomocy służyć ma zmianie patologicznych zachowań (tu: stosunku do pokarmu i ciała). W trakcie regularnych sesji terapeutycznych pacjentka uczy się, w jaki sposób (za: Abraham, Llewelyn-Jones, 1995, s. 44):

- wyrobić nowe podejście do własnego ciała oraz jedzenia; utrzymać swoją wagę w normalnych granicach; jeść przynajmniej trzy razy dziennie; unikać nieodpowiednich (godzących w zdrowie) sposobów odchudzania się czy też kontroli wagi; umieć rozpoznawać, kiedy jest w złym nastroju i rozumieć jego przyczyny; rozpoznać czynniki, które wyzwalają napady bulimii (np. uczucie osamotnienia, złości); znaleźć sposoby na konstruktywne radzenie sobie z problemami, inne niż uciekanie się do niepożądanego objadania się; diagnoza sytuacji rodzinnej i ustalenie nowego ładu służącego zdrowiu wszystkich jej członków. □

Autorka jest adiunktem w Instytucie Psychologii UAM w Poznaniu.

Bibliografia:

- Abraham, S., Llewelyn-Jones, D. (1995). *Anoreksja. Bulimia. Otyłość*. Warszawa: PWN.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1984). American Psychiatric Association. Washington: D.C. APA.
- Kinzel, J.F. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1127-1131.
- Powers, P. (1984). *Current treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Basel-New York: Karger.
- Yates, A. (1989). Current perspectives on the eating disorders: history, psychological and biological aspects. *Psychiatry*, 28, 6, 813-828.
- Wąsik – Sibrecht, M. (2000). *Rola nieadaptacyjnych przekonań w patogenezie bulimii nervosa*. Poznań (niepublikowany maszynopis rozprawy doktorskiej).



Droga do diagnozy ADHD cz. II

Iwona Turbiarz

Drogą do osiągnięcia sukcesu w pracy z dzieckiem nadpobudliwym jest w miarę szybkie rozpoznanie zespołu (można podejrzewać występowanie cech zespołu ADHD przed siódmym rokiem życia dziecka). Dzięki sprawnie postawionej diagnozie, dziecko można poddać oddziaływaniom terapeutycznym, a bliskim przedstawić problem, dać wskazówki do pracy z „trudnym” malcem. Dzięki temu unikniemy wielu komplikacji, powikłań, które do ADHD mogą się dołączyć. Rozpoznanie zespołu często stanowi trudność dla wielu specjalistów, stąd wiele dzieci trafia np. do poradni dla osób z autyzmem. Rozpoznaje się zespół Aspergera, zaburzenia emocjonalne lub po kilkutygodniowej obserwacji dziecko zostaje wypisane z oddziału psychiatrycznego bez postawionej diagnozy.

Nomenklatura

Tak jak ewoluowały opinie na temat pochodzenia zespołu ADHD, tak też zmianie ulegało nazewnictwo. W literaturze przedmiotu pojawiały się takie terminy, jak: niespokojne dzieci, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zespół hiperkinetyczny, zespół nadruchliwości, zespół minimalnego uszkodzenia mózgu lub minimalnej dysfunkcji mózgu, zespół deficytu uwagi i nadruchliwości (ZDUN), nerwowość dziecięca. Obecnie obowiązują dwie nazwy – zespół hiperkinetyczny lub zaburzenia hiperkinetyczne – stosowane w klasyfikacji chorób ICD-10 oraz zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (ADHD) – przyjęty w Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV.

Przyczyny zespołu

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej nie jest zjawiskiem nowym. Po raz pierwszy

zdiagnozowano go blisko 150 lat temu. Od tego czasu powstało wiele teorii na temat pochodzenia i uwarunkowań ADHD.

Długo utrzymywało się twierdzenie, że bezpośrednią przyczyną nadpobudliwości psychoruchowej są **mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego** (już w 1902 roku Still przedstawił hipotezę, iż przyczyną zespołu jest łagodne uszkodzenie mózgu). Na przestrzeni lat przeprowadzono wiele badań, w wyniku których okazało się, że taką diagnozę można postawić jedynie w stosunku do niewielkiej grupy dzieci. W ich przypadku mikrouszkodzenia dotyczą określonych obszarów mózgu.

Kolejna teoria główny nacisk położyła na **uwarunkowania środowiskowe**. Winą za zachowanie dziecka obarczono rodziców. Ten pogląd jest popularny do dzisiaj – gdy mamy do czynienia z nadpobudliwym dzieckiem istnieje podejrzenie dysfunkcyjności rodziny (skoro dziecko bije innych, przeklina, to na pewno wyniosło

to z domu) lub rodzinie niewydolnej wychowawczo (pobłażliwi, niekonsekwentni rodzice).

Wystąpienie zespołu nadpobudliwości tłumaczono również **przewlekłym zatruciem ołowiem lub alergią pokarmową**. Istotnie u dzieci, które cierpią z powodu alergii, można zauważyć większą drażliwość, nadruchliwość, a nawet impulsywność. Jednak przeprowadzone badania nie potwierdziły i tej tezy. Duże znaczenie w badaniach przypisuje się obecnym w pożywieniu barwnikom, konserwantom, czy też spożywaniu przez dzieci rafinowanego cukru.

Badania z lat 90. potwierdzają hipotezę o genetycznym uwarunkowaniu zespołu nadpobudliwości psychoruchowej. Obserwacja rodzin, w których wychowywało się dziecko z ADHD, wykazała, że ryzyko wystąpienia zespołu u dziecka wynosi 50%, jeśli któregoś z rodziców również jest dotkniętych tego typu dysfunkcją. Tezę tę także potwierdziły badania na bliźniętach jednojajowych. Zatem **podłoże biologiczne** odgrywa główną rolę w powstawaniu zespołu.

Co się dzieje w mózgu?

Odpowiedzialnością za objawy ADHD obarcza się specyficzne wzorce pracy mózgu. U ludzi dotkniętych nadpobudliwością psychoruchową zaburzona jest równowaga pomiędzy dwoma hormonami mózgowymi – **noradrenaliną i dopaminą**. Wydaje się, że ważną rolę odgrywa także **serotonina** odpowiadająca za dobry nastrój, pozytywne myślenie, regulację snu.

Działanie noradrenaliny ułatwia *mobilizację całego organizmu do odpowiedzi* określanej jako ucieczka lub walka (flight or fight). Jej znaczenie jest istotne w fazie reakcji alarmowej organizmu – pomaga rozpoznać zagrożenie i odpowiednio szybko zadziałać. Jej niedobór prowadzi do niedocenienia niebezpieczeństwa, natomiast nadmiar do ciągłego pobudzenia organizmu. Dopamina zaś jest odpowiedzialna za procesy regulujące koncentrację na wybranym bodźcu, pozwala przefiltrować informacje docierające do organizmu, odrzucając nieważne. Jak widać, zakłócenia poziomu tego hormonu odgrywają kluczową rolę w powstawaniu zaburzeń koncentracji uwagi.

Różnicowanie diagnostyczne

Różnicowanie diagnostyczne obejmuje choroby somatyczne i zaburzenia psychiczne (za: Wolańczyk). Aby lekarz bądź psycholog mógł postawić diagnozę o zespole nadpobudliwości, rodzice najpierw powinni zgłosić się z dzie-

ciem do laryngologa i okulisty, aby wykluczyć wadę słuchu lub wzroku. Dziecko powinno być także zbadane przez neurologa.

Występujące u dziecka problemy z koncentracją uwagi mogą być efektem **chorób somatycznych**, takich jak: astma, nadczynność tarczycy, choroby reumatyczne, wątroby, wady serca lub innych organicznych zaburzeń. Mogą to być wolno rosnące guzy, zapalenia mózgu, choroby zwyrodnieniowe, płasawica mniejsza. Zespół ADHD często zdarza się pomylić z padaczką, a masywne zaburzenia uwagi, w przypadku nadpobudliwości, za typowe dla padaczki napady „wyląceń”.

W przypadku **zaburzeń psychicznych** bierzemy pod uwagę niski iloraz inteligencji (w sytuacji, gdy wykonanie zadania przeraża możliwości dziecka, pojawiają się objawy podobne do zaburzeń koncentracji uwagi). W przypadku tej grupy zaburzeń różnicowanie obejmuje zaburzenia lękowe, depresję, manię, całościowe zaburzenia rozwoju.

Nie sposób nie wspomnieć tu jeszcze o wpływie **czynników środowiskowych**. Bardzo ważne jest bliższe przyjrzenie się dziecku, gdyż przyczyną problemów ze skupieniem uwagi, niepokoju może być wykorzystywanie seksualne, przemoc fizyczna i psychiczna.

Zaburzenia współwystępujące

Izolowane ADHD (w czystej postaci) występuje jedynie w 20% przypadków. Niestety do zespołu dołączają się powikłania – blisko 76% dzieci prezentuje zachowania opozycyjno-buntownicze, a 4% zaburzenia zachowania.

Według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) możemy mówić o opozycyjno-buntowniczych zachowaniach (ODD – Opposite Defiant Disorder) i zaburzeniach zachowania (CD – Conduct Disorder).

- **Zachowania opozycyjno-buntownicze** – dziecko łatwo wpada w złość, zachowanie to jest niewspółmierne do wywołującego je bodźca. Dziecko często kłóci się z dorosłymi, przeciwstawia się im, odrzuca ich wymagania, ma trudności ze spełnianiem reguł. Sprawia wrażenie osoby, która lubi drażnić innych, wywoływać u nich uczucie gniewu. Odpowiedzialnością za własne zachowania i pomyłki obarcza innych, jest rozdrażnione, łatwo wyprowadzić je z równowagi. Cechuje je skrajność odczuć – od gniewu po rozżalenie. Obserwuje się także zachowania mściwe lub złośliwe.

- **Zaburzenia zachowania** – wiążą się z poważnymi wykroczeniami, łamaniem pra-

wa. Dzieci często kłamią w celu uzyskania korzyści, są inicjatorami bójek. Przejawiają fizyczne okrucieństwo wobec ludzi i zwierząt, są sprawcami podpażeń, kradzieży, włamań, uciekają z domu, wagarują.

Ważnym czynnikiem prowadzącym do powstania tych zaburzeń jest izolacja społeczna, odrzucenie przez rówieśników. W poszukiwaniu zrozumienia, przyjaźni, wsparcia, dziecko z zespołem ADHD natrafia na grupy patologiczne, gangi, które chętnie asymilują nadpobudliwe, impulsywne, nie przewidujące konsekwencji swych zachowań i spragnione akceptacji osoby.

Współwystępowanie ADHD i zaburzeń zachowania upośledza społeczne funkcjonowanie dziecka, rzutuje na jego pozycję w rodzinie, wiąże się także z problemem utrzymania się w szkole, ukończeniem jej, a w końcu znalezieniem pracy. Nasila się także prawdopodobieństwo popadnięcia w konflikt z prawem.

Z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej może współwystępować **syndrom Tourette'a** – zespół tików ruchowych i głosowych. Są to liczne echopraksje, pochrząkiwania, „szczekający” kaszel, mimowolne wykonywanie gestów o charakterze obscenicznym, używanie wulgaryzmów.

Kryteria diagnostyczne

Diagnozę ADHD można postawić w oparciu o kwestionariusze diagnostyczne. Wywiad należy zobiektywizować poprzez zebranie informacji o tym, jak dziecko funkcjonuje w innym środowisku niż rodzina (np. z nauczycielem, trenerem itp.). Rozpoznanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej jest trudne, opiera się głównie na wywiadzie zebrany od rodziców, obserwacji dziecka (nieestety w gabinecie nie jest to miarodajne, najlepiej jednak obserwować dziecko w naturalnych warunkach). Rzetelna diagnoza może zostać postawiona po dłuższym kontakcie z dzieckiem oraz znajomości kryteriów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi. □

Autorka jest pedagogiem w szkole podstawowej, prowadzi warsztaty dla rodziców dzieci nadpobudliwych.

Bibliografia:

- P. Cooper, K. Ideus, *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową*. Wydawnictwo Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2001.
Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M., *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*, Bifolium, Lublin 1999.