

Stanowisko konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży oraz konsultanta wojewódzkiego (województwo mazowieckie) dotyczące kompleksowego (obejmującego psychoterapię) leczenia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) i zaburzenia hiperkinetycznego

WPROWADZENIE

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest jednym z najczęstszych zaburzeń diagnozowanych u dzieci i młodzieży. Według wyników badań epidemiologicznych jego rozpowszechnienie waha się od 3 do 5% populacji ogólnej w wieku szkolnym (według kryteriów DSM-IV), natomiast przyjęcie kryteriów ICD-10 I (diagnoza zaburzenia hiperkinetycznego) zmniejsza częstotliwość rozpowszechnienia do 0,5-1,5%. Najczęściej leczone z powodu ADHD są dzieci w wieku od 6 do 9 lat. Wiek ten jest nieprzypadkowy, albowiem to wtedy dziecko rozpoczyna edukację i problemy wynikające z objawów osiowych zaburzenia hiperkinetycznego (zaburzenia uwagi, nadruchliwość, impulsywność) uniemożliwiają funkcjonowanie dziecka w ramach systemu edukacyjnego.

Nadpobudliwość psychoruchowa jest uważana za zaburzenie łamiące linię życiową. Osoby nadpobudliwe wcześniej niż ich rówieśnicy kończą karierę szkolną, uzyskują gorsze wykształcenie, częściej popadają w konflikty z prawem.

W Polsce na liście leków refundowanych znalazły się preparaty stosowane w leczeniu farmakologicznym zespołu nadpobudliwości psychoruchowej w ramach kompleksowego (obejmującego psychoterapię) programu leczenia. Taki zapis dotyczący refundacji zrodził liczne pytania, dotyczące definicji kompleksowego leczenia, a zwłaszcza roli psychoterapii, jej rodzaju, czasu trwania, miejsca i kwalifikacji personelu prowadzącego psychoterapię.

DIAGNOZA

W celu zapewnienia kompleksowego leczenia dziecku z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej należy zawsze pamiętać, że diagnoza i diagnoza różnicowa są niezbędne i planowanie terapii nie może się odbywać bez pewnej diagnozy. Diagnoza powinna być oparta na kryteriach DSM-IV i ICD-10 lub nowszych systemów diagnostycznych, o ile powstaną. Postawienie diagnozy jest możliwe na podstawie informacji uzyskanych z co najmniej trzech źródeł: wywiadu od rodziców (opiekunów), badania samego dziecka i informacji ze szkoły lub przedszkola. Konieczny element diagnozy stanowią badania psychologiczne dziecka z oceną możliwości intelektualnych i specyficznych zaburzeń rozwoju umiejętności szkolnych.

SKŁADOWE KOMPLEKSOWEGO LECZENIA

PSYCHOEDUKACJA

Podstawowym elementem kompleksowego leczenia, bez którego niemożliwa jest zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia, są edukacja i poradnictwo. Stanowią one podstawę leczenia. W ramach poradnictwa należy udzielić informacji o zespole nadpobudliwości psychoruchowej/zaburzeniu hiperkinetycznym, kładąc szczególny nacisk na objawy, etiologię, przebieg, rokowanie i możliwości leczenia. Psychoedukacja powinna odnosić się do stwierdzanych u pacjenta objawów i wynikające z niego indywidualne potrzeby. Powinna objąć podstawowe strategie radzenia sobie z objawami dziecka:

- zmniejszenie ilości bodźców rozpraszających w otoczeniu;
- dopasowanie czasu wykonania pracy do możliwości dziecka;
- planowanie zadań;
- przewidywanie zagrożeń.

Psychoedukacja obejmuje rodziców/opiekunów, system szkolny i samo dziecko. Rodzicom powinno się stworzyć okazję do rozmów terapeutycznych, podczas których mogłyby uzyskać wsparcie i omówić problemy pojawiające się w związku z ich dzieckiem, co najmniej raz na pół roku opieki.

Nauczyciele w szkole i wychowawcy w przedszkolu powinni uzyskać pomoc i poradnictwo w zakresie radzenia sobie z zachowaniem dziecka w szkole lub klasie. Może ono mieć postać pisemnej opinii z zaleceniami postępowania wobec dziecka albo też systematycznego szkolenia prowadzonego w ramach systemu opieki zdrowotnej, poradni psychologiczno-pedagogicznej bądź przez psychologa czy pedagoga szkolnego (pod warunkiem że są oni odpowiednio przygotowani). Podstawowe interwencje, których przeprowadzenie w szkole wydaje się konieczne, to zmiana struktury klasy i wymagań wobec ucznia (np. posadzenie dziecka blisko nauczyciela, skracanie zadań, przeplatanie zajęć w klasie ćwiczeniami fizycznymi) oraz identyfikowanie sytuacji problemowych i wiążących się z nimi zachowań ucznia.

Dzieci należy poinformować o diagnozie, wiążących się z nią objawach, a także uczyć obserwacji swoich zachowań i sposobów radzenia sobie – jest to szczególnie istotne u nastolatków.

ELEMENTY PSYCHOTERAPII BEHAWIORALNEJ

Praca z rodzicami w formie treningu rodzicielskiego lub interwencji behawioralnej w rodzinie są metodami o udowodnionej skuteczności w leczeniu ADHD i zaburzenia hiperkinetycznego oraz opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania.

Interwencje behawioralne w rodzinie mogą być prowadzone przez lekarza leczącego w ramach wizyt terapeutycznych lub sesji psychoterapii indywidualnej, przez psychologa w ramach porad psychologicznych bądź sesji terapii indywidualnej, jak też w formie terapii grupowej jako treningi rodzicielskie. Interwencje behawioralne mogą być także prowadzone w innej placówce medycznej lub niemedyckiej (np. poradnie psychologiczne-pedagogiczne, powiatowe centra pomocy rodzinie, organizacje pozarządowe), pod warunkiem posiadania wykwalifikowanego personelu. Interwencje behawioralne nie wymagają pełnego wykształcenia psychoterapeutycznego, mogą być prowadzone przez psychologa, lekarza specjalistę – psychiatrę dzieci i młodzieży bądź psychiatrę (także osoby w trakcie obu specjalizacji), jak również inne osoby pod warunkiem ukończenia innych szkoleń (pedagodzy, terapeuci zajęciowi). Informacja o przeprowadzeniu terapii behawioralnych lub treningów rodzicielskich bądź terapii rodzin, jeśli są prowadzone w innej placówce, powinna być odnotowana w dokumentacji medycznej.

Do podstawowych technik zalecanych podczas terapii behawioralnej należą:

- zwracanie pozytywnej uwagi na pożądane zachowania i podporządkowanie się;
- bardziej efektywne wydawanie poleceń;
- wyciąganie negatywnych konsekwencji w momencie pojawienia się zachowania problemowego.

Terapeuta ma również za zadanie pomóc rodzicom w identyfikacji konkretnych sytuacji problemowych i dobraniu właściwych technik. Często w rodzinach dzieci z ADHD obserwuje się niekonsekwencję w stosowaniu kar za zachowania niepożądane oraz nagród za zachowania pożądane. W przypadku przewagi zachowań negatywnych w relacji rodzic – dziecko, podczas sesji terapeutycznych należy rozszerzać zakres umiejętności rodzicielskich. Należy nauczać rodziców właściwych sposobów wydawania poleceń i ustalania reguł (np. utrzymywanie kontaktu wzrokowego z dzieckiem, wydawanie małej ilości poleceń na raz, formułowanie poleceń bez użycia przeczenia) oraz dawania pozytywnej uwagi w przypadku, gdy dziecko stosuje się do reguł. W celu wzmocnienia właściwych zachowań można

stosować systemy żetonowe. W ramach interwencji behawioralnych należy wdrożyć wspólnie z rodzicami system proporcjonalnych do przewinień negatywnych konsekwencji. W przypadkach jawnej dysfunkcji systemu rodzinnego wdrożenie interwencji behawioralnych winno być poprzedzone terapią rodziny, możliwe jest przeprowadzenie interwencji behawioralnych w ramach terapii rodzinnej.

U adolescentów zaleca się wspólne negocjowanie kontraktu oparte na obopólnej zgodzie bardziej niż korzystanie z systemów żetonowych, systemów zasad i konsekwencji, a także położenie większego nacisku na procedury uczące radzenia sobie z własnym zachowaniem.

TERAPIA DZIECKA

Udowodniono skuteczność wakacyjnych programów terapeutycznych obejmujących trening umiejętności społecznych i radzenia sobie w różnych sytuacjach. Skuteczność podejść opartych na terapii indywidualnej dziecka jest ograniczona w odniesieniu do podstawowych deficytów dziecka, natomiast terapia indywidualna dziecka może być nieodzowna w przypadku współistniejących problemów, takich jak np. deficyty umiejętności społecznych, niska samoocena. Nie powinna ona jednak być stosowana w sposób izolowany, bez wprowadzenia interwencji ukierunkowanych na rodzinę.

FARMAKOTERAPIA

Leczenie farmakologiczne jest metodą o udowodnionej skuteczności w terapii ADHD i powinno być elementem kompleksowego leczenia. W przypadkach dzieci z ADHD bez diagnozy zaburzenia hiperkinetycznego i diagnoz współchorobowych będących powikłaniem zespołu nadpobudliwości psychoedukacja, poradnictwo i elementy terapii behawioralnej (ewentualnie połączone z terapią dziecka) zawsze powinny poprzedzać leczenie farmakologiczne. W przypadku dzieci z diagnozą zaburzenia hiperkinetycznego, z ciężkimi uporczywymi zaburzeniami funkcjonowania bądź z diagnozami dodatkowymi będącymi powikłaniami ADHD (np. zaburzenia zachowania, zespoły depresyjne) farmakoterapię należy wdrożyć od początku leczenia. Farmakoterapia powinna być bezwzględnie poprzedzona psychoedukacją, a w przebiegu dalszego leczenia dołączyć się oddziaływanie psychoterapeutyczne.

*Prof. dr hab. n. med. Irena Namysłowska
Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk*