

Spis treści

O autorach	7
O autorów	8
Wstęp.....	9
Rozdział 1. ADHD – fakty	11
Rozdział 2. ADHD – ponownie odkryte	22
Rozdział 3. ADHD – przyczyny	30
Rozdział 4. Zachowania, które sprawiają problemy rodzicom	42
Rozdział 5. Współczesne spojrzenie na ADHD – czteroczęściowy problem.....	58
Rozdział 6. Stany współwystępujące.....	67
Rozdział 7. Znaczenie dobrego i złego wychowania	78
Rozdział 8. ADHD – stawianie diagnozy	89
Rozdział 9. Stresy rodziców i rodzeństwa.....	108
Rozdział 10. Jak poprawić zachowanie dziecka?	117
Rozdział 11. Praktyczne rozwiązania typowych problemów z zachowaniem	136
Rozdział 12. Poprawianie wyników w szkole – rady dla rodziców i nauczycieli.....	145
Rozdział 13. Inne terapie i dieta.....	162
Rozdział 14. Lekarstwa – fakty	173
Rozdział 15. Przepisywanie (stymulantów).....	194
Rozdział 16. Inne lekarstwa	211
Rozdział 17. Lekarstwa – wszystkie pytania, jakie chcielibyście zadać	223
Rozdział 18. ADHD u dzieci poniżej piątego roku życia	247
Rozdział 19. Podnoszenie poczucia własnej wartości.....	256
Rozdział 20. Wybieranie właściwych dyscyplin sportu, hobby i innych rodzajów aktywności	264
Rozdział 21. Dorośli z ADHD	270
Rozdział 22. Towarzyszące ADHD problemy z nauką i językiem	286

Rozdział 23. Jak pomagać przy problemach z czytaniem?	298
Rozdział 24. Jak pomagać przy problemach z językiem?	304
Rozdział 25. Jak pomagać w pisaniu ręcznym i koordynacji?	310
Rozdział 26. Obalanie mitów	314
Dodatek I. Kryteria diagnostyczne dla nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (DSM-IV 1994) ..	329
Dodatek II. Kryteria diagnostyczne dla zaburzeń opozycyjno- -buntowniczych (DSM-IV 1994)	333
Dodatek III. Kryteria diagnostyczne dla zaburzeń zachowania (DSM-IV 1994).....	335
Dodatek IV. Kryteria diagnostyczne dla zaburzeń tikowych i syndromu Tourette'a (DSM-IV 1994)	338
Dodatek V. Kryteria diagnostyczne dla większych epizodów depresyjnych i maniakalnych (kryteria dla dorosłych) (DSM-IV 1994).....	341
Dodatek VI. Skala oceny ADHD Uniwersytetu Massachusetts ...	345
Dodatek VII. Testy wytrwałości, pamięci i uwagi.....	348
Dodatek VIII. Ilościowe EEG (QEEG) – mapowanie mózgu.....	350
Dodatek IX. Obrazowanie mózgu w ADHD	352
Dodatek X. Interpretowanie WISC-III.....	356
Dodatek XI. Testy neuropsychologiczne	358
Dodatek XII. Stymulanty – efekty uboczne	360
Dodatek XIII. Nietolerancja pokarmowa – leczenie przez dietę ..	362
Dodatek XIV. Programy komputerowe pomagające w nauce	371

Wstęp

Dzięki Bogu dziś większość specjalistów przyjmuje nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi (ang. *attention deficit hyperactivity disorder* – ADHD) jako ważną kondycję dzieciństwa. Wszędzie dookoła nas ADHD powoduje, że inteligentne dzieci nie dają sobie rady w szkole i mimo właściwego wychowywania sprawiają kłopoty w domu. Przy dzisiejszej świadomości tego stanu rzeczy specjaliści i rodzice potrzebują praktycznych, najświeższych informacji w kwestii tego, jak można pomóc tym dzieciom, a celem niniejszej publikacji jest zaspokojenie tej potrzeby.

Zrozumieć ADHD prezentuje jasny przegląd tego skomplikowanego stanu. Staramy się tu uwypuklić, że w ADHD chodzi nie tylko o deficyt uwagi czy też nadaktywność – jest to stan składający się z czterech elementów. Pierwszy z nich dotyczy problemów z uwagą, pamięcią i brakiem możliwości wykorzystania swoich możliwości w nauce. Drugi to żywe, impulsywne i słabo kontrolowane zachowania. Następnie mamy stany współwystępujące z ADHD, takie jak dysleksja, zaburzenia opozycyjno-buntownicze czy zaburzenia zachowania, które nie są właściwą częścią tej choroby, ale w wielu przypadkach powiększają problem. Czwarty element to wpływ środowiska życiowego dziecka: młody człowiek, który jest akceptowany i otoczony opieką, będzie sobie radzić o wiele lepiej niż dziecko, które styka się z przemocą, wrogością i krytyką. Książka zawiera również przegląd najnowszych leków oraz wyjaśnienie podobnych i nakładających się na ADHD problemów, takich jak depresja, lęki, zespół Aspergera, zaburzenia snu i choroba afektywna dwubiegunowa.

Wciąż trwa dyskusja na temat najlepszych sposobów diagnozowania ADHD, relatywnego znaczenia różnych rodzajów terapii oraz przypuszczalnych, ale jeszcze nieudowodnionych długoterminowych korzyści z przyjmowania leków stymulujących. Różnice zdań w tych i innych nierozwiązanych kwestiach są nieistotne dopóty, dopóki wszyscy dążymy do osiągnięcia tego samego celu, jakim jest pomaganie

chorym dzieciom we wkraczaniu w dorosłość z możliwie najlepszym wykształceniem, wysokim poziomem pewności siebie, przydatnymi umiejętnościami życiowymi oraz nieuszkodzonymi relacjami rodzinnymi. Jeśli wszyscy razem będziemy pracować dla tego celu, następna dekada będzie dużo łatwiejsza zarówno dla tych dzieci, jak i ich zestresowanych rodziców.

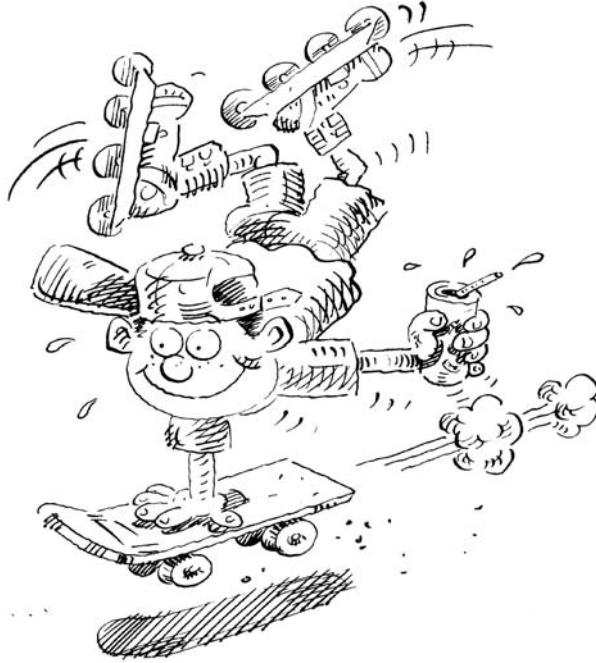
Niniejsza książka to tekst pełen sprawdzonych, praktycznych propozycji, które działają zarówno w domu, jak i szkole. Tym, którzy będą chcieli pogłębić swoją wiedzę, polecamy znajdujące się na końcu książki dodatki, zawierające aktualne kryteria diagnostyczne, kwestionariusze dla rodziców i nauczycieli czy informacje na temat programów komputerowych pomagających w nauce.

Zapoznacie się tu z bardzo indywidualnym, a mimo to aktualnym, punktem widzenia na ADHD. Z pewnością znajdą się osoby, które nie zgodzą się z niektórymi tezami postawionymi w tej publikacji. Naszą intencją jest jedynie to, abyście przeczytali tę książkę, a następnie, ustosunkowując się do niej, pomogli dziecku znajdującemu się pod waszą opieką.

Christopher Green i Kit Chee, 2001

Rozdział 1

ADHD – fakty



Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi (ADHD) nie jest zjawiskiem nowym: po raz pierwszy stan ten został opisany prawie sto lat temu, a dobroczynne efekty leków stymulujących są dobrze znane od ponad połowy wieku.

Dzisiaj, kiedy mówimy o ADHD, mamy na myśli niewielkie, ale widoczne odchylenie w normalnym funkcjonowaniu mózgu. Powoduje ono, że inteligentne dziecko osiąga gorsze od spodziewanych wyniki w nauce i zachowuje się źle, mimo iż otoczone jest opieką najwyższej jakości. Ten zestaw objawów był niegdyś nazywany nadaktywnością, następnie zaburzeniem z deficytem uwagi, a obecnie zyskał miano nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Przy tak dużym dzisiejszym zainteresowaniu ADHD można by pomyśleć, że jesteśmy dotknięci epidemią. Wbrew pozorom ADHD nie występuje obecnie częściej niż w przeszłości – staliśmy się po prostu lepsi w rozpoznawaniu tego bardzo realnego stanu, na który wcześniej nie zwracano uwagi lub który błędnie diagnozowano. Jednak mimo wzrostu wiedzy na ten temat wiele dzieci wciąż pozostaje niezdiagnozowanych. Zdezorientowani rodzice są świadkami nieadekwatnych osiągnięć swojego dziecka w szkole, co przekłada się na ogromne napięcie w domu. Specjaliści są często równie nieświadomi; niektórzy wciąż uważają, że ADHD to przejściowa moda albo kiepska wymówka dla niekompetentnego wychowania. Niektórzy przedstawiciele starej szkoły psychiatrii dziecięcej nadal postrzegają ADHD jako przejaw dysfunkcji i problemów w rodzinie dziecka. Na szczęście obwinianie rodziców zdarza się coraz rzadziej, a nauka ugruntowuje inne poglądy na temat przyczyn występowania tego stanu.

Ponieważ ADHD jest powodowane przez subtelne odchylenie w działaniu mózgu, z początkami tego stanu mamy do czynienia już przy urodzeniu. Stopień trudności zależy od ostrości problemu dziecka oraz od tego, jak otoczenie radzi sobie z jego zachowaniem i edukacją. Nie można zmienić jego wrodzonej predyspozycji, ale z całą pewnością jesteśmy w stanie wpłynąć na środowisko domowe i szkolne, by w ten sposób pomóc dzieciom zachowywać się najlepiej, jak to możliwe, oraz wykorzystać maksimum ich potencjału.

Fakty na temat ADHD

Jako że wśród współczesnych rodziców wciąż zdarza się niewiedza na temat istoty ADHD, zacznijmy od podania podstawowych informacji o tym stanie.

- ADHD jest rzeczywistym stanem chorobowym, który do pewnego stopnia dotyka w przybliżeniu od 2 do 5% wszystkich dzieci.
- Mówi się, że koncepcja ADHD jest kontrowersyjna, ale tak naprawdę dziś jakakolwiek kontrowersja dotycząca realnego istnienia tego stanu jest możliwa tylko w mediach, nie w kręgach profesjonalistów.

- Kiedy media przedstawiają jakieś okropne zachowanie albo działania kryminalne jako typowe dla ADHD, podają nieprawdę. ADHD samo z siebie nie sprawia, że dziecko działa w złej wierze albo jest umyślnie antyspołeczne. Tego typu problemy to przejaw ciężkich zaburzeń opozycyjno-buntowniczych (ang. *oppositional defiant disorder* – ODD) lub zaburzeń zachowania (*conduct disorder* – CD). Zaburzenia te mogą być związane z ADHD, ale nie są integralną częścią stanu, który opisujemy.
- ADHD to biologiczny, dotyczący mózgu stan, którego przyczyną jest niewielki błąd w precyzyjnym dostrojeniu normalnego mózgu (drobna dysfunkcja mózgu).
- Uważa się, że ADHD jest związane z brakiem równowagi pomiędzy neuroprzekaznikami: noradrenaliną i dopaminą. Nierównowaga ta pojawia się w głównej mierze w tych częściach mózgu, które są odpowiedzialne za samoobserwację i nakładanie hamulców na niemądre zachowania (płaty czołowe oraz ich głębokie połączenia – jądra podstawne i mózdzek).
- Te obszary dysfunkcji są obecnie odkrywane przez badaczy wykorzystujących do tego różne techniki skanowania mózgu: pozytonową tomografię emisyjną (ang. *positron emission tomography* – PET) oraz wolumetryczne, funkcjonalne obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (ang. *functional magnetic resonance imaging* – fMRI).
- ADHD objawia się na dwa sposoby: poprzez impulsywne, słabo kontrolowane zachowanie (zachowanie nadaktywno-impulsywne) oraz problemy z uwagą, pamięcią krótkotrwałą i uczeniem się (problemy deficytu uwagi i uczenia się). Dziecko może przejawiać jeden z tych objawów osobno, ale najczęściej ADHD obejmuje połączenie obu elementów.
- Dla ADHD rozpoznawane są znaczniki genetyczne.
- Zachowania te i problemy z uczeniem się nie występują wyłącznie przy ADHD. Wszyscy mamy z nimi do czynienia, ale w dużo mniejszym stopniu. Aby kwalifikować się do takiej diagnozy, dziecko musi znacząco odstawać od innych maluchów na tym samym poziomie rozwojowym i przy takim samym standardzie wychowania.
- Nie da się wyraźnie zdefiniować granicy pomiędzy normalnym, lecz trudnym temperamentem i ADHD. Aby zdiagnozować ADHD,

trzeba wskazać sześć z dziewięciu problematycznych zachowań (dodatek I). Dziecko prezentujące cztery lub pięć z tych trudnych zachowań może nie spełniać wszystkich kryteriów diagnostycznych, ale wciąż będzie trudne do wychowywania.

- Środowisko dziecka nie może być przyczyną ADHD, ale wpływa na ostrość stanu oraz jego następstwa. Dziecko prezentujące sześć trudnych zachowań, które ma wyjątkowego nauczyciela i świętą matkę, może nie wymagać leczenia. Z drugiej strony młodzieniec prezentujący pięć spośród dziewięciu cech charakterystycznych tej choroby oficjalnie nie spełnia kryteriów diagnozy, ale może wymagać leczenia, jeśli jest otoczony słabą opieką w domu i szkole.
- Dieta nie jest już postrzegana jako ważny czynnik w ADHD. Niektóre dzieci źle reagują na pewne sztuczne lub naturalne substancje, znajdujące się w jedzeniu. Może to mieć miejsce również w przypadku dzieci, które nie mają ADHD. Nietolerancja pokarmowa nie powoduje ADHD, chociaż czasami pogarsza ten stan.
- ADHD jest stanem silnie dziedzicznym. Większość dzieci z ADHD posiada bliskiego krewnego (zazwyczaj płci męskiej) dotkniętego tym samym problemem. Dysleksja rozwojowa, często związana z ADHD, również często bywa dziedziczona.
- ADHD jest głównie „chłopięcym” problemem. Chłopcy są sześć razy częściej przysyłani po pomoc niż dziewczynki. Mówi się, że rzeczywisty wskaźnik ADHD w społeczeństwie wynosi trzech chłopców na jedną dziewczynkę. Wiele dziewczynek pozostaje niezdiagnozowanych, ponieważ z natury są one mniej destrukcyjne i nie skarżą się tak często, jak płęć męska. Często zdarza się, że mimo problemów w szkole nie są przysyłane do kliniki, ponieważ nie przejawiają złego zachowania.
- ADHD jest stanem długoterminowym, który wpływa na uczenie się i zachowanie w latach szkolnych. Około 60–70% dzieci zabiera ze sobą ów stan w dorosłość. Z wiekiem rośnie tendencja do przesuwania się od nerwowych, impulsywnych zachowań w kierunku nieuwagi, braku wytrwałości w realizacji zadań, niedostatecznej pamięci krótkotrwałej i frustracji związanych z nauką. To te szczałkowe właściwości ADHD przysparzają większości problemów na-

stolatkom i dorosłym. Kiedy dziecko dorasta, ADHD pozostaje, ale zmienia charakter. Leczenie dorosłego nierzadko przynosi spektakularne efekty.

- Uważa się, że częstotliwość występowania ADHD jest w przybliżeniu taka sama w większości krajów i ras. To, że wskaźnik ów jest różny w poszczególnych krajach świata, jest spowodowane różnym poziomem wiedzy specjalistycznej w tych regionach.
- Niektórzy rodzice wiedzą, że ich dziecko jest inne, już w momencie jego urodzenia albo nawet kiedy wciąż jeszcze przebywa ono w łonie matki. Mniej więcej połowa rodziców twierdzi, że ich dziecko od pierwszego kroku pozostaje bez przerwy w ruchu.
- Niektóre przedszkolaki są błędnie opisywane jako „nadaktywne”. W rzeczywistości nie mają one żadnego innego problemu poza normalną ruchliwością i brakiem zdrowego rozsądku, charakterystycznym dla tak młodego wieku.
- Większość rodziców po raz pierwszy zaczyna podejrzewać, że ich dziecko z ADHD odstaje od innych dzieci, kiedy maluch ma od dwóch i pół do trzech lat. Jednak w związku z bardziej swobodnym, mniej wymagającym życiem przedszkolnym większość z tych dzieci radzi sobie dobrze aż do pierwszego lub drugiego roku szkoły.
- Niewielka mniejszość dwu-, trzy- i czteroletków kwalifikuje się do leczenia. W tym wieku zachowania, które zmuszają nas do interwencji, to niska tolerancja na frustrację, nieprzewidywalne wybuchy, ataki na inne dzieci i zawieszenie w przedszkolu (rozdział 18).
- Jeśli ADHD powoduje konflikty w młodym wieku, należy podejść do tego poważnie. Kiedy rodzice nie mogą poradzić sobie z trzylatkiem, tracą pewność siebie albo stają się nadmiernie surowi. Używają siły albo obierają nieprzyjazne i krytyczne podejście do wychowania. To z kolei prowadzi do powstania trwałego stanu urazy, będącego ziarnem nieodwracalnych szkód w relacji. Jeśli trudne dziecko wcześniej otrzyma akceptację, opiekę i wsparcie, w dużym stopniu ogranicza to ryzyko buntowniczego zachowania i innych negatywnych następstw choroby.
- Nauczyciele dzieci z ADHD mówią nam, że w szkole „takie dzieci są roztargnione, destrukcyjne i potrzebują indywidualnego opiekuna,

aby realizować program”. Są zdezorientowani, kiedy inteligentne dziecko źle się zachowuje i nie wykorzystuje swojego intelektu.

- Typowe problemy szczególnie dobrze widać na placu zabaw, ponieważ dziecko błędnie odczytuje sygnały społeczne, podchodzi do zabawy ze zbyt dużym zaangażowaniem i przesadnie reaguje na dokuczanie. Czasami nauczyciele opisują takie dziecko jako „znane wszystkim, ale nie lubiane przez nikogo”. Ma to ogromne implikacje dla poczucia własnej wartości malucha.
- W przybliżeniu połowa dzieci, które prezentują zachowania charakterystyczne dla ADHD, dotknięta jest również innymi problemami związanymi z uczeniem się, na przykład dysleksją, zaburzeniami mowy albo trudnościami w uczeniu się matematyki. Nie są to problemy powodowane przez ADHD, tylko stany powiązane albo współwystępujące. Leczenie ADHD nie leczy specyficznych trudności w uczeniu się, ale sprawia, że dziecko staje się bardziej otwarte na pracę korekcyjną.
- W szkole dwa elementy ADHD (zachowanie nadaktywno-impulsywne oraz problemy z deficytem uwagi i uczeniem się) objawiają się na różne sposoby. Nadaktywne, impulsywne, niekontrolowane zachowania powodują, że dziecko spieszy się z wykonywaniem zadań, wolno uspokaja się po przerwie, stuka i wierci się, krzyczy w klasie i nie jest w stanie sprawdzić pracy, zanim odda ją nauczycielowi. Problemy z deficytem uwagi dotyczą organizacji, rozpoczęcia pracy, umiejętności słuchania, kończenia zadań, tendencji do rozpraszania się i pamięci krótkotrwałej.
- Problemy z pamięcią krótkotrwałą utrudniają zapamiętywanie pracy domowej. Dziecko zna odpowiedzi na pytania z danego zakresu jeszcze wieczorem w przeddzień testu, ale ulatniają się one do następnego dnia. Szczególnie trudne jest wówczas uczenie się tabliczki mnożenia. Problemy z pamięcią mogą być przyczyną trudności w rozumieniu czytanego tekstu, ponieważ dziecko z ADHD do momentu skończenia rozdziału zapomina, co było na jego początku.
- Większość dzieci z ADHD prezentuje mieszankę nadaktywnych i impulsywnych zachowań oraz problemów z nauką i deficytem uwagi. Jednak zaskakująco duża ich liczba jest obecnie diagnozo-

wana jako posiadająca ADHD z przewagą zaburzeń uwagi (czyli głównie problemów z uczeniem się). Dzieci na najdalszym krańcu tej grupy są spokojne, sensne, wolno się poruszają, są niezorganizowane, nieuważne i nie osiągają spodziewanych wyników w szkole. Pozostają niezdiagnozowane aż do wieku około dziesięciu lat, kiedy automotywacja staje się niezbędna do osiągnięcia szkolnych sukcesów. Nie sprawiają kłopotów związanych z zachowaniem; po prostu zaczynają odstawać i po cichu toną.

- Nadaktywność sama w sobie nie jest zachowaniem wymagającym leczenia. W przypadku nadaktywnych, impulsywnych dzieci problem bierze się z braku kontroli nad impulsami i ciągłych wymagań. To nie aktywność sprawia, że są tak nieprzewidywalne i trudne do wychowywania.
- Dzieci z ADHD są ofiarami szkolnych dręczycieli, ponieważ przesadnie reagują na dokuczanie. Chociaż nie wywołują incydentu, są obwiniane o bójkę, która po nim następuje.
- Słaba kontrola impulsów sprawia, że dziecko z ADHD jest narażone zarówno na wypadki fizyczne, jak i werbalne. Wciąż potyka się, przewraca, sprawia wrażenie głupiego i strzela gafy. Dzieci z ADHD od świtu do zmierzchu nudzą i żądają – ta niestanna presja generuje wielkie napięcie.
- Większość dzieci z ADHD posiada społeczną i emocjonalną dojrzałość dziecka w wieku dwóch trzecich ich własnego wieku. Częstymi zarzutami wobec nich jest brak emocjonalnego rozumienia, niezależności i zdrowego rozsądku.
- Specjaliści są uczeni, że zła jakość wychowania powoduje rozwój złego zachowania u dziecka. W przypadku ADHD jest na odwrót: to trudne dziecko sprawia, że dobrzy, kompetentni rodzice wydają się nieudolni.
- Ojcowie są zazwyczaj bardziej skuteczni w radzeniu sobie z dziećmi z ADHD niż matki. Nie są lepszymi rodzicami – po prostu mają donośniejszy głos i są mniej „wyeksploatowani”, ponieważ mniej przebywają w domu.
- ADHD jest w dużym stopniu dziedziczne. Relacja rodzica z ADHD z dzieckiem z ADHD może być niezbyt spokojna i przemyślana.

Ponieważ w większości domów to matki gwarantują stałość, radzenie sobie z zachowaniem dziecka może być łatwiejsze, jeśli dotknięty ADHD rodzic to ojciec.

- Leczenie ADHD obejmuje poradnictwo behawioralne, wsparcie w szkole i zastosowanie leków stymulujących.
- Dzieci z ADHD działają bez zastanowienia, a nagrody przynoszą im mniej satysfakcji. To sprawia, że techniki behawioralne, które działają tak dobrze w przypadku innych zaburzeń dziecięcych, są dużo mniej efektywne w odniesieniu do maluchów z tą chorobą. Kiedy wydaje się już, że nic nie działa, rodzice często rezygnują z dyscypliny i wtedy są niesłusznie obwiniani za trudne zachowanie, które doprowadziło do takiej decyzji.
- Każdy specjalista od zachowania, który zaleca standardowy program behawioralny lub sugeruje rodzicom kurs efektywności, prawdopodobnie ma niewielkie doświadczenie w radzeniu sobie z ADHD.
- Lekarstwo stymulujące jest kluczowe w leczeniu ADHD. Podczas dużego, odbywającego się w wielu ośrodkach badania, przeprowadzonego w 1999 roku w Ameryce Północnej, przeanalizowano relatywne korzyści ze stosowania różnych kombinacji kuracji medycznych, edukacyjnych i psychologicznych w przypadku ADHD. Rezultaty sugerują, że bez początkowego podania leku wiążącego z większą skutecznością innych technik jest stosunkowo nieskuteczna. W przypadku zbadanej grupy 579 dzieci z ADHD (typ łączny) uważnie dobrana kuracja farmakologiczna okazała się lepsza niż sterowanie behawioralne i rutynowa opieka pozaszpitalna. Stymulanty pomagają dziecku skupić się i słuchać oraz ułatwiają nawiązanie z nim kontaktu. Zanim będziemy w stanie zacząć uczyć, musimy nawiązać kontakt.
- Korzyści z kuracji stymulującej są często błędnie przedstawiane w mediach, a także przez źle poinformowanych specjalistów. Kiedy stymulant jest używany poprawnie, stanowi środek zarówno bezpieczny, jak i zdumiewająco pozbawiony efektów ubocznych. Jest to bez wątpienia najskuteczniejsza forma terapii ADHD.
- Stymulanty Ritalin i dekstroamfetamina są stosowane od czterdziestu lat. Ponad 155 kontrolowanych testów wykazało ich skuteczność i bezpieczeństwo. Około 80–90% dzieci z ostrym ADHD

w krótkim czasie reaguje na jeden ze stymulantów. Przypuszcza się, że lekarstwa te przynoszą długoterminowe korzyści, jednak nie zostało to jeszcze udowodnione.

- Lekarstwo stymulujące jest krewnym amfetaminy, ale nie powoduje nadużywania tej substancji i nie uzależnia. Lek ten sprawia, że rozkojarzonemu dziecku udaje się skoncentrować na rzeczywistości, a nikt jeszcze nie uzależnił się od rzeczywistości.
- Naturalne środki są często promowane jako bezpieczniejsze od stymulantów i równie skuteczne. Jednak nie zostały one poddane takim samym naukowym próbom i testom bezpieczeństwa, jakie są wymagane w przypadku lekarstw. To, że produkt ma pochodzenie roślinne, nie oznacza, że jest bezpieczny: opium, naparstnica, grzybki halucynogenne i tabaka to też naturalne substancje.
- Lekarstwo może być podawane tylko po pełnym zapoznaniu rodziców z jego działaniem i wyrażeniu przez nich zgody. Jeśli istnieje jakakolwiek wątpliwość co do korzyści albo niepokój związany z efektami ubocznymi, rodzice muszą natychmiast przerwać podawanie środka i porozmawiać z lekarzem, który go przepisał. To rodzice decydują, a nie lekarze.
- Przy jakiegokolwiek interwencji medycznej należy dokładnie porównać korzyści z całym potencjalnym ryzykiem. Przeciwnicy lekarstw wskazują na niejasne, opisane drobnym drukiem efekty uboczne, ale nie wspominają o głównym ryzyku, czyli zaniedbaniu leczenia. Każdego roku impulsywne, niemyślące dzieci z ADHD niepotrzebnie doznają uszkodzeń fizycznych lub giną w wypadkach. Niezliczone rodziny nieleczonych dzieci nie są w stanie obdarzać miłością swoich trudnych pociech, a zniszczona przez to relacja może nigdy nie zostać uzdrowiona.
- Zaburzenia opozycyjno-buntownicze są stanem współwystępującym, spotykanym u 40 do 60% dzieci z ADHD. Dziecko z ADHD zachowuje się impulsywnie, bezmyślnie, a po incydencie przejawia skruchę. Dziecko z ODD jest otwarcie wrogie i może nie okazywać żadnego żalu. Kiedy ADHD i ODD występują razem, leczenie jest o wiele trudniejsze. Zachowania ODD nie odpowiadają na stymulanty ani żadne inne lekarstwa.

- Dziecko z ADHD nie sprawia problemów z premedytacją; po prostu działa, zanim pomyśli. Odnoszący sukcesy rodzice biorą to pod uwagę, ale wciąż upewniają się, że dzieci z ADHD zdają sobie sprawę z konieczności ponoszenia odpowiedzialności za swoje działania. ADHD jest wyjaśnieniem, a nie wymówką.

Znaczenie diagnozy i leczenia

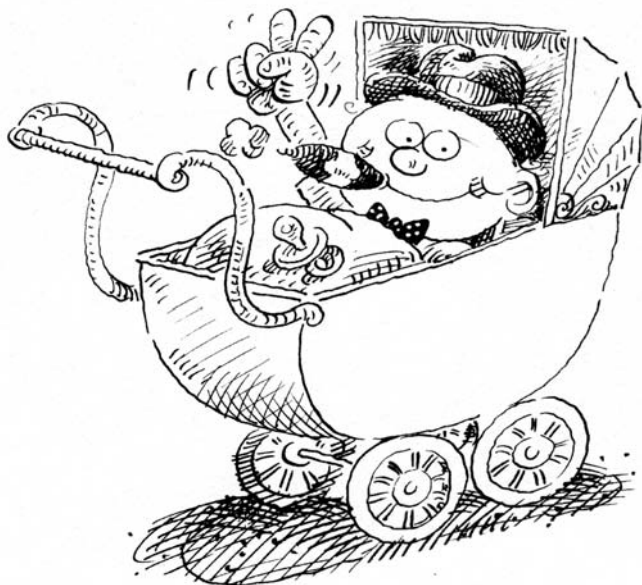
ADHD musi być rozpoznawane i odpowiednio leczone – w przeciwnym wypadku może przynieść wielką szkodę dziesiątkom tysięcy dzieci. Najlepszym czasem na diagnozę i wsparcie jest wczesne dzieciństwo. W przypadku ADHD istnieje niewielkie okno możliwości pomocy – kiedy zostanie zamknięte, zyski będą dużo mniejsze. Źle potraktowane ADHD może prowadzić do poważnych długoterminowych problemów:

- Większość dzieci ze zdiagnozowanym ADHD czuje się gorsza i jest przekonana o swojej głupocie.
- Z naukowych i społecznych porażek bierze się zniszczone poczucie własnej wartości.
- Dzieci, które nie otrzymują odpowiedniej opieki we wczesnych latach szkolnych, tracą pęd do sukcesu i chęć do nauki.
- Stres życia z dzieckiem dotkniętym ADHD może bezpowrotnie zniszczyć relacje rodzinne. Wielu rodziców ma poczucie winy, kiedy zaczynają się zastanawiać, czy żywią jakiegokolwiek ciepłe uczucia do swoich dzieci.
- Źle prowadzone dziecko z ADHD ma wielkie szanse na wejście w dorosłe życie bez dobrego wykształcenia i pewności siebie, za to z dużą dozą społecznej niezręczności.
- Te dzieci, którym udaje się z powodzeniem wejść w dorosłość, często kanalizują swoją wewnętrzną energię, determinację i skoncentrowane na jednym celu myślenie, aby zostać wybitnymi jednostkami w biznesie czy życiu publicznym. Mając tego świadomość, powinniście podążać za waszymi dziećmi z ADHD i starać się obracać ich inność w przewagę.

ADHD musi być traktowane poważnie. Rodzice, psychologowie, nauczyciele i pediatrzy nie mogą już udawać, że jest to tylko mało znacząca dolegliwość. Jakichkolwiek użyjemy środków, naszym celem powinno być pomaganie dzieciom w wejściu w dorosłość z najlepszymi możliwymi kwalifikacjami: dobrą edukacją, poczuciem własnej wartości i umiejętnościami życiowymi. Konieczne jest również zachowanie nienaruszonych relacji rodzinnych. Jeśli to nam się nie uda, cała reszta naszych wysiłków straci rację bytu.

Rozdział 2

ADHD – ponownie odkryte



Zjawisko ADHD było ostatnio mocno nagłaśniane w prasie popularnej. Choć obecnie zaburzenie to stało się behawioralną nowinką, nie jest zjawiskiem nowym. Churchill, Einstein i niektórzy spośród najbardziej wpływowych ludzi wszech czasów mieli jedną cechę wspólną: kanalizowali swoją aktywność, energię i myślenie skoncentrowane na jednym celu, a wynikające z ADHD, aby osiągnąć wielkość.

Historia ADHD

ADHD po raz pierwszy opisane zostało prawie sto lat temu. Autorem jednych z najwcześniejszych prac był znany angielski pediatra, George Still. Pozostaje on otoczoną szacunkiem postacią i obecnie jest

pamiętany nie z powodu swoich prac na temat ADHD, ale z uwagi na klasyczny opis artretyzmu u dzieci, który został nazwany „chorobą Stilla”. Inni specjaliści zauważali zachowania ADHD już jakiś czas wcześniej, ale to Still w 1902 roku po raz pierwszy rozpoznał i opisał to zaburzenie. Zauważył, że niektórzy z jego pacjentów, głównie chłopcy, przejawiają trudne zachowania, które zaczynają się przed ukończeniem ósmego roku życia. Większość z nich miała deficyt uwagi, była nadaktywna i różniła się od innych dzieci swoim oporem wobec dyscypliny. Still opisał te dzieci jako pozbawione pełnej samokontroli i pełne agresji. W swoim wiktoriańskim języku zarzucił im też „brak moralnej kontroli”. Postrzegał ten stan jako chroniczny, biologiczny (wrodzony) i niespowodowany złym wychowaniem czy szkodliwym otoczeniem. Ten zespół objawów w dzisiejszych czasach prawdopodobnie zostałby nazwany ADHD z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi albo zaburzeniami zachowania.

Interesujące wydaje się, że w tamtych czasach Wielka Brytania przewodziła światu w rozumieniu ADHD. Niestety, w miarę upływu lat brytyjskich badaczy pochłonął bardziej psychoanalityczny styl psychiatrii, co pozostawiło zadanie uporządkowania kwestii ADHD Amerykanom z USA.

ADHD i uszkodzenie mózgu

Zainteresowanie ADHD rozwinęło się tuż po przejściu wielkiej epidemii grypy w 1918 i 1919 roku. Choroba ta zabiła ponad 20 milionów ludzi na całym świecie, a związane z nią zapalenie mózgu pozostawiło wielu ludziom neurologiczne uszkodzenia. U niektórych z nich rozwijała się choroba Parkinsona, podczas gdy u innych pojawiały się natychmiastowe oznaki braku zahamowań i dysfunkcji, wykazujące pewne podobieństwo do problemów opisanych przez Stilla. Od tego czasu ADHD było postrzegane jako rezultat uszkodzenia mózgu. Długo trwało, zanim idea ta straciła poparcie i badacze powrócili do koncepcji wrodzonej, biologicznej natury tego zaburzenia, pierwotnie sugerowanej przez Stilla.

Stymulanty i ADHD – odkrycie szansy

W 1937 roku grupa behawioralnie nie zrównoważonych pacjentów szpitalnych została poddana niekonwencjonalnemu leczeniu. Podano im amfetaminę i ku ogólnemu zaskoczeniu ich trudne zachowania uległy poprawie. Upłynęło jeszcze prawie dwadzieścia lat, zanim lekarstwa stymulujące weszły do powszechnego użytku, ale to właśnie odkrycie miało ogromnie wpłynąć na kierunek przyszłego leczenia.

Minimalne uszkodzenie mózgu, minimalna dysfunkcja mózgu

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych dwudziestego wieku badacze zaczęli zdawać sobie sprawę, że większość dzieci z ADHD nigdy nie miała żadnego uszkodzenia mózgu. Zmieniono wtedy nazwę z „minimalnego uszkodzenia mózgu” na „minimalną dysfunkcję mózgu”. To dawało do zrozumienia, że mózg jest faktycznie normalny, choć mamy do czynienia z jego nieprawidłowym działaniem, które odpowiada za określone zachowania.

Pediatrzy wpadli wówczas w obsesję na punkcie tropienia niewielkich neurologicznych różnic. Aż do stosunkowo niedawnych czasów wiele sposobów diagnozowania ADHD obejmowało badanie przepływu ruchu w palcach, panowania nad oczami, stopami czy rękami i mnóstwo innych mało znaczących testów. Ta forma oceny jest wciąż popularna w niektórych ośrodkach, ale większość porzuciła te bezużyteczne zainteresowania dla „miękkich neurologicznych objawów”.

„Minimalna dysfunkcja mózgu” nigdy nie była satysfakcjonującym terminem, ale przynajmniej określał on ADHD jako pewną grupę zachowań i przypisywał winę działaniu mózgu, a nie rodzicom.

Hiperkineza i nadaktywność

W czasie, kiedy do opisu ADHD używany był termin „minimalna dysfunkcja mózgu” (MBD), inni specjaliści zaczęli badać specyficzne

zachowania z grupy przejawianych przez tak zwane trudne dzieci. We wczesnych latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku po raz pierwszy opisano zaburzenie hiperkinetyczne u dzieci. Objawy były odrobinę niejasne, ale stan ten był postrzegany jako część indywidualnego charakteru dziecka, niespowodowany uszkodzeniem mózgu. Przez lata sześćdziesiąte i siedemdziesiąte, kiedy używane były oba terminy: „minimalna dysfunkcja mózgu” oraz „nadaktywność”, ten ostatni przyciągnął uwagę społeczeństwa i prasy.

Nadaktywność i dieta Feingolda

W 1973 roku dr Ben Feingold, były kierownik katedry alergii w San Francisco, po raz pierwszy zasugerował istnienie związku pomiędzy dietą i nadaktywnością. Stwierdził, że podawane wskaźniki nadaktywności wzrastały proporcjonalnie do liczby dodatków, które legalnie zanieczyszczają naszą żywność. Feingold szybko zyskał poparcie prasy. Wówczas nastąpiła taka eskalacja reakcji, że amerykański rząd był zmuszony do powołania komisji i rozpoczęcia szczegółowych projektów badawczych, aby rozpatrzyć wysuwane zarzuty.

Feingold wierzył, że połowie nadaktywnych dzieci można pomóc poprzez stosowanie właściwej diety. Kiedy rezultaty dokładnie kontrolowanych testów zostały przeanalizowane, okazało się, że nie więcej niż 5% tych dzieci doznało szkody poprzez spożywanie nieodpowiedniej żywności (rozdział 13). Te lata obsesyjnego zainteresowania dietą odwróciły uwagę specjalistów od złożonego zestawu problemów, jaki stanowi ADHD, oraz od udowodnionych już korzyści z przyjmowania leków stymulujących.

Stymulanty – w modzie i na cenzurowanym

Dobroczynne efekty podawania leków stymulujących w przypadku ADHD były dobrze znane od ponad pół wieku. Korzyści ze stosowania amfetaminy zostały jasno udokumentowane w późnych latach

trzydziestych, jednak stymulanty nie były powszechnie stosowane aż do późnych lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. Wielki przełom nastąpił wraz z wprowadzeniem w 1957 roku nowego leku z tej grupy: metylofenidatu (Ritalin). W następnej dekadzie wiele dokładnie kontrolowanych badań wykazało, że stymulanty są zarówno bezpieczne, jak i skuteczne.

Użycie stymulantów zwiększyło się gwałtownie, powstrzymywane tylko przez sporadyczne nagonki w mediach. W pewnym wciąż jeszcze często cytowanym artykule z wczesnych lat siedemdziesiątych błędnie podawany był dziesięciokrotnie zawyżony wskaźnik przepisywanych dawek. Ta dezinformacja w mediach zwiększała sprzedaż gazet, ale jednocześnie odstraszała rodziców od formy terapii, która w pewnych przypadkach mogła zrewolucjonizować ich relacje z dzieckiem.

W późnych latach osiemdziesiątych wielki atak na stymulanty został przypuszczony z nieoczekiwanej strony – Kościoła scjentologicznego. Organizacja ta publikowała w prasie oświadczenia, działając poprzez swoją grupę lobbingową, „Obywatelską” Komisję Praw Człowieka. Chociaż większość ich działań miała miejsce w Stanach Zjednoczonych, wpłynęły one również na opinię wielu rodzin w Australii.

Gazety i stacje radiowe chętnie przekazywały dramatyczne zarzuty samozwańczej komisji. Ritalin – twierdzono – jest niebezpiecznym i uzależniającym narkotykiem, często używanym jako chemiczny kaftan bezpieczeństwa, osłabiający normalnie energiczne dzieci, z woli nietolerancyjnych wychowawców, rodziców i złąknionych zysków psychiatrów. Ritalin miał być przyczyną przemocy, morderstw, samobójstw, syndromu Tourette’a, trwałego uszkodzenia mózgu, choroby umysłowej, ataków padaczkowych, wysokiego ciśnienia, stanu splątania, pobudzenia i depresji. Mówiono, że w środowisku naukowców i specjalistów panują wielkie kontrowersje wobec stosowania stymulantów.

Ten niespodziewany atak ruchu religijnego zatrzymał właściwe leczenie ADHD na lata. Rodzice wierzyli w to, co czytali w prasie, i odmawiali poddawania swoich dzieci kuracji stymulującej. Jeszcze gorsze było podejście wielu znanych australijskich pedagogów, psychologów, psychiatrów, pediatrów i polityków. Oni również wierzyli w to, co podawały media, a nie w szereg badań opisywanych w literaturze nauko-

wej. Dopiero na początku lat pięćdziesiątych Australia była w stanie wyzbyć się tego negatywnego podejścia. W międzyczasie tysiące dzieci pozbawiono potrzebnych im leków.

Rodzice wciąż muszą mieć się na baczności, ponieważ nawet dzisiaj publikacje prasowe oraz „listy do redakcji” przejawiają przejętą od scjentologów postawę, przeciwną kuracjom farmakologicznym.

Od nadaktywności do nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

We wczesnych latach siedemdziesiątych Kanadyjka Virginia Douglas przedstawiła tezę głoszącą, że deficyt uwagi jest ważniejszym objawem niż nadaktywność. Do końca lat siedemdziesiątych jej publikacje wywołały tak ogromne wrażenie, że w 1980 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne użyło terminu „zespół deficytu uwagi” (ang. *attention deficit disorder* – ADD) w swoim diagnostycznym i statystycznym podręczniku (DSM-III). W 1987 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wydało poprawiony DSM-III, w którym użyto terminu „nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi”. W 1994 roku Towarzystwo wydało swoją ostatnią klasyfikację DSM-IV, opisującą: nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD) bez nadaktywnych, impulsywnych zachowań; ADHD z nadaktywnymi, impulsywnymi zachowaniami; i ADHD będące połączeniem obydwu tych postaci. Nowe wydanie klasyfikacji, DSM-V, ma pojawić się w roku 2012. Obecnie wielu rodziców, nauczycieli i prawodawców używa popularnego terminu ADD, ale dla zachowania ścisłej poprawności zaburzenie to powinno być przedstawiane jako ADHD.

Wnioski

W dwudziestym wieku nasze definiowanie ADHD zaczęło się od grupy zachowań Stilla, które miały biologiczne (wrodzone) pochodzenie

i słabe rokowania. Następnie przyszedł czas na doszukiwanie się w tych zaburzeniach domniemanego uszkodzenia mózgu. Potem uwaga ogółu skupiła się na nadaktywności. Następnie w chorobie tej, która – jak wierzono – cofała się sama do chwili osiągnięcia wieku szkolnego, najważniejsza wydawała się dieta. Obecna definicja ADHD opisuje grupę wrodzonych zachowań, z których nadrzędny jest deficyt uwagi, a typowymi cechami towarzyszącymi są impulsywność i nadaktywność. Problemy związane z ADHD są długoterminowe, a objawy mają swoją kontynuację w dorosłości. Obecnie ważną częścią terapii jest podawanie leków.

Przeszliśmy długą drogę, ale ADHD pozostało bardzo zróżnicowanym, złożonym i nieprecyzyjnie zdefiniowanym stanem chorobowym. Niebezpieczeństwo dla dzisiejszych rodziców i specjalistów tkwi raczej w zagubieniu się w niejasnościach, podczas gdy wszyscy oni powinni skupić się na tym, co już wiemy, i używać tych informacji do pomagania dzieciom.

Zestawienie – sto lat ADHD

1902	Jasny opis zachowań ADHD jako niespowodowanych uszkodzeniem mózgu czy złym wychowaniem
lata trzydzieste	Twierdzenie, że zachowania ADHD są spowodowane uszkodzeniem mózgu.
1937	Pierwszy przypadek zastosowania leku stymulującego.
lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte	Przejście do wiary w „minimalną dysfunkcję mózgu”. Psychiatrzy zajmujący się psychoanalizą dzieci postrzegają ADHD w kategoriach problemu rodzicielstwa i środowiska (niektórzy postawę tę prezentują aż do lat dziewięćdziesiątych).
1957	Wprowadzenie metylofenidatu (Ritalin)
1960–1970	Popularność zyskuje nazwa „zaburzenie hiperkinetyczne dzieci”. Ritalin wchodzi do powszechnego użytku; prowadzonych jest wiele badań na temat stymulantów.

1970–1975	Nieścisłe doniesienia mediów zwiększają obawy związane z podawaniem leków. Popularna staje się dieta Feingolda.
1975–80	Leki ponownie zyskują znaczną popularność.
1980	Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne używa terminu „zespół deficytu uwagi” (DSM-III)
1987	Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne używa terminu „nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi” (DSM-III-R). Kampania przeciwko lekom wprowadza w błąd wielu rodziców i specjalistów.
1990	Emisyjna tomografia pozytronowa wykazuje znaczące różnice w funkcjonowaniu pomiędzy mózgiem z ADHD i normalnym.
1994	Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne przedefiniowuje „nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi” (DSM-IV).
1997	ADHD zaczyna być postrzegane jako wzajemne oddziaływanie czterech czynników: uwagi i uczenia się; impulsywnych, słabo kontrolowanych zachowań; obecności lub braku stanów współwystępujących; dobrej opieki lub wrogości w otoczeniu dziecka.
2001	Zbieżne dowody pochodzące z genetyki molekularnej, badań przekaźników nerwowych, badań tomograficznych mózgu, EEG oraz badań w różnych kulturach potwierdziły prawdziwość definicji ADHD.