

Jan Łysek

Dzieci z symptomem ADHD

Nauczyciel i Szkoła 1-2 (22-23), 108-117

2004

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Jan Łysek

Dzieci z symptomem ADHD

Powodem napisania tego tekstu było zapotrzebowanie ze strony studentów studiów zaocznych i stacjonarnych kierunków nauczycielskich. Podczas zajęć, gdy była omawiana problematyka trudności i niepowodzeń szkolnych oraz przyczyny i skutki zaburzeń w sferze emocjonalnej, studenci często pytali o istotę ADHD. Mając na uwadze potrzeby studentów oraz charakter czasopisma Nauczyciel i Szkoła, który nie jest zeszytem naukowym, podjąłem decyzję o napisaniu tekstu wprowadzającego w istotę symptomu ADHD. Czym zatem jest ADHD?

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) to zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi, zwany zespołem hiperkinetycznym albo zespołem nadpobudliwości psychoruchowej.

W Polsce ADHD uznawane jest jako jednostka chorobowa, ale niewiele z tego wynika dla praktyki. Większość dzieci dotkniętych ADHD nie jest prawidłowo diagnozowana i odpowiednio traktowana przez rodziców i nauczycieli. Sytuacja taka ma miejsce z następujących powodów;

- braku nowoczesnych standardów postępowania prawnego i zwyczajowego,
- małej dostępności do leczenia z powodu limitów stawianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- braku zarejestrowanych skutecznych i bezpiecznych leków (dopiero w 2003 roku zarejestrowano w USA pierwszy lek o nazwie Strattera, który reguluje pracę hormonów sterujących emocjami i można go podawać od 6-roku życia),
- niedoboru specjalistów posiadających wiedzę merytoryczną oraz niezbędne kwalifikacje do prowadzenia dzieci z symptomem ADHD oraz ich rodzin.

Powyższe przyczyny powodują to, że dzieci, ich rodziny i nauczyciele często nie radzą sobie i funkcjonują w atmosferze porażki i wzajemnych oskarżeń.

W Polsce nie prowadzi się badań statystycznych dotyczących ADHD. Jak wykazują wyniki badań prowadzonych w krajach Unii Europejskiej, 70 % dzieci właściwie prowadzonych wyrasta prawie całkowicie z tego zaburzenia pod koniec okresu dojrzewania. Dzieci nie objęte właściwą opieką osiągają niższy od swoich możliwości poziom wykształcenia oraz są potencjalnymi ofiarami wielu zdarzeń,

a tym samym obciążają budżet firm ubezpieczeniowych oraz instytucji socjalnych (por. Consensus statement on ADHD, 2002). Jest zatem o co walczyć.

ADHD występuje na całym świecie, we wszystkich kulturach. Zaburzenie to jest rozpoznawane u dzieci mających trwale występujące objawy, które rozpoczęły się przed 7 rokiem życia. Zespół ten objawia się trwałymi sposobami zachowania układających się w charakterystyczną triadę problemów:

- problemów z utrzymaniem uwagi,
- problemów z impulsywnością,
- nadmierną ruchliwość.

Należy jednak pamiętać, że nie każda zaobserwowana nadpobudliwość psychoruchowa jest zespołem ADHD. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zaproponowało klasyfikację i ściśle określone kryteria DSM IV, które muszą być spełnione, aby można było rozpoznać ADHD (por. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 1994, s. 78-85). Kryteria te są następujące:

- A (1) Sześć lub więcej z podanych poniżej objawów zaburzeń koncentracji uwagi musi utrzymywać się przez przynajmniej 6 miesięcy w stopniu utrudniającym adaptację (funkcjonowanie) dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

Zaburzenia koncentracji uwagi -

dziecko nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności. Popętnia błędy wynikające z niedbałości;

często ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach;

często wydaje się nie słuchać tego, co się do niego mówi;

często nie stosuje się do podawanych kolejno instrukcji i ma kłopoty z dokończeniem zadań szkolnych i wypełnieniem codziennych obowiązków, jednak nie z powodu przeciwstawiania się lub niezrozumienia instrukcji;

często ma trudności ze zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć;

nie lubi, ociąga się lub unika rozpoczęcia zajęć wymagających dłuższego wysiłku umysłowego - jak nauka szkolna lub odrabianie zajęć domowych;

często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć np.: zabawki, przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia;

łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców;

często zapomina o różnych codziennych sprawach;

(2) Sześć lub więcej z podanych poniżej objawów nadpobudliwości i impulsywności (nadpobudliwości psychoruchowej) musi się utrzymywać przez przynajmniej 6 miesięcy w stopniu utrudniającym adaptację (funkcjonowanie) dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

Nadruchliwość -

dziecko ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu;
 wstaje z miejsca w czasie lekcji lub w innych sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia;
 często chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe - w szkole, w pracy, w domu;
 często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczywaniem;
 często jest w ruchu; „biega jak nakręcone”;
 często jest nadmiernie gadatliwe.

Impulsywność -

często wyrywa się z odpowiedzią zanim pytanie zostanie sformułowane w całości;
 często ma kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej;

często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub zabawy).

- **B** Niektóre upośledzające funkcjonowanie dziecka objawy zaburzeń koncentracji uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej (nadruchliwości, impulsywności) ujawniły się przed 7-rokiem życia dziecka.
- **C** Upośledzenie funkcjonowania dziecka spowodowane tymi objawami występuje w dwóch lub więcej sytuacjach (np. w szkole i w domu).
- **D** Stwierdza się klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (w zakresie edukacji).
- **E** Objawy u dziecka nie występują w przebiegu przetrwałych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafniej uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości).

Dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej oraz niedoborem uwagi stanowią około 3% dzieci w wieku szkolnym. Ich schorzenie spowodowane jest odmiennym przebiegiem rozwoju pewnych części mózgu. Objawia się zwykle, gdy dziecko idzie do szkoły, nie uczy się lecz rozrabia, denerwuje i przeszkadza innym. Wina nie leży w wychowaniu lecz w biochemii. Symptomom zespołu ADHD można przeciwdziałać. Niezbędna jest jednak pewna wiedza na ten temat. Przede wszystkim należy rozpocząć od rozpowszechnienia wiedzy dotyczącej zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i niedoboru uwagi wśród:

- pedagogów i psychologów w celu umożliwienia im podejmowania wstępnej diagnozy oraz właściwego postępowania w rozpoznanych przypadkach,
- nauczycieli, którzy jako pierwsi mają szansę rozpoznać zespół nadpobudliwości i pomóc rodzicom w podjęciu dalszych kroków, a sami stosować odpowiednie metody dydaktyczne i wychowawcze,

- urzędników państwowych i samorządowych oraz polityków w celu tworzenia w szkołach odpowiednich warunków nauki, leczenia i dostępności środków temu służących,
- psychiatrów dziecięcych i pediatrów w celu umożliwienia im podjęcia leczenia oraz usprawnienia i zwiększenia dostępności skutecznych leków,
- rodziców dzieci dotkniętych zespołem, w związku z przygotowaniem ich do właściwego postępowania ze swymi dziećmi, uwalniając ich od ciężaru winy za wychowanie niegrzecznego dziecka, do czego przyczynia się zrozumienie problemu przez rodziców dzieci bez objawów zespołu nadpobudliwości.

Spełnienie powyższych zadań ułatwi dzieciom z zespołem ADHD ukończenie szkoły, zdobycie zawodu, realizację aspiracji oraz może prowadzić do ograniczenia objawów ich impulsywności i braku uwagi powodujących zbyt liczne wypadki jakim ulegają (por. podstawowe założenia Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym PoNAd).

Zespół nadpobudliwości jest najlepiej widoczny w wieku szkolnym, gdyż zaburzenia uwagi znacząco wpływają na osiągnięcia szkolne i możliwość uzyskania wykształcenia. Nasilenie objawów zmniejsza się wraz z wiekiem, a objawy nadrucliwości przyjmują formę uczucia niepokoju oraz trudności uczestniczenia w zajęciach wymagających koncentracji. Poważnym problemem jest brak akceptacji ze strony rówieśników. Może to prowadzić do rozwoju depresji (z tendencjami samobójczymi), uzależnienia od papierosów, narkotyków, alkoholu oraz rozwoju osobowości aspołecznej (kłopoty w szkole spowodowane ciągłym łamaniem zasad) (por. A. Kozłowska, 1999).

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej może występować w trzech formach:

- z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi - dzieci tzw. „marzycielskie”, nie mogą się skupić, potrafią pozostać w bezruchu, jeśli wymaga tego sytuacja; częściej występuje u dziewczynek;
- z przewagą nadpobudliwości psychoruchowej - dzieci tzw. „żywe srebra”, biegają w kółko bez obiektywnej przyczyny, odpowiednio zmotywowane potrafią skoncentrować się na dłużej; częściej występuje u chłopców;
- typ mieszany - nasilone objawy nadrucliwości i zaburzeń koncentracji uwagi; częściej u chłopców.

Nadpobudliwość psychoruchowa objawia się wtedy, gdy dziecko:

- biega, skacze, stale się kręci, często bez powodu, wszędzie jest go „pełno”,
- niechętnie włącza się do zajęć grupowych, a jeśli do tego dojdzie, ma trudności z poczekaniem na swoją kolej, przestrzeganiem zasad panujących w grupie,
- podczas zajęć w szkole wychodzi z ławki, spaceruje po klasie, wygląda przez okno, bez przerwy rozmawia w czasie trwania lekcji,

- zmuszone do pozostania w jednym miejscu, wykonuje wiele ruchów wokół własnego ciała, np. macha nogami, rusza ramionami, skubie wargi, bawi się włosami, gryzie ołówki,
- nie jest w stanie przez dłuższy czas skupić się na zadaniu, zwłaszcza szkolnym (np. rozmawia na tematy nie związane z zadaniem domowym lub pod byle pretekstem wstaje od biurka),
- wtrąca się do rozmów, przerywa nauczycielom podczas lekcji, odpowiada na pytanie, zanim usłyszy czy przeczyta całą jego treść,
- wszystko je rozprasza podczas odrabiania lekcji (np. przejeżdżający samochód),
- ma bałagan w pokoju,
- szybko rezygnuje z wykonywania zadania wymagającego wysiłku i skupienia,
- gubi przedmioty (np. przybory szkolne),
- zapomina odrabiać prace domowe lub odrabia je niedbale, popełniając wiele błędów,
- nie słucha, co się do niego mówi, jakby było nieobecne,
- łatwo wpada w złość, co przejawia się krzykiem lub niszczeniem przedmiotów (np. rysunków, z których nie jest zadowolone),
- reaguje nadmiernym lękiem na wiele sytuacji.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej ADHD rozpoznaje się zatem po analizie informacji o rozwoju i zachowaniu się dziecka w domu, przedszkolu lub szkole. Ale istotne są również lekarskie badanie pediatryczne, konsultacje neurologiczne i psychologiczne z wykonaniem niezbędnych badań dodatkowych, np. EEG lub NMR oraz opieka psychiatry dziecięcego, najlepiej w wyspecjalizowanej placówce. Niezwykle ważna jest tutaj postawa rodziców i nauczycieli.

Rodzice powinni:

- zdobyć umiejętności rozoznawania się w różnych sytuacjach i poznawać czynniki irytujące dziecko,
- zważać oraz niezwłocznie reagować na symptomy zapowiadające u dziecka stany rozdrażnienia (najwięcej można wyczytać z wyrazu twarzy, na której szybko odmalowuje się narastająca frustracja i niemożność znalezienia wyjścia z sytuacji),
- życzliwie przypominać dziecku, by panowało nad sobą, chociaż czasami okazuje się konieczne wybawienie go z jakiejś opresji,
- w sytuacjach trudnych i konfliktowych na jakiś czas przestać się nim zajmować, ale nie po to, by je ukarać, lecz by zarówno sobie, jak i jemu dać czas na ochłonięcie,

- uprościć styl życia, ograniczyć dopływ bodźców zewnętrznych, gdyż ich nadmiar oddziałuje szkodliwie,
- nie dawać dziecku jednocześnie zbyt dużo zabawek,
- dawać do wykonania tylko jedno zadanie, tak długo, aż się z niego wywiąże,
- wprowadzić ustalony (przestrzeganie porządku oraz kolejności zajęć), ale w miarę elastyczny, plan zajęć, który da dzieciom poczucie stabilizacji,
- dbać o racjonalne żywienie rodziny, podając regularnie posiłki bogate w różne składniki,
- starać się układać dziecko do snu w atmosferze serdeczności, miłości i odprężenia,
- podzielić zadania stawiane dziecku na etapy,
- nagradzać dobre postępowanie.

Ważna jest również pomoc w odrabianiu lekcji. Przed rozpoczęciem warto sprawdzić, czy dziecko ma:

- cichy i spokojny kącik, z dobrym oświetleniem,
- wyznaczony, stały czas, przeznaczony na odrabianie lekcji,
- potrzebne przybory i materiały (książki, zeszyt, długopis, linijkę, cyrkiel, itp.)

Warto również zapytać dziecko:

- co jest zadane,
- czy wie, co ma zrobić (jeśli nie, należy zasugerować, aby skontaktowało się z kolegą),
- na kiedy ma przygotować to zadanie,
- czy potrzebuje specjalnego przygotowania (wizyty w bibliotece, dostępu do komputera, itd.),
- czy potrzebuje specjalnych materiałów,
- czy już zaczął albo skończył pracę domową,
- czy jest to zadanie do wykonania przez wiele dni (projekt, obserwacja ze środowiska),
- czy nie warto byłoby przygotować plan działania na kolejne dni,
- czy przed klasówką warto byłoby zrobić podobny próbny test w domu.

W razie trudności należy podjąć następujące działania:

- przejrzeć zadanie domowe swojego dziecka, ale go nie odrabiać,
- na początku roku szkolnego uzgodnić z nauczycielem, jakie są wymagania i zasady dotyczące prac domowych,
- przejrzeć uwagi nauczyciela, dotyczące już odrobionych prac domowych i przedyskutować je z dzieckiem,

- sprawdzić jak najkorzystniej uczy się nasze dziecko,
- w przypadku trudności lub jakichkolwiek wątpliwości należy skontaktować się z nauczycielem,
- pochwalić dziecko za dobrze wykonaną pracę.

Natomiast nauczyciel powinien:

- pomóc skoncentrować się na jednej czynności,
- informować, co zdarzy się za chwilę,
- dać czas na zastanowienie,
- proponować różne możliwości wyjścia z trudnej dla dziecka sytuacji,
- chwalić za wszystko, co dobre,
- wydawać polecenia pojedynczo i powtarzać je kilkakrotnie,
- przypominać o zatrzymaniu się i myśleniu,
- dawać krótkie etapy pracy do wykonania,
- nagradzać, choćby za część dobrze wykonanego zadania,
- przypominać dziecku o jego dobrych i mocnych stronach, kiedy ma zły dzień (por. T. Wolańczyk, A. Kołakowski, M. Skotnicka, 1999).

Przyczynami wywołującymi ADHD mogą być:

- czynniki genetyczne (badania wskazują na udział około 20 genów w patogenezie zespołu ADHD),
- uwarunkowania psychospołeczne (zaburzone funkcjonowanie rodziny, choroby lub zaburzenia psychiczne w rodzinie, uzależnienia u rodziców, brak konsekwencji w procesie wychowawczym, niezaspokajanie potrzeb psychicznych dziecka, deficyty neuropsychologiczne),
- czynniki okołoporodowe (urazy, zamartwica, nieprawidłowy przebieg ciąży; nikotynizm, alkoholizm, narkomania w okresie ciąży; infekcje, szczególnie wirusowe, w czasie ciąży),
- alergia i nietolerancja pokarmowa,
- zatrucia (np. ołowiem).

Uważa się jednak, że największe znaczenie ma uwarunkowane genetycznie podłoże neurobiologiczne związane z budową OUN i funkcjonowaniem monoamin. Od 30 do 50 % krewnych (często rodzice) dzieci z nadpobudliwością miało w dzieciństwie rozpoznane to zaburzenie, a 71 % krewnych miało podobny zespół objawów.

Leczenie ADHD odbywa się poprzez:

- psychoedukację: poradnictwo dla rodziców i nauczycieli, modyfikowanie postaw rodzicielskich, psychoterapię indywidualną (praca z dzieckiem) - trening:

- zabawy, poznawczy, rozwiązywania problemów, kompetencji społecznych, kontrolowania agresji, budowania poczucia własnej wartości,
- zmianę metod wychowawczych: pozytywne wzmocnienie (chwalenie dziecka za spokojną, skoncentrowaną pracę lub dobre wyniki), zwracanie uwagi na dziecko tylko w sytuacjach, gdy jest niegrzeczne jest nagrodą za jego niegrzeczność, bo być może tylko wtedy rodzice poświęcają mu chwilę uwagi; angażowanie dziecka w drobne prace domowe i życie rodziny; poświęcanie dziecku więcej czasu (wspólne zabawy, gry, aktywny wypoczynek); terapia w grupie rówieśników; terapia rodzin,
 - dostosowanie metod nauczania do możliwości dziecka: częste przerwy w pracy dostosowane do czasu możliwej pełnej koncentracji dziecka (krótka maksymalna koncentracja, częste, ale krótkie przerwy nie angażujące dziecka w inne zajęcia czy zabawy), posadzenie dziecka z nadpobudliwością w pierwszej ławce, najlepiej ze spokojnym kolegą; uporządkowanie miejsca pracy (puste biurko, nie rozpraszające uwagi otoczenie), angażowanie dziecka w działania ruchowe, gdy tylko to jest możliwe (zetrzyj tablicę, przynieś kredę, rozdaj zeszyty), tworzenie indywidualnych programów edukacyjnych,
 - farmakoterapię (stosowanie leków pod kontrolą lekarza).

I chociaż nadpobudliwość jest jednym z najczęstszych, najbardziej stałych oraz trudnych w leczeniu zaburzeń zachowania w wieku dziecięcym, to systematyczna, cierpliwa i kompleksowa terapia ukierunkowana jednocześnie na dziecko i jego otoczenie - rodzinę i szkołę, przynosi zwykle pożądane efekty.

Osoby, które mają do czynienia z dziećmi z symptomem ADHD i poszukują informacji oraz pomocy, mogą skontaktować się z istniejącym od 1999 roku Stowarzyszeniem Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym PoNAd: Warszawa, ul. Andersa 37, m. 59A, skrytka pocztowa 38, 00-956 Warszawa, dyżury telefoniczne - wtorki i czwartki od 10.00 do 12.00 pod numerami: 0-22-423-17-43 lub 0-602-447-293; spotkania: poniedziałki, godzina 18.00.

Bibliografia cytowana

- Consensus statement on ADHD*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry, 2002, nr 11, s. 96-98.
- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington; American Psychiatric Association 1994, s. 78-85; tłumaczenie: M. Liwska, T. Wolańczyk, A. Kołakowski.
- Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom Nadpobudliwym PoNAd, podstawowe założenia*, Warszawa 2001.
- Kozłowska A.: *Zaburzenia emocjonalne u dzieci*. Warszawa 1999.

Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M.: *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć*. Lublin 1999.

Bibliografia zalecana

- Barker P.: *Podstawy psychiatrii dziecięcej*. Warszawa 1974.
- Bogdanowicz M.: *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa 1985.
- Bragdon A. D.: *Kiedy mózg pracuje inaczej: ADHD - Alkoholizm - Autyzm - DÉJA VU - Dysleksja - Leworęczność - Słuch absolutny - Pamięć fotograficzna - Sezonowe zaburzenie afektywne - Synestezja*. Gdańsk 2003.
- Hallowell E.M.: *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa*. Warszawa 2003.
- Hallowell E.M., Ratey J.J.: *W świecie ADHD*. Warszawa 2003.
- Kaja B.: *Zarys terapii dziecka*. Bydgoszcz 1998.
- Komender J.: *Postępy w psychiatrii dzieci i młodzieży*. W: *Medycyna Praktyczna. Pediatria* 2003, nr 2.
- Kozłowska A.: *Jak pomagać dziecku z zaburzeniami życia uczuciowego*. Warszawa 1996.
- Nartowska H.: *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo*. Warszawa 1972.
- Nartowska H.: *Wychowanie dziecka nadpobudliwego*. Warszawa 1986.
- Obuchowska I.: *Dynamika nerwic*. Warszawa 1983.
- Opolska T., Potempska E.: *Dzieci nadpobudliwe*. Program korekcji zachowań. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno - Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej. Warszawa 1999.
- Orwid M., Pietruszewska K.: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków 1996.
- Popielarska A.: *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa 1989.
- Prokop J., Schweizer CH.: *Niespokojne dzieci*. Poznań 1997.
- Ranschburg R.: *Lęk, gniew, agresja*. WSiP 1980.
- Sarfontein G.: *Twoje nadpobudliwe dziecko*. Warszawa 1999.
- Sęk H.: *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa 1993.
- Serfontein G.: *Twoje nadpobudliwe dziecko. Poradnik dla rodziców*. Warszawa 1999.
- Spionek H.: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa 1985.
- Voper K.W.: *Dzieci bez stresu*. Tom I , Tom II. Kielce 2000.

- Weiner I.B.: Zaburzenia psychiczne wieku dorastania. Warszawa 1987.
Zimbardo P.G., Ruch F.L.: *Psychologia i życie*. Warszawa 1994.

Bibliografia zalecana w języku angielskim

- Dubowitz H., Papas M.A., Black M.M., Starr R.H. Jr: Child neglect: outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics*, 2002; 109, s. 1100-1107.
- Hofstra M.B., van der Ende J., Verhulst F.C.: Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2002; 41, s. 182-189.
- Lipman E.L., Boyle M.H., Dooley M.D., Offord R.D.: Child well-being in single-mother families. *J. Amer. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2002; 41, s. 75-82.
- Miller P.M., Byrne H., Hodges A. i wsp.: Childhood behaviour, psychotic symptoms and psychosis onset in young people at high risk of schizophrenia: early findings from Edinburgh high risk study. *Psychol. Med.*, 2002; 32, s. 173-179.
- Schwartz S., Johnson J.J.: *Psychopathology of childhood*. Pergamon Press 1985.
- Small L.: *The Minimal Brain Dysfunctions*. Free Press 1982.
- Turgay A., Binder C., Snyder R., Fisman S.: Long-term safety and efficacy of risperidone for the treatment of disruptive behaviour disorders in children with subaverage IQs. *Pediatrics*, 2002; 110: s. 34 - 40.
- van de Wiel N., Matthys W., Cohen-Kettenis P.C., van Engeland H.: Effective treatments of school-aged conduct disordered children: recommendations for changing clinical and research practices. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 2002; 11, s. 79-84.

Summary

ADHD is a syndrome of psychomotor overrebelliance and deficiency of concentration. It affects about 3 % children at school age. The classic symptom is when a child goes to school and he / she does not learn but makes trouble, annoys and disturbs. The reason is found in the specific biochemistry, not in the upbringing. ADHD is caused by a different course of development of some areas of brain. ADHD's symptoms can be counteracted by having the appropriate knowledge of the subject.