

Hiperkinetični sindrom, specifične učne težave, minimalna cerebralna disfunkcija

UDK 616.89-008.47:616.8-009.12-053.2

IZVLEČEK – Po opisu več primerov značilnih oblik otrokovih težav so opredeljene diagnostične oznake za specifične učne težave, za hiperkinetični sindrom ter za minimalno cerebralno disfunkcijo. Oznaka je odvisna od klasifikacije bolezni, za katero se odločimo, od okolja, katerega posredujemo diagnostične ugotovitve, in od prisotnih ali prevladujočih simptomov.

Opisane so značilnosti otroka s hiperkinetičnim sindromom pri odzivanju, vedenju in učenju, njegove razvojne posebnosti ter interakcije z družinskimi in šolskim okoljem. Razvoj otroka je odvisen od vrste in intenzitete simptomov, zoritvenega izboljšanja, inteligentnosti, osebnostnih značilnosti, razumevanja in pomoči okolja.

Pojasnjena je epidemiologija (5–10% učencev normalnih osnovnih šol ima vedenjske in/ali učne posebnosti oz. motnje) in etiologija hiperkinetičnega sindroma (minimalna možganska oškodovanost, genetski in ekološki dejavniki). Pomoč otrokom obsega več pristopov: delo s starši, sodelovanje s šolo, delo z otrokom in terapijo s psihostimulansi. Njen namen je omiliti otrokove prilagoditvene težave, izboljšati njegovo delovno učinkovitost in zmanjšati število konfliktov, ki jih ima otrok v svojem okolju.

HYPERKINETIC SYNDROME, SPECIFIC LEARNING PROBLEMS, MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION. ABSTRACT – After describing several characteristic forms of childhood problems, the author gives diagnostic definitions of specific learning problems, the hyperkinetic syndrome and minimal brain dysfunction. These definitions depend upon the classification of the problem diagnosed, as well as on the environment which is to be informed about the illness and on the presenting and prevailing symptoms. The essential features of the hyperkinetic syndrome are described as reflected in the child's reactions, behaviour and learning patterns, as well as in his special developmental traits and his interaction with family and school environment. A child's development is dependent upon the type and severity of the symptoms, upon the degree of improvement due to maturation, intelligence and personality features, as well as upon the understanding and help available to the child in school and at home. Dealing with the hyperactivity syndrome, the author indicates its prevalence (5–10% of elementary school children show behaviour or learning problems) and explains the aetiology of this syndrome (minimal brain damage, genetic and environmental factors). Management of these disorders includes work with the child's parents and the teaching staff, work with the disturbed child and treatment by drugs. The aim of all these forms of assistance is to alleviate the adjustment difficulties of the disturbed child, to improve his performance and reduce his conflicts with society.

Katere otrokove težave označujemo z navedenimi diagnozami?

Marko, učenec tretjega razreda prihaja v Svetovalni center zaradi nemirnosti v šoli, zaradi slabe pozornosti in slabega šolskega uspeha. Oba starša imata visoko izobrazbo. Oče je doktor fizike. Pove, da je tudi sam imel v otroštvu podobne težave, vendar jih je pozneje »prerastel«. V družini sta dva otroka, ki sta zelo različna. Medtem ko je Marko nevztrajen in številnih situacij ne obvlada, ves čas je težje vodljiv in bolj težaven otrok, ima mlajši sin prav nasprotno lastnosti. Starša opažata tudi, da je Marko zelo nespreten. Porod je bil težaven, deček je bil po porodu oživljan, nekaj dni je bil v inkubatorju. Šest let star je padel z okna v prvem nadstropju, enkrat ga je podrl avto, doživel je še mnoge druge manjše nezgode. Na kirurškem oddelku v domačem kraju ga že dobro poznajo.

Psihologinja opisuje otroka takole: ves čas preizkušnje je bil deček nemiren v različnih oblikah (uhaja s prostora, daje noge na mizo). Pozornost je slaba in

kratkotrajna. Njegova storilnost je slaba. Deček je infantilni, vedenje slabo kontrolira (med delom govori, vriska, stoka), v pogovoru je brez distance. Občasno je negotov in si želi potrditve.

Nevrološki status kaže na slabše koordinirano fino motoriko in splošno motorično okornost. EEG: za starost slabše oblikovana in nezrela osnovna bioelektrična aktivnost.

Mnenje: hiperkinetični sindrom.

Janez iz drugega razreda prihaja v Svetovalni center zaradi hudih težav pri pisanju. Piše tako počasi, da ne zmore pisati po nareku ali prepisati s table. Njegova pisava je nečitljiva tudi za njega samega. Spušča črke, zamenjuje B in D, izpušča strešice na Š in Č. Zelo slabo in nerad bere, ima zelo kratkotrajno koncentracijo, hitro se utruji.

Mnenje defektologa: motnje branja in pisanja (disleksija in disgrafija), motnje pozornosti, specifične učne težave.

Deček je skozi celo šolsko leto obiskoval defektologa, ki mu je pomagal s posebnimi vajami. Defektolog je bil v stalnem stiku z otrokovo učiteljico, ki je prav tako s posebnimi prijemi pomagala otroku v razredu.

Petra, učenca drugega razreda, je mati pripeljala k otroškemu psihiatru zaradi nemirnosti, težje vodljivosti in stalnih pritožb v šoli. Oba starša sta vzgojitelja. V družini sta dva otroka, 11-letni Marko in 9-letni Peter. Otroka sta zelo različna. S starejšim ni nikakršnih problemov, je nekoliko bolj vase zaprt otrok. Mlajši – Peter je povsem drugačen. Je zelo živahen, mnogo bolj odprt kot njegov brat, korajžen, brez občutka za nevarnost, nemiren doma in v šoli, pogosto uporablja neprimerne načine uveljavljanja, povzroča težave staršem in učiteljem. Nosečnost je potekala brez posebnosti. Ob porodu je imel ovito popkovo, bil je oživiljan. Psihomotorični razvoj je potekal normalno. V starosti štirih let je utrpel lažji pretres možganov, drugič je imel pretres možganov v starosti petih let. Pozneje je pogosto doživel nezgode. Že v vrtcu so vzgojiteljice opozarjale mamo, da je hudo nemiren, tu pa tam je pobegnil iz njega. V prvem razredu se je učiteljica pritoževala nad otrokovim nemirnim, pogosto je o tem pošiljala staršem pisna poročila v beležki. Prvi razred je izdelal z dobrim uspehom, imel je težave pri učenju branja in pisanja, računstvo pa mu je šlo zelo dobro. Letos obiskuje drugi razred. Še vedno so težave pri branju in pisanju, piše slabo, zamenjuje in izpušča črke. Največji problem je vedenje. Še bolj je nemiren kot v prvem razredu. Učiteljica je zelo nezadovoljna z njim, stalno ga opominja in je staršem svetovala, naj ga pripeljejo v pedopsihiatrično ambulanto. Letošnja tovarišica je manj strpna kot ona v prvem razredu, kar dodatno stopnjuje težave. Peter ima izrazite dobre in slabe dneve in ob slabih dnevih je z njim zlasti težko, ne le v šoli, temveč tudi doma. Tudi sam je prizadet zaradi slabega uspeha in stalnih opominov. Mamo je spraševal, kako to, da zna dobro računati, pa tako slabo piše. Kar zadeva nemir in nedisciplinarnost v šoli, vselej obljubi, da se bo poboljšal, vendar obljube ne drži.

Izrazito inteligenten in diferenciran otrok, kritičen do svojih težav v šoli, zaradi njih prizadet. Med pogovorom je opazen droben nemir. Nosi očala. V nevrološkem statusu so izraziti znaki minimalne nevrnalne disfunkcije (mehki znaki). EEG: za starost nezrela bioelektrična aktivnost.

Mnenje: hiperkinetični sindrom, specifične učne težave.

Materi razložim naravo otrokovih težav. Po pogovoru z učiteljico, iz katerega je razvidno, da je otrokovo vedenje v razredu zanjo in za razred sila moteče, prične otrok prejemati ritalin. Ob drugem obisku mati poroča, da je »uspeh neverjeten«.

Po ritalinu je v šoli otrok zbran, njegovi izdelki so lepši, mnogo manj je napak pri pisanju, predvsem pa je deček mnogo bolj umirjen in ni več konfliktov med njim in učiteljico.

Edija, učenca prvega razreda, je napotila v Svetovalni center šolska psihologinja zaradi nemira in vedenjskih problemov. Iz šolskega poročila povzemamo: Deček je med poukom hipermotoričen, neprestano je v akciji (hodi po razredu, gleda skozi okno, nagaja sošolcem, meče se po tleh, spušča neartikulirane glasove, prepeva). Pri delu ostaja le malo časa, največ deset minut, pozornost niha od dejavnosti k dejavnosti, od predmeta do predmeta. Vedno potrebuje kontrolo in pomoč ter veliko spodbude. Njegovi izdelki so nedokončani, spacani, neurejeni. Do sošolcev je dokaj agresiven, vendar hoče biti center pozornosti. Njegovo okolje in pripombe so jih v začetku zabavali, sedaj pa ga vse bolj odklanjajo. V razredu je vse bolj osamljen. Odnos do odraslih je neprimeren, obnaša se do njih, kot bi bili njegovi vrstniki. Antenatalna in perinatalna anamneza sta brez posebnosti. Psihomotorični razvoj je v mejah normalnega. V starosti dveh mesecev je bil operiran na požiralniku. V osmem mesecu so se pri otroku pojavili krči, ki so se ponavljali. Zaradi krčev so ga vodili v nevrološko ambulantno pediatrične klinike. Od drugega leta dalje ni imel več napadov. Pod stalno kontrolo pedonevrologa je bil do petega leta starosti. Do tedaj je tudi prejemal antiepileptična zdravila. Deček živi v popolni družini, je edini otrok. Družinske razmere so urejene. Otrok je zelo težaven in do preprirov med staršema prihaja predvsem zaradi otrokove težavnosti. Oče očita materi, da je preveč popustljiva, mati očetu, da je preveč strog.

Deček je med pogovorom izrazito hiperaktiven, se premika po prostoru, brska po mojih stvareh. V pogovoru je zelo sproščen in prisrčen, brez običajnih zavor, ki jih kažejo otroci njegove starosti v novih situacijah z odraslimi. Ko opisuje svoje vedenje v šoli, se smeje. Daje vtis normalno inteligentnega, vendar socialno nezrelega otroka. V nevrološkem statusu so znaki minimalne nevralne disfunkcije.

Mnenje: hiperkinetični sindrom, socialna nezrelost.

Materi razložim naravo otrokovih težav, povabim na pogovor tudi očeta, da bi se skupaj pogovorili o najbolj ustreznem ravnanju z otrokom. Posredujem svoje ugotovitve otrokovi učiteljici in šolski psihologinji. Povežem se z nevrološko ambulantno pediatrične klinike in v dogovoru z zdravnikom, ki je otroka spremljal zaradi krčev, predpišem otroku ritalin. Uspeh zdravila je bil izreden, tako da je učiteljica točno vedela, če je otrok vzel zdravilo ali ne.

Za otroke, ki smo jih predstavili, je značilno:

- da imajo težave pri nekaterih predmetih, predvsem težave pri učenju branja in pisanja – zato govorimo o **specifičnih učnih težavah**;
- da odstopajo od svojih vrstnikov s svojo nemirnostjo – zato govorimo o **hiperkinetičnem sindromu**;
- da imajo težave s pozornostjo – za to ameriško psihiatrično združenje v svojem diagnostičnem in statističnem priročniku bolezni (DSM III) rabi za otroke diagnostično oznako ADD – Attention Deficit Disorder – **motnja pomanjkljive pozornosti**;
- da ni mogoče pojasniti otrokovih učnih in disciplinskih težav v šoli z neugodno družinsko situacijo;
- da gre pri veliki večini otrok za razvojno pogojene posebnosti zorenja osrednjega živčevja – zato govorimo o **razvojnih motnjah**;

- da so pri mnogih otrocih medicinsko ali psihološko ugotovljivi minimalni nevrofiziološki odkloni – zato govorimo o **minimalni cerebralni disfunkciji**.

Opredelitve posameznih diagnostičnih oznak

Kaj so specifične učne težave?

Specifične učne težave so odraz delnih okrnjenosti ali počasnejšega razvoja nekaterih sposobnosti. Gre za neskladen ali neharmoničen razvoj, zaradi katerega otrok na nekaterih področjih slabše deluje, kot bi pričakovali glede na njegovo inteligentnost. Otroci s specifičnimi učnimi težavami so kljub normalni ali včasih celo ob zelo visoki inteligentnosti neuspešni pri posameznih učnih predmetih, največkrat pri pisanju, branju, slovenščini, pozneje pri drugih jezikih, računanju, risanju, petju, predmetih, ki zahtevajo ročno spretnost, telovadbi.

Težave nastopajo v različnih kombinacijah; lahko so hujše ali lažje.

Najbolj pogoste motnje otrok s specifičnimi učnimi težavami so: **motnje branja in pisanja, šibka in kratkotrajna pozornost ter dobri in slabi dnevi**.

Marsikateri otrok s specifičnimi učnimi težavami je tudi nemiren. Nekateri so nespretni. Oboje prispeva k temu, da je med njimi razmeroma veliko nezgodnikov.

Otrok s specifičnimi učnimi težavami je torej normalno umsko razvit. Ima posebne težave pri nekaterih predmetih. Njegov šolski uspeh zaostaja za pričakovanim uspehom.

Za motnje pri učenju branja in pisanja se je v Sloveniji uveljavil naziv legastenija.

Kdaj govorimo o nemirnem otroku ali o hiperkinetičnem sindromu

O nemirnem ali hiperaktivnem otroku govorimo, če otrok med enako starimi vrstniki istega spola izstopa po svoji gibalni nemirnosti. Običajno se nemirnost pokaže šele z vstopom v šolo. Od predšolskega otroka ne pričakujemo, da bo dolgo časa ostal na istem mestu, da bo dolgo časa pri miru, da bo dolgo časa zdržal pri istem opravilu. Ko pa otrok doseže starost sedem let in se všola, pričakujemo od njega, da bo zmožel sedeti 45 minut, tj. celo šolsko uro pri miru. Tedaj pa se izkaže, da nekateri otroci tega ne zmorejo. Takšni otroci so med poukom stalno v gibanju, z nemirnostjo ovirajo lastno delo, motijo učitelja in celotno delo v razredu. Otrok ni sposoben obvladati svojih potreb po gibanju.

Raven aktivnosti je pri nemirnem otroku spremenljiva. Otrok ima svoje dobre in slabe dneve. Ob slabih dnevih je bolj nemiren, bolj nestanovit, takrat običajno tudi slabše dela in specifične učne težave so močnejše izražene. Dobri in slabi dnevi so pri mnogih otrocih odvisni od vremena. Za take otroke učitelji in starši ugotavljajo, da so vremenski. Običajno se nemirnost stopnjuje tudi z otrokovo utrujenostjo. Zato so hiperkinetični otroci manj nemirni v prvih urah in bolj v zadnjih urah pouka. Raven gibalne aktivnosti je odvisna tudi od otrokovega počutja. Za večino hiperkinetičnih otrok velja: čim bolj je otrok napet, čim večji so pritiski nanj, tem bolj bo nemiren. Zato se nemir stopnjuje ob koncu šolskega leta.

Navajamo dve opredelitvi hiperkinetičnosti:

- **Hiperaktivnost ali hiperkinetičnost** je kronična, čezmerna raven motorične aktivnosti, čez katero se nenehno pritožujejo svojci v domačem okolju ali v šoli.

● **Hiperkinetični sindrom** je sklop simptomov, ki vključuje motorično nemirnost, impulzivnost, kratkotrajno pozornost, učne težave in čustveno nestanovitnost.

Minimalna cerebralna disfunkcija

Sindrom minimalne cerebralne disfunkcije zajema vrsto vedenjskih učnih in finih motoričnih motenj, ki jih pripisujemo odklonskemu možganskemu delovanju pri normalno ali višje inteligentnem otroku. Karakteristični simptomi so hiperkinetičnost, motnje pozornosti, impulzivnost, spremenljivost razpoloženja in storilnosti ter perceptivno motorične motnje. Oznaka minimalna poudarja, da sindrom ne vključuje grobih psihoorganskih sprememb ali nevroloških simptomov, ki jih povzročajo anatomsko dokazljive lezije osrednjega živčevja.

Naštete opredelitve se torej prikrivajo in pravzaprav lahko rečemo, da gre za iste otroke, za katere uporabljamo različne diagnostične kategorije. Katero diagnostično kategorijo bomo uporabili, je odvisno:

● **od klasifikacije bolezni, za katero smo se opredelili** (mednarodna klasifikacija bolezni: hiperkinetični sindrom; ameriška klasifikacija bolezni: ADD – motnje pomanjkljive pozornosti);

● **od okolja, kateremu posredujemo naše diagnostične ugotovitve:** v zdravstvenih ustanovah je še v rabi izraz minimalna cerebralna disfunkcija. Za opredeljevanje motnje je najbolj smiselna oznaka »hiperkinetični sindrom«, pod katero bo motnja tudi šifrirana. Pri sodelovanju s šolo je najbolj ustrezno uporabljati za otroka oznako »specifične učne težave« in »nemirni otrok«. Ta oznaka je za učitelje najbolj razumljiva, obenem pa tudi najbolj točno opredeli otrokov problem v šolski situaciji. Oznaka minimalna cerebralna disfunkcija se je namreč izkazala kot neugodna za otroka in za starše. Mnogi otroci in starši pa tudi učitelji razumejo to diagnozo kot okvarjenost ali bolezen otrokovih možgan. Tako razumevanje je povezano pri otroku z moteno samopodobo, pri starših z bojznijo, pri učiteljih s pojmovanjem otroka kot bolnika. Zato se v stiku s šolo temu izrazu izogibljemo. Prav tako se mu izogibljemo, ko pojasnjujemo otrokove težave otroku ali staršem. Sicer pa se je v šolah v Sloveniji uveljavil izraz »specifične učne težave« in bo sporazumevanje med zdravstvenim delavcem in šolskim delavcem najlažje ob rabi tega izraza;

● **od prisotnih ali prevladujočih simptomov:** pri nekaterih otrocih so izražene predvsem ali pa samo učne težave (npr. samo težave pri branju in pisanju brez nemirnosti), pri drugih predvsem ali samo hiperaktivnost brez učnih težav.

Otrok s hiperkinetičnim sindromom v šoli

Ko dajemo otroku diagnozo »minimalna cerebralna disfunkcija«, bi morali, če bi hoteli biti zares pravični, dodati še »glede na zahteve šole«. Otroci, o katerih govorimo, namreč niso bolniki, glede na posebnosti delovanja osrednjega živčevja jih lahko uvrstimo med tiste, ki imajo lažje okvare osrednjega živčevja (zato je bila v rabi tudi diagnoza minimalna možganska oškodovanost) in med tiste, katerih osrednje živčevje ni prav nič okvarjeno. Otrok ima nekatere odzivne in vedenjske značilnosti ter značilnosti mišljenja, zaradi katerih se težje prilagaja na disciplinske in učne zahteve šole (1). Isti otroci lahko zunaj šolskega okolja izstopajo s svojimi



Foto: Jelka Simončič

sposobnostmi. Med njimi so nekateri izjemno inteligentni, ki so ubrali svojska pota mišljenja in dali človeštvu veliko pomembnih odkritij. Otrok s hiperkinetičnim sindromom preneha biti pacient te ali one mentalnohigienske ali psihiatrične ustanove, brž ko zapusti šolo. Diagnoze minimalna cerebralna disfunkcija, hiperkinetičnost, specifične učne težave so značilne za šolsko obdobje. Vzrok je delno ta, da se v procesu zorenja motnje ali posebnosti omilijo in mnoge povsem izginejo. Drugi vzrok, da ti otroci prenehajo biti pacienti ali tisti, ki potrebujejo še posebno pomoč psihologa ali zdravstvenega delavca, pa je ta, da ob izstopu iz šole postanejo njihove značilnosti za življenjski in delovni vsakdan nepomembne.

Nemiren otrok oziroma otrok s specifičnimi težavami je glede na svoje prilagoditvene zmogljivosti izpostavljen v šoli mnogo večjim zahtevam in pritiskom kot njegovi vrstniki. Zaradi svojih nevrofizioloških značilnosti se mnogo težje prilagaja in izpolnjuje zahteve šole glede discipline in dela. Zaradi ponavljajočih se neuspehov v šoli, zlasti neuspehov v prvih letih šolanja, mnogih očitkov, kazni, doživlja otrok mnoge neugodne izkušnje v zvezi s šolo in učenjem. Pri mnogih otrocih se zaradi tega razvijejo:

- odpor do šole in izguba volje do učenja,
- strah pred šolo,
- poskusi izogibanja šoli, izostajanje iz šole,
- zavest o lastni nezmožnosti in nesposobnosti,

- občutja manjvrednosti,
- včasih se poskusi uveljaviti tudi z nezaželenimi oblikami vedenja.

Mnogi otroci s specifičnimi učnimi težavami, ki so z leti »prerasli« svoje osnovne težave in jih te ne ovirajo več pri učenju, so še vedno slabši učenci. A tokrat ne več zaradi specifičnih učnih težav, temveč zaradi drugotnih odporov do šole in učenja. Pri mnogih se na provotno razvojno pogojene posebnosti pozneje nacepijo še čustvene motnje kot posledice neugodnih izkušenj v šoli in v družini.

Nekateri hiperkinetični otroci imajo tudi motnje vedenja

Pogostost motenj vedenja je v skupini otrok s hiperkinetičnim sindromom večja od pogostosti motenj vedenja v neizbrani skupini enako starih otrok.

Nezaželene oblike vedenja so predvsem posledica otrokovih slabih izkušenj s svetom, njegovih konfliktov in neuspehov.

Vendar pri mnogih hiperkinetičnih otrocih, ki imajo tudi motnje vedenja, srečujemo nekatere konstitucionalno pogojene značilnosti odzivanja, zaradi katerih se težje prilagajajo vedenjskim zahtevam okolja. Otrokovo vedenje in odzivanje je nezrelo. Za otroka so značilne reakcije »tu in zdaj«. Otrok ima slabo sposobnost načrtovanja in predvidevanja posledic svojega ravnanja; slabo se prilagaja – malo se nauči iz nagrad in kazni, dobre in slabe izkušnje ga ne izučijo; njegovo vedenje se hitro dezorganizira; je impulziven, slabše se obvlada, nagiba k eksplozivnim reakcijam; včasih kaže nepredvidljive spremembe v svojem vedenju, od razumnega in starosti primerne vedenja do nezrelih in neustreznih odgovorov. Pri nekaterih otrocih opažamo še te značilnosti: težko ga je za dalj časa zadovoljiti in osrečiti; težko mu je ustreči; je nenasiten; išče izredne dogodke; občasno se vede, kot bi bil gnani. Zaradi teh in podobnih lastnosti je otrok težje vzgojljiv, ima več problemov v družini in v šoli in včasih tudi v skupini vrstnikov.

Na prvotne konstitucionalne in temperamentne posebnosti, zaradi katerih je otrok težje vzgojljiv, se kmalu nacepijo še čustvene motnje zaradi konfliktov z okoljem. Težje vzgojljiv otrok povzroča v domačem in šolskem okolju več velikih problemov, več nezadovoljstva pri starših in drugih vzgojiteljih, sam doživlja več pritiskov in več odklonilnih in kaznovanih reakcij s strani odraslih in s strani vrstnikov. Včasih je okolje hudo nestrpno ali otroku nenaklonjeno. Največkrat pa imamo opraviti s starši in učitelji, ki »normalno« reagirajo na težavnega otroka, tj. postanejo ob njem bolj pogosto utrujeni, nestrpni, jezni, kot bi postali ob netežavnem otroku. To pomeni, da doživi po temperamentu bolj težaven in težje prilagodljiv otrok že v normalnem okolju več pritiskov, konfliktov in čustvenih prizadetosti kot otrok, ki se zlahka prilagaja zahtevam družine in šole. Prav iz skupine »težavnih« otrok izhaja večina tistih, ki jih obravnavamo v mentalnohigienskih ustanovah, vzgojnih posvetovalnicah in sorodnih ustanovah. Vendar ob ocenjevanju reakcije okolja ne smemo izgubiti izpred oči resnice, da večina teh otrok s svojimi odzivnimi vedenjskimi značilnostmi mnogokrat preseže strpnost staršev, učiteljev in drugih vzgojiteljev ter tako povzroči pogoste negativne reakcije. Mnogi otroci z motnjami vedenja bi v istem družinskem in šolskem okolju odraščali brez težav in motenj, če ne bi imeli opisanih odzivnih in vedenjskih posebnosti. Tako je tudi mogoče razumeti, da je v isti družini nekaj otrok, s katerimi starši nimajo vzgojnih težav, med njimi pa je eden, ki je težje vzgojljiv ali pa že vedenjsko moten.

Razvojne značilnosti

Pri večini otrok, ki dobijo diagnozo hiperkinetični sindrom, starši v pedopsihiatrični ambulanti izjavljajo, da z njimi ni bilo problemov pred vstopom v šolo. Vendar lahko pri bolj usmerjenem in podrobnejšem iskanju anamnestičnih podatkov zdravstveni delavec ugotovi, da je njihov razvoj bil na nekaterih področjih upočasnen. Najbolj pogosti zaostanki so:

- upočasnen razvoj govora,
- upočasnen razvoj motorike,
- upočasnen razvoj kontrole močenja.

Pri mnogih otrocih s hiperkinetičnim sindromom lahko govorimo o neusklajenem (disharmoničnem) razvoju. Izraz pomeni, da poteka otrokov razvoj neenakomerno: nekatera področja se razvijajo kot pri večini otrok, razvoj posameznih področij pa je upočasnen.

Na splošno lahko pojmujeemo značilnosti hiperkinetičnega sindroma tudi kot **razvojne posebnosti**. Otroci s specifičnimi učnimi težavami na področju branja in pisanja zaostajajo za svojimi vrstniki. Zato se ne morejo v enaki starosti in enako hitro tega naučiti. Zato uporabljajo nekateri strokovnjaki tudi izraz **razvojna disleksija** in **razvojna disgrafija**. O razvojni disleksiji govorijo pri otroku, ki zaostaja za dve leti za svojim enako starim in enako inteligentnim vrstnikom v sposobnosti učenja branja. Tudi nemirnost lahko tolmačimo kot nezrelo obliko vedenja. Socialna nezrelost je značilna za mnoge otroke s hiperkinetičnim sindromom in je tudi značilna za otroke z nižjo kronološko starostjo. Da so motnje, ki izvirajo iz hiperkinetičnega sindroma tudi razvojno pogojene, govori tudi dejstvo, da se otrokove težave z zorenjem osrednjega živčevja omilijo ali pa celo povsem izginejo.

Poleg tega da je pogosto pri otrocih s hiperkinetičnim sindromom razvoj upočasnen, kažejo mnogi že pred všolanjem nekatere značilnosti, kot so:

- **Motnje spanja:** zibanje telesa ali glave preden otrok zaspi, nereden ritem spanja zlasti v prvih letih življenja, nemirno spanje, pavernocturnus, neobičajno plitvo ali neobičajno globoko spanje, otrok težko zaspi, zvečer so vselej težave, ko mora v posteljo, ima manjšo potrebo po spanju kot njegovi enako stari vrstniki.

- **Posebnosti telesnih funkcij:** obilno slinjenje pri malem otroku, sesanje palca, grizenje nohtov, zibanje z glavo, škripanje z zobmi, neobičajne prehranjevalne navade, upočasnjeno privajanje na čistočo, hitra utrudljivost, enureza.

- **Značilnosti čustvenega odzivanja:** impulzivnost, ekspanzivnost, jokavost, slabše obvladovanje čustev in impulzov, slaba sposobnost prenašanja frustracij, zavrtost, intenzivne reakcije na majhne dražljaje po načelu »vse ali nič«, pogoste reakcije jeze ali trme, pogoste spremembe razpoloženja in odzivnosti, slaba prilagodljivost na spremembe v okolju.

Nobena od naštetih razvojnih posebnosti in čustvenih značilnosti sama zase še ni motnja. Vendar našeti pojavi lahko predstavljajo problem za starše. Upočasnen razvoj posamezne funkcije lahko skrbi starše (npr. upočasnen razvoj govora) in jih obremenjuje (npr. nočna enureza, ki traja v šolsko obdobje). Naštete značilnosti čustvenega odzivanja na eni strani otežkočajo življenje otroku in povzročajo, da je otrok bolj občutljiv in bolj ranljiv, na drugi strani pa je otrok s temi značilnostmi, zlasti če jih je več hkrati, težje vzgojljiv in terja od staršev več potrpljenja, več energije in več vzgojnih prizadevanj.

Otrokove razvojne in odzivne značilnosti opazijo zlasti dobro tisti starši, ki imajo več otrok in lahko primerjajo razvoj otroka s hiperkinetičnim sindromom z razvojem njegovega sorojenca, ki teh težav nima.

Vendar je treba poudariti, da sodijo med značilnosti otrok s hiperkinetičnim razvojem tudi izrazito pozitivne socialne lastnosti, kot prisrčnost, spontanost čustvena odzivnost in druge lastnosti, zaradi katerih je otrok priljubljen in marsikdaj vnaša v svoje okolje več topline in vedrosti kot njegov discipliniran in samoobvladan vrstnik.

Otrok s hiperkinetičnim sindromom in domače okolje

Otrok s hiperkinetičnim sindromom ali s specifičnimi učnimi težavami je pravzaprav predvsem šolski »bolnik«. Otrokov problem izhaja iz šolske situacije in neugodna šolska situacija postane kristalizacijsko jedro mnogih notranjih čustvenih problemov in motenj v odnosih s starši. Za razliko od odraslega, ki je na svojem delovnem mestu neuspešen in zaradi tega praviloma nima težav s svojimi družinskimi člani, se pri otroku neuspešnost ali neustrezno vedenje na delovnem mestu, tj. v šoli, prenaša tudi v domače okolje. Otrok je običajno zaradi slabih ocen in opominov v beležki grajan ali kaznovan še doma. Šolske težave postanejo družinski problem: vzrok konfliktov in motenj odnosov med otrokom in starši, vzrok skrbi za starše in mnogokrat vzrok konfliktov med obema staršema, ki si očitata neustreznost vzgojnih pristopov (2).

Nadaljnji razvoj otroka s hiperkinetičnim sindromom

V večini primerov je hiperkinetični sindrom razvojno pogojena motnja, ki se med zorenjem osrednjega živčevja omili ali izgine. Zaradi tega v odrasli populaciji ne govorimo o hiperkinetičnem sindromu, specifičnih učnih težavah ali minimalni cerebralni disfunkciji. Omenili smo že, da je drugi pomembni vzrok za odsotnost teh diagnoz ta, da pred odraslega človeka življenje ne postavlja enakih zahtev, kot jih postavlja pred otroka šola, zlasti osnovna šola, in zaradi tega, tudi če posebnosti trajajo dalj časa, ne motijo delovnega in življenjskega ritma.

Vendar pri vseh otrocih s hiperkinetičnim sindromom simptomi povsem ne izginejo. Pri nekaterih specifične učne težave, kot so motnja branja in pisanja, trajajo v odraslo dobo. V mnogih razvitih evropskih državah navajajo, da je med rekruti 10% slabo pismenih ali skoraj nepismenih, ki so izpolnili šolsko obveznost, in med temi je prav gotovo veliko število takih, ki se niso zadosti upisemenili zaradi specifičnih učnih težav. Tudi motnje pozornosti pri mnogih otrocih s hiperkinetičnim sindromom trajajo še v odraslo dobo. Motorična nespretnost se sicer omili, vendar v okoliščinah, ki terjajo fino motorično spretnost, postane tudi pri odraslih opazna. Vendar bi lahko v splošnem rekli, da je naravna pot razvoja simptomov iz hiperkinetičnega sindroma ugodna.

Toda otrokov razvoj ni samo pod vplivom bioloških dejavnikov, temveč nanj delujejo čustveni in socialni dejavniki. Za otroka s hiperkinetičnim sindromom je življenje bolj naporno tudi v normalnih življenjskih okoliščinah. Težje prenaša obremenitve, bolj pogosto je deležen nezadovoljstva, kazni ali celo odklanjanja s strani svojega okolja. Na drugi strani je tak otrok tudi bolj obremenjujoč za svoje okolje. V neugodnih življenjskih okoliščinah – v dezorganiziranih družinah, ob

starših, ki niso pripravljeni ali niso zmožni prisluhniti otrokovim potrebam, ob starših, ki so sami prehudo obremenjeni z lastnimi težavami in problemi, da bi se lahko dovolj posvetili otroku, ob nerazumevajočem učitelju, v okolju, ki postavlja pred otroka preostroke zahteve in ne upošteva njegovih individualnih posebnosti, pa bo otrok s hiperkinetičnim sindromom še huje prizadet. Na prvotno konstitucionalno pogojene značilnosti odzivanja, doživljanja in učenja se bodo nacepile še čustveno pogojene motnje. Čustvena prizadetost slabša otrokovo simptomatiko iz kroga hiperkinetičnega sindroma. Razvijejo se lahko čustvene in vedenjske motnje, zaradi katerih otrok sam trpi ali pa povzroča trpljenje v svojem okolju.

Razvoj otroka s hiperkinetičnim sindromom je odvisen predvsem od:

- vrste in intenzitete simptomov,
- zoritvenega izboljšanja,
- inteligentnosti,
- osebnostnih značilnosti,
- razumevanja in pomoči okolja.

Na kratko bi lahko povzeli **mogoče smeri razvoja otroka s hiperkinetičnim sindromom** tako:

- otrok »preraste« svoje težave brez posledic,
- posledice se kažejo v odporu do šolanja, učenja, branja itd.,
- otrok ob procesu zorenja premaga svoje težave, ostanejo blage čustvene posledice,
- zaradi neugodnih interakcij z okoljem se razvijejo resnejše čustvene oziroma nevrotične motnje,
- zaradi neugodnih interakcij z okoljem se razvijejo sekundarne vedenjske motnje,
- posebnosti mišljenja – divergentno mišljenje, nekalupljenost v običajne miselne sheme, prispevajo k izvirnim novim rešitvam, smelosti v zamislih, kreativnosti in podjetnosti ter mnogim izjemnim dosežkom oseb, ki so bili nekoč hiperkinetični otroci.

Novije raziskave kažejo, da je pri otrocih z močno izraženimi znaki hiperkinetičnega sindroma večje tveganje glede alkoholizma, disocialnosti in histerije v odrasli dobi (3).

Epidemiološka slika

Glede pogostosti hiperkinetičnega sindroma v populaciji učencev normalnih osnovnih šol večina raziskovalcev prihaja do sorodne številke, in sicer ugotavljajo, da je **pri 5–10% mogoče ugotoviti vedenjske in/ali učne posebnosti oziroma motnje iz hiperkinetičnega sindroma**. Ekstremne vrednosti, ki se navajajo v literaturi so 3–15% (vsi podatki so citirani po Wender, 1971). Do razlik v epidemioloških podatkih prihaja zaradi različnosti kriterijev, ki jih uporabljajo ocenjevalci. Znaki hiperkinetičnega sindroma so pri otrocih lahko bolj ali manj izraženi: to je odvisno od kriterija, kolikšna bo ugotovljena prevalenca. V Sloveniji ocenjujemo, da ima približno 10% otrok tako izražene znake hiperkinetičnega sindroma, da ti pomenijo motnje v prilagajanju na disciplinske ali učne zahteve šole.

Diagnoza hiperkinetični sindrom je danes ena najbolj pogostih diagnoz v strokovnih ustanovah za pomoč otrokom s psihosocialnimi motnjami, to je v mentalnohigienskih dispanzerjih, v pedopsihiatričnih dispanzerjih, vzgojnih posve-

tovalnicah. Med pacienti teh ustanov jih je okrog 70% z diagnozo hiperkinetični sindrom. Pri 40% otrok, ki poiščejo pomoč v teh ustanovah, je hiperkinetični sindrom poglavitni vzrok obravnave (4).

Hiperkinetični sindrom je bolj pogost pri dečkih kot pri deklicah; razmerje je po različnih avtorjih 2 : 1 do 5 : 1 v prednost dečkov.

Etiologija hiperkinetičnega sindroma

Etiološki dejavniki, s katerimi si danes pojasnjujemo nevrofiziološke značilnosti in posebnosti, iz katerih izvirajo vedenjske in učne težave otroka s hiperkinetičnim sindromom, so:

- minimalna možganska oškodovanost,
- genetski dejavniki,
- ekološki dejavniki.

V prvem obdobju odkrivanja hiperkinetičnega sindroma so posvetili predvsem pozornost dejavnikom, ki bi lahko povzročili oškodovanost osrednjega živčevja. Raziskave so pokazale, da je med otroki s hiperkinetičnim sindromom statistično pomembno večje število otrok z antenatalnimi ali perinatalnimi komplikacijami.

V zadnjem času pa je pozornost vse bolj usmerjena na genetske dejavnike. Pri 40% otrok s to simptomatiko ugotavljamo pri enem ali obeh starših enako simptomatiko v otroškem obdobju.

V zadnjem času je bilo veliko govora o ekoloških dejavnikih, ki lahko povzročajo hiperkinetični sindrom. Med temi se omenjajo različne kronične intoksikacije, kot je na primer kronična intoksikacija s svincem. Pri nekaterih otrocih povzročajo sliko hiperkinetičnega sindroma kemične snovi, dodane hrani kot konzervansi ali barvila. Pri tej skupini otrok je mogoče uspešno odpravljanje težav z ustreznou dieto.

Obstajajo hipoteze o kumulativnih učinkih različnih neugodnih dejavnikov, in sicer predvsem genetskih dejavnikov in minimalne cerebralne oškodovanosti.

Za simptome hiperkinetičnega sindroma velja, da so prvotno nevrofiziološko pogojeni. Vendar so za otrokovo interakcijo z okoljem in njegovo uspešnostjo v šoli ter za otrokov psihosocialni razvoj predvsem pomembni dejavniki okolja.

Pomoč otroku s hiperkinetičnim sindromom

Otrok s hiperkinetičnim sindromom potrebuje posebno pomoč. Namen te pomoči je **omiliti otrokove prilagoditvene težave, izboljšati njegovo delovno učinkovitost in predvsem zmanjšati število konfliktov**, ki jih ima otrok v svojem okolju. Z drugimi besedami – namen pomoči je zmanjšati otrokovo trpljenje, izboljšati otrokovo sposobnost obvladovanja zahtev in nalog, ki jih postavlja njegovo socialno okolje in tako izboljšati kvaliteto življenja. Poleg neposredne koristi za otroka ima pomoč zelo pomemben preventivni značaj. Posledice, ki jih bo zapustila hiperkinetičnost v otrokovi osebnosti in v njegovem nadaljnjem življenju so odvisne od odzivov okolja na otrokove posebnosti. Zato je pomoč otroku s hiperkinetičnim sindromom zelo pomemben **preventivni prispevek** na področju psihosocialnih motenj v otroškem obdobju.

Poudariti je treba, da je glavni problem otroka s hiperkinetičnim sindromom njegova neustreznost glede zahtev šolskega sistema. Tak otrok ni po meri današnje

osnovne šole. Zato je predvsem šola poklicana, da mu pomaga. Najbolj ustrezna pomoč bi bila, da bi šola prilagodila svoje metode dela in zahteve, lastnostim in posebnostim učencev. Vendar v današnjih šolah razvitega sveta ni nikjer tolikšne individualizacije, ki bi zagotavljala ugodne pogoje razvoja in učenja za vse otroke. V Sloveniji v okviru osnovnih šol učitelji in šolski svetovalni delavci dajejo pomoč mnogim otrokom s hiperkinetičnim sindromom. Toda možnosti so zaradi predpisanih programov osnovne šole in velikega števila otrok v razredu dokaj omejene. Zato mnogi otroci s hiperkinetičnim sindromom poiščejo posebno pomoč v mentalnohigienskih ustanovah za otroke.

Diagnozo hiperkinetičnega sindroma postavlja tim strokovnjakov, v katerem sodelujeta poleg zdravnikov še psiholog in defektolog.

Pomoč otroku vsebuje več pristopov in najbolje se obnese kombinacija različnih. Izbrani pristopi bodo odvisni od okoliščin pri otroku, starših, v šoli in v strokovni ustanovi, v kateri je otrok obravnavan. Pristopi, s katerimi pomagamo otroku s hiperkinetičnim sindromom, so predvsem:

1. Delo s starši: Delo s starši vključuje razlago otrokove motnje. Pomembno je pojasniti staršem, od kod le-ta izvira. Mnogi starši prihajajo z občutki krivde, da so z neustreznimi vzgojnimi pristopi povzročili otrokovo težavnost. Drugi pripisujejo krivdo otroku, tretji ne morejo razumeti, zakaj je otrok težaven, ko pa so drugi otroci v družini brez problemov. Z ustreznim pojasnilom razbremenimo starše občutkov krivde, dosežemo boljše razumevanje za otrokove težave in s tem omilitev zahteve in pritiskov s strani staršev. Pri tem je pomembno, da uporabljamo jezik, ki ga bodo starši razumeli. V Svetovalnem centru se poslužujemo tudi pisnih informacij. Te starši lahko odnesejo domov, doma jih lahko ponovno preberejo, preberejo pa jih lahko tudi družinski člani, ki niso prišli na obisk v Svetovalni center. Informacije lahko izve tudi otrok, če je dovolj star in jih razume. Ko govorimo o otrokovi motnji, seznanimo starše s podatki o razširjenosti pojava. Tako starši spoznajo, da je njihov otrok le eden med mnogimi, ki imajo podobne težave. Poudarjamo razvojni značaj težav in pomen, ki ga ima odziv okolja na otrokove posebnosti.

Staršem svetujemo glede ravnanja z otrokom. Navajamo nekaj najpogostejših nasvetov:

- otrok lahko dela zbrano le kakih 20 minut. Nato mu omogočite razgibavanje in sprostitve;
- ne silite otroka, da bi se učil tedaj, ko je vznemirjen ali utrujen. Pazite, da izkoristite za učenje svoj najboljši čas;
- upoštevajte otrokove dobre in slabe dneve. Ob dobrih dnevih postavljajte pred otroka večje zahteve, ob slabih pa zahteve zmanjšajte. Upoštevajte, da se otrokove zmogljivosti glede dela in discipline spreminjajo.

Defektolog staršem svetuje, kako naj s posebnimi prijemi otroku pomagajo, da se bo lažje in uspešneje učil. Če imajo starši resnejše probleme v odnosu do otroka, te probleme obravnavamo po psihoterapevtskih načelih.

2. Sodelovanje s šolo: Glede na to, da je jedro problema otroka s hiperkinetičnim sindromom praviloma v šoli, je sodelovanje zdravstvenega ali mentalnohigienskega delavca s šolo izrednega pomena. Zato pri vsakem otroku s hiperkinetičnim sindromom vzpostavimo stik s šolskimi delavci – bodisi z učiteljem oziroma učiteljico ali šolskim svetovalnim delavcem. Posredujemo ugotovitve o otroku in

skupno izdelamo načrt pomoči, ki je izvedljiv v okviru šole. Pri sodelovanju z otrokovim učiteljem ga je zelo pomembno podpreti v njegovih prizadevanjih za pomoč otroku. Kadar gre za hudo nemirnega otroka, zlasti če je takih otrok v razredu več, učiteljevo delo nikakor ni lahko in marsikateri potrebuje – enako kot starši, pomoč mentalnohigienskega delavca. V sodelovanju s šolo želimo predvsem doseči razumevanje otrokovih težav, prilagoditev disciplinskih in učnih pristopov otrokovim posebnostim ter prilagoditev zahtev (glede spraševanja, glede discipline) otrokovim zmožnostim, spremenljivosti njegovega funkcioniranja in drugim posebnostim. Zelo pomembno je, da učitelj ustvari v šolski situaciji priložnosti, v katerih se bo otrok izkazal uspešnega na tistih področjih, kjer njegove sposobnosti niso okrnjene.

3. Delo z otrokom: Otroku pomagamo z več pristopi hkrati. Nadvse pomemben je **emocionalni pristop**: pokažemo razumevanje za otrokove težave, da ga sprejemamo, mu dajemo oporo, mu večamo samozavest, ga spodbujamo. Drugi pristop je **pojasnilo otroku o naravi njegovih težav**. Zelo pomemben je **pedagoški oziroma defektološki pristop**: defektolog s posebnimi nasveti in metodami pomaga otroku premagovati specifične učne težave in ga uči, kako naj se uči, da bo pri šolskem delu bolj učinkovit. Svoje znanje defektolog prenaša na starše, ki mu lahko pomagajo na enak način doma. Pri delu s hiperkinetičnimi otroki se uporabljajo tudi pristopi **vedenjske terapije**, s katerimi učimo otroka obvladovanja impulzivnosti in drugih oblik samoobvladovanja, kar vodi k ustrežnejšemu socialnemu vedenju in boljši storilnosti. Pri mnogih otrocih s hiperkinetičnim sindromom uporabljajo medikamentozno psihostimulantno terapijo.

4. Terapija s psihostimulansi: Od psihostimulansov so pri nas v rabi predvsem ritalin in revibol. Terapija s psihostimulansi je učinkovita pri približno 70% hiperkinetičnih otrok. Pri nekaterih otrocih so učinki tako izraziti, da učiteljica točno ve, ali je otrok vzel zdravilo, pri drugih so učinki manjši.

Učinki psihostimulansov se kažejo predvsem v : zmanjšanju nemirnosti, omiljenju vedenjskih problemov, izboljšanju koncentracije, zmanjšanju napak pri branju in pisanju, boljši storilnosti pri učenju nasploh (5).

Psihostimulansi začnejo delovati kakih 20 minut po zaužitju ter delujejo 2–4 ure. Zato je pomembno, da otrok vzame zdravilo 1/4–1/2 ure pred pričetkom pouka, tako bo bolj umirjen in zbran med poukom.

Terapija s psihostimulansi nima trajnih učinkov (6). Učinki se kažejo, dokler se medikament ne izloči iz organizma. Zato je otrok brez terapije ob sobotah in nedeljah in v času počitnic.

Medikamentozno terapijo prejemajo otroci različno dolgo, nekateri celo več let, dokler pač trajajo najbolj moteči simptomi, na katere je mogoče vplivati s psihostimulansi.

Stranski in nezaželeni učinki psihostimulansov so nespečnost (če otrok vzame zdravilo pozno popoldan), neješčnost, glavobol, bolečine v trebuhu in slabost, tahikardije in palpitacije, pretirana občutljivost in jokavost.

Učinki izginejo takoj po ukinitvi medikamentozne terapije. Stranski in nezaželeni učinki psihostimulansov so redki. V zadnjem času omenjajo kot možnost blažji zaostanek v rasti pri majhnem številu otrok, ki so več let jemali psihostimulanse, vendar trditev ni zanesljivo dokazana. Za terapijo s psihostimulansi se

odločamo skupno s starši takrat, ko so simptomi hiperkinetičnega sindroma močno izraženi, ko je v okolju veliko konfliktov in je otrok močno prizadet bodisi zaradi svojega šolskega neuspeha ali neustreznih interakcij s svojim socialnim okoljem in kadar z drugimi psihološkimi ali defektološkimi pristopi ni mogoče vplivati na otrokove težave.

Literatura:

1. Sandoval L, Lambert NM, Sassone D. The Identification and Labelling of Hyperactivity in Children: An Interactive model. In: Whalen CK, Henker B, eds. *Hyperactive Children – The Social Ecology of Identification and Treatment*. New York: Academic Press inc, 1980: 145–71.

2. Strojín M. Čustveni in socialni problemi otrok s specifičnimi učnimi težavami. In: Skupina avtorjev. *Kako pomagamo otrokom s specifičnimi učnimi težavami*. Zavod SRS za šolstvo, 1983: 118–24.

3. Helper MM. Follow-up of Children with Minimal Brain Dysfunction: Outcomes and Predictors. In: Rie HE, Rie ED, eds. *Handbook of Minimal Brain Dysfunctions. A Critical View*. New York: John Wiley and Sons, 1980: 75–114.

4. Kos A. Medicinski pogledi na specifične učne težave. In: Budnar M, Dolničar M, Kos A, Skalar M, Šali B. *Otroci s specifičnimi učnimi težavami v sodobni družbi*. Ljubljana: DDU Univerzum, 1979: 181–99.

5. Cantwell DP, Carlson GA. Stimulants. In: Werry JS, ed. *Pediatric Psychopharmacology*. New York: Brunner/Mazel, 1978: 171–207.

6. Firestone P. Factors associated with Children's Adherence to Stimulant Medication. *Amer J Orthopsychiat* 1982; 52: 447–57.



Britanski otroški psihiatri so v Svetovalnem centru imeli maja 1985 tečaj Duševno zdravje in psihosocialne motnje. Foto: Arhiv Svetovalnega centra