Никола СОФИЈАНОВ, Марија КУТУРЕЦ, Филип ДУМА,
Весна САБОЛИЌ-АВРАМОВСКА, Аспазија СОФИЈАНОВА-СПАСОВСКА

НАРУШУВАЊЕ НА ВНИМАНИЕТО КАЈ ХИПЕРАКТИВНО ДЕТЕ КАКО НАЈЧЕСТА ПРИЧИНА ЗА ПОЈАВАТА НА ПОЛЕСНИ ФОРМИ НА МЕНТАЛЕН ДЕФИЦИТ КАЈ ДЕЦАТА

Вовед

Нарушување на вниманието кај хиперактивното дете, познато во медицинската литература како ADHD, (Attention deficit Hyperactivity Disorder) претставува една од најчестите хендикепирачки состојби во педијатријата но и во дефектолошката практика. Оваа состојба во литературата е позната под повеќе синоними. Еден од најраните називи, што сé уште се употребува и денес, зборува за **“синдром на минимална церебрална дисфункција".** Со овој назив како да се сакало да се означи дека мозокот на децата што го манифестираат синдромот функционира надвор од нормалните рамки, но таа дисфункција сепак е минимална. **Етиолошките, генетските и клиничките** истражувања на состојбата, со време, довеле до надминување на овој назив и со заменување со следните синоними: **“хиперактивно дете”, “нарушување со дефицит на вниманието”** (ADD=attention deficit disorder) и “conduct disorder”. Последните години, сепак, е етаблиран називот ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) за што, во понатамошниот текст, ќе пишуваме како за нарушување на вниманието кај хиперактивното дете.

Дефинирање на проблемот и инцидентност

Нарушувањето на вниманието кај хиперактивното дете без сомневање претставува синдром со што се манифестираат повеќе развојни заболувања и состојби кај детето. Во основата на овој синдром лежат два основни симптома: **1) нарушување на вниманието и 2) импулсивност и хиперактивност** што ги надминува границите на нормалното однесување. Наведените два основни симптоми ако се манифестираат за еден подолг временски период и ако се изразени во несовладлива мера можат тешко да го хендикепираат детето.

Дефинирањето на овој синдром со двата основни симптоми мора да се направи внимателно. Нарушувањето на вниманието ќе треба внимателно да се определи од проста причина што вниманието во развојниот период покажува различен распон. Така концентрацијата на вниманието на едно дете меѓу втората и седмата година (предучилишно дете) сигурно дека не е на исто ниво како тоа на училишното дете. Не може да се бара од едно тригодишно дете да биде концвентрирано врз еден зададен проблем, што него ќе го заинтересира, подолго од неколку минути. Напротив, деветгодишно дете може со десетици минути па и со часови да се концентрира врз идентичен проблем. Значи, должината на концентрацијата е во функција со возраста на детето.

Од друга страна импулсивноста и хиперактивноста, карактеристични за овој синдром треба да се разграничат од нормалната темпераментност на деца што по своите вродени карактерни црти се деца со назначена екстровертираност и комуникативност.

Имајки ги овие резерви на предвид децата што му припаѓаат на овој синдром ќе треба да бидат внимателно категоризирани како **деца со нарушено внимание и патолошка хиперактивност.**

Препознавање на синдромот

Клиничката слика кај децата со синдромот на нарушено внимание и патолошка хиперактивност е мошне разнообразна иако самиот синдром го дефиниравме со два основни симптоми:

1. **Концентрацијата на вниманието,** како што истакнавме, е на мошне ниско ниво. Овие деца само за кусо време се концентрираат кон задачата или кон проблемот што од нив се бара да го решат. Кај нив вниманието се префрлува од предмет на предмет, од една област на друга.
2. **Изразената импулсивност и хиперактивност** се манифестираат со една дезорганизирана и бесцелна активност на детето. Тоа бесцелно трча по собата, за кусо време се нафрлува врз нешто предмет и бргу се заситува од него. Лесно го фрла предметот на земја и потрчува кон друг предмет или друга активност. Не ги поштедува своите другарчиња. Ги задева и им пречи во играта. Физички посегнува кон своите врсници и кон постарите. Со своите најблиски најчесто е скаран. Кон нив постојано е со подигната рака. Со еден збор детето со овој синдром претставува индивидуа што многу бргу се одликува во својата околина по едно однесување кое, без поговор, отстапува од нормалата.

Покрај овие два основни симптома,што го сочинуваат синдромот, овие деца се одликуваат и со следните карактеристики:

- Изразен негативизам и тврдоглавост. -Ако на ваквото дете му се понуди да биде учесник во игра со своите врсници, -тој одлучно ќе одбие. Ако му се понуди каков и да било објект, -тој одлучно ќе го одбие. Или ако го прими во своите раце, деструктивно ќе се однесе кон него. Најчесто, ќе го скрши. Тврдоглав е кон добронамерните настојувања на неговите најблиски. Не прифаќа никаква сугестија.

-Чести промени на расположението. -Кај децата со овој синдром се забележуваат мошне нагли и мошне чести промени во афективната сфера. Од една некритична веселост наеднаш упаѓаат во состојба на несопирливо плачење. Лесно постануваат депресивни за да наеднаш избувнат и рушат сé пред себе.

-Недостиг на самодисциплина. -Се манифестира со недостиг на кочници за совладување на поривите. Секое нормално дете во процесот на воспитанието и созревањето си наметнува определена самодисциплина. И најмалото суштество знае дека самодисциплината е, пред сé, потребна за него, за задоволување на неговите афективни и инстинктивни потреби. За жал, децата со овој синдром покажуваат јасен недостиг на самодисциплина. Тој

недостиг им нанесува штета како на нив самите, така и на нивните најблиски.

-Низок степен на самопочитување и лесно фрустрирање. -Постојаното движење и рушењето на сé пред себе доведуваат кај децата со овој синдром до изразување на гневот на околината кон нив. Околината не е задоволна со таквите деца и нивниот гнев и незадоволство со нив не може да се скрие. Хиперактивното дете, сепак, не ја загубило способноста тоа да го почувствува. А како резултат на тоа, кај него настапува фрустрација. Повторувањето на таквите состојби доведува до акумулација на фрустрациите.

-Лоши академски постигања. -Децата со нарушено внимание и хиперактивност постигнуваат многу лоши резултати на училиште. Тие се должат многу помалку на степенот на неговиот ментален развој отколку на нарушеното внимание и невозможност за концентрација врз наставата и врз нејзиното совладувањето.

-Нарушување на сонот. -Претставува мошне интересен феномен. Децата со овој синдром покажуваат инверзија на сонот. Тие се во состојба да останат без сон долго време во вечерните часови оставајки ги нивните родители вчудовидени и ненаспани. Се случува, сепак, тие да попаднат во длабок сон тогаш кога од нив тоа најмалку се очекува: на училиште или во екот на играта. Самиот сон ретко кога е континуиран и монотон. Овие деца спијат немирно, постојано се тргаат и неретко зборуваат во сонот.

-Минорни невролошки манифестации. -Еден мал број на деца со овој синдром манифестираат минорни невролошки манифестации. Тие се, главно, локализирани во сферата на перцепциите и моториката. Така, на пример, мал процент на деца можат да покажат одвај забележливи пирамидни симптоми. Се разбира, правата церебрална парализа е исклучена од овој синдром.

-**Конвулзии. -**Не се чести кај овој синдром. Сепак, еден мал број на деца (10%) можат да имаат фокални или секундарно генерализирани конвулзивни манифестации.

Критериуми за поставување на дијагноза

Уште во почетокот искажавме стравување за хипердијагностиката на овој синдром. Лесно може да се прикачи етикетата на нарушено внимание и хиперактивност или ADHD кај едно дете кое е темпераментно и чија концентрација на вниманието е гранична и во развој. Заради тоа, постојат строго утврдени критериуми што водат сметка за тоа и што треба да ги познаваат лекарите, дефектолозите и педагозите што работат со деца.

Критериумите за поставување на дијагноза кај едно дете со овој синдром се:

1. Однесувањето на детето во класот. -За цело време во класот таквото дете зборува без врска и прави шумови без потреба. Нему веднаш мора да му се задоволат неговите каприци. Тоа е импулсивно и пречуствително и лесно се фрустрира. Невнимателено е. Започнатите работи не ги довршува. Често попаднува во депресија станувајќи тажно и намуртено. Лесно почнува

да плаче. Ги вознемирува другите ученици. Се кара со околината. Покажува драстични промени во расположението и во однесувањето е непредвидливо: за миг може да експлодира. Деструктивно е. Покажува лоши карактерни особини: краде и лаже.

2. **Однесувањето на детето во група**. -Постојано се изолира од другарите. Групата не го прифаќа бидејки нема чувство на “фер-плеј”. Нема квалитети за “водач”. Не се слага ни со својот ни со спротивниот пол. Лесно се впушта во активностите на други, особено на постарите, со нивно вознемирување.

3. **Однесувањето кон авторитетите**. -Детето со овој синдром покажува амбивалентен однос кон авторитетите. Тоа може да покажува инаетчиско однесување, но може и да биде покорно. Сепак, кон нив, најчесто, е срамежливо. Се забележуваат и следните својства: исплашеност, тврдоглавост и несоработливост.

За поставување на дијагнозата на ADHD треба да постојат барем по неколку симптоми или знаци наведени во трите групни критериуми.

Диференцијална дијагноза

За да се избегне некритичното дијагностицирање на овој синдром мора да се води сметка, покрај споменатите критериуми, и за нешто состојби во детската возраст што можат да го имитираат синдромот.

Таквите состојби се:

1. **Нормалната хиперактивност кај децата.** -Веќе споменавме дека извесен број на деца, поради својот темперамент покажуваат една хиперактивност, што сепак, се разликува од деструктивната хиперактивност кај децата со нарушено внимание и хиперактивност. Значи, за разлика од последните, нормалното хиперактивно дете ќе покажува една изразена вигилност и подвижност, но без назначена деструктивност и секогаш со јасна цел. Наглите промени на расположението не ги карактеризираат овие деца. Тие, сепак, во играта и на училиште доволно се концентрираат за да се разликуваат од децата со синдромот на ADHD.

2. **Состојбите кај деца од разбиени семејства.** -Децата од разбиени семејства покажуваат определени знаци што ги сретнуваме кај актуелниот синдром. Тие можат да покажуваат манифестации на инатење, депресивност и лесна фрустрација. Сепак нивната хиперактивност ја нема деструктивноста на првите.

3. **Состојбите на стечена вознемиреност (enxiety disorders).** -Долготрајни состојби на стечена вознемиреност кај децата можат да дадат симптоми идентични на актуелниот синдром. Но редукцијата на вознемиреноста кај нив ја подобрува ситуацијата.

Етиологија на ADHD

Поранешното назначување на синдромот како Синдром на минимална церебрална дисфункција укажуваше на можноста за мултифакторијална етиологија. Тоа останува и денес. Вплетувањето на повеќе етиолошки фактори во настанувањето на оваа состојба секако дека претставува прва појдовна точка во трагањето на причинителите.

1. **Развојните проблеми кај плодот-**претставуваа првиот етиолошки фактор. Не повторувајки ги сите можни агенси (инфективни, хемиски, физички) што можат да дејствуваат во пренаталниот постконцепциски период, треба да го потцртаме само тоа, дека агенсот што дејствувал врз централниот нервен систем дал минимални промени, што можат само да се насетат но не и да се докажат.

2. **Дејствување на генетски фактори-**секако дека претставува една од етиолошките можности. Последните известувања од литературата укажуваат на пореметувања на невротрансмитерската функција како можност во оваа смисла.

3. **Стечени постнатални фактори**-веројатно играат најзначајна улога. Тука спаѓаат перинаталните асфиксии и мозочните крвавења, траумите и раните постнатални менинго-енцефалити. Според наше согледување овој синдром има мултифакторијален карактер што комбинацијата на генетските и стечените постнатални фактори играат најголема улога.

Терапија и прогноза

1. **Медикаментозната терапија** игра определена улога, но на кратки патеки. Декстроамфетамините претставуваат историја и денес тие наполно се исфрлени од терапијата. Метилфенидатот (Риталин) ветуваше многу, но според нашето искуство, а и тоа во современата медицинска литература, денес полека се напушта.

Ние го претпочитаме препаратот изведен од гама-амино-бутерната киселина (невромодулатор) познат како Гамибетал. Со него, на кратки патеки имаме постигнато најдобри резултати во совладување на хиперактивноста кај децата и во подобрувањето на концентрацијата. Во нешто случаи невромодулаторната терапија ја комбинираме со давање на невролептик и антипсихотик што е најпогоден за детската практика, -тиоридазин (мелерил). Комбинацијата на Гамибетал и Мелерил досега, во наши услови, се покажала како најдобра.

2. **Психоедукативната терапија-**е апсолутно индицирана и таа не смее да изостане. За неа детално е известено неодамна во “Дефектолошка терапија и практика” (Копачев и сор., 1997).

Со правилниот пристап кон совладувањето на овој синдром еден голем процент на деца се вклопуваат во нормалните токови. Нивната способност за концентрација расте, а хиперактивноста во значителна мера се намалува. За жал, половината од децата со овој синдром и понатаму покажуваат определени проблеми. Имено, кај нив, и покрај падот на хиперактивноста во адолесценцијата, тие манифестираат изразена импулсивност,

емоционална нестабилност, склоност кон деликвентност и многу слаби училишни достигнувања. Дури во адултната возраст може, и кај нив, да се очекува определена стабилизација.

ЛИТЕРАТУРА

1. Brown, R. T. et al.: Methylphenidate in hyperkinetic children, Pediatrics, 64:408, 1979
2. Kaplan, B. J. et al.: Sleeo disturbances in preschool aged hyperactive and nonhyperactive children, Pediatrics 80:839, 1987
3. Kinsbourne, M: Overfocusing: An apparent subtype of ADHD, In: Amir N. et al. (edit.): Pediatric Neurology, Basel, Karger, 1991, pp. 18-35
4. Kinsbourne M.: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, In: Menkes,J.: Textbook of Child Neurology, Williams and Wilkins, Baltimore, 1995
5. Копачев Д. ет ал.: Раниот третман како фундамент за успешна интеграција на децата со пречки во развојот во средини на своите врсници во предучилишна возраст, Дефектолошка теорија и практика, 3:9, 1997
6. Prendergast M. et al.: The diagnosis of childhood hyperactivity: A US-UK cross-national study od DSM-3 and ICM-9, J Child Psychol Psychiat 29:289,1988
7. Sofijanov N.: Sindrom minimalne cerebralne disfunkcije, Vo: Klinicka Pedijatrija, Medicinska Knjiga,Beograd-Zagreb,1987.

Nikola SOFIJANOV, Marija KUTUREC, Filip DUMA,
Vesna SABOLIC-AVRAMOVSKA, Aspazija SOFIJANOVA-SPASOVSKA

HYPERACTIVE CHILD`S DISTURBED ATTENTION AS THE MOST COMMON CAUSE FOR LIGHT FORMS OF MENTAL DEFICIENCY

The authors present an overview of the Attention Deficit Hyperactivity Disorder as one of the reasons for later development of milder forms of mental handicaps. It is well known that ADHD must not necessarily be connected with mental handicaps as the evolution of the syndrom goes through different stages.

The paper presents, apart from the classical clinical picture, some new data as to the diagnosis and etiology of the syndrom. The modern treatment is elucidated as well.