

Pregledni članek / Review article

OBRAVNAVA OTROKA S HIPERAKTIVNOSTNO MOTNJO

APPROACH TO THE CHILD WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

A. Beganovič, B. Mal, D. Mušič

*Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana,
Slovenija*

IZVLEČEK

V prispevku opisujemo hiperaktivnostno motnjo (angl. *attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD) pri otrocih in mladostnikih. Predstavljamo način obravnave otrok s hiperaktivnostno motnjo na pedopsihiatričnem oddelku Pediatrične klinike v Ljubljani in vlogo zdravstvene nege pri njihovi obravnavi. V zaključku podajamo primera iz klinične prakse.

Ključne besede: hiperaktivnostna motnja, impulzivnost, nemirnost, nepozornost.

ABSTRACT

In this contribution, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children and adolescents is described. A method of treatment and the role of nursing care in the Child Psychiatry Unit of the Paediatric Hospital in Ljubljana and a case from clinical practice are then presented.

Key words: ADHD, impulsivity, restlessness, inattention.

UVOD

Nemirni otroci so v današnjem času nekaj vsakdanjega. Z njimi se srečamo tako v domačem okolju kot tudi v šoli, kjer se izrazijo predvsem pretirana gibčna dejavnost, impulzivnost in težave pri vzdrževanju pozornosti. Te težave se lahko stopnjujejo. Pozneje v življenju lahko takšni otroci razvijejo neprimerne oblike vedenja, zaidejo na stranpoti, nekateri pa celo zlorabljajo nedovoljene snovi ali pa trpijo zaradi depresije.

ADHD je okrajšava za angleški izraz *attention deficit hyperactivity disorder*, ki pomeni primanjkljaj pozornosti in motnja hiperaktivnosti (5). Novejše klasifikacije motnjo ADHD uvrščajo v skupino vedenjskih in čustvenih motenj, ki se navadno pojavljajo pri otrocih in mladostnikih. Pri 4–12 % otrok se pojavijo v poznem predšolskem in zgodnjem šolskem obdobju, medtem ko pri 1–5 % otrok lahko trajajo vse življenje. Zaradi vedenjskih značilnosti imajo ti otroci pogosto težave pri vključevanju

v okolje in zato nimajo pravih prijateljev, kljub morebitnim visokim potencialom pa se pri njih pojavljajo tudi učne težave, ki se kažejo kot slabši učni uspeh (2).

V nadaljevanju prispevka za spekter motenj ADHD uporabljamo poenostavljeni izraz hiperaktivnostna motnja.

Obstaja več klasifikacij, na podlagi katerih lahko pri otroku diagnosticiramo hiperaktivnostno motnjo, večinoma pa vključujejo podobne pojavne oblike otrokovega vedenja. Razlikujemo tri podtipe:

1. hiperaktivno-impulzivni tip, pri katerem se hiperaktivnost in impulzivnost pojavljata hkrati;
2. nepozorni tip, ki večinoma ne kaže hiperaktivno-impulzivnega vedenja (nekdanje poimenovanje ADD (angl. *attention deficit disorder*, ADD));
3. kombinirani tip, ki obsega vse tri simptomatske skupine.

Nemirnost ali hiperaktivnost

Za hiperaktivnega otroka je značilno, da je nenehno v gibanju. Radovedno prijema predmete in preveč govori. Sedenje pri miru v šoli ali med kosilom je zanj težka naloga. Na stolu se vrti ali pozibava, maha z nogami ali krili z rokami, hodi po prostoru, s pisalom trka po mizi ipd. V neprimernih situacijah vztrajno teka naokrog ali pleza.

Impulzivnost

Impluziven otrok ne premisli, preden se odzove. Pogosto »eksplodira« z neprimernimi pripombami, brez zadržkov izraža čustva, ne zaveda se posledic svojih dejanj, pri pogovoru težko počaka na vrsto in vpada v besedo. Večinoma odgovori, še preden do konca sliši vprašanje. Moti ostale ali se vmešava v njihovo početje. Če je razburjen, vrstniku iz rok iztrga igračo ali ga udari. Raje se odloči za naloge,

ki so kratkotrajne narave, v dolgoročne projekte pa se ne vključuje.

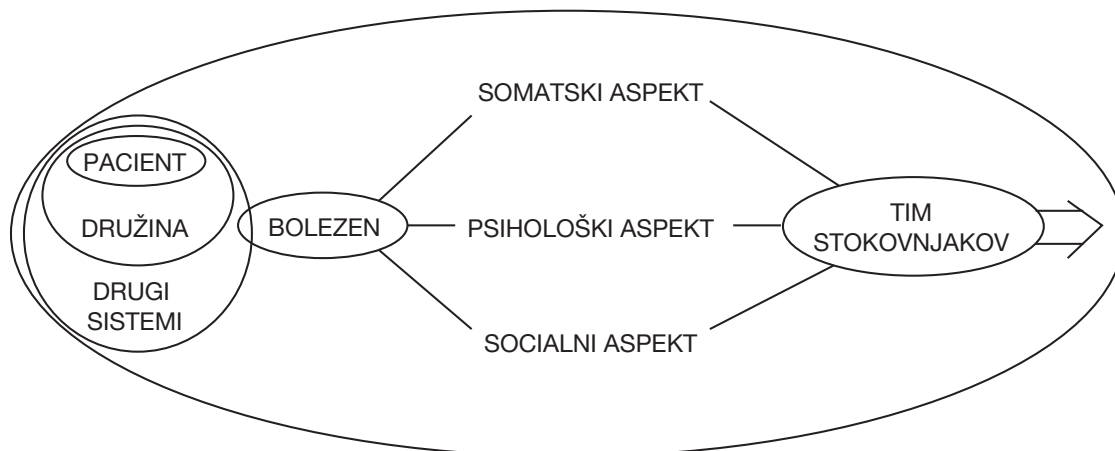
Nepozornost

Nepozoren otrok se težko osredotoči na eno dejavnost, ki ga kmalu začne dolgočasiti. Če ga dejavnost zanima in motivira, z osredotočanjem nima težav. Težko pa se usmeri v novo dejavnost. Težave ima pri organiziranju, nalog ne dokonča in se težko uči nove snovi. Domača naloga je zanj naporno delo, saj si pozabi zabeležiti, kaj je potrebno storiti, ali pa zvezek, kamor si je to zabeležil, pozabi v šoli. Stalno pozablja predmete in tako npr. iz šole ne prinese učbenika ali pa prinese napačnega. V primeru, da domačo nalogo kljub vsemu dokonča, je polna napak in popravkov. Hitro ga zmotijo povsem nepomembni zvoki ali dogodki. Naloge rešuje površno in dela osnovne napake (2).

Ker se v Sloveniji v zadnjih letih pri otrocih vse pogosteje srečujemo s t. i. motnjo pozornosti, se je mreža pomoči zelo razširila. Ustanovili smo pedopsihiatrične ambulante, na oddelku za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike v Ljubljani pa zdravimo otroke z najtežjimi motnjami. V določenih primerih moramo otroka sprejeti v bolnišnico. Zdravljenje otroka s hiperaktivnostno motnjo je interdisciplinarno ter vključuje delo različnih strokovnjakov in ustanov. Za obravnavo se vse pogosteje odločijo že starši ali pa jih na zdravljenje napoti pediater. Pri obravnavi pomagajo tudi pedagogi, socialni delavci ali zdravstveni delavci na terenu. Za učinkovito zdravljenje na oddelku je potrebno timsko delo.

Na Pediatrični kliniki v Ljubljani uporabljamo model celostnega zdravljenja.

Celostno zdravljenje je pristop k zdravljenju, ki povezuje telesno in duševno komponento bolezni. Somatski zdravnik obravnava biološki vidik zdravljenja, psihološki in socialni vidik pa je v domeni pedopsihiatričnega tima, ki ga obvezno sestavljajo pedopsihiater, psiholog, socialni delavec, pedagog



Slika 1. Celostni medicinski pristop k zdravljenju.

Figure 1. Holistic medical approach to treatment.

in medicinska sestra. Tak model zdravljenja, ki v obravnavo vključuje različne strokovnjake, otroku omogoča najboljšo oskrbo tako na duševnem kot tudi na somatskem področju.

VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE

V timu, ki obravnava otroka s psihiatrično motnjo, eno ključnih vlog igra medicinska sestra, ki z otrokom na oddelku preživi največ časa. Njena dnevna opažanja in njihovo dokumentiranje vplivajo na celoten potek zdravljenja. Ker imajo starši navadno različne predstave o tem, kako poteka zdravljenje na oddelku, se mora psihoterapevt o načinu zdravljenja na oddelku z njimi pogovoriti že pred sprejemom. Zelo pomemben je prvi stik staršev z oddelčno medicinsko sestro, saj se že na začetku zdravljenja med njimi vzpostavi določena stopnja zaupanja. Medicinska sestra tako nosi veliko odgovornost, da bolniku in njegovi družini na primeren način predstavi oddelek in način zdravljenja (3).

Pomembno je, da medicinska sestra dobro pozna hiperaktivnostno motnjo in zna otroku pomagati pri premagovanju vsakodnevnih težav. Hiperaktivnostna motnja lahko otroku zelo oteži življenje, saj zaradi nemira, nezbranosti in nepred-

vidljivega obnašanja zelo težko navezuje stike, kar povzroča občutek osamljenosti in nizko samopodobo.

Delo s starši

Staršem moramo večkrat jasno povedati in jim zagotoviti, da niso zakrivali težav pri svojem otroku. Staršev ne obsojamo in jih sprejmemo tudi sami. To je predpogoj za uspešno delo z njihovim otrokom. Razumeti moramo, da so čustveno močno vznemirjeni in da jim je nerodno, ko pripovedujejo o intimnih stvareh, ki se dogajajo v njihovi družini. Vsi, ki stopamo v stik z otrokom in njegovimi starši, se moramo zavedati, da velika večina staršev želi svojemu otroku najboljše in da so ga vzgajali po svojih najboljših močeh, kljub temu, da pogosto težave nastanejo prav zaradi neustreznega družinskega okolja.

Starši so pogosto pri vzgoji povsem nemočni, zato jim posredujemo vzgojne napotke, ki jim olajšajo delo z otrokom in jim pomagajo spoznati otrokove potrebe in želje. Rezultate dela moramo beležiti sproti, temu pa so namenjeni tudi redni pogovori s starši in z otroki. Če program, ki ga izvajamo, ne daje ustreznih rezultatov, v okviru tima poiščemo

nove možnosti pomoči, ki vključujejo starše, otroka, terapevta in šolo.

Na psihosocialni razvoj nemirnega otroka pomembno vpliva tudi družinsko okolje. Otrok s hiperaktivnostno motnjo je namreč slabo organiziran, zato je nadvse pomembno, da je družinsko okolje strukturirano, pretežno predvidljivo in stanovitno. Starši lahko otroku postavijo trdne okvire poteka vsakodnevnih dejavnosti, kar ugodno vpliva na zmanjšanje njegovega notranjega nemira. Ustrezna vzgojna prizadevanja in učna pomoč staršev lahko otroku olajšajo obvladovanje disciplinskih in delovnih zahtev šole. Starše moramo spodbujati, da otroku omogočijo, da se razvija na tistih področjih, kjer lahko dosega zadovoljive uspehe. To namreč ugodno vpliva na njegovo samopodobo in zmanjša negativni vpliv neuspehov, ki jih doživlja v šoli. Nemiren otrok v šolskem okolju pogosto doživlja neuspehe, življenjske stiske, spore in odklonitve, kar ogroža njegov razvoj. Zanj sta tako še posebej pomembni družinska podpora in zaščita.

Delo z otrokom

Nemiren ali hiperaktiven otrok se od svojih vrstnikov navadno razlikuje po tem, da se bistveno več giblje, in sicer v obsegu, ki je neprimeren in neustrezen glede na pričakovanja okolja. Zelo pogosto ima vedenjske in socialne težave. Na oddelku je ob otroku stalno prisotna medicinska sestra, s čimer zmanjšamo verjetnost za nastanek nepredvidljivih dogodkov. V sodelovanju z ostalimi člani tima vsak dan naredimo načrt dela z otrokom in ga spremljamo skozi celotni dnevni proces zdravljenja. Nemiren otrok potrebuje posebno mero razumevanja, opore, varovanja in podpore, ki mu jih nudijo odrasli. Hkrati potrebuje ustrezno vzgojno ravnanje, posebne oblike pedagoške pomoči ter svojim posebnostim prilagojene in individualizirane oblike in metode učnega dela. Razdiralnosti in izzivalnosti, ki se ju otrok s hiperaktivnostnimi motnjami pogosto poslužuje, nikakor ne smemo razumeti kot osebni napad, ampak kot del bolezni. V takšnih

razmerah naj medicinska sestra ohrani prisebnost in se odzove z ustreznimi in s predvidljivimi ukrepi.

V okvir zdravstvene nege otroka s hiperaktivnostno motnjo sodi tudi skrb za primerno telesno dejavnost, ki jo osebje zdravstvene nege načrtuje skupaj z ostalimi člani tima. Otroci s hiperaktivnostno motnjo namreč potrebujejo veliko varnega prostora in časa za gibanje in rekreacijo. Če je nemira in gibanja preveč, moramo čezmerno telesno udejstvovanje omejiti in bolnika spodbuditi k mirnemu umskemu delu.

Nekaj napotkov za ustrezno izvajanje zdravstvene nege pri otroku s hiperaktivnostno motnjo:

- Vedno bodimo v otrokovi bližini.
- Ob posredovanju pomembnih sporočil z otrokom vedno vzpostavimo očesni stik.
- Ko otroku postavimo vprašanje, ga pokličemo po imenu. Informacije, ki jih podajamo otroku, naj bodo kratke, jasne in razumljive.
- Vedno preverimo, ali otrok razume navodilo oz. sporočilo.
- Informacije posredujemo na različne načine (npr. po vidni in slušni poti).
- Vsak dan utrjujemo jasno izrečena in zapisana pravila sprejemljivega vedenja.
- Od otroka zahtevamo, da dosledno upošteva navodila in zahteve odraslih ter se jim podreja.
- Upoštevanje pravil si v obliki opozorilnih znamenkov (pozitivnih in negativnih) zapisujemo v posebno beležko, ki je neobhodna oblika vsakodnevnega pretoka informacij med člani tima.
- Intenzivno spremljamo otrokovo vedenje v času šolskih dejavnosti: ob kršenju pravil otroka opozorimo, ob upoštevanju pravil pa nagradimo.
- Spodbujamo prijateljske stike otroka z njegovimi vrstniki.

Učenec je med razmeroma dolgotrajnim zdravljenjem v bolnišnici vključen v učno-vzgojni program, ki se v bolnišnici odvija na bolnišničnih šolskih oddelkih. Učno-vzgojno delo z otrokom v začetnem obdobju večinoma poteka individualno, kasneje pa v paru ali v okviru manjše skupine. Tovrstni stik z

odraslim na otroka večinoma deluje pomirjujoče, zato otrok postaja bolj vodljiv in z njim lahko sklepamo tudi dogovore. Ponovno pokaže svoja čustva, ustreza mu, če ga pohvalimo, hkrati pa postaja tudi kritičen do svojega vedenja. V individualnih razmerah lahko navadno z otrokom vzpostavimo razmeroma pristen osebni stik, ki je predpogoj za spreminjanje njegovega vedenja. Ob vsakodnevem učno-vzgojnem delu se tako otrok seznanja z osnovnimi normami in pravili obnašanja, ki jih moramo upoštevati v vsakodnevem življenju. Otrokovo vedenje oziroma upoštevanje sklenjenih dogovorov vsak dan dosledno opazujemo in ga tudi zapisujemo (t. i. mapa za samoopazovanje). Tako lahko postopno oblikujemo nov, sprejemljiv vedenjski okvir, s katerim seznanimo tudi otrokove starše. Nujno je namreč, da v domačem okolju otrok nadaljuje z utrjevanjem ustreznega vedenja. S takšnim načinom dela otrok dobiva nove izkušnje, osvaja drugačne načine reševanja morebitnih konfliktov, nauči pa se tudi podrejanja avtoriteti odraslega in ustrežnejših socialnih stikov z vrstniki.

Otroci, mlajši od 10 let, so v vedenjskem pogledu večinoma še učljivi, vendar pa potrebujejo stalno pomoč in prisotnost odraslih ter zlasti njihovo naklonjenost. Pogosto namreč še posežejo po starih in ustaljenih vzorcih vedenja, zato jih moramo vedno znova soočati s z veljavnimi pravili in zahtevami, ki jih nenehno ponavljamo. Samo tako namreč uspešno utrjujemo nove in sprejemljive oblike otrokovega vedenja.

Uporaba zdravil

Nekateri otroci s hudo nemirnostjo in hudimi motnjami pozornosti prejemajo zdravila. Najbolj pogosto uporabljamo metilfenidat (v Sloveniji je na voljo pod zaščitenim imenom Ritalin®). Pri mnogih otrocih redno jemanje zdravila izboljšuje pozornost, miselne procese, odzivanje, socialne interakcije, počutje, vedenje, zlasti pa zmanjša nemirnost. Zato se pogosto opazno izboljša tudi otrokova učna uspešnost, konfliktov z vrstniki, učitelji in s starši

je manj, izboljšata pa se tudi motivacija za učenje in otrokova samopodoba. Zdravilo je učinkovito pri večini nemirnih otrok in pri večini otrok z motnjo koncentracije, vendar ne pri vseh enako. Otroški psihiater predlaga staršem zdravljenje z zdravili šele po tem, ko z ostalimi oblikami pomoči nismo bili uspešni. Ob uvedbi zdravila pa to nikakor ne postane edina oblika pomoči, ki jo nudimo otroku, pač pa se moramo za otrokovo zdravje skupaj s starši in šolo truditi še naprej. Odločitev za zdravljenje z metilfenidatom je zgolj v domeni staršev in otroka.

Pri uvajanju zdravila je vloga osebja zdravstvene nege še posebej pomembna. Z otrokom moramo vzpostaviti primeren stik in ga spodbujati k rednemu jemanju zdravila. Otroka moramo spremljati 24 ur na dan in si zapisovati svoje ugotovitve. Včasih se starši z zdravljenjem ne strinjajo in skušajo učinek zdravila izničiti. Zato je neprestano spremljanje otrokovega obnašanja in morebitnih stranskih učinkov zdravila še toliko bolj pomembno.

ZAKLJUČEK

Ustrezno zdravljenje dokazano vpliva na učinkovitejše vključevanje otroka s hiperaktivnostno motnjo v družbeno, šolsko in družinsko življenje. Osebje zdravstvene nege ima v obravnavi otroka s hiperaktivnostno motnjo nepogrešljivo vlogo, saj z ustrezno zdravstveno nego omogočimo celostno obravnavanje otroka s hiperaktivnostno motnjo. Za ustrezno ravnanje pa zaposleni v zdravstveni negi potrebujejo obilico strokovnega znanja, delovnih izkušenj in predvsem empatije. Poleg medicinskega znanja potrebujejo tudi osnove psihiatrije, pedagogike in psihologije. Neprecenljiva pa je zlasti praktična usposobljenost, ki jo osebje pridobi na podlagi dolgoletnih izkušenj. Zaposleni v ZN pa za delo na psihiatričnem oddelku potrebujejo tudi posebno lastnost, tj. sposobnost, da razumejo in sprejemajo tudi manj običajno obnašanje otrok.

1. PRIMER

7-letni deček je bil sprejet na oddelek Službe za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike v Ljubljani zaradi nemira v šoli, agresivnega vedenja ter enkopreze (uhajanje blata).

Starša povesta, da ima deček predvsem težave v šoli, doma pa težav ne opažajo, niti pri učenju niti drugače. Sicer naj bi se doma dobro razumeli. Deček ima še 5-mesečnega bratca. V isti hiši živita še teta in stric z družino. Starši menijo, da otrokove težave nedvomno izhajajo iz šolskega okolja. Starši sicer pri dečku opažajo nemirnost, vendar menijo, da v šoli pretiravajo. Dečka je že ambulantno pregledala pedopsihiatrinja, vendar zdravil ni dobil. Pregledal ga je tudi nevrolog. Oče pravi, da bodo zaradi nezadovoljstva šolo v kratkem zamenjali.

Sodelovanje staršev s šolo je slabo. V šoli imajo občutek, da starši ne zaupajo njihovim strokovnim delavcem. Starše so iz šole tudi večkrat poklicali, predvsem zaradi enkopreze, nemira ter nasilnega vedenja. Otrokovu nemirno vedenje se je v zadnjem obdobju stopnjevalo. Učitelji opisujejo, da govori med poukom, spušča neprimerne glase ter preklinja. Do sošolcev, učiteljev in socialnih delavcev se obnaša agresivno, uničuje predmete, uhaja iz razreda in grozi s samomorom. Čeprav je deček v novem šolskem letu dobil drugo razredničarko, se njegovo neprimerno obnašanje ni spremenilo, temveč se celo stopnjuje. Deček v zadnjem času v šoli dela le eno uro na dan, v preostalem času pa teka po hodnikih, hodi iz razreda in s svojim vedenjem moti šolsko delo. Rad obiskuje le knjižnico, kamor prihaja približno 3-krat na teden. Nobena stvar ga ne zanima izrazito, spreten ni niti motorično niti besedno niti socialno. Rad igra igrice na računalniku, vendar se je tudi teh naveličal.

Ob prihodu na oddelek je bil deček zgovoren, vse ga je zanimalo, težko je počakal, da smo se s starši spoznali in vzeli osnovne podatke. Nad oddelkom je bil navdušen, sprejem v bolnišnico pa je sprejel brez težav. Zvečer ga je sicer dajalo domotožje, a

smo ga z lahkoto potolažili. Na oddelku smo opravili osnovne preiskave, ki niso pokazale posebnosti. Deček je imel tudi težave z enkoprezo, zato smo uvedli trening sfinktra. Vadba je bila uspešna, saj je po približno enem mesecu vsak dan redno odvajal, enkopreza pa je izzvenela. Dečka smo med bolnišničnim zdravljenjem vključili v individualno psihoterapevtsko obravnavo, bolnišnično šolo ter vse dejavnosti na oddelku. Učno-vzgojno delo je potekalo individualno po načelih kognitivno-vedenjske terapije. V začetku bolnišničnega zdravljenja je bil deček sicer težje vodljiv, opažali smo predvsem impulzivnost, hiperaktivnost, motnje pozornosti in izrazite vedenjske posebnosti. Zlasti do vrstnikov je bil žaljiv, do odraslih pa opozicionalen in težje obvladljiv. Kršil je pravila vedenja, bil izrazito samovoljen in prepričan v svoj prav.

Po uvedbi psihostimulativnega zdravila (metilfenidat (Ritalin®)) in po vključitvi v program individualne kognitivno-vedenjske terapije, zlasti pa po pogojevanju ustreznega vedenja, so simptomi pričeli izzvenevati. Ob tem smo imeli tudi številne pogovore z otrokovimi starši, jim razložili naravo motnje ter pomembnost vzgojnega svetovanja.

Med zdravljenjem v bolnišnici je deček ob podpori celotnega tima, rednem jemanju psihostimulativnega zdravila in delnih spremembah odzivanja na sprejemljivejše oblike vedenja v domačem okolju razmeroma dobro napredoval in pokazal lažjo vodljivost in širšo socializacijo.

Moramo pa se zavedati, da dela še zdaleč ni konec. Naslednji korak je namreč preverjanje novih, v zadnjem obdobju pridobljenih vedenjskih izkušenj v širšem okolju, tj. v matični šoli oz. šoli, na katero ga starši želijo prepisati. Deček potrebuje strukturirano okolje tako v šoli kot doma, saj bo le tako lahko ostal čustveno stabilen. Vzgojno svetovanje staršem bi se moralo nadaljevati, saj celotna družina še naprej potrebuje celovito obravnavo in strokovno pomoč. Ob zaključku zdravljenja je bil na pobudo lečeče pedopsihiatrinje sklican razširjeni tim, v

katerega je bila ob celotnem oddelčnem timu vključena tudi matična osnovna šola in otrokovi starši.

Ob zaključku bolnišničnega zdravljenja je deček nekoliko mirnejši in sodeluje pri učnem delu, vendar bo še naprej potreboval strukturirano okolje tako v šoli kot doma. Starši so dobili priporočila, da ambulantno nadaljujejo s psihoterapevtsko obravnavo ter z vzgojnim svetovanjem. Deček naj še naprej prejema psihostimulativna zdravila (Ritalin®).

2. PRIMER

8-letna deklica je bila premeščena na oddelek Službe za otroško psihiatrijo v Ljubljani z nevrološkega oddelka, kjer so izključili organski vzrok deključnih kroničnih glasovnih ter motoričnih tikov.

Starša povesta, da so se pri deklici tiki začeli pojavljati že v prvem razredu osnovne šole, in sicer v obliki neprestanega mežikanja ter pogostih glasovnih tikov. V naslednjem letu so se tiki nekoliko umirili. Ob koncu drugega razreda so se tiki ponovno pričeli stopnjevati. Mežikanju so se pridružili še tresenje in upogibanje glave nazaj, obračanje oči navzgor ter trzanje rok in ramenskega obroča. Ob tem so bili prisotni tudi glasovni tiki. Starša težav v šoli ne navajata. Šola je deklici naklonjena.

Deklica je ob sprejemu na oddelek izrazito nemirna, vendar se je v dogajanje na oddelku vključila dokaj hitro. Je komunikativna, ovirajo pa jo tiki, zaradi katerih se je nekateri otroci izogibajo ter se iz nje norčujejo. Pri igranju z drugimi otroki želi imeti glavno vlogo, ob sprejemu pa je bila tudi precej nestrpna do ostalih otrok.

Med bolnišničnim zdravljenjem smo opazili določene čustvene težave, predvsem notranjo napetost in čustveno nestabilnost. Naloge, ki zahtevajo veliko pozornosti, je izvajala počasi in površno, pri čemer so jo ovirali predvsem številni tiki. Ugotovili smo, da težko ohranja zbranost in osredotočenost

na opravljanje nalog. Zlasti ob šolskem delu smo ugotavljali stalen nemir in napetost, ki sta bila izrazita zlasti pri sedečem delu. Deklica je lahko ohranjala pozornost izredno kratek čas. Pri sproščujočih dejavnostih in individualnih psihoterapevtskih pogovorih je bilo tikov bistveno manj.

Uvedli smo zdravljenje z metilfenidatom s podaljšanim sproščanjem (Concerta®), ki se je izkazalo kot odlično, saj je izrazilo omililo simptome hiperkinetične motnje ter motnje pozornosti. Deklica je bila po uvedbi zdravljenja sposobna dolgotrajnejše usmerjene pozornosti in tudi tikov (motoričnih in glasovnih) je bilo bistveno manj. Pri igranju z vrstniki je postala strpnejša, težav z navezovanjem stikov pa je imela občutno manj. Med bolnišničnim zdravljenjem se je deklici postopno okrepila samopodoba, naučila pa se je tudi obvladovanja težav ter sprejemanja oblik pomoči.

Med zdravljenjem v bolnišnici so deključini starši vzorno sodelovali s celotnim timom, upoštevali naše nasvete, opravljali zadane naloge in deklico spodbujali. Razložili smo jim naravo motnje in ponudili intenzivno vzgojno svetovanje. Strinjali so se tudi z uvedbo zdravljenja s psihostimulativnim zdravilom. Tudi sami so po uvedbi zdravila opazili pomemben napredek pri šolskem delu, manjšo intenzivnost tikov in večjo vzgojno uspešnost.

Ob koncu bolnišničnega zdravljenja je razširjeni tim opravil razgovor s šolo, kjer bo deklica nadaljevala s šolanjem. Opisali so jim deključine težave in svetovali dodatno strokovno pomoč ter prilagojeno učno-vzgojno delo.

LITERATURA

1. Brecelj Kobe M. Nemirni otroci. (citirano 4. maj 2011) Dosegljivo na: URL: http://pednevro.pedkl.si/wp-content/uploads/2008/07/navodila_nemirmi_otroci_jama.pdf
2. Anon. ADHD pri otrocih: (citirano 4. maja 2011) Dosegljivo na: URL: <http://www.viva.si/>

- Otro%C5 %A1ke-bolezni-Pediatrija/172/Hiperaktivnost-kaj-je-sindrom-ADHD?index=1
3. Peterka Novak J. Zdravstvena nega otrok z duševnimi motnjami. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem razvoju – Zbornik predavanj. Maribor: Oddelek za psihiatrijo, UKC Maribor 2009: 312-9.
 4. Slodnjak V. Drugi psihosocialni problemi otrok in mladostnikov. Zgodnje odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov, ki jih ogrožajo kronične nenalezljive bolezni v osnovni zdravstveni dejavnosti – Zbornik predavanj. Ljubljana: 2007: 69-72.
 5. Rotvejn Pajič L. Nemirni otroci. Hiperkinetična motnja - prepoznavavanje in možnosti pomoči. Mozaik našega delovanja - Zbornik prispevkov. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše: 2005: 199-212.

Kontaktna oseba / Contact person:

Denis Mušič, zt, dipl. org. men.

Služba za otroško psihiatrijo

Pediatrična klinika

Bohoričeva ul. 20

Univerzitetni klinični center Ljubljana

SI-1000 Ljubljana

Slovenija

E-mail: denis.music@kclj.si