

ARTYKUŁY POGLĄDOWE (REVIEW PAPERS)

ADHD – zaburzenia zachowania i emocji wieku dziecięcego i młodzieńczego

(ADHD – emotional and behaviour disorders in childhood and adolescence)

A Kruk^{1,A,D}, I Brukwicka^{1,B}, Z Kopański^{2,3,F}, R Kollár^{4,E}, M Kollárová^{4,C}, B Bajger^{3,B}, E Bojanowska^{2,B}

1. Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu
2. Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu
3. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński
4. Uniwersytet Nauk o Zdrowiu i Pracy Socjalnej św. Elżbiety w Bratysławie (Słowacja)

Abstract— The authors have presented a brief history of ADHD and characterised its epidemiology and aetiology. The disorder has been presented with the stress on coexistent disturbances. The diagnostics of ADHD has been scrutinised.

Key words — ADHD, causes, clinical process, diagnostics.

Streszczenie— Autorzy przedstawili krótki rys historii zespołu ADHD, scharakteryzowali epidemiologię i etiologię zespołu, przedstawili obraz chorobowy, zwracając uwagę na współwystępujące z ADHD inne zakłócenia rozwoju, omówili także diagnostykę zespołu ADHD.

Słowa kluczowe — zespół ADHD, przyczyny powstawania, przebieg kliniczny, diagnostyka.

Wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy— A-Koncepcja i projekt badania, B-Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C-Analiza i interpretacja danych, D-Napisanie artykułu, E-Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F-Ostateczne zatwierdzenie artykułu

Adres do korespondencji — Prof. dr Zbigniew Kopański, Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu, Żyrardów, ul. G. Narutowicza 35, PL-96-300 Żyrardów, e-mail: zkopanski@o2.pl

Zaakceptowano do druku: 15.01.2016.

O ADHD TROCHĘ HISTORYCZNIE...

ADHD jest jedną z postaci nadpobudliwości psychoruchowej. ADHD (Attention Deficyt Hypreactivity Disorder), czyli zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (zwany także zespołem hiperkinetycznym lub zaburzeniami hiperkinetycznymi).[1-4]

Pierwszy opis istoty i objawów nadpobudliwości psychoruchowej został sporządzony w Niemczech w 1854 roku przez psychiatrę Heinricha Hoffmana. W wydanej dla dzieci książce „Pawełek Wiercipięta” autor w wierszowanych formach opisał dzieci z objawami nadpobudliwości psychoruchowej. Pierwszy artykuł w literaturze fachowej, autorstwa brytyjskiego pediatry Georg’a Frederica Stilla ukazał się natomiast w 1902 roku w czasopiśmie medycznym

„The Lancet”. W 1917 roku z kolei powstał pierwszy raport medyczny opisujący dzieci sprawiające poważne problemy wychowawcze i wykazujące objawy przypisywane ADHD.[5] Od tego momentu do czasów obecnych zaburzenia to przyjmowało różne określenia [1,2,4]:

- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi,
- zespół hiperkinetyczny wieku dziecięcego, zespół nadruchliwości,
- zespół minimalnego uszkodzenia mózgu lub minimalnej dysfunkcji mózgu,
- zespół zaburzeń hiperkinetyczno-odrukowych,
- zaburzenie z deficytem uwagi i hiperaktywnością,

- lekka encefalopatia czy wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny,
- ZDUN – zespół deficytu uwagi i nadruchliwości.

O ADHD mówi się wtedy, gdy charakterystyczne dla tego zespołu objawy związane z zaburzeniami koncentracji uwagi, nadmierną aktywnością, występują stale od dłuższego czasu i z powodu ich występowania dziecko gorzej niż jego rówieśnicy radzi sobie w szkole, ma niższe stopnie, stwarza problemy w domu i nie udaje się znaleźć uchwytnej przyczyny takich problemów.[1,2,4,6]

Barkley R, twierdzi, że najważniejszym elementem tego zaburzenia jest nieumiejętność kontrolowania własnego zachowania uniemożliwiająca skupienie się na przyszłości lub przeszłości. Dla osób dotkniętych tym schorzeniem istnieje tylko chwila obecna.[1]

ETIOLOGIA I EPIDEMIOLOGIA ADHD

Objawy nadpobudliwości psychoruchowej ujawniają się u dzieci przed 7 rokiem życia. Już w wieku przedszkolnym wiele dzieci wykazuje objawy dziecka nadpobudliwego. Choroba ta najczęściej występuje wśród płci męskiej. Przybliżona częstość jej występowania w ogólnej populacji u chłopców wynosi 9,2%, a u dziewcząt 2,9%. Trudności z utrzymaniem uwagi, jak również depresja i objawy lękowe częściej dotyczą dziewcząt, a u chłopców powszechniejsze są problemy z zachowaniem.[1,4,7]

W poszukiwaniu czynników etiologicznych kształtujących obraz kliniczny ADHD podejmowano szereg wielokierunkowych badań. Do najistotniejszych zaliczyć należy [1,2,4,8]:

- badania genetycznego uwarunkowania ADHD,
- badania neuroanatomiczne i neurofunkcyjne,
- badania neurometabolizmu,
- oceny znaczenia czynników środowiskowych wewnątrzmacicznych i działających po urodzeniu dziecka.

Z dotychczasowych ustaleń wynika, że proces choroby może powstawać jako konsekwencja zaburzeń neuroprzeżywalności w niektórych obszarach mózgu. W ten sposób impulsy nie mogą być wystarczająco filtrowane i dotknięte tym problemem dzieci muszą walczyć z nieprzerwaną powodzią im-

pulsów. Rezultatem tego są zaburzenia zachowania takie jak: hiperaktywność, impulsywność albo brak koncentracji.[9-13]

W wielu opracowaniach uwagę zwraca się na genetyczne tło powstających zaburzeń. Podkreśla się, że ADHD może być dziedziczne. Wskazuje się, że występowanie tego schorzenia u przynajmniej jednego z rodziców zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia tych samych zaburzeń u ich dziecka. Dziedziczenie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi sięga około 50%. Ponadto, jeżeli u jednego dziecka zostanie rozpoznane ADHD, istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia tej choroby u jego rodzeństwa (nawet w około 35% przypadków). [4,14]

Podkreśla się także potencjalne znaczenie etiopatogenetyczne takich czynników jak: specyficzne elementy diety dziecka, toksyny (użytki) matki w czasie ciąży, wczesne urazy dziecka, infekcje matki w czasie ciąży itp. Znaczenie tych czynników w powstawaniu ADHD wydaje się być jednak mocno zindywidualizowane.[4]

Objawy nadpobudliwości występują najczęściej na skutek korelacji wielu czynników biologicznych i społecznych. Do czynników społecznych mogących sprzyjać rozwojowi zespołu zalicza się m.in.[1,4,6,15,16]:

- atmosferę domową (napięta i niespokojna atmosfera, awantury i nerwowość rodziców - burzą równowagę psycho-nerwową dziecka, a długotrwałe pobudzenie emocjonalne dziecka prowadzi do utrwalenia się pewnych nawyków reagowania na trudne sytuacje i znajduje swój wyraz w nadpobudliwości),
- nieprawidłowy styl wychowawczy w rodzinie (wychowanie niekonsekwentne, czyli brak stałych wymagań stawianych dziecku i stałych praw udzielanych mu przez dorosłych a także wychowanie rygorystyczne, czyli usiłowanie podporządkowania sobie dziecka sprzyja występowaniu opisywanych zaburzeń),
- brak zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych (głównie miłości, bezpieczeństwa),
- wymagania najbliższego otoczenia,
- spędzanie wolnego czasu głównie na oglądaniu telewizji i grach komputerowych, z których większość zawiera elementy przemocy,

- "tempo życia" (deficyt kontaktów ze stale zapracowanymi i przemęczonymi rodzicami),
- obcowanie z głośnymi i agresywnymi wzorcami kontaktów międzyludzkich.

OBJAWY ADHD

Obraz kliniczny ADHD jest bardzo złożony. Zakłócenia pojawiają się w różnych obszarach funkcjonowania dziecka [4,15,16]:

1. Nadruchliwość. W porównaniu do rówieśników jest to chaotyczna aktywność motoryczna niezwiązana z działaniem celowym,
2. Impulsywność oznaczająca zachowanie podporządkowane impulsowi pojawiającemu się w danej chwili,
3. Zachowania niezauważalne, które można scharakteryzować jako kłopoty z koncentracją na zadaniu, problemy z długim podtrzymaniem uwagi na danej aktywności, nawet przy sprzyjających warunkach zewnętrznych,
4. Nadwrażliwość przejawiająca się łatwym powstawaniem stanów i reakcji emocjonalnych oraz ich dużej sile,
5. Zakłócenia motywacji, szczególnie widoczne podczas realizacji zachowania docelowego. Dzieci z ADHD mają mniejszą zdolność do samoregulacji wzbudzenia motywacyjnego, koniecznego do efektywnego zakończenia działania,
6. Mniejsze możliwości samokontroli i monitorowania swojego zachowania. Powoduje to działanie w zależności od aktualnej sytuacji i bezpośrednio napływających bodźców. W konsekwencji utrudnia to przewidywanie i myślenie o konsekwencjach. Dzieci mają ograniczone zdolności planowania i gorsze poczucie czasu.
7. Zakłócenia w funkcjonowaniu społecznym. Impulsywność dzieci powoduje trudności w nawiązywaniu, a przede wszystkim w utrzymaniu relacji społecznych.

ADHD charakteryzuje się brakiem uwagi, nadpobudliwością i zbyt wysoką impulsywnością w stosunku do określonego wieku lub poziomu rozwoju. Zgodnie ze standardową diagnozą, by rozpoznać to zaburzenie, należy stwierdzić u dziecka, które ukończyło siódmy rok życia, co najmniej sześć spośród cech charakteryzujących zaburzenia koncen-

tracji uwagi oraz dodatkowo co najmniej sześć charakteryzujących nadpobudliwość i impulsywność.[9]

W ADHD w zależności od występujących objawów może przybierać jedna z postaci (podtypów) [4,9]:

- ADHD – podtyp mieszany, gdy obecne są zarówno braki koncentracji uwagi, jak i nadpobudliwość psychoruchową,
- ADHD – podtyp z dominującym brakiem koncentracji uwagi,
- ADHD – podtyp z dominującą nadpobudliwością psychoruchową.

ADHD jest zaburzeniem często współwystępującym z innymi zaburzeniami psychicznymi i problemami rozwojowymi. Z obserwacji klinicznych wynika, że w 50-70% przypadków z ADHD współistnieją objawy jednego lub kilku zaburzeń (rycina 1). [4,8]



Rycina 1. Współwystępowanie ADHD z innymi zakłóceniami rozwoju [8]

Problemy dziecka, które mogą wiązać się z ADHD to m.in. [4,8,9]:

- słabsze osiągnięcia szkolne, osiągnięcie niższego wykształcenia,
- osobowość antyspołeczna,

- uzależnienia od alkoholu, narkotyków, papierosów,
- kłopoty z utrzymaniem się w szkole z powodu łamania panujących tam zasad,
- zaburzenia zachowania,
- depresja,
- możliwość popełnienia samobójstwa,
- rozwód.

Z ADHD się nie „wyrasta”, zmieniać się natomiast może nasilenie objawów, głównie hiperaktywności, która zmniejsza zwykle (choć nie zawsze) natężenie objawów w wymiarze deficytu uwagi i impulsywności. Istota problemów jednak trwa.

Ponad ważna jest jakość dorastania dziecka dotkniętego zespołem ADHD – może ono w tym czasie spotkać przyjaciół lub wrogów, krańcowym efektem dojrzewania chorego nieletniego mogą być próby samobójcze lub wszechstronny, efektywny pozytywnie rozwój.[1,4,5]

DIAGNOSTYKA ADHD

Podkreśla się, że rozpoznanie ADHD jest niezwykle trudne, gdyż niemalże całkowicie opiera się na obserwacji dziecka i doświadczeniu lekarza. Wykonywane w procesie diagnostycznym badania mają na celu jedynie wykluczenie innych chorób, które mogą się objawiać nadpobudliwością.[1,4]

W diagnostyce kliniczno psychologicznej ADHD stosuje się m.in. wywiad, łączącą się z nim obserwację, rozmowę kierowaną, eksperyment kliniczny, testy, anamnezę, kwestionariusz oraz analizę wytworów dziecięcych.[4,5]

Rozpoznanie ADHD to zadanie zespołu diagnostycznego i lekarsko-psychologicznego. Poniżej przedstawiono skład zespołu diagnostycznego, jego kompetencje i rolę jaką pełnią jego członkowie, wraz ze wskazaniem metod diagnostycznych (tabela 1).

Tabela 1. Skład, zadania i kompetencje zespołu diagnozującego ADHD [8]

Członek zespołu diagnostycznego	Zadania	Metody	Kompetencje w postawieniu diagnozy i zleceniu leczenia	Metody wspomagające diagnozę
Pediatra lub lekarz rodzinny	Diagnoza ewentualnych uszkodzeń OUN, wykluczenie zaburzenia słuchu, nadczynności tarczycy; testy alergiczne; badanie słuchu i ostrości wzroku itp. – rozpoznawanie różnicowe, eliminujące inne przyczyny obserwowanej nadpobudliwości, impulsywności i zaburzeń koncentrowania uwagi	Wywiad z rodzicami dziecka; obserwacja dziecka w czasie badania internistycznego, rozmowa z nim; badania biochemiczne itp.	Może rozpoznać ADHD i zlecić leczenie farmakologiczne.	Kontakt osobisty lub korespondencyjny z nauczycielem lub wychowawcą dziecka, który zna je od ponad pół roku
Neurolog	Diagnoza ewentualnych uszkodzeń OUN – rozpoznawanie różnicowe, eliminujące inne przyczyny obserwowanej nadpobudliwości, impulsywności i zaburzeń koncentrowania uwagi.	Obok wyżej wymienionych – EEG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny.	Może rozpoznać ADHD i zlecić leczenie farmakologiczne.	Aktometria, pedometria i stabilometria Wyniki badań ogólnych i informacje uzyskane od lekarza pediatry lub rodzinnego.
Psychiatra dziecięcy	Ustalenie, czy i ewentualnie jakie sfery rozwoju dziecka i jego stanu psychicznego są zaburzone oraz dlaczego do tego doszło	Wywiad z dzieckiem i jego rodzicami; badanie stanu psychicznego dziecka różnymi narzędziami i technikami	Może rozpoznać ADHD, zlecić leczenie farmakologiczne i przeprowadzić psychoterapię. WYDAJE ORZECZENIE O ADHD	Wyniki testów psychologicznych, opinie o dziecku od nauczycieli i wychowawców
Psycholog	Ustalenie, czy u badanego dziecka istotnie występują odchylenia od normy oraz jakich procesów regulacji dotyczą	Testy psychologiczne, skale i kwestionariusze diagnostyczne; wywiad z rodzicami, rozmowa z dzieckiem, obserwacja dziecka	Może rozpoznać ADHD i przeprowadzić psychoterapię	Analiza informacji uzyskanych od rodziców oraz nauczycieli i wychowawców, mających ponad półroczny kontakt z dzieckiem

Obecnie nie ma jednego sposobu oceny, który pozwalałby na ustalenie rozpoznania, dlatego też diagnozę stawia się przede wszystkim na podstawie obrazu klinicznego, w którym uwzględnia się długo-

trwale utrzymujące się zaburzenia uwagi, nadmierną ruchliwość i impulsywność. W tym celu bardzo istotne jest zebranie właściwego wywiadu, zadawanie odpowiednich pytań.

Kołąkowski i wsp. [17] zwracają uwagę na niektóre charakterystyczne elementy tego specyficznego wywiadu zbieranego od dzieci z zespołem ADJD:

- wywiad z rodzicami dotyczący aktualnego problemu dziecka oraz historii jego powstania; zbieranie danych skupia się na obecności i nasileniu poszczególnych objawów ADHD, występowaniu innych niż nadpobudliwość problemów oraz przyczyn szukania pomocy rodziców dziecka u specjalisty,
- wywiad rozwojowy, przynoszący informacje o rozwoju psychoruchowym i społecznym dziecka od okresu ciąży do chwili prowadzenia wywiadu, z włączeniem informacji o ważnych, doznanych przez dziecko wydarzeniach życiowych,
- rozmowa z dzieckiem, w której najistotniejsze jest ustalenie, czy przejawia ono inne niż ADHD zaburzenia. W czasie rozmowy ustala się samoocenę dziecka, jego sposoby radzenia sobie z trudnościami oraz pozyskuje informacje jak dziecko postrzega swoją rodzinę i własne życie.

Typowym narzędziem wspomagającym rozpoznawanie ADHD są testy psychologiczne, które w przypadku diagnozowania zespołu mogą dotyczyć pomiaru uwagi, inteligencji, zdolności reakcji, motoryki, mowy czynnej lub też zdolności rozwiązywania problemów.[1,4]

Medycyna i psychologia w dalszym ciągu poszukują metod i narzędzi diagnozowania ADHD. Do najnowszych metod należą:[4]

- aktometria – elektroniczny pomiar aktywności ruchowej ręki,
- pedometria – pomiar aktywności stopy,
- stabilometria – pomiar stabilności ruchowej całego ciała podczas siedzenia na specjalnym skomputeryzowanym krześle.

Istnieje opinia, że chociaż u chorych dzieci występują zmiany a EEG, to brak zgodnych obrazów zapisu EEG zniechęca do rutynowego stosowania tego badania w diagnostyce ADHD.[9,15,16]

PIŚMIENNICTWO

1. Barkley RA. Handbook of attention deficit disorder New York; Guilford, 1998.
2. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull 1997; 121: 65-94.
3. Du Paul GJ, Barkley RA, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating scale -IV. Checklisti, norms and clinical Interpretation. New York; Guilford, 1998.
4. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatriy in clinical practice. Washington ; American Psychiatric Press Inc, 2015.
5. Baranowska W. ADHD-prawie normalne życie. Łódź; Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, 2008.
6. Wolańczyk T, Kołąkowski A, Skotnicka M. Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Lublin; Wydawnictwo Bifolium, 1999.
7. Lepori LR, Kaczorowski S. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD). Warszawa; Wydawnictwo PZWL, 2010.
8. Borkowska A R. Procesy uwagi i hamowania reakcji u dzieci z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej. Lublin; Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2008.
9. American Academy of Pediatrics. Diagnostic evaluation of the child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Pediatrics 2000; 105: 1158-1170.
10. Arnsten AF. Genetics of childhood disorders: XVIII. ADHD, Part. 2: Norepinephrine has a critical modulatory influence on prefrontal cortical function. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39:1201-3.
11. Arnsten AF, Steere JC, Hunt RD. The contribution of alpha 2-noradrenergic mechanisms of prefrontal cortical cognitive function. Potential significance for attention-deficit hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry 1996;53: 448-55.
12. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. Psychol Bull 1997; 121: 65-94.
13. Barkley RA, McMurray MB, Edelbroch CS, Robbins K. Side effects of methylphenidate in children with ADHD: systemic, placebo-controlled evaluation. Pediatrics 1990; 86: 184-192.
14. Barr CL. Genetics of childhood disorders: ADHD, the dopamine D4 receptor gene. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 2001; 40: 118-121.
15. O'Regan F J. ADHD. Warszawa; Wydawnictwo K. E. Liber, 2005.
16. Portman R. ADHD nadpobudliwość psychoruchowa. Istota zagadnienia. Kielce; Wydawnictwo Jedność, 2006.
17. Kołąkowski A, Wolańczyk T, Pisula A, Skotnicka M, Bryńska A. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców. Gdańsk; Wydawnictwo GWP, 2006.