

Organizacja życia rodzinnego dziecka z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej

Od lat 40-tych psychiatrzy intensywnie badają dzieci wykazujące symptomy nadpobudliwości, niezdolności do koncentracji oraz impulsywności. Nadawano tym stanom różne nazwy – od mikrouszkodzeń mózgu, przez dziecięcy zespół psychoorganiczny, reakcję hiperkinetyczną wieku dziecięcego, aż po zespół nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci. Współcześnie, najczęściej używane jest określenie ADHD, czyli zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi. Ta zmienność nazewnictwa odzwierciedla niepewność naukowców co do precyzyjnych przyczyn oraz kryteriów diagnostycznych tych zaburzeń.

Niemniej jednak, nauka poczyniła znaczne postępy w zrozumieniu ADHD. Obecnie uważa się, że może ono mieć podłoże genetyczne, a jego objawy nie wynikają bezpośrednio z zaburzeń uwagi. ADHD jest teraz interpretowane jako rezultat nieprawidłowego rozwoju neuronalnych obwodów odpowiedzialnych za hamowanie i samokontrolę. To z kolei prowadzi do upośledzenia innych kluczowych funkcji mózgowych, w tym zdolności do odroczenia nagrody na rzecz większej, choć późniejszej gratyfikacji.

W ADHD wyróżnia się dwie główne grupy symptomów: brak skupienia oraz kombinację nadaktywności z impulsywnością. Dzieci mają naturalną tendencję do większej aktywności, roztrzepania, impulsywności i mniejszej konsekwencji w działaniu. Jednakże, gdy takie zachowanie jest znacznie bardziej wyraźne niż u rówieśników, jest to oznaka zaburzeń.

Zaburzenie to dotyczy trzykrotnie częściej chłopców niż

dziewczynki, co może wynikać z większej podatności genetycznej chłopców na zaburzenia układu nerwowego. Symptomy ADHD zazwyczaj ujawniają się między trzecim a piątym rokiem życia, jednak mogą pojawiać się w dowolnym momencie, nawet w późnym dzieciństwie czy okresie dorastania. Według szacunków, od 2 do 9,5% dzieci w wieku szkolnym na całym świecie cierpi na ADHD.

Lepsze zrozumienie przyczyn tego zaburzenia jest kluczowe dla skutecznej pomocy dzieciom i dorosłym z ADHD. Zgodnie z dotychczasowymi przekonaniem, ADHD było związane z problemami z uwagą, co skłoniło niektórych naukowców do tezy, że źródłem problemu jest niezdolność mózgu do filtrowania konkurencyjnych bodźców. Ale grupa badaczy pod kierunkiem Josepha A. Sergeanta z Amsterdamu odkryła, że dzieci z ADHD nie mają problemów z filtrowaniem bodźców, lecz z hamowaniem impulsywnych reakcji ruchowych. Inni naukowcy stwierdzili, że dzieci z ADHD mają trudności z przygotowaniem odpowiednich reakcji na przewidywane zdarzenia i nie reagują adekwatnie na informacje zwrotne o popełnionych błędach. Przykładowo, w testach badających czas reakcji, dzieci z ADHD gorzej przygotowują się do wykonania zadania po włączeniu sygnału ostrzegawczego, a po popełnieniu błędu, nie zwalniają tempa, co mogłoby uchronić je przed dalszymi pomyłkami.

Badania naukowe prowadzone przez wiele lat pozwoliły określić, które obszary mózgu funkcjonują nieprawidłowo u osób z ADHD, co przypuszczalnie przyczynia się do wystąpienia symptomów tej choroby. Obszary te to kora przedczołowa, część mózdzku oraz przynajmniej dwa z pięciu skupisk neuronów głęboko w mózgu, znanych wspólnie jako jądra. Prawa kora przedczołowa pełni rolę „redaktora” zachowania, odpowiada za koncentrację oraz rozwój samoświadomości i poczucia czasu. Jądro ogniste i gałka biała uczestniczą w procesie wyłączenia reakcji automatycznych, co pozwala korze mózgowej na dogłębną analizę informacji, jak również na koordynację sygnałów czuciowych napływających do różnych jej obszarów. Nie wiemy jeszcze, dlaczego te struktury mózgowe są mniejsze u osób z ADHD.

Większość specjalistów jest teraz zdania, że ADHD to zaburzenie poligeniczne, czyli takie, w którego powstaniu bierze udział więcej niż jeden gen. Na przykład, ryzyko, że rodzeństwo dzieci z ADHD również będzie miało to zaburzenie, jest 5-7 razy większe niż u dzieci z rodzin, które nie cierpią na ADHD. Jeżeli jeden z rodziców ma ADHD, ryzyko, że ich potomek również je będzie mieć, wynosi aż 50%.

Również czynniki pozagenetyczne, takie jak wcześniactwo, konsumpcja alkoholu i palenie przez matkę w czasie ciąży, a także urazy mózgu – szczególnie uszkodzenia kory przedczołowej – wiązano z rozwojem ADHD. Jednakże, te czynniki razem wzięte wyjaśniają jedynie od 20 do 30 procent przypadków ADHD.

Przyczyny ADHD można więc podzielić na czynniki genetyczne, czynniki psychospołeczne, urazy wokółporodowe, alergię pokarmową oraz zatrucia, na przykład ołowiem.

Jakie mechanizmy sprawiają, że obserwowane u dzieci z ADHD defekty genetyczne i strukturalne mózgu prowadzą do charakterystycznych dla tego zaburzenia symptomów? Najbardziej widoczny, a często też bardzo uciążliwy dla otoczenia objaw nadpobudliwości, to nadmierna ruchliwość. Manifestuje się ona ciągłym kręceniem się, bieganiem, skakaniem, zmianą pozycji, niezdolnością do zachowania spokoju – a więc w ciągłym niepokoju psychoruchowym dziecka.

Podczas zabaw dzieci z ADHD dominuje element ruchowy. Preferują one zabawy dynamiczne, takie jak gonitwy czy zawody, nad te wymagające spokoju lub ograniczające ruch poprzez zasady i reguły. W takich sytuacjach dzieci nadpobudliwe przeszkadzają swoim rówieśnikom, odrywają się od zabawy, są nieuwaga, ciągle się kręcą, a często opuszczają wspólną zabawę. Ich nadpobudliwość przejawia się również w licznych drobnych ruchach, jak manipulowanie przedmiotami, poprawianie ubrania, szarpanie włosów, a czasami nawet gryzienie paznokci lub kołnierzyków ubrań czy chusteczek higienicznych, oraz wykonywaniem innych, niepotrzebnych w danym momencie, ruchów.

Wzmoczone reakcje ruchowe dzieci nadpobudliwych są często wynikiem ich nadmiernej pobudliwości emocjonalnej. Emocje są siłą napędową działania ludzkiego. U osób zrównoważonych emocjonalnie, przejawy uczuć są kontrolowane lub modyfikowane w zależności od oceny sytuacji. Dzieci, zwłaszcza młodsze, nie mają jeszcze takiej zdolności do samodzielnej oceny, dlatego ich reakcje emocjonalne są często niewspółmierne do przyczyn je wywołujących. Dorosłymi regulują tymi reakcjami, ucząc dzieci od najmłodszych lat, jak kontrolować i opanować emocje, które są społecznie nieakceptowane. U dzieci nadpobudliwych psychoruchowo, z różnych przyczyn, nie dochodzi do pełnego zrównoważenia stosunku między reakcjami emocjonalnymi a ich przyczyną.

Te dzieci wykazują nadmierną pobudliwość emocjonalną, co objawia się w postaci wybuchów złości, impulsywnych działań, łatwością obrażania się, płaczliwością, co zwykle towarzyszy im nasilona aktywność ruchowa. Zwraca się uwagę na ich labilność emocjonalną, przeskakiwanie od radosnego podniecenia do smutku i gniewu. Ich reakcje uczuciowe wskazują na pewną niedojrzałość emocjonalną, porównywalną z reakcjami dzieci znacznie młodszych.

Niezrównoważenie emocjonalne i niedojrzałość uczuciowa sprawiają, że dzieci nadpobudliwe są słabo odporne na sytuacje stresujące, łatwo się zniechęcają, tracą zapał, działają w sposób niezorganizowany, opuszczają rozpoczęte zadania. Nadpobudliwość przejawia się również w działalności umysłowej dziecka. W tym zakresie, jak stwierdził Pawłow, obserwuje się „wzmoczony odruch orientacyjny”. Dziecko kieruje swoją uwagę na każdy bodziec płynący z otoczenia.

W pierwszych latach życia dzieci funkcje wykonawcze mają charakter zewnętrzny. Dzieci mówią do siebie na głos, na przykład próbując zapamiętać zadanie czy rozwiązać problem. W miarę dojrzewania, ten proces ulega uwewnętrznieniu. Funkcje wykonawcze składają się z czterech grup aktywności umysłowej.

Pierwsza to pamięć operacyjna, umożliwiająca przechowywanie informacji w mózgu podczas pracy nad zadaniem, nawet gdy bodziec, który ją wywołał, nie istnieje. Taka forma zapamiętywania jest kluczowa dla uświadomienia sobie upływu czasu i dla celowego zachowania. W przypadku osób z ADHD, te funkcje mogą być upośledzone.

Drugą funkcją wykonawczą jest uwewnętrznienie monologów. Trzecią to kontrola emocji, motywacji i stanu pobudzenia. Ostatnią funkcją jest rekonstruowanie, które obejmuje dwa oddzielne procesy: analizowanie obserwowanych zachowań na składowe i ich ponowne połączenie w nowe, wcześniej nienabyte działania. To właśnie zdolność do rekonstruowania czyni człowieka elastycznym i kreatywnym, umożliwiając osiągnięcie celów bez konieczności zapamiętywania wszystkich koniecznych kroków.

Jeśli ADHD wynika z zaburzeń mechanizmu hamowania zachowania, co prowadzi do opóźnienia w nabyciu zdolności uwewnętrzniania i realizowania czterech opisanych funkcji wykonawczych, możemy pomóc dzieciom z ADHD, lepiej organizując ich otoczenie.

Organizacja życia dziecka z ADHD powinna skupić się na zmianie strategii wychowawczych. Obejmuje to pozytywne wzmocnienie, chwalenie dziecka za spokojną, skoncentrowaną pracę i dobre wyniki. Istotne jest również poświęcanie czasu na zabawy, aktywny wypoczynek, angażowanie dziecka w drobne prace domowe i życie rodziny.

Leczenie farmakologiczne ADHD często obejmuje leki poprawiające zdolność hamowania i regulowania impulsywnych zachowań, takie jak Ritalin. Te leki działają poprzez hamowanie transporterów dopaminowych, co daje dopaminie więcej czasu na związanie się z receptorami neuronów docelowych.

Moim zdaniem, leczenie ADHD za pomocą psychostymulatorów, a być może i leków przeciwdepresyjnych, powinno być uzupełnione specjalnym treningiem dla rodziców i nauczycieli. To może

obejmować naukę efektywniejszych metod radzenia sobie z problemami behawioralnymi dziecka z ADHD. Przykładowo, powinni oni częściej i szybko konfrontować dziecko z konsekwencjami jego zachowania, przypominać mu jak powinno postępować, oraz pomagać mu w organizacji czasu. Głównym celem tych działań jest eksternalizacja czasu, zasad i konsekwencji, aby zrekompensować dzieciom z ADHD deficyt wewnętrznych systemów informacji i motywacji.

Jeśli potrzebujesz pomocy w pisaniu nowej pracy z pedagogiki, to polecamy serwis [pisanie prac z pedagogiki](#) - fachowa pomoc w pisaniu prac.