

PAWEŁKO, Agnieszka and CIECHACKA, Maria. Nursing problems of a 9-year-old boy with attention deficit hyperactivity disorder who is musturbating. Journal of Education, Health and Sport. 2025;83:63163. eISSN 2391-8306.
<https://doi.org/10.12775/JEHS.2025.83.63163>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/63163>

The journal has received 40 points in the Minister of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 05.01.2024 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical culture sciences (Field of medical and health sciences); Health Sciences (Field of medical and health sciences).

Punkty Ministerialne 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 05.01.2024 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2025;

This article is published with open access by Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland.

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License, which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this paper.

Received: 02.05.2025. Revised: 25.05.2025. Accepted: 25.06.2025. Published: 04.07.2025.

Nursing problems of a 9-year-old boy with attention deficit hyperactivity disorder who is musturbating

Problemy pielęgnacyjne masturbującego się 9 -cio latka z zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Agnieszka Pawełko e-mail address: apawełko@ubb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-6162-7202>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Maria Ciechacka Email address: mciechacka@ubb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5125-3169>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Skuteczna opieka nad pacjentem z ADHD wymaga wszechstronnego podejścia, które obejmuje edukację pacjenta, jego rodziny oraz stosowanie odpowiednich technik terapeutycznych. Redukcja agresji i frustracji opiera się na spokojnych rozmowach oraz znalezieniu sposobów na wyładowanie energii. Poprawa koncentracji i koordynacji ruchowej możliwa jest dzięki odpowiednim ćwiczeniom i metodom terapeutycznym. Stabilizacja nastroju oraz poprawa jakości snu wymaga wsparcia psychoterapeutycznego, aktywności fizycznej oraz edukacji dotyczącej zasad zdrowego snu.

Słowa kluczowe: ADHD, masturbacja, edukacja, rodzina, problemy pielęgnacyjne, opieka pielęgnarska

Abstract

Effective care for a patient with ADHD requires a comprehensive approach that includes educating the patient and their family, as well as applying appropriate therapeutic techniques. Reducing aggression and frustration relies on calm conversations and finding ways to release energy. Improvement in concentration and motor coordination is possible through suitable exercises and therapeutic methods. Stabilization of mood and improvement in sleep quality necessitates psychotherapeutic support, physical activity, and education on healthy sleep principles.

Keywords: ADHD, masturbation, education, family, caregiving issues, nursing care.

1. Wstęp

Zaburzenie, jakim jest nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi (ang. Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ADHD), stanowi temat szeroki, przyczyny wciąż nie zostały jednoznacznie określone. Istnieje wiele opinii na temat tej choroby, zarówno wśród lekarzy, jak i psychologów, które często nie są spójne. ADHD określane jako „choroba nowoczesnego wieku”, staje się coraz bardziej powszechna, wśród dzieci i dorosłych. Diagnoza przedstawiana jest w dwóch wersjach: amerykańskiej, określanej jako zespół ADHD, skupiającej się na nadpobudliwości psychoruchowej oraz problemach z koncentracją uwagi, oraz europejskiej, znanej jako zaburzenie hiperkinetyczne (hyperkinetic disorder), traktujące to schorzenie jako zespół objawów o charakterze hiperkinetycznym [1].

ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym, które manifestuje się w postaci nieuwagi, nadaktywności i impulsywności, problemów z koncentracją oraz nadmiernej ruchliwości czy nadmiaru energii [2]. Choć głównie rozpoznaje się u dzieci, poniżej 7 -12 rż to wprowadzenie nowych kryteriów diagnostycznych pozwala na postawienie diagnozy u osób powyżej 17 rż..[3]. Jednym z najtrudniejszych aspektów ADHD jest jego diagnozowanie i leczenie, ponieważ objawy mogą być zróżnicowane, a każda osoba doświadcza ich w odmienny sposób [1,2,3].

1.1. Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi

ADHD, czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest rozpoznaniem klinicznym w każdym przypadku diagnostyka powinna opierać się na poszczególnych elementach tj: wywiad, badanie pediatryczne i neurologiczne, obserwacja pacjenta, skale diagnostyczne i kwestionariusze oraz badanie psychologiczne i psychiatryczne- niezależnie od przyczyn, mechanizmów psychologicznych i neuropsychologicznych, a także od czasu ich wystąpienia i intensywności[1,3]. Proces diagnozowania ADHD opiera się na klasyfikacjach zawartych w ICD-10 lub DSM-V. Jednakże żadne z tych narzędzi diagnostycznych nie są w pełni idealne i zdarza się, że diagnozy są nieprecyzyjne lub błędne, co sprawia, że trudności z właściwym rozpoznaniem i leczeniem tego zaburzenia są wciąż aktualne [1,2,4].

1.2. Etiologia nadpobudliwości psychoruchowej

Około 75-90% rodziców dzieci z ADHD również wykazuje symptomy tego zaburzenia, co sugeruje silne powiązanie genetyczne. Chociaż ADHD jest bardziej powszechne u chłopców, nie oznacza to, że dziewczynki są całkowicie wolne od ryzyka. Warto jednak podkreślić, że geny

zwiększają jedynie tendencję do rozwoju zaburzenia, ale same w sobie nie są wystarczającą przyczyną. Oprócz czynników genetycznych ok 25% zmienności genotypowej tłumaczone jest indywidualnymi, specyficznymi czynnikami środowiskowymi. Wiele danych wskazuje również na istotny wpływ szkodliwych czynników w okresie prenatalnym oddziałujących na rozwijający się mózg [5]. Niewłaściwe wychowanie, niekonsekwencja w metodach wychowawczych oraz stresujące warunki rodzinne mogą zaostrzać objawy ADHD. Wskazuje się również na znaczenie doświadczeń życiowych dziecka, które mogą wzmocnić lub osłabić naturalne predyspozycje genetyczne. [2,4]. Niektóre badania zwracają uwagę na różnice w strukturze mózgu dzieci z ADHD w porównaniu do dzieci neurotypowych. Wykazano, że objętość niektórych obszarów, jak płaty czołowe czy mózdzek, może być mniejsza o 3-4%, co jest stałą cechą, nie zmieniającą się z wiekiem. Mimo to, te zmiany nie są związane z obniżeniem intelektualnym – dzieci z ADHD mogą być równie inteligentne jak ich rówieśnicy [3,6].

1.3. Objawy ADHD

Objawy zaburzenia pojawiają się zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, często jeszcze przed 7 rokiem życia, i mogą mieć różne formy, co sprawia, że diagnozowanie ADHD wymaga uwzględnienia wielu aspektów funkcjonowania dziecka, kryteria wg ICD 10: brak uwagi, nadmierna aktywność, impulsywność [1,5]. kryteria wg DSM- 5: nieuwaga, nadaktywność i impulsywność w przypadku DSM- 5 istnieje również ustalenie rozpoznania trzech podtypów ADHD

- podtyp mieszany
- podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi
- podtyp z przewagą nadaktywności i impulsywności [3,6,7].

Brak uwagi / nieuwaga - objaw, który dotyczy funkcji poznawczych tj: brak możliwości skupienia się na szczegółach, brak ostrożności, upośledzona umiejętność organizowania zadań, gubienie rzeczy, zapominanie, łatwa odwracalność uwagi co negatywnie wpływa na czynności związane z kontaktami międzyludzkimi [7,8,9].

Nadmierna aktywność/nadaktywność – objawia się nadmierną aktywnością fizyczną. Osoby z tym zaburzeniem często nie potrafią usiedzieć spokojnie i odczuwają nieustanną potrzebę ruchu, są gadatliwe, mają trudności z wypoczynkiem, może przejmować czynności, którymi zajmują się inni. [7,8,9].

Impulsywność jest kolejnym istotnym objawem i dotyczy sfery emocjonalnej to: podejmowanie decyzji bez przemyślenia, reakcja na bodźce w sposób szybki i niekontrolowany, popadanie w konflikty, osoby z ADHD nawet jeśli zdają sobie sprawę z tego, że ich postępowanie jest niewłaściwe, mają problem z jego powstrzymaniem społecznej lub wyśmiewania. [3,6,8, 10]

1.4. Rozpoznanie ADHD

Rozpoznanie ADHD stwarza wiele problemów diagnostycznych, ponieważ w badaniu podmiotowym i biochemicznym nie ma charakterystycznych cech patogenicznych. Zatem, aby zapewnić prawidłowy przebieg terapii, kluczowe jest postawienie dokładnej i rzetelnej diagnozy. Każdy przypadek diagnozowania zaburzeń hiperkinetycznych należy różnicować z nadpobudliwością patologiczną a wariantem normalnego rozwoju psychoruchowego[3]. W diagnostyce ADHD stosuje się różne podejścia i elementy, takie jak: funkcja deskryptywno-ewaluacyjna (opis symptomów i zaburzeń), funkcja wyjaśniająca (analiza przyczyn i etiologii), funkcja predykcyjna (przewidywanie przebiegu) oraz funkcja korekcyjna (wskazanie metod leczenia)[1,3,10]. Diagnoza psychologiczna skupia się na ocenie rozwoju psychicznego dziecka w kontekście jego wieku. Psycholog bada funkcje motoryczne, poznawcze, emocjonalne i społeczne, a także analizuje sytuację rodzinną i szkolną dziecka. Celem diagnozy psychologicznej jest zrozumienie i klasyfikacja objawów zaburzeń., jednak ostateczną decyzję o diagnozie podejmuje psychiatra, bazując na wynikach wywiadów oraz własnych obserwacjach pacjenta [3,10,11].

Kryteria diagnostyczne ADHD obejmują:

Zaburzenia uwagi: trudności z koncentracją, gubienie rzeczy, łatwe rozpraszanie się przez zewnętrzne bodźce, zapominanie o codziennych obowiązkach.

Nadruchliwość: nadmierne poruszanie się, trudności z siedzeniem w jednym miejscu, brak wycucia sytuacji społecznych.

Impulsywność: wrywanie się z odpowiedzią, trudności z czekaniem na swoją kolej, przeszkadzanie innym.

Objawy muszą występować przed 12. rokiem życia, w różnych kontekstach (np. w domu, szkole), i prowadzić do istotnych trudności w funkcjonowaniu społecznym, szkolnym lub zawodowym.

Objawy nie mogą być wynikiem innych zaburzeń psychicznych, jak schizofrenia czy zaburzenia nastroju. [3,6,9,10]

1.5 Skutki nieleczzonego ADHD

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej, traktowany jako zaburzenie lub choroba, wymaga odpowiedniego podejścia terapeutycznego. W przypadku nieleczenia ADHD, mogą wystąpić poważne konsekwencje dla zdrowia i życia. Jeśli ADHD nie jest właściwie leczone, mogą pojawić się różne problemy, w tym:

zachowania agresywne i destrukcyjne,
rozwój zaburzeń opozycyjno-buntowniczych,
trudności w nauce,
spadek poczucia własnej wartości,
ograniczone umiejętności społeczne,
ryzyko uzależnień od substancji,
ryzykowne zachowania seksualne
wahania nastroju,

problemy z zachowaniem,
brak chęci do podejmowania działań.

Kluczowe jest zaakceptowanie dziecka z jego wyjątkowością, co pozytywnie wpływa na relacje i współpracę. W pracy z dzieckiem z ADHD niezwykle ważne jest zaangażowanie całego otoczenia – rodziny, nauczycieli i rówieśników. Wspólne działania, oparte na wzajemnym wsparciu i zrozumieniu, mogą prowadzić do trwałych zmian w zachowaniu. [4,12,13] Proces terapeutyczny jest długotrwały i wymaga systematyczności. W terapii można łączyć metody farmakologiczne z podejściem poznawczo-behawioralnym, aby osiągnąć jak najlepsze efekty leczenia.[13]

1.6. Terapia oparta na metodach poznawczo-behawioralnych

Jednym z podstawowych i najczęściej stosowanych oddziaływań w terapii ADHD jest terapia wykorzystująca podejście poznawczo-behawioralne (CBT), dialektyczna terapia behawioralna (DBT) i treningi wybranych umiejętności. Mają one na celu redukcję wpływu objawów na funkcjonowanie oraz wspieranie osób z ADHD w osiągnięciu pełniejszego i bardziej zrównoważonego życia. Zaczyna się od spotkania z pacjentem, rodzicem lub opiekunem, który przedstawia terapeutę zauważone objawy oraz ich nasilenie. Na podstawie tych informacji terapeuta ocenia aktualny stan pacjenta, czyli tzw. baseline, a następnie przechodzi do obserwacji zachowań, aby zidentyfikować okoliczności, w których występują dane problemy. Terapia behawioralna obejmuje również ćwiczenia wzmacniające funkcje wykonawcze. Badania amerykańskich naukowców zidentyfikowały cztery najskuteczniejsze podejścia wspierające dzieci z ADHD:

wsparcie społeczne,
farmakoterapia,
terapia behawioralno-społeczna,
terapia łączona.[13,14,15]

1.7. Farmakoterapia w ADHD

Leczenie farmakologiczne prowadzi się gdy inne proponowane oddziaływania są nieskuteczne a objawy wpływają na czynności związane z kontaktami międzyludzkimi i oddziałują na rozwój intelektualny, społeczny, emocjonalny i są przyczyną cierpienia. [3,4]

1.8. Analiza zaburzeń współistniejących z ADHD

Istnieje szereg zaburzeń, które często współwystępują z ADHD, pacjent zmaga się z więcej niż jednym problemem zdrowotnym jednocześnie. W świetle wielu badań i opinii specjalistów, to właśnie te dodatkowe zaburzenia mogą przyczyniać się do rozwoju objawów ADHD, takich jak

Depresja

Zaburzenia lękowe,
Zaburzenia snu,
Nadużywanie substancji psychoaktywnych,

Zaburzenia słuchu,
Trudności w uczeniu się,
Zdolności ponadprzeciętne,
Zaburzenia napadowe,
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne,
Podjęcie próby samobójczej
Gorsza jakość życia
Ryzykowne zachowania seksualne
Konflikty z prawem.[2,3,6]

1.9. Masturbacja a ADHD

Rozwój seksualności dziecka – ze względu na specyfikę i tempo zachodzących zmian we wszystkich obszarach jego ogólnego rozwoju – jest procesem dynamicznym i intensywnym. Ze względu na bezpośredni związek seksualności z płciowością seksualność dziecka rozpatruje się na trzech wymiarach: biologicznym, psychicznym (emocjonalnym) i społecznym. Wymiar biologiczny seksualności jest związany z ciałem, fizjologią, narządami, działaniem hormonów oraz procesami uwarunkowanymi genetycznie (np. dojrzewaniem płciowym i zachodzącymi w jego wyniku zmianami w ciele). Wymiar psychiczny seksualności jest związany z uczuciami i emocjami, odczuwaniem przyjemności, ekscytacji czy zaciekawienia związanego z własnym ciałem bądź ciałem drugiego człowieka lub uczucia wstydu, niepokoju czy zażenowania związanego z własną seksualnością.[15,16], Czynnikiem predysponującym do zachowań o treści seksualnej są zdiagnozowane u dziecka zaburzenia neurorozwojowe. W literaturze wielokrotnie poruszano temat częstszego występowania onanizmu u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, upośledzeniem umysłowym, czy nadpobudliwością psychoruchową. Masturbacja w w/w przypadkach może być także metodą regulacji negatywnych emocji typu złość czy strach. W badaniu przeprowadzonym przez naukowców początek onanizmu był związany z stresującym dla dziecka wydarzeniem życiowym, np. separacją rodziców, narodzinami rodzeństwa [16].

Dzieci z utrudnionym hamowaniem reakcji (tj. impulsywnością) są w grupie ryzyka szerokiej gamy nieprzystosowawczych zachowań w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości, w tym ryzykownych zachowań seksualnych. Liczne badania wskazują także, że pozanormatywna masturbacja w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym współwystępuje u dzieci z rozpoznaniem ADHD. Stwierdzono na podstawie badań również, że trudności w przetwarzaniu danych sensorycznych pozostają w związku z rozwojem seksualnym.[17]. Wraz z wiekiem dziecko uczy się norm społecznych oraz kulturowych i koryguje swoje zachowanie. Dziecko nie powinno być karane czy ośmieszane z powodu masturbacji, prowadzi to jedynie do wzrostu frustracji u dziecka i utrwalania rozładowującego napięcie nawyku.[10] **Dysregulacja emocjonalna** odnosi się do braku zdolności do hamowania reakcji emocjonalnych oraz niemożności wzbudzenia aktywności związanych z samoregulacją. Stanowi istotny aspekt w kontekście funkcjonowania pacjentów z ADHD. Obserwuje się, że labilność emocjonalna, drażliwość i dysregulacja są obecne zarówno u dzieci, jak i dorosłych z ADHD, natomiast wyniki badań, wskazują na częstsze ich występowanie w funkcjonowaniu dorosłych (34-70%) aniżeli dzieci z ADHD (25-45%). Dodatkowo sugeruje się, że dysregulacja emocjonalna może być kluczowym predyktorem upośledzenia funkcjonowania społecznego u dorosłych pacjentów z ADHD, niezależnie od pozostałych objawów osiowych. Właściwe oddziaływania terapeutyczne, jak i wsparcie farmakologiczne, wpływają korzystnie na funkcjonowanie w

obszarach związanych zarówno z objawami uwagowymi i impulsywnością, jak i z dysregulacją emocjonalną, co wskazuje na ich istotny wpływ na poprawę funkcjonowania społecznego i emocjonalnego u tych pacjentów. [13,15]

Cel pracy

Praca ma na celu przedstawienie przypadku masturbującego się 9 -cioletniego chłopca z ADHD, problemów pielęgnacyjnych oraz edukacji rodziców/ opiekunów.

Materialy i metody

W pracy zastosowano metodę studium przypadku, co pozwoliło na dokładną analizę problemu zdrowotnego pacjenta i opracowanie odpowiedniego planu opieki. W celu zebrania danych wykorzystano różnorodne techniki badawcze, takie jak:

- rozmowa z pacjentem oraz jego rodziną,
- obserwacja pacjenta w środowisku domowym,
- analiza dostępnej dokumentacji medycznej,
- ocena wiedzy pacjenta na temat jego schorzenia oraz jego podejścia do leczenia.

Podczas badania szczególną uwagę zwrócono na codzienne funkcjonowanie pacjenta, w tym na jego zachowanie w relacjach z najbliższymi oraz sposób reagowania na sytuacje trudne, które były przyczyną zachowań seksualnych w celu rozładowania napięcia

Na podstawie uzyskanych informacji opracowano i wdrożono odpowiednie działania terapeutyczne, mające na celu:

- wsparcie rozwoju zdolności poznawczych, takich jak koncentracja i pamięć,
- pomoc w kontrolowaniu emocji oraz zachowań impulsywnych i seksualnych
- kształtowanie umiejętności budowania zdrowych relacji społecznych,
- edukacja dziecka na temat zachowań nieakceptowanych społecznie
- edukacja rodziców nt reakcji na zachowania dziecka nieakceptowane społecznie
- edukacja rodziców i dziecka nt higieny intymnych części ciała
- edukacja rodziców i dziecka nt wyznaczania granic

Dodatkowo, w ramach opieki pielęgniarstwa, szczególny nacisk położono na poprawę

samopoczucia pacjenta oraz wzmacnianie jego samooceny. Całość zgromadzonej

dokumentacji medycznej została starannie przeanalizowana po uzyskaniu zgody pacjenta.

Opiekun, wraz z pacjentem, został poinformowany o celu badania i wspólnie wyrazili zgodę na udostępnienie historii choroby.

Opis przypadku pacjenta

Przypadek dotyczy 9-letniego chłopca, u którego zdiagnozowano zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), który rozładowuje napięcie emocjonalne poprzez masturbację. Pacjent zmagają się z poważnymi trudnościami w codziennym funkcjonowaniu, przejawiając objawy charakterystyczne dla ADHD, takie jak zaburzenia koncentracji, impulsywność oraz nadmierna ruchliwość, niekontrolowane zachowania seksualne (masturbacja) w miejscach publicznych tj szkoła Wykonanie zadań wymagających długotrwałego zaangażowania często wywołuje u niego gwałtowne reakcje emocjonalne, które mogą powtarzać się wielokrotnie w ciągu dnia.. Chłopiec prezentuje również zachowania antyspołeczne, a jego problemy emocjonalne nasilają się w sytuacjach stresowych, w których podejmuje zachowania dysregulacji napięcia poprzez masturbację, jeżeli zwraca się mu uwagę pojawia się agresja fizyczna, przejawiająca się kopaniem, biciem lub przepychaniem, skierowana jest zarówno w stronę rówieśników, jak i dorosłych. Towarzyszą temu napięcia mięśniowe, silne zdenerwowanie, wymachiwanie kończynami, grymasy twarzy oraz trudności w kontrolowaniu emocji. Po uspokojeniu pacjent często przerzuca winę za swoje zachowanie na osoby z najbliższego otoczenia. Chłopiec mieszka z rodzicami i siostrą w domu jednorodzinnym na wsi. Rodzina zapewnia mu odpowiednie warunki mieszkaniowe, jednak pacjent ma trudności w radzeniu sobie ze stresem, co negatywnie wpływa na jego funkcjonowanie w środowisku rodzinnym i społecznym.

Przyjmowane leki:

Medikinet 1x dziennie, Intuniv 1x dziennie, Hydroxizine 10 mg- doraźnie

Plan opieki pielęgniarskiej

1. Problem; Zachowania seksualne (masturbacja) wynikające z potrzeby rozładowania napięcia w sytuacji trudnej dla dziecka

Cel: Ograniczenie zachowań seksualnych oraz nauka innych metod rozładowania napięcia

Plan działania:

- Wskazanie bezpiecznego miejsca, gdzie zachowania seksualne są akceptowane społecznie (dom : łazienka, sypialnia)
- Wyznaczenie ograniczeń czasowych na rozładowanie napięcia poprzez masturbację

- Prowadzenie spokojnych rozmów z pacjentem, bez podnoszenia głosu,
- Dopuszczenie pacjenta do chwilowego wyciszenia się w celu opanowania emocji,
- Wyjaśnienie pacjentowi konsekwencji jego zachowań, aby pomóc zrozumieć skutki swoich działań,
- Znalezienie odpowiednich sposobów na wyładowanie nadmiaru energii w sposób bezpieczny dla otoczenia,
- Uczenie pacjenta metod radzenia sobie z impulsywnością i negatywnymi emocjami,
- Edukacja nt higieny intymnych części ciała
- Edukacja rodziny nt istoty zachowań dziecka w sytuacjach stresowych
- Edukacja rodziców dotyczące reakcji na zachowania seksualne dziecka
- Edukacja rodziny nt sposobów stymulacji innej niż masturbacja (np. masaż stóp)
- W razie potrzeby podanie leków uspokajających, zgodnie z zaleceniami lekarza.

2. Problem; Wybuchy frustracji i agresji w stosunku do otoczenia

Cel: Zredukowanie wybuchów agresji i frustracji.

Plan działania:

- W miarę możliwości eliminacja sytuacji trudnych dla dziecka
- Próba odwrócenia uwagi dziecka
- Aktywizacja dziecka
- Prowadzenie spokojnych rozmów z pacjentem, bez podnoszenia głosu,
- Dopuszczenie pacjenta do chwilowego wyciszenia się w celu opanowania emocji,
- Uczenie pacjenta metod radzenia sobie z impulsywnością i negatywnymi emocjami,
- Wyjaśnienie pacjentowi konsekwencji jego zachowań, aby pomóc zrozumieć skutki swoich działań,
- Udział w psychoterapii pacjenta i rodziców
- Wsparcie psychologiczne dla dziecka i rodziców

- Edukacja nt prawidłowego zachowania w sytuacjach trudnych
- W razie potrzeby stosowanie farmakoterapii

3. Problem; Zaburzenia koncentracji i uwagi

Cel: Przekazanie pacjentowi technik poprawy koncentracji i uwagi.

Plan działania:

- Zaproponowanie działań pomagających poprawić koncentrację, takich jak eliminowanie rozpraszających bodźców, dzielenie pracy na mniejsze etapy, wprowadzenie regularnych przerw oraz wykonywanie prostych ćwiczeń rozluźniających,
- Uświadomienie pacjentowi potrzeby pracy w spokojnym tempie, unikając zbędnego stresu,
- Przedstawienie dostępnych metod terapeutycznych pomagających w koncentracji i uwadze,
- Udział w psychoterapii pacjenta i rodziców
- Wsparcie psychologiczne dla dziecka i rodziców
- Edukacja nt prawidłowego zachowania w sytuacjach trudnych
- W razie potrzeby stosowanie farmakoterapii

4. Problem: Niepokój psychoruchowy

Cel: Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.

Plan działania:

- Ocena umiejętności radzenia sobie pacjenta w sytuacjach stresowych,
- Zachęcanie do regularnej aktywności fizycznej w celu rozładowania nagromadzonej energii,
- Propozycja uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, które pochłoną czas oraz zredukują napięcie,

- Wspólna analiza problemów i identyfikacja czynników powodujących niepokój psychoruchowy,
- Prowadzenie rozmów, stosowanie pozytywnych wzmocnień, które wpłyną na emocjonalne wsparcie pacjenta.
- Zabezpieczenie przed ewentualnymi urazami
- Korzystanie z możliwości udziału w zajęciach sportowych
- Edukacja rodziców nt odpowiedniego reagowania na zachowanie dziecka
- Edukacja opiekunów nt udzielania pierwszej pomocy
- Wsparcie psychologiczne dla dziecka
- Wsparcie psychologiczne dla rodziców

5. Problem; Częste wahania nastroju

Cel: Stabilizacja nastroju pacjenta.

Plan działania:

- W miarę możliwości ograniczenie sytuacji wpływających na zmianę nastroju
- Wysłuchanie pacjenta oraz zapewnienie wsparcia emocjonalnego,
- Prowadzenie rozmów psychoterapeutycznych, aby zrozumieć przyczyny wahań nastroju,
- Pomoc w organizowaniu czasu wolnego, aby zminimalizować stresujące sytuacje,
- Zapewnienie kontaktu z rodziną i bliskimi,
- Skierowanie pacjenta na terapię psychologiczną w celu lepszego zarządzania emocjami.
- Edukacja rodziców nt odpowiedniego reagowania na zachowanie dziecka
- Edukacja opiekunów nt możliwości wsparcia ze strony poradni specjalistycznych
- Wsparcie psychologiczne dla dziecka
- Wsparcie psychologiczne dla rodziców

6. Problem; Bezsenność

Cel: Poprawa jakości snu pacjenta.

Plan działania

- Edukacja pacjenta na temat zasad higieny snu
- Przeprowadzenie rozmowy z pacjentem na temat warunków panujących w jego domu oraz stylu życia,
- Ocena sposobu spędzania czasu wolnego i jego wpływu na sen,
- Aktywizacja w ciągu dnia
- Stosowanie metod relaksacji przed snem
- W miarę możliwości eliminacja sytuacji trudnych w godzinach wieczornych
- Ograniczenie korzystania z telewizji i/lub komórki, komputera przed snem
- W razie potrzeby stosowanie farmakoterapii

7. Problem; Niewystarczająca wiedza na temat choroby

Cel: Przekazanie pacjentowi pełnej wiedzy na temat ADHD.

Plan działania:

- Wskazanie pozytywnych aspektów ADHD i pomoc w ich dostrzeganiu przez pacjenta,
- Zachęcanie do angażowania się w życie społeczne oraz budowania relacji z innymi
- Tworzenie atmosfery wsparcia i zaufania w celu swobodnej rozmowy o chorobie,
- Wyjaśnienie pacjentowi i rodzicom istoty funkcjonowania człowieka z ADHD
- Eliminacja zachowań powodujących u dziecka poczucie winy
- Budowanie pozytywnych relacji pacjenta z otoczeniem
- Wyjaśnienie pacjentowi objawów ADHD, metod leczenia oraz wskazówek jak radzić sobie z objawami,
- Przedstawienie pozytywnych aspektów choroby, aby pacjent mógł lepiej ją zaakceptować,

- Wykorzystanie potencjału dziecka i wspieranie go w podejmowanych działaniach
- Propozycja materiałów edukacyjnych, literatury oraz wsparcia w samodzielnym zgłębianiu tematu.

8. Problem; Niechęć do zażywania leków

Cel: Zachęcenie pacjenta do systematycznego zażywania leków.

Plan działania:

- Edukacja pacjenta i rodziny na temat konsekwencji pomijania terapii farmakologicznej,
 - Wyjaśnienie korzyści płynących z regularnego przyjmowania leków,
 - Przeprowadzenie rozmowy o problemach związanych z nieregularnym stosowaniem leków i ich wpływem na leczenie,
 - Wskazanie zachowań niepożądanych wynikających z rezygnacji z farmakoterapii
 - Wzmacnianie pozytywnych zachowań
 - Wsparcie psychologiczne dla dziecka
 - Wsparcie psychologiczne dla rodziców
 - Propozycja konsultacji z lekarzem, aby omówić obawy pacjenta związane z leczeniem.
- leków i ich wpływem na leczenie,

9. Problem; Ryzyko wystąpienia zakażeń układu moczowego

Cel: Zapobieganie zakażeniom układu moczowo - płciowego

Plan działania:

- Dbanie o higienę układu moczowego, kontrola oddawanego moczu
- Zwrócenie uwagi na regularne wypróżnianie
- Zwrócenie uwagi na ewentualne zmiany zapalne na częściach intymnych ciała
- Tworzenie atmosfery wsparcia i zaufania w celu swobodnej rozmowy o chorobie,
- Eliminacja zachowań powodujących u dziecka poczucie winy
- Budowanie pozytywnych relacji pacjenta z otoczeniem

- Wyjaśnienie pacjentowi objawów ze strony układu moczowego, metod leczenia oraz wskazówek jak radzić sobie z objawami,
- Edukacja pacjenta dotycząca schorzeń układu moczowo - płciowego
- Edukacja rodziców dotycząca schorzeń układu moczowo- płciowego
- Regularne kontrole u pediatry
- Propozycja materiałów edukacyjnych, literatury oraz wsparcia w samodzielnym zgłębianiu tematu.

10. Problem; Ryzyko powstania zaburzeń rytmu serca wynikającego z farmakoterapii

Cel: Zapobieganie powstaniu zaburzeń rytmu serca

Plan działania:

- Edukacja pacjenta i rodziny na temat działania leków i ewentualnych objawów niepożądanych,
- Edukacja rodziców na temat prawidłowej pracy serca
- Regularne wykonywanie badań EKG
- Wyjaśnienie korzyści płynących z regularnego przyjmowania leków w odpowiednich dawkach, zgodnie z zaleceniem lekarza
- Wsparcie psychologiczne dla rodziców
- Przeprowadzenie rozmowy o problemach związanych z nieregularnym stosowaniem leków i ich wpływem na leczenie,
- Regularne kontrole u pediatry/ kardiologa
- Propozycja konsultacji z lekarzem, aby omówić obawy pacjenta związane z leczeniem.

leków i ich wpływem na leczenie,

4. Podsumowanie

Skuteczna opieka nad pacjentem z ADHD wymaga wszechstronnego podejścia, które obejmuje edukację pacjenta, jego rodziny oraz stosowanie odpowiednich technik terapeutycznych. Redukcja agresji i frustracji opiera się na spokojnych rozmowach oraz znalezieniu sposobów na wyładowanie energii. Poprawa koncentracji i koordynacji ruchowej możliwa jest dzięki odpowiednim ćwiczeniom i metodom terapeutycznym. Stabilizacja nastroju oraz poprawa jakości snu wymaga wsparcia psychoterapeutycznego, aktywności fizycznej oraz edukacji dotyczącej zasad zdrowego snu. Poprawa pamięci, zarządzania czasem oraz podniesienie

poczucia własnej wartości wymaga regularnej motywacji oraz wsparcia. Zachowania nieakceptowane społecznie tj masturbacja wynikające z braku umiejętności radzenia sobie dziecka w sytuacjach stresowych są problemem trudnym do rozwiązania, ale nie niemożliwym. Bardzo ważna w tej sytuacji jest edukacja rodziców /opiekunów dziecka. Zaburzenie, jakim jest nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi (ADHD) oraz kryteria diagnostyczne które obejmują: Zaburzenia uwagi: trudności z koncentracją, gubienie rzeczy, łatwe rozpraszenie się przez zewnętrzne bodźce, zapominanie o codziennych obowiązkach. Nadruchliwość: nadmierne poruszanie się, trudności z siedzeniem w jednym miejscu, brak wycucia sytuacji społecznych. Impulsywność: wrywanie się z odpowiedzią, trudności z czekaniem na swoją kolej, przeszkadzanie innym, jednoznacznie wskazują na trudności dziecka w regulowaniu emocji. Młody człowiek w sytuacji stresowej stara się, w możliwy dla siebie sposób radzić sobie w takich sytuacjach poprzez dysregulację emocjonalną w tym przypadku stymulację intymnych części ciała. Dziecko dotykając swoich narządów doznaje uczucia ulgi a przy okazji samozadowolenia co daje mu poczucie bezpiecznego (w jego mniemaniu) rozładowania napięcia. W większości przypadków stymulacja narządów przez dziecko nie ma podtekstu seksualnego i do pewnego wieku jest normą rozwojową. Sfery erogenne to obszary, które są silnie unerwione a przez to bardzo wrażliwe na dotyk, dlatego też dziecko wybiera te części ciała, aby się do stymulować w sytuacji stresowej. Edukując rodziców /opiekunów dzieci masturbujących się z ADHD należy przede wszystkim nauczyć ich odpowiedniej reakcji na takie zachowania. Rodzic powinien mieć świadomość, że dziecko w ten sposób radzi sobie ze stresem i nagłe reakcje ze strony opiekunów ten stres jeszcze potęgują. W miarę możliwości należy zapewnić dziecku miejsce, gdzie bezpiecznie będzie mogło rozładować napięcie wynikające z trudnej sytuacji a w kolejnym etapie nauczyć młodego człowieka przy wsparciu psychologa, pedagoga, psychiatry innych metod rozładowania napięcia. W przypadku niepokojących zachowań seksualnych dzieci nie należy zapominać o tym, że takie zachowania mogą być wynikiem nadużyć seksualnych dziecka lub/i przedstawiania mu treści o tematyce seksualnej.

Piśmiennictwo

1. Jarema M, Rabe-Jabłońska J. Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015;
2. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, Newcorn JH, Philipsen A, Polanczyk GV, Rubia K, Sibley MH, Buitelaar JK. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nat Rev Dis Primers. 2024; 10(1):11. Erratum in: Nat Rev Dis Primers. 2024; 10(1):29.
3. Janas – Kozik M, Wolańczyk T; Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2021
4. Agnew-Blais JC, Polanczyk GV, Danese A, Wertz J, Moffitt TE, Arseneault L. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-

- Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. JAMA Psychiatry. 2016; 73(7):713-720.
5. Leffa DT, Caye A, Rohde LA. ADHD in Children and Adults: Diagnosis and Prognosis. Curr Top Behav Neurosci. 2022; 57:1-18.
6. Namysłowska I.; Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2015
7. Rajaprakash M, Leppert ML. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Pediatr Rev. 2022 Mar 1;43(3):135-147.
8. Cleaton MAM, Tal-Saban M, Hill EL, Kirby A. Gender and age differences in the presentation of at-risk or probable Developmental Coordination Disorder in adults. Res Dev Disabil. 2021;115.
9. Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J. Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. Część III: Kryteria diagnostyczne i kody. Edra Urban & Partner, 2018.
10. Remberk B.; zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży. Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2021.
11. Abdelnour E, Jansen MO, Gold JA. ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? Mo Med. 2022; 119(5):467-473.
12. Danielson ML, Claussen AH, Bitsko RH, Katz SM, Newsome K, Blumberg SJ, Kogan MD, Ghandour R. ADHD Prevalence Among U.S. Children and Adolescents in 2022: Diagnosis, Severity, Co-Occurring Disorders, and Treatment. J Clin Child Adolesc Psychol. 2024; 53(3):343-360.
13. Young S, Bramham J. Psychoterapia poznawczo-behawioralna, ADHD Nastolatków i dorosłych. Wydawnictwo naukowe PWN, 2023;
14. Fieldstone M. Activities and Exercises for Children with ADHD a Practical Guide for

Parents and Teachers. Copyright, 2024; 11-13.

15. Kierzek k., Dziekan M.: Konceptualizacja problemowych zachowań seksualnych w modelu biopsychospołecznym i przegląd terapii poznawczo- behawioralnych opartych na dowodach. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, Praktyka. Vol 21 nr 4, 2022

16. Unal F. : Predisposing Factors in childhood masturbation in Turkey. Eur.J. Pediatr.2000

17. Krasiej – Dębkowska A., Józwiak S.: Onanizm w okresie niemowlęcym i wczesnodzieciństwem – rozpoznanie, różnicowanie, leczenie. Oddział Neurologii, Szpital Wolski im. Anny Gostyńskiej w Warszawie, Klinika Neurologii i Pediatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Review Papers Vol. 25/2016, nr 51