

Diagnoza ADHD – pomoc czy przeszkoda?

ADHD diagnosis – a help or an obstacle?

¹ Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wzrostu i Rozwoju Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec

² Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Ziołowa 45/47, 40-635 Katowice

Correspondence to: Małgorzata Janas-Kozik, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii Wzrostu i Rozwoju Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, ul. Gabrieli Zapolskiej 3, 41-218 Sosnowiec, tel.: 32 720 77 60, faks: 32 720 77 60, tel. kom.: 0 606 820 812, e-mail: mjkozik@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Autorki podejmują temat znaczenia rozpoznawania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD) dla skutecznego leczenia oraz społecznego funkcjonowania dzieci z tak postawioną diagnozą, podkreślając tym samym znaczenie procesualnej diagnozy psychiatrycznej i psychologicznej. Publikacja ta ma być próbą odniesienia się do licznych kontrowersji wokół diagnozy ADHD. Czy jest ona rzetelnym rozpoznaniem tłumaczącym problematykę młodego pacjenta i umożliwiającym mu otrzymanie adekwatnej pomocy, czy też „etykieta” zawężająca rozumienie młodego pacjenta i ograniczająca jego rozwój oraz dalsze funkcjonowanie w świecie, zwalniająca z odpowiedzialności niewydolnych wychowawczo rodziców? Autorki podkreślają znaczenie całościowej obserwacji dziecka na całodobowym oddziale psychiatrii dla dzieci i młodzieży, która staje się niezbędna, gdy obraz kliniczny pomimo długiego procesu diagnostycznego w ramach ambulatorium nadal nie jest jasny lub kiedy pomimo podjętych oddziaływań objawy nasilają się. Obserwacja w warunkach klinicznych ma na celu weryfikację diagnozy w oparciu o całodobową obserwację, która może wnieść nieoceniony wkład w rozumienie znaczenia i kontekstu zachowań dziecka. W artykule przedstawione zostały przypadki trójki dzieci: Kuby, Weroniki i Macieja leczonych na Oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Wzrostu i Rozwoju w sosnowieckim Centrum Pediatrii, których diagnoza stopniowo ewoluowała od ADHD w kierunku bardziej złożonego rozumienia ich przypadłości – z uwzględnieniem tła rodzinnego oraz indywidualnej dynamiki ich problemów emocjonalnych.

Słowa kluczowe: ADHD, diagnoza różnicowa, zaburzenia zachowania o typie opozycyjno-buntowniczym, zaburzenia emocji, deficyt emocjonalny

Summary

The authors of this paper discuss the importance of the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in an effective treatment as well as social functioning of children diagnosed with ADHD, stressing at the same time the meaning of a processual psychiatric and psychological diagnosis. This publication is an attempt to relate to numerous controversies around the ADHD diagnosis – to what extent it is a reliable identification which explains the problems of young patients and which enables the patient to receive adequate help. Or, whether it may serve as a dispensation from responsibility of the parents who cannot cope with the bringing-up tasks, or “a label” which restricts the understanding of a young patient and limits his or her development as well as further functioning in the world. The authors emphasise the meaning of a comprehensive observation of a child during hospitalisation at a psychiatric ward for children and adolescents, which becomes indispensable when the clinical picture, despite a long diagnostic process within an outpatient clinic, still remains unclear or when, despite all the undertaken steps, the symptoms are increasing. The purpose of the clinical observation is to verify the diagnosis on the basis of a twenty-four-hour observation which in turn may invaluablely contribute to the understanding of the meaning and context of a child’s behaviour. The article presents cases of three children: Kuba, Weronika and Maciej who are treated at the Developmental Age Psychiatry and Psychotherapy Ward of the Paediatric Centre in Sosnowiec, Poland. The diagnosis of the children has been gradually evolving from ADHD towards a more complex understanding of their problems – taking into account their family background as well as the individual dynamics of their emotional problems.

Key words: attention-deficit hyperactivity disorder, differential diagnosis, behavioural disorders of an oppositional-defiant type, emotional disorders, emotional deficiency

WPROWADZENIE

ADHD to skrót od angielskiej nazwy *attention-deficit hyperactivity disorder*, czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (DSM-IV)⁽¹⁾. Zaburzenie to jest często nazywane zespołem nadpobudliwości psychoruchowej lub zespołem hiperkinetycznym (ICD-10)⁽²⁾ – odpowiada podtypowi mieszanemu ADHD w DSM-IV, chociaż nazwy te nie są tożsame. Na potrzeby niniejszego artykułu autorki będą używały zamiennie tych trzech określeń.

Jak wynika z danych statystycznych, częstość występowania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (rozpoznawanego według kryteriów ICD-10 i DSM-IV) w populacji ogólnej szacuje się na 1-3%⁽³⁾. Według polskich autorów odsetek ten wynosi 10-15%⁽⁴⁾.

Niepokojące jest, że coraz częściej ADHD diagnozowane jest u młodszych dzieci – nierzadko początki można obserwować u dzieci poniżej 5. roku życia⁽⁵⁾. Staje się chętnie stosowaną „etykietką”, która niejednokrotnie ogranicza i zniechęca do bardziej szczegółowych eksploracji problemów dziecka, w tym również pracy nad rozumieniem psychospołecznego znaczenia objawów. Należy również podkreślić, że jeśli chodzi o zaburzenia hiperkinetyczne, to jedynie u około 20-30% zdiagnozowanych pacjentów występują one jako zaburzenia izolowane. U około 50-70% dzieci ze zdiagnozowanym ADHD występują zaburzenia zachowania o podtypie opozycyjno-buntowniczym, co często komplikuje diagnozę i odsuwa w czasie podjęcie oddziaływań terapeutycznych⁽⁶⁾. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie znaczenia rozpoznawania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi dla skutecznego leczenia oraz społecznego funkcjonowania dzieci z tak postawioną diagnozą. Inspiracją do rozwinięcia powyższego tematu – „diagnoza ADHD – pomoc czy przeszkoda?” – stały się dla autorek przypadki dzieci w wieku od 8 do 11 lat leczonych w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży oraz na Oddziale Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego (Oddział PiPWR) w sosnowieckim Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II, które rozpoczynały swoją współpracę z zespołem terapeutycznym zajmującym się osobami z diagnozą zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Przypadki te pokazują, jak duże znaczenie ma wykroczenie poza ścisłe ramy tej jakże obszernej diagnozy – biorąc pod uwagę rozbudowane kategorie systemów DSM-IV czy ICD-10 – a jednocześnie niezwykle ograniczającej, jak się okazało, rozumienie młodego pacjenta. W poniższym opracowaniu nawiązujemy do powszechnie stosowanych kryteriów diagnostycznych ADHD, przedstawiamy różnicowanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, a następnie w oparciu o przypadki Kuby, Weroniki i Macieja prezentujemy konsekwencje diagnozy zespołu ADHD dla leczenia i funkcjonowania pacjentów z takim początkowym rozpoznaniem, które w trakcie dogłębnej obserwacji uległo zmianie.

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE W UJĘCIU RÓŻNYCH SYSTEMÓW KLASYFIKACYJNYCH

Odwołując się do powszechnie stosowanych w psychiatrii systemów diagnostycznych DSM-IV i ICD-10, można przytoczyć

następujące kryteria diagnostyczne, które mają ułatwić rozpoznanie zespołu ADHD.

Według DSM-IV przez okres przynajmniej 6 miesięcy musi występować 6 lub więcej objawów z obszaru zaburzeń koncentracji uwagi oraz 6 lub więcej objawów z zakresu nadruchliwości i impulsywności w stopniu utrudniającym adaptację (funkcjonowanie) dziecka lub w stopniu niewspółmiernym do jego rozwoju⁽³⁾. Kolejnymi wskazówkami diagnostycznymi są niektóre upośledzające funkcjonowanie dziecka objawy zaburzeń koncentracji uwagi lub nadpobudliwości psychoruchowej, które ujawniły się przed 7. rokiem życia dziecka; upośledzenie funkcjonowania dziecka spowodowane tymi objawami musi występować w dwóch lub więcej sytuacjach (np. w szkole i w domu). Ponadto stwierdza się klinicznie istotne upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (w zakresie edukacji), a objawy u dziecka nie występują w przebiegu przetrwałych zaburzeń rozwojowych, schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafniej uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości)⁽³⁾.

Polska klasyfikacja ICD-10 wyróżnia następujące typy/podtypy:

- **(F90) Zaburzenia hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)**, które charakteryzują się wczesnym początkiem (zazwyczaj w pierwszych pięciu latach życia), współistnieniem nadmiernej aktywności, źle modulowanego zachowania z wyraźnym brakiem uwagi i trwałego zaangażowania w wykonywane zadanie. Te cechy zachowania utrzymują się we wszystkich sytuacjach i mają przewlekły charakter. Główną charakterystyczną cechą zaburzeń hiperkinetycznych jest brak wytrwałości w zakresie działań wymagających zaangażowania poznawczego oraz tendencja do porzucania jednego działania na rzecz innego, bez kończenia żadnego z nich, wraz ze słabą kontrolą, dezorganizacją i nadmiarem aktywności. Do podtypów zaburzeń hiperkinetycznych należą:
 - **(F90.0) zaburzenia aktywności i uwagi**, które obejmują zaburzenie z deficytem uwagi lub zespół z nadpobudliwością ruchową,
 - **(F90.1) hiperkinetyczne zaburzenia zachowania**, które z kolei obejmują zaburzenie hiperkinetyczne z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania⁽⁴⁾.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

W procesie stawiania diagnozy ADHD należy dokonać również diagnozy różnicowej problemu dziecka. Kluczowe może tu być zbadanie poziomu intelektualnego dziecka i dokonanie oceny, czy kontrola uwagi i aktywności nie jest zaburzona w odniesieniu do wieku umysłowego dziecka. Nie bez znaczenia jest odpowiedź na pytanie, czy nadruchliwość młodego pacjenta nie ogranicza się jedynie do określonych sytuacji – dom lub szkoła – co mogłoby wskazywać na sytuacje problemowe mające swoje źródła w tych właśnie obszarach (np. przemoc w szkole, nadużycie). Zespół ADHD należy również różnicować z zaburzeniami zachowania, z którymi często współwystępuje, a na których obecność mogą wskazywać na przykład brak niepokoju ruchowego i trudności z koncentracją uwagi w sytuacjach wybieranych i lubianych przez dziecko. Z drugiej strony wiadomo, że dziecko cierpiące na

ADHD potrafi skupić się długi czas na tej aktywności, która go interesuje. Niewątpliwie warto zwrócić szczególną uwagę na diagnozę różnicową ADHD z zaburzeniami emocjonalnymi, w których to nasilony lęk, depresja lub mania mogą prowadzić do niepokoju ruchowego i zaburzeń uwagi. Kwestią rozstrzygającą jest zebranie wywiadu dotyczącego pierwszego objawu – najpierw stwierdzono zaburzenia emocjonalne czy nadpobudliwość psychoruchową (umożliwia to rozstrzygnięcie, czy nadpobudliwość jest formą radzenia sobie z trudnościami natury emocjonalnej, czy może zaburzenia emocjonalne nałożyły się na przewleklą nadruchliwość). Z niepokojem ruchowym mogą być również mylone tiki, ruchy płasawicze oraz inne dyskinezy. W sytuacjach gdy niepokojowi ruchowemu i zaburzeniom uwagi towarzyszą trudności w funkcjonowaniu społecznym typu autystycznego, spaczona komunikacja, sztywne i powtarzające się zachowania lub brak spontanicznej zabawy „na niby” z udziałem wyobraźni, należy rozważyć diagnozę całościowych zaburzeń rozwojowych^(1,3,5).

OPISY PRZYPADKÓW

KUBA

Pierwszy z prezentowanych pacjentów, 9-letni Kuba, został skierowany na Oddział PiPWR z Zakładu Lecznico-Wychowawczego dla Dzieci w Twarogu, gdzie przebywał przez okres około miesiąca. Przyczyną przyjęcia były groźby kierowane przez chłopca do personelu Ośrodka, że wyskoczy przez okno. Zapytany o rozumienie swojego pobytu w szpitalu wytłumaczył, że „to przez AHD”, co w jego rozumieniu było tożsame z byciem niegrzecznym.

Chłopiec od 4. roku życia był objęty pomocą psychologiczną z powodu zdiagnozowanej w poradni psychologiczno-pedagogicznej nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji. W wieku około 5 lat chłopiec został objęty opieką psychiatryczną z powodu zaburzeń zachowania i emocji, określanymi jako wtórne wobec nadpobudliwości. W ramach Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przeprowadzono leczenie lekami, takimi jak: Depakine Chrono, lewomepromazyna (Tisercin), zyklopentiksol (Clopixol), diazepam (Relanium), perazylna, rysperydon, metylofenidat (Concerta) czy *Hydroxyzini hydrochloridum* (Hydroxyzinum), które nie przynosiło pożądanych rezultatów.

Probleмами zgłaszanymi przez rodzinę i nauczycielki Kuby były: agresja i nadruchliwość, impulsywność bez uwzględnienia jakichkolwiek konsekwencji, trudność w dostosowaniu się do stawianych chłopcu przez matkę granic oraz niski poziom odporności na frustrację.

Kiedy Kuba trafił na Oddział PiPWR, zostało przeprowadzone badanie diagnostyczne testami psychologicznymi, które wskazały na inteligencję poniżej przeciętnej i nieharmonijny rozwój intelektualny chłopca z przewagą skali niewerbalnej nad werbalną. Diagnostyka obrazowa (TK głowy) nie wykazała żadnych zmian, podobnie wykluczono zmiany napadowe padaczkowe. Jak wynikało z przeprowadzonych na Oddziale PiPWR obserwacji funkcjonowania chłopca, nadruchliwość pojawia-

ła się jedynie w trudnych emocjonalnie sytuacjach. Kuba miał problemy z tolerowaniem frustracji, był bardzo zainteresowany życiem emocjonalnym innych osób. Miał dosyć dobrze rozwiniętą zdolność do empatyzowania z innymi, przejawiał duże zaangażowanie podczas realizowania zadań i wchodzenia w rolę na Oddziale oraz nawiązywał silną więź emocjonalną z personelem, świadomie zabiegając o kontakt przez dostosowywanie się. Aktywnie uczestniczył w zajęciach szkolnych i terapeutycznych oraz wykazywał coraz lepszą zdolność do organizacji zadań i aktywności w trakcie zajęć. Zachowania impulsywne zdarzały mu się w sytuacjach emocjonalnie trudnych, takich jak na przykład brak przez dłuższy czas odwiedzin i zainteresowania ze strony matki.

Dokładna analiza historii życiowej chłopca, obserwacja jego funkcjonowania w grupie oraz analiza sposobu przeżywania ważnych dla niego relacji wskazały na depresyjne zaburzenia zachowania. Sytuacyjna nadpobudliwość miała być sposobem radzenia sobie ze smutkiem spowodowanym zostawieniem przez matkę oraz przeżywaniem siebie jako sprawiącego rodzinie problem i gorszego od grzecznego oraz lepiej funkcjonującego brata bliźniaka. Kuba przez swoje „AHD” zyskiwał więcej uwagi ze strony matki, był gratyfikowany za sprawiące kłopot zachowania, ale nie otrzymywał pozytywnych wzmocnień za swoje starania. Kiedy rodzice – z powodu trudnej sytuacji małżeńskiej, złej sytuacji finansowej zmuszającej ojca do wyjazdu do pracy za granicę i problemów matki z alkoholem – stali się niewydolnymi wychowawcami i chłopiec trafił do Ośrodka, nie był w stanie poradzić sobie emocjonalnie z sytuacją, którą przeżył jak odrzucenie i karę za bycie złym, a diagnoza zespołu nadpobudliwości psychoruchowej stała się ciężką mu etykietą.

WERONIKA

Ośmioletnia Weronika była kilkakrotnie hospitalizowana psychiatrycznie z powodu nadpobudliwości psychoruchowej (w tym również na Oddziale PiPWR). Od 4. roku życia korzystała z PZP, gdzie była leczona między innymi: Depakine Chrono, *Hydroxyzini hydrochloridum* (Hydroxyzinum) czy diazepamem (Relanium), ale nie uzyskiwano znaczącej poprawy objawowej.

Przez dwa tygodnie – do momentu przyjęcia na Oddział PiPWR – przebywała wraz z bratem (również mającym zdiagnozowane ADHD) w Specjalnym Ośrodku Wychowawczym, skąd okresowo otrzymywała przepustki na wyjście do domu.

Matka pacjentki zgłaszała następujące problemy córki: od 4. roku życia nadruchliwość w sytuacjach domowych, później również w szkolnych, trudności z koncentracją uwagi, dużą jej rozpraszalność, impulsywność bez uwzględnienia późniejszych konsekwencji, konflikty z rówieśnikami i rodzeństwem, w stosunku do rodzeństwa agresję fizyczną i słowną, moczenie nocne, w trakcie pobytu w domu odmawianie przyjmowania posiłków, tendencje samobójcze (występujące jedynie w trakcie pobytu w Specjalnym Ośrodku Wychowawczym).

Jak wynikało z obserwacji funkcjonowania dziewczynki na Oddziale PiPWR, przejawiała ona nasilony niepokój manipulacyjny w sytuacjach silnego napięcia (poprzedzających wizytę mat-

ki), zdarzały się jej zachowania impulsywne, miała trudności z tolerowaniem frustracji, a na stawiane jej granice często reagowała agresją. Weronika stosowała manipulację w celu uniknięcia konsekwencji zarówno w stosunku do innych pacjentów, jak i personelu, zabiegała o kontakt przez wymuszanie uwagi (dostawała ataków złości po zakończeniu zajęć grupowych, próbowała przedłużyć rozmowy indywidualne), widoczna była u niej duża labilność emocjonalna, występowały zachowania skrajne: od dostosowania i bycia miłą dla innych pacjentów po agresję słowną i fizyczną bez większego uzasadnienia. Zdarzały jej się również okresowe trudności w kontaktach z innymi pacjentami, przez których dziewczynka często była odrzucana z powodu zagarniania uwagi ich rodziców. Poprzez swoje objawy Weronika prezentowała dużą potrzebę uwagi i bliskości. Obserwacja funkcjonowania pacjentki na Oddziale, analiza charakteru jej relacji z matką i rodzeństwem w oparciu o dane z wywiadu, jak również cykl spotkań rodzinnych ujawniły u Weroniki nieprawidłowo kształtującą się osobowość o typie *borderline*. Wskazywała na to analiza charakteru jej relacji z obiektem⁽⁷⁾, gdzie obiekt był przeżywany w sposób skrajny (jako dobry, będący źródłem wszelakiego zaspokojenia i opieki lub jako odrzucający i bezwartościowy) oraz związane z nią dosyć sztywne prymitywne mechanizmy obronne koncentrujące się głównie wokół mechanizmu rozszczepienia oraz innych związanych z nim mechanizmów, takich jak prymitywna idealizacja, projekcyjna identyfikacja, zaprzeczenie czy onnipotentna kontrola i dewaluacja^(8,9). Nadpobudliwość i zaburzenia koncentracji oraz uwagi wiązały się głównie ze stosowanymi przez pacjentkę mechanizmami obronnymi oraz nieumiejętnością samouspokajania się i redukcji swojego napięcia w inny sposób niż za pomocą powyższych objawów.

MACIEJ

Jedenastoletni Maciek był hospitalizowany na Oddziale PiPWR, do którego był skierowany z Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży z rozpoznaniem hiperkinetycznych zaburzeń zachowania. Po 2 tygodniach został wypisany z oddziału i przyjęty na oddział dzienny celem kontynuacji leczenia i psychoterapii. Na oddziale dziennym przebywał mniej więcej przez 3 miesiące. Zgłaszane przez matkę chłopca problemy dotyczyły przede wszystkim występujących od 4.-5. roku życia zachowań impulsywnych, nadruchliwości w sytuacjach domowych i szkolnych, trudności z koncentracją uwagi i łatwą jej odwracalnością oraz konfliktów z rówieśnikami. W stosunku do matki chłopiec prezentował zachowania opozycyjne i agresywne. Jak wynikało z obserwacji funkcjonowania chłopca na Oddziale PiPWR oraz oddziale dziennym, nadruchliwość pojawiała się u niego jedynie w trudnych emocjonalnie sytuacjach, miał problem z tolerowaniem frustracji, a na stawiane granice reagował, manifestując poczucie bycia odrzuconym. Z czasem widoczne stawało się coraz większe dostosowanie chłopca w kontaktach z terapeutami i grupą. Był bardzo zainteresowany życiem emocjonalnym innych osób, miał duże zdolności do empatyzowania z rówieśnikami, nawiązał silną więź emocjonalną z terapeutką indywidualną i świadomie zabiegał o kon-

takt z nią przez dostosowywanie się. Aktywnie uczestniczył w zajęciach. Prezentował coraz lepszą zdolność do organizacji zadań i aktywności w trakcie zajęć.

Obserwacja funkcjonowania pacjenta na Oddziale zarówno w indywidualnym kontakcie terapeutycznym, jak i w grupie oraz cykl spotkań rodzinnych z matką umożliwiły postawienie diagnozy zaburzeń zachowania i emocji, w przypadku których nadpobudliwość była problemem wtórnym i jednocześnie sposobem radzenia sobie z sytuacją trudną emocjonalnie. Chłopiec w rodzinie pełnił funkcję partnera matki, cechowała go duża nadodpowiedzialność zarówno za nią, jak i za swojego 3-letniego brata. Miał w stosunku do siebie nadmierne oczekiwania, jawił się jako perfekcjonistyczny, oczekujący gratyfikacji, nietolerujący jakiegokolwiek frustracji czy porażki (w relacjach z rówieśnikami oczekiwał ciągłego zainteresowania dla swojego hobby – hokeja), co w rzeczywistości miało przykrywać przekonanie o własnej niezdatności i niskie poczucie wartości.

WNIOSKI

Nie podlega wątpliwości, że diagnoza zarówno psychiatryczna, jak i psychologiczna wymaga czasu i jest toczącym się procesem.

Właściwa diagnoza zespołu nadpobudliwości psychoruchowej może emocjonalnie odbarczyć dziecko oraz umożliwić zapewnienie mu odpowiednich form pomocy, do których można zaliczyć farmakoterapię (psychostymulatory)^(4,5), psychoterapię – indywidualną, grupową (głównie behawioralną opartą na wzmocnieniach pozytywnych), rodzinną nastawioną na poprawę samooceny dziecka, lepsze funkcjonowanie interpersonalne oraz przestrzeganie norm społecznych.

Nie bez znaczenia pozostaje tu dostosowanie wymagań szkolnych do rzeczywistych możliwości dziecka (należałoby wziąć pod uwagę raczej klasy integracyjne niż nauczanie indywidualne), pomoc dla rodziny w postaci na przykład grup wsparcia dla rodziców dzieci z ADHD oraz wsparcie dla rodziny dziecka z ADHD, jeśli chodzi o modyfikację sposobów pracy z nim, w szczególności w zakresie stosowanych wobec niego metod wychowawczych.

Kiedy jednak dziecko nadpobudliwe psychoruchowo (z różnych przyczyn, jak zostało to przedstawione w powyższej kazuistyce) otrzymuje w swoim środowisku etykietę „nieznośnego” i diagnozę ADHD, może mieć to negatywne i często nieodwracalne konsekwencje dla jego dalszego leczenia, a w następstwie dla jego funkcjonowania psychospołecznego. Podjęcie oddziaływań terapeutycznych w kierunku niwelowania objawów ADHD przy postawieniu diagnozy bez możliwości wnikliwej obserwacji zachowań dziecka może nieść ze sobą skutki w postaci nasilenia się objawów maskowanych pod przejawianym zachowaniem. Niewłaściwe oddziaływania mogą powodować nasilenie objawów maskowanych, przyczyniając się do powstawania zaniżonej samooceny, buntu przeciwko normom społecznym, powodować lub nasilać zaburzenia zachowania (używki, wagary, zachowania wyładowcze), przyczyniać się do wystąpienia przygnębienia, rozwoju depresji oraz do zaniżenia oczekiwań i dużo niższych wyników (np. w nauce) niż wskazywałyby na to rze-

czywiste możliwości dziecka. Taka sytuacja może powodować skupienie się jedynie na problemach poznawczych i behawioralnych dziecka i pominięcie trudności natury emocjonalnej (specyficznych mechanizmów obronnych, rozwoju nieprawidłowo kształtującej się osobowości), a w konsekwencji prowadzić do zastosowania niewłaściwego typu oddziaływań psychoterapeutycznych (np. terapii wspierającej zamiast konfrontującej).

KOMENTARZ

Diagnoza zespołu nadpobudliwości psychoruchowej jest często trudna z powodu opierania się na danych dotyczących obserwacji dziecka w warunkach domowych i szkolnych. Każda osoba (rodzic, nauczyciel) wnosząca wywiad i szukająca pomocy pozostaje w silnej relacji emocjonalnej z dzieckiem potrzebującym pomocy, co ma wpływ na subiektywne przedstawianie informacji. Najbardziej widocznymi i doskwierającymi w codziennym życiu objawami stają się zachowania utrudniające realizację wielu codziennych czynności, a to te właśnie są zazwyczaj przedstawiane zbierającemu wywiad specjaliście, przyczyniając się tym samym do zubożenia uzyskanego materiału dotyczącego problematyki młodego pacjenta.

Częstotliwość rozpoznawania ADHD, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, związana jest z pewną kontrowersją. Niektórzy naukowcy uważają, iż ADHD stało się wygodną etykietą, zwalniającą z odpowiedzialności rodziców, którzy są nieudolnymi wychowawcami.

W tej kategorii ADHD jest traktowane jako usprawiedliwienie dla opiekunów, którzy nie potrafią odpowiednio zdyscyplinować i nauczyć norm funkcjonowania społecznego. Niektórzy eksperci uważają, iż ADHD (głównie w Stanach Zjednoczonych) diagnozowane jest zbyt często. Należy być bardzo ostrożnym podczas rozpoznawania zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i nie nadużywać tego terminu, ale również nie bagatelizować jawiących nam się objawów⁽¹⁰⁾.

PODSUMOWANIE

Analiza trzech przypadków klinicznych dzieci z wstępną diagnozą zespołu nadpobudliwości psychoruchowej ukazuje, że kiedy obraz kliniczny nie jest jasny lub pomimo podjętych oddziaływań objawy nasilają się, istotną staje się obserwacja

dziecka w warunkach klinicznych umożliwiającą weryfikację diagnozy w oparciu o całodobową obserwację i próbę rozumienia znaczeń zachowań dziecka. Jak pokazały powyższe przykłady, początkowa diagnoza ADHD była niewystarczająca, ograniczała się do trudności prezentowanych przez dziecko, pomijając ich znaczenie oraz potencjalne możliwości dziecka.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Goodman R., Scott S.: Psychiatria dzieci i młodzieży. W: Rabe-Jabłońska J. (red.): Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2000: 55, 58-59, 60-63.
2. Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M.: Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Wydawnictwo BiFolium, Lublin 1999: 40-41, 206-208.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington D.C. 1994.
4. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: badawcze kryteria diagnostyczne (DCR). Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków, Warszawa 1998: 139-141.
5. Wolańczyk T., Komender J.: Zaburzenie hiperkinetyczne. W: Namysłowska I. (red.): Psychiatria dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 197-213.
6. Kołakowski A., Wolańczyk T., Pisula A. i wsp.: ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
7. Schier K.: Psychoterapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2000: 59-62.
8. Kernberg O.F., Selzer M.A., Koenigsberg H. i wsp.: Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007: 18-21.
9. Freud A.: Ego i mechanizmy obronne. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004: 57-71.
10. Rosenhan D.L., Seligman M.E.P.: Psychopatologia. PTP, Warszawa 2003: 388-389.