

Rola specjalistów w diagnozowaniu dzieci z zespołem ADHD

Iwona Turbiarz

Każde dziecko czasami zachowuje się niegrzecznie – wynika to z natury dzieciństwa i okresu późniejszej adolescencji. Stąd też trudno określić czy pierwsze opozycyjno-buntownicze zachowania dziecka, nadwymiarowe reakcje emocjonalne i nadruchliwość wynika z jego indywidualnego procesu rozwojowego, czy jest oznaką początkowych symptomów ADHD. Prawidłowa diagnoza jest nie tylko istotna z punktu widzenia zastosowania wobec dziecka właściwej terapii. Ważna jest także dlatego, by pochopnie nie przypisywać problemu dzieciom, które go nie mają. Jak więc odróżnić dziecko ruchliwe od dziecka z zespołem ADHD i jaki rodzaj wiedzy jest do tego potrzebny?

Rozpoznanie zespołu ADHD wymaga dużego doświadczenia, obiektywnego spojrzenia, wykluczenia występowania chorób psychicznych (np. zaburzenia zachowania, lękowe, niski iloraz inteligencji), somatycznych (np. nadczynność tarczycy, wada słuchu, wzroku), przyjrzenia się środowisku, w którym dorasta dziecko. Aby postawić diagnozę, dziecko powinno odbyć przynajmniej pięć sesji diagnostycznych. Takie są standardy amerykańskie – polskie, niestety, z przyczyn finansowych, ograniczają się do jednej, najwyżej dwóch sesji. Osoby, które pełnią kluczową rolę w rozpoznaniu ADHD to rodzice, nauczyciele i specjaliści – lekarze i psychologowie.

Rodzice

Wywiad w kierunku ADHD w głównej mierze opiera się na opinii rodziców, którzy w trakcie wizyty wypełniają kwestionariusz diagnostyczny. Określa się w nim nie tylko liczbę występujących objawów, ale także ich natężenie. Rodzice oceniają, na ile stwierdzone symptomy przeszkadzają w prawidłowym funkcjonowaniu ich dziecka oraz jak bardzo upośledzają funkcjonowanie całej rodziny.

Pisząc o uwarunkowaniach zespołu, wspominałam o czynniku genetycznym. Badania wskazują, że jeśli w bliskiej rodzinie ktoś dotknięty był tym problemem, szanse, że dziecko będzie miało ADHD, wynoszą 50 proc. Jest to ważna wskazówka dla badającego, gdyż **u wielu rodziców może występować wysoka tolerancja objawów** (często sami mówią – „my też tacy byliśmy...”, „w domu nie mam żadnych kłopotów z dzieckiem, a to, że je kanapkę siedzącą na szafie, nie stanowi dla mnie problemu”).

Istnieje też grupa **rodziców wypierających**, którzy nie chcą przyznać się do problemów stwarzanych przez dziecko. Brak współpracy z ich strony może doprowadzić do nierozpoznania symptomów, a u dziecka, oprócz objawów ADHD, mogą wystąpić powikłania w postaci np. zaburzonych zachowań. Fundamentem współpracy jest nawiązanie dobrego kontaktu z rodzicami i skierowanie ich na zajęcia psychoedukacyjne. To oni pierwsi muszą stać się specjalistami w pracy ze swoimi dziećmi.

Nauczyciele

Pedagodzy to ogniwo pośredniczące w postawieniu rzetelnej diagnozy. Jak wspominałam w poprzednich artykułach – ADHD jest zespołem pewnych stałych cech dziecka, jest obecne w każdym środowisku, w którym funkcjonuje. Problem najczęściej zauważa się, gdy dziecko zaczyna realizować obowiązek szkolny. Dzieci nadruchliwe wybijają się na pierwszy plan – nie potrafią skoncentrować się na zadaniach, grach lub zabawie, są głośne, nieprzewidywalne, nauczyciele skarżą się na nie – uwagom nie ma końca. Im szybciej dziecko zostanie skierowane na badania w kierunku diagnozy zespołu, tym lepiej rokuje na przyszłość. Ważne jest, by nauczyciel potrafił wstępnie rozpoznać i odróżnić objawy ADHD od zachowań typowo niegrzecznych. Aby to ułatwić wskazane jest szkolenie całej rady pedagogicznej wraz z dyrektorem i personelem pomocniczym szkoły. Przygotowując diagnozę należy zebrać wywiad przynajmniej z dwóch środowisk – szkoły i domu. W tym wypadku specjalista powinien wybrać się do szkoły, by przeprowadzić rozmowę z nauczycielami, poobserwować dziecko

w naturalnych sytuacjach i ocenić jego funkcjonowanie na terenie szkoły. Nie muszą dodawać, że w naszych warunkach nie jest to łatwe. Zwykle, aby obniżyć koszty badania najczęściej prosi się nauczycieli o napisanie opinii o dziecku.

W opinii powinny znaleźć się informacje dotyczące oceny:

- mocnych stron dziecka;
- stopnia przyswajania wiedzy w odniesieniu do reszty grupy;
- jak dziecko funkcjonuje w klasie: jakie nawiązuje więzi z rówieśnikami, w jaki sposób rozładowuje emocje;
- konkretnych zachowań problemowych – co się wydarzyło, a nie co potencjalnie może się stać (na czym polegają te zachowania, jak często występują);
- środków zaradczych zastosowanych przez nauczycieli i ich efektach;
- nawiązanej współpracy z rodzicami;
- oczekiwaniach pedagoga;

Jeśli nauczyciel podejrzewa, że u ucznia występuje zespół nadpobudliwości psychoruchowej powinien podjąć następujące kroki:

- zacząć od obserwacji dziecka trwającej około 2-3 miesięcy;
- przeprowadzić rozmowę z rodzicami dziecka informując ich o trudnych zachowaniach, które zaobserwowali (ważne jest, by dopytać ich, czy podobne problemy pojawiają się w domu, jak wygląda odrabianie lekcji, na jak długo dziecko koncentruje się na zadaniach wymagających wysiłku umysłowego, czy ma przyjaciół);
- nawiązać współpracę z rodzicami (ustalić częstotliwość spotkań, wypracować spójny system zasad, konsekwencji i nagród);
- nawiązać współpracę z pedagogiem i psychologiem szkolnym;
- w trudnych sytuacjach sięgać do zasobów szkoły;
- skierować rodziców wraz z dzieckiem do poradni psychologiczno-pedagogicznej;
- zastosować indywidualizację podejścia – dostosować wymagania do możliwości dziecka, ściśle realizować zalecenia otrzymane od specjalisty.

Niestety, często już na samym początku wystąpienia trudności pomija się kolejne kroki i nadpobudliwe dziecko od razu trafia do specjalisty – z reguły jest to psychiatra.

Specjalistyczny zespół diagnostyczny – lekarze, psychologowie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej może być rozpoznany przez psychologa, psychiatrę dziecięcą, pediatrę lub neurologa. Idealna diagnostyka w kierunku zespołu ADHD powinna opierać się przynajmniej na dwóch źródłach informacji na temat dziecka – wywiadzie przeprowadzonym z rodzicami oraz danych od nauczyciela. Są to warunki konieczne do wydania opinii o zespole hiperkinetycznym.

Kolejnym krokiem są badania w kierunku wykluczenia chorób somatycznych (niedosłuch, niedowidzenie), psychicznych oraz neurologicznych (wykonanie EEG mózgu, tomografii komputerowej bądź rezonansu magnetycznego). Cały czas prowadzi się ocenę nasilenia problemu, obserwację i ocenę zachowania pacjenta przy pomocy kwestionariuszy diagnostycznych opartych o kryteria ICD-10 i DSM-IV.¹

Dzieci nadpobudliwe powinny pozostawać pod stałą opieką specjalistyczną.

Podjęcie decyzji o leczeniu farmakologicznym wymaga postawienia pełnej diagnozy. Jest też ostatnim etapem oddziaływań terapeutycznych. Najważniejszymi, oprócz leczenia standardami pomocy w multimodalnym systemie opieki nad dzieckiem nadpobudliwym i jego rodziną są: diagnoza (medyczna, psychologiczna, pedagogiczna); psychoedukacja (rodziców i nauczycieli); warsztaty dla rodziców; grupa wsparcia dla rodziców; psychoterapia rodzin; szkolenie rad pedagogicznych; terapia dla dziecka (grupowa, indywidualna); pomoc wolontariuszy. □

Autorka jest pedagogiem w szkole podstawowej, prowadzi warsztaty dla rodziców dzieci nadpobudliwych.

Bibliografia:

- Wolańczyk, T., Kołakowski A., Skotnicka M., *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*, Bifolium, Lublin 1999.
- Materiały Stowarzyszenia pomocy Dzieciom z Nadpobudliwością Psychoruchową i Ich Rodzinom POMOST: *Pomoc dziecku z nadpobudliwością psychoruchową*, Gdańsk 2003.
- P. Cooper, K. Ideus, *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową*. Wydawnictwo Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2001.

¹ Źródło: *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)* American Psychiatric Association, Washington 1993.

² Źródło: *The International Classification of Diseases by World Health Organisation*, Geneva 1990.

A.1 Kryteria zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD).

A.1.1. Zaburzenia koncentracji uwagi: sześć lub więcej z poniższych symptomów zaburzeń musi utrzymywać się przez przynajmniej 6 miesięcy w stopniu utrudniającym funkcjonowanie dziecka bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

Dziecko często:

- a) nie potrafi skupić się na szczegółach i robi błędy przez nieuwagę podczas zajęć szkolnych, w pracy lub podczas wykonywania innych czynności;
- b) ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniu czy na grze;
- c) sprawia wrażenie, że nie słyszy tego, co się do niego mówi;
- d) nie wykonuje poleceń i nie kończy zadań szkolnych, nie odrabia pracy domowej, ma trudności z wypełnianiem codziennych obowiązków (nie z powodu przeciwstawiania się czy niezrozumienia polecenia);
- e) miewa trudności z organizowaniem sobie zajęć, pracy czy innych czynności;
- f) unika zadań wymagających dłuższego wysiłku umysłowego, wykonuje je niechętnie (praca szkolna, praca domowa);
- g) gubi rzeczy potrzebne do pracy, wykonania konkretnych zadań lub czynności (np. dzienniczek, długopis, książkę, narzędzia czy zabawki);
- h) rozprasza się pod wpływem bodźców zewnętrznych.

A.1.2. Hiperaktywność – impulsywność: pięć lub więcej z następujących symptomów hiperaktywności – impulsywności musi utrzymywać się przynajmniej przez 5 miesięcy w stopniu utrudniającym funkcjonowanie dziecka, bądź w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju.

• **Hiperaktywność**

Dziecko często:

- a) robi coś wymachując rękoma czy nogami i nie może usiedzieć w jednym miejscu;
- b) opuszcza swoje miejsce w czasie lekcji w klasie czy w innym miejscu wymagającym spokojnego siedzenia;
- c) biega po całym pomieszczeniu lub wdrapuje się tam, gdzie nie powinien (u nastolatków i dorosłych to zachowanie może się ograniczać do subiektywnego poczucia niepokoju ruchowego);
- d) ma trudności, by zająć się grą nie wymagającą wysiłku, zabawą czy innymi spokojnymi czynnościami odpoczynkowymi;
- e) nieustannie jest w ruchu, „biega jak fryga”;
- f) za dużo mówi.

• **Impulsywność**

- a) często wyrwa się do odpowiedzi, zanim pytanie zostanie sformułowane do końca;
- b) często ma trudności ze staniem w kolejce lub z czekaniem na swoją kolej podczas gry.

B. Niektóre symptomy zaburzeń koncentracji uwagi i nadpobudliwości psychoruchowej (hiperaktywności, impulsywności) ujawniły się przed 7 rokiem życia.

C. Niektóre symptomy tego zaburzenia muszą być notowane w dwóch lub więcej sytuacjach (np. w szkole, w pracy, w domu).

D. Stwierdza się klinicznie znaczące zaburzenie funkcjonowania społecznego, szkolnego czy zawodowego.

E. Te objawy zaburzeń nie występują w przebiegu całościowych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii i innych zaburzeń psychicznych lub zaburzeń osobowości.

A.2. Zespół hiperkinetyczny (Hyperkinetic Disorder).²

A. Należy wykazać zaburzenia uwagi i czynności w domu nieodpowiednie dla wieku i poziomu rozwojowego dziecka, opierając się na potwierdzeniu przynajmniej trzech z poniższych objawów:

1. Krótki czas trwania czynności spontanicznych.
 2. Często pozostawia grę nie dokończoną.
 3. Zbyt częste zmiany czynności.
 4. Brak wytrwałości w wykonywaniu zadań otrzymanych od dorosłych.
 5. Niezrozumiałe rozproszenie uwagi podczas uczenia się (np. przy odrabianiu pracy domowej lub czytaniu).
- I przynajmniej dwóch z poniższych objawów:**
6. Stały niepokój ruchowy (bieganie, skakanie itd.).
 7. Nieustanne kręcenie się i nerwowe ruchy ciałem podczas czynności spontanicznych.
 8. Zbyt duża aktywność, ruchliwość w sytuacjach wymagających spokojnego zachowania (np. przy zdziwieniu, w podróży, w kościele).
 9. Trudności z usiedzeniem na jednym miejscu, gdy to jest wymagane.

B. Należy wykazać zaburzenia uwagi i czynności w szkole lub przedszkolu (jeśli to dotyczy dziecka) odpowiednio dla wieku i poziomu rozwojowego dziecka potwierdzone występowaniem przynajmniej dwóch z następujących objawów zachowań:

1. Niewytłumaczalny brak wytrwałości przy wykonywaniu zadań.
 2. Niewspółmiernie wysoki stopień rozproszenia uwagi, czyli znaczący oddech orientacyjny, jako reakcja na bodźce zewnętrzne.
 3. Zbyt częste zmiany czynności przy możliwości wyboru.
 4. Za krótki czas uczestniczenia dziecka w grach czy zabawach.
- I przynajmniej dwóch z następujących objawów zachowań:**
5. Stały i nadmierny niepokój ruchowy (bieganie, skakanie itd.) w szkole.
 6. Ciągłe kręcenie się i wykonywanie nerwowych ruchów ciałem w sytuacjach, gdy jest wymagany spokój.
 7. Podczas wykonywania zadania zbyt dużo uwagi poświęca zbędnym czynnościom lub faktom nieistotnym dla rozwiązania danego zadania.
 8. Nieustannie nie ma go na swoim miejscu, gdy sytuacja tego wymaga.

C. Bezpośrednio stwierdzone zaburzenia uwagi lub czynności niewspółmierne do wieku i poziomu rozwojowego dziecka potwierdzone występowaniem przynajmniej jednego z następujących objawów zachowań:

1. Bezpośrednia obserwacja zachowań spełniających kryterium A lub B (zamieszczone wyżej), czyli informacje rodziców i/lub pedagogów.
 2. Obserwowanie zaburzeń w czynnościach ruchowych: rozwiązując zadanie, uwagę kieruje na pytania nie mające nic wspólnego z zadaniem lub okazuje brak wytrwałości w czynnościach; zachowania takie przejawia nie tylko w szkole czy domu (ale także np. klinice, przychodni czy laboratorium).
 3. Znacznie ograniczona skuteczność w wykonywaniu testów psychometrycznych badających uwagę.
- D.** Nie odpowiada kryteriom całościowych zaburzeń rozwojowych, manii, depresji czy zaburzeniom lękowym.
- E.** Początek zaburzenia nie później niż w 7 roku życia.
- F.** Obserwowane objawy zaburzeń występują przynajmniej przez sześć miesięcy.
- G.** Iloraz inteligencji (IQ) powyżej 70.