

WIELE IMION JEDNEJ DOLEGLIWOŚCI

(W Niemczech ADS, ADSH, w Polsce ADD/ADHD, ADHD)

*Niektórym dzieciom jest szczególnie ciężko. Wewnętrzny niepokój, brak zdolności koncentracji lub po-
zorne nieopanowanie sprawiają, że dzieci te właściwie same wchodzą sobie w drogę. Inne niemal przy
każdej okazji oddają się marzeniom; wydaje się, że żyją pod szklanym kloszem, i tylko czasami można do
nich dotrzeć. Rodzice, wychowawcy i nauczyciele często wątpią w swoje zdolności pedagogiczne, ponie-
waż wszystkie podjęte w dobrej wierze działania pozostają bezowocne. Mimo że dzieci bardzo
się starają, ich wcześniejsze „przyzwyczajenia” ciągle powracają. Przyczyną tego, wydawałoby się –
sprzecznego, zachowania może być zaburzenie neurobiologiczne: zespół deficytu uwagi (Aufmerksam-
keits-Defizit-Syndrom = ADD/ADHD).*

*Oprócz metod pedagogicznych i terapii zachowania ADD/ADHD można leczyć homeopatycznie lub
według zasad medycyny szkolnej.*

„Syndrom hiperkinetyczny” lub „minimalna dys-
funkcja mózgowa” to częściowo nieodpowiednie
określenia tego zaburzenia, które wyraża się przez
rozkojarzenie, impulsywność i niepokój. Może być
ono, ale nie musi, związane z niepokojem ruchowym.
Powyższe cechy znajdujemy w gruncie rzeczy
u większości dzieci. W przypadku ADD/ADHD wy-
różnikiem jest stopień nasilenia, który czyni te dzieci
„innymi”. Nie potrafią one dostatecznie przefiltrować
ogromu docierających do nich impulsów i reagują
„przesadnie” na tę „powódź”.

JASNA DIAGNOZA?

ADD/ADHD stwierdza się obecnie coraz częściej,
choć postawienie diagnozy nastęrcza sporo proble-
mów.

W dzisiejszych czasach można odnieść wrażenie, że
każda trudność lub odchylenie od normy zachowania
to „ADD/ADHD” lub „ADD/ADHDH”.
ADD/ADHD to ogólne pojęcie obejmujące bardzo
zróżnicowane sposoby zachowania, które często ma-
ją różne przyczyny. Zaliczamy tu dzieci, które:

- mają problemy z koncentracją na jednym określo-
nym zadaniu przez wystarczająco długi czas
na skutek komplikacji porodowych,
- muszą być w ciągłym ruchu z powodu dziedzicz-
nych zaburzeń przemiany materii w określonych
obszarach mózgu,
- „odpoczywają” z powodu alergicznej reakcji na
określone środki spożywcze.

Podobne symptomy mogą wywoływać inne czyn-
niki, takie jak strach, wybitne uzdolnienia lub trud-
ności społeczne i rodzinne. Przy niewystarczającym

różnicowaniu wiele dzieci otrzymuje fałszywą
etykietkę „ADD/ADHD”. Pojęcie choroby o tak sze-
rokiej gamie przyczyn i działań kryje w sobie nie-
bezpieczeństwo mylnej diagnozy, zwłaszcza że dia-
gnostyka, czyniąca w ostatnich latach tak szybkie po-
stępy, w przypadku ADD/ADHD opiera się na bar-
dzo chwiejnej podstawie.

Amerykański pediatra, psychiatra i terapeuta ro-
dzinny, dr Lawrence Diller, w książce „Running on
Ritalin” zarzuca diagnostyce ADD/ADHD co nastę-
puje:

1. „Oficjalne wytyczne odnośnie oceny symptoma-
tyki ADD/ADHD są niejasne i mogą być różnie
interpretowane – ale prowadzą do diagnozy
»wszystko albo nic«. Nie istnieje podział na stop-
nie ADD/ADHD, lecz tylko stwierdzenie TAK lub
NIE.”
2. „Diagnoza ADD/ADHD nie ma zdefiniowanego
medycznego lub psychologicznego wyznacznika i
często opiera się wyłącznie na historii życia pa-
cjenta.”
3. „Diagnoza ADD/ADHD dotyczy przede wszyst-
kim jednostki i nie uwzględnia w wystarczającym
stopniu innych wpływów, np. rodzinnych lub spo-
łecznych.”

Jak decydujący może być właśnie ten ostatni
punkt, satyrycznie opisuje pediatra Daniel Zeidner:

*„Docierało do mnie coraz bardziej..., że istnieje
nowy zespół, u dorosłych którzy uczą nasze dzieci:
zespół deficytu nauczyciela (Lehrer-Defizit-Syndrom
= LDS). Ta diagnoza powinna zostać postawiona
u nauczycieli, których uczniowie: wciąż machają rę-
kami i nogami, są nieuważni, często marzą, nie odra-
biają do końca zadań domowych lub nie piszą prac*

klasowych, często wstają z miejsca itp. W tym przypadku nauczyciel powinien natychmiast być leczony psychostymulantem, żeby wreszcie zaczął prowadzić interesująco zajęcia.”

KONCEPCJA LECZENIA MUSI BYĆ DOPASOWANA

Leczenie ADD/ADHD musi być dopasowane do indywidualnych problemów każdego dziecka. Cel – właściwe współgranie dziecka i otoczenia. Terapia opiera się na trzech filarach:

1. **Praca rodziców** jest najważniejszym i najbardziej nośnym. Dostępne informacje powinny wzbudzić w rodzicach i otoczeniu – w tym także w szkole – zrozumienie dla problemów dziecka z ADD/ADHD. Praktyczne wskazówki i trening rodzice-dziecko pomagają ominąć niektóre niebezpieczne rafy codzienności. Ważne są także związki w otoczeniu, dialog pomiędzy rodzicami a nauczycielami i wychowawcami. Konfrontacja jest mało pomocna, ale niestety częsta.

2. **Zwalczanie zaburzeń towarzyszących.** ADD/ADHD może powodować skutki, które wymagają natychmiastowego leczenia:

- *Zaburzenia w nauce*, takie jak dysleksja i dyskalculia, uwarunkowane zaburzeniami motoryki precyzyjnej lub słabą wrażliwością na bodźce.
- *Trudności z integracją społeczną*, związane z tym, że dzieci te praktycznie nieustannie spotykają się z odrzucającymi lub negatywnymi reakcjami otoczenia. W odpowiedzi stają się często klasowymi błaznami lub przyjmują rolę ofiary. Nierzadko są to dzieci, które zostają przyłapane „z łapką w słoiku z marmoladą”, podczas gdy „sprytniejsi” koledzy nie zostają odkryci. Nie potrafią także „czytać między wierszami”, wskutek czego ich postępowanie bywa niedyplomatyczne lub sprawiają wrażenie źle wychowanych,
- *Trudności emocjonalne*, takie jak bardzo zaniżona pewność siebie i strach, kompensowane przez niegrzeczne wystąpienia. „Mocny w gębie” nie należy tu do rzadkości.

ADD/ADHD często bardzo obciąża rodzinę. *Trudności rodzinne* nasilają z kolei objawy choroby, co uruchamia mechanizm błędnego koła.

Przy tak różnych skutkach konieczne są dopasowane indywidualnie środki wspierające; leczenie legastenii, pedagogika społeczna, ergoterapia czy też psychoterapia, przede wszystkim z udziałem rodziny.

3. **Terapia lekowa.**

a) środki psychofarmakologiczne;

Na pierwszym planie znajdują się tu leki allopacyjne, takie jak ritalin lub, od roku, medikinet. Są

one jak gips na złamanej nodze, w sytuacjach kryzysowych mogą być niezwykle stabilizujące, ale jednocześnie obciążające, a co najważniejsze – nie zastąpią nauki chodzenia. Ponadto nie każdy przypadek ADD/ADHD jest „złamaniem”.

Za bardzo niepokojące uznają argumenty, którymi silnie naciska się na rodziców, aby zastosować leki. Od „przecież diabetykowi nie odmówią państwo insuliny” po „rezygnacja z ritalinu to zaniechanie pomocy”, a szczytem są osobiste oszczerstwa, które stawiają ostrożnych rodziców w pobliżu „sientologii”. Ten „kościół” również jest krytyczny w stosunku do ritalinu – aby realizować własne cele.

ADD/ADHD nie jest jednak zagrażającą życiu chorobą przemiany materii, jak wymagająca insuliny cukrzyca. Wielu nierozpoznanych „ADD/ADHD-owców” w erze „przed ritalinem” rozwinęło, bez chemicznego wspomaganie, bardzo skuteczne strategie i wyrosło na pełnowartościowych ludzi.

Krytyka ritalinu i spółki.

Chciałbym wnieść następujące punkty do krytyki dotyczącej terapii lekowej.

Ritalin & Co. nie są wystarczające jako jedyne środki leczenia. Działają tak długo, jak długo są używane. Pozytywne długoterminowe efekty po ich odstawieniu nie zostały do tej pory udowodnione. Dotychczas, oprócz terapii lekowej, nie przeprowadzano tak istotnego leczenia towarzyszącego. Jest to m.in. skutkiem oszczędnościowej polityki zdrowotnej (budżet).

Słysząc opinie: „ritalin jest pewniejszy”, bo jest w handlu od ponad 50 lat i wykazuje „pozytywny” stosunek ryzyka do korzyści. Proszę przeczytać ulotkę.

De facto ritalin jest „produktem lat 90.”, od początku 1990 r. jego użycie w USA wzrosło o ponad 800 procent, także w Niemczech przeżywamy boom jego stosowania. W roku 1990, szacując dane sprzedaży, ritalin zażywało ok. 1 200 dzieci, a w roku 1999 już 41 000.

Rzadziej spotykane, a zarazem poważne działanie uboczne odkrywa się często dopiero przy stosowaniu większych ilości leku. Istnieje więc tutaj znaczny potencjał ryzyka. Jak słuszne są potwierdzenia 100-procentowego bezpieczeństwa, przekonał się w odniesieniu do BSE. A słowa: „Ooo – tego nie wiedzieliśmy”, pomagają pokrzywdzonym raczej w niewielkim stopniu.

Pocieszające, że jesteśmy jeszcze daleko od realiów amerykańskich (ritalinem musiałoby być leczonych 160 000 dzieci, aby zachować te same proporcje). Jednak przy istniejących tendencjach przepi-

sywania ritalinu w niedalekiej przyszłości będziemy iść „łeb w łeb” z USA.

Ritalin & Co. są przez wielu uznane dziś za jedyną „racjonalną” formę leczenia ADD/ADHD. „Alternatywne” metody terapii, jak np. homeopatia, są odrzucone, częściowo bez uzasadnionej znajomości rzeczy. Jest to szczególnie godne pożałowania, gdyż homeopatia – alternatywnie i uzupełniająco, może być ważną częścią składową terapii lekowej, notabene w ramach obszernej, zindywidualizowanej koncepcji leczenia. Ze względu na znacznie bardziej korzystny profil działań niepożądanych i długoterminowość działania, w imieniu pacjentów, bardzo bym się cieszył z większej otwartości wobec postępowania homeopatycznego.

W mojej praktyce ok. 75% dzieci z ADD/ADHD radzi sobie bez ritalinu, a przeciętne dawkowanie ritalinu, w dawce 10 mg dziennie, leży poniżej najczęściej przepisywanej dawki dziennej.

b) homeopatia przy ADD/ADHD

Przykład:

John – można też bez ritalinu!

John jest bystrym dziesięciolatkiem, który chodzi do trzeciej klasy. Jego ojciec jest Anglikiem i pracuje w gastronomii. John wyrasta w rodzinie dwujęzycznej. Jego szkolne osiągnięcia są właściwie bardzo dobre, ale zmienne. Z głównymi przedmiotami, które decydują o dalszym toku kształcenia, mianowicie z matematyką i niemieckim, nie daje sobie zbyt dobre rady. Średnia ocen, ze względu na zmienne osiągnięcia, waha się między czwórką a trójką. Dwa i pół roku temu pediatra stwierdził u Johna ADD/ADHD. Od tamtego czasu chłopiec otrzymuje rano i w południe tabletkę ritalinu. Podczas każdych ferii ritalin jest odstawiany ze względu na nieco mniejsze nasilenie zaburzeń zachowania, gdy chłopiec nie jest obciążony stresem szkolnym. „Jest ciężko, ale da się z nim wytrzymać.” Kiedy jednak zaczyna się szkoła, trzeba ponownie podawać ritalin. John opisuje działanie tego leku bardzo dokładnie: „Potrzebuję go, by się uspokoić. Jeśli go nie wezmę, nie mogę się skoncentrować. Nie biorę go dlatego, że chcę, lecz dlatego, że jest to konieczne. W przeciwnym razie robię się słaby i nie rozumiem żadnych zadań.”

Przed pierwszą wizytą John otrzymał swoją zwykłą dawkę ritalinu. Pod działaniem leku odpowiadał bardzo precyzyjnie, nie wykazywał żadnego niepokoju, współpracował chętnie i był umotywowany. Wszedł do gabinetu bez matki, nawiązał ze mną bardzo dobry kontakt, był otwarty i serdeczny. Aby po-

stawić diagnozę, przeprowadziłem różne testy, które rozwiązywał samodzielnie. Jego opis działania ritalinu pokazał, że chłopiec był w stanie sam się dobrze obserwować. Powiedział, że jego główne problemy

polegają na wewnętrznym niepokoju, który jest nie do zniesienia, jeśli nie znajduje dla niego ujścia. Poza tym łatwo się rozprasza, co nasila się w grupie.

Na spotkaniu z rodzicami matka relacjonowała: „John w ogóle nie potrafi zaakceptować słowa »nie«! Zawsze chce współdecydować. Jest bardzo dominujący. Jest niesamowicie zazdrosny o swoją starszą siostrę Nicole. Pewnego razu przegonił dzieci, które ją odwiedziły. Kiedy np. Nicole opowiada coś przy stole, on musi zawsze wtrącić swoje trzy grosze. Jeśli pełna dumy mówi np., że zdała egzamin pływacki, zaraz okazuje się, że on przepląnął przynajmniej Kanał la Manche. Jeśli, jako uzdolniona plastycznie, dostała piątkę za collage, jego poproszono, aby udekorował muzeum swoimi dziełami. Ma szczęście, że siostra jest bardzo cierpliwa. John jest bardzo uparty. »Nie« oznacza »nie«. Nie mam szansy wtedy do niego dotrzeć. W świetlicy ma podobne problemy. Tam dzieci nie mają prawdziwie anielskiej (albo cięłej) cierpliwości siostry. Jeśli tam trochę oberwie, jest lepiej.

Wszystko zaczęło się wraz z nauką chodzenia. Przedtem był niewymagającym niemowlakiem. Był wcześniakiem i 14 dni spędził w inkubatorze, potem rozwijał się szybko. Często chorował. Miał zapalenie ucha środkowego i oskrzeli, które musiały być leczone antybiotykami. Odkąd nauczył się samodzielnie poruszać, nie akceptuje żadnych granic. Nie można go było zatrzymać. Przy tym zagrażał samemu sobie. Często się kaleczył, ale zawsze był niewrażliwy na ból. Na przykład ranę na czaszce szyto mu bez narkozy. Od kiedy poszedł do szkoły, problemy znacznie się nasiliły. Konieczna okazała się pomoc. Ritalin poprawił trochę sytuację. Dzisiaj zdarza się jeszcze, że John jest bardzo prowokujący i nie akceptuje żadnego autorytetu. Wciąż się wtrąca. Nie jest w stanie znieść frustracji. Jeśli przegrywa w jakiejś grze, od razu ma bóle brzucha.”

Terapia.

Zacząłem leczenie lekiem homeopatycznym, który dobrałem na podstawie historii choroby. Nauczycielce przekazałem specjalną ankietę i umówiłem się na kolejne spotkanie za cztery tygodnie. W tym dniu John miał nie zażywać ritalinu, ponieważ chciałem sprawdzić, jak poradzi sobie z testem, nie będąc pod wpływem tego leku.

Cztery tygodnie później przyszedł John i, jak za pierwszym razem, wszedł sam do mojego gabinetu. Oczekiwałem, że tym razem będzie znacznie bardziej

niespokojny i rozkojarzony, lecz tak jak poprzednio rozwiązał samodzielnie również najtrudniejsze zadania. Przyznaję, że trochę się zdenerwowałem, bo przecież prosiłem, by tego dnia nie zażywał ritalinu.

Zapytałem: „Dlaczego zażyłeś dzisiaj tabletki?” John spojrzał na mnie spokojnie i odparł: „Od ponad trzech tygodni nie biorę ritalinu. Przestałem w czasie przerwy wielkanocnej, a teraz już go nie potrzebuję.”

Poprosiłem do gabinetu jego matkę, która potwierdziła, że nastąpił dramatyczny przełom. Od świąt mieli uczucie, że chłopiec nie potrzebuje już ritalinu i poradzi sobie bez niego. Wszystko wyraźnie się poprawiło. Współżycie w domu przebiega dobrze i harmonijnie, pomijając zwykłe rodzinne tarcia.

Także otoczenie zauważyło wyraźną przemianę. Reakcje szkoły i świetlicy są bardzo pozytywne.

Nauczycielka pozdrawia mnie serdecznie, teraz może już nie wypełniać ankiety, gdyż wszystko korzystnie się zmieniło.

Tłumaczenie: Agnieszka Kajewska

Dziękujemy Haugh-Verlag redakcji „Patienten Forum – Homöopathie”, a w szczególności dr Bonath i dr Sieglinde Schulz za udostępnienie do tłumaczenia i druku powyższego interesującego artykułu, który zainspirował nas do poświęcenia całego numeru „Homeopatii praktycznej” zagadnieniom leczenia ADD/ADHD – tematu tak bardzo ważnego i aktualnego!

*Redaktor naczelny
dr Ewa M. Grott*



Dr med. Ewa M. Grott

„ADD/ADHD – JAKO MULTIDYSCYPLINARNE WYZWANIE NASZYCH CZASÓW”

Sprawozdanie z seminarium w Kolonii.

W dniach 2-3 lutego 2002 r. odbyło się w Kolonii seminarium poświęcone ADD/ADHD (zespół deficytu uwagi; można również powiedzieć – koncentracji), pt. „ADD/ADHD – jako multidyscyplinarne wyzwanie naszych czasów”.

Organizatorem spotkania był związek lekarzy homeopatów północnej Westfalii.

Głównym referentem był dr Thomas Bonath (patrz artykuł na str. 3, pt. „Wiele imion jednej dolegliwości”), który otworzył konferencję referatem, pt. „ADD/ADHD – co to jest? Definicja, obraz schorzenia, przyczyny i skutki oraz diagnostyka.”

W dalszym przebiegu spotkania członkowie ogólnoniemieckiego zgrupowania zajmującego się dziećmi z tzw. „zaburzeniami częściowymi”, proponowali tworzenie grup samopomocy i przedstawili własne doświadczenia.

W czasie popołudniowego spotkania kolega Bonath przedstawił ciekawą multimodalną koncepcję leczenia, a następnie kolega Nikolaus Hock pokazał ABM (obrazy lekowe) i kasety video z kazuistyką przypadków ADD/ADHD.

Dzień zakończono referatem kol. Claudii Schmale-Breiden omawiającej doświadczenia z praktyki i psychiatrii młodzieżowej.

Następnego dnia, w niedzielę, zajęto się pedagogiką systemową na podstawie pracy Berndta Mumbacha, a Nikolaus Hock zaprezentował kolejne interesujące przypadki swoich pacjentów, zarejestrowane na video.

Podsumowaniem spotkania zajął się Thomas Bonath w referacie „Ritalin, mechanizm działania, korzyści i ryzyko”. Ogólnie biorąc zdaniem wszystkich referentów i dyskutantów nie ma konkretnych leków homeopatycznych działających na ADD/ADHD. Należy zawsze szukać właściwego środka – similitum – i opierać się na całości objawów i gruntownej repertoryzacji.

Z przedstawionych na video przypadków wyraźnie wynikało, że leczenie homeopatyczne przynosi u dzieci z ADD/ADHD lepsze rezultaty niż ritalin i jego pochodne i oczywiście nie daje typowych dla psychostymulantów wczesnych i, co gorsze, późnych objawów ubocznych.

Przewidziano dalsze spotkania na temat ADD/ADHD, o których będziemy informować naszych czytelników, a najciekawsze materiały w miarę możliwości, będziemy omawiać na łamach „Homeopatii praktycznej”.

Zachęcamy również naszych czytelników do podzielenia się własnymi doświadczeniami i przemyśleniami na temat diagnozowania i leczenia ADD/ADHD. Jest to nowe i niezwykle interesujące zagadnienie i każda informacja może przyczynić się rozwoju wiedzy na ten temat.