

OPINIE EKSPERTÓW

EXPERTS' OPINIONS

Aktualna interdyscyplinarna opinia ekspercka w ramach programu „Dziecko i świat za pan brat” dotycząca proponowanych modeli rozwiązań odnośnie do kompleksowego podejścia do postępowania w ADHD

Autorzy:

Dr n. med. Mirosław Dąbkowski

Katedra i Klinika Psychiatrii Collegium Medicum UMK w Toruniu

Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP

Konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Małgorzata Gambin

Wydział Psychologii UW

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Prof. UM dr hab. n. med. Barbara Steinborn

Wiceprzewodnicząca Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych

Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Wieku Rozwojowego UM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Redaktor materiału:

Małgorzata Gambin

Wydział Psychologii UW

Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”

Konsultacja:

Dr hab. Aneta Borkowska

Zakład Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii UMCS w Lublinie

Prof. dr hab. n. med. Irena Namysłowska

Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

Dr Robert Opora

Instytut Pedagogiki UG

Dr Agnieszka Słopeń

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Bożena Tomaszek

Dyrektor Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Empatia”, pedagog

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk

Kierownik Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego UM w Warszawie

Dorota Żyro

Ośrodek Rozwoju Edukacji

Dokument został stworzony na podstawie opinii Zespołu Ekspertów złożonego z autorów i Konsultantów materiału obecnych na spotkaniu 13 kwietnia 2010 r.

WSTĘP

Leczenie ADHD opiera się na współpracy wszystkich osób z otoczenia dziecka: rodziców, nauczycieli, psychologów i lekarzy specjalistów. Ich zaangażowanie, a przede wszystkim wiedza na temat zaburzenia są niezbędne do tego, aby prawidłowo diagnozować i postępować w chorobie. Dlatego tak ważne jest, by dostarczać rzetelnych informacji wszystkim zainteresowanym osobom.

Niniejsza opinia ekspercka dotycząca proponowanych modeli rozwiązań w postępowaniu w ADHD jest aktualnym materiałem ujmującym problem nadpobudliwości ruchowej z punktu widzenia osób bezpośrednio zaangażowanych w terapię i leczenie zaburzenia. Autorzy tego interdyscyplinarnego dokumentu, będący członkami Kapituły Programu „Dziecko i świat za pan brat”, nadali mu unikalną wartość opartą na wieloletnim doświadczeniu i praktyce. Nadrzędnym ich celem jest poinformowanie Czytelnika, że ADHD jest chorobą, którą można i trzeba skutecznie leczyć. Zachowanie właściwej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej oraz ścisła współpraca środowisk najbliższych dzieciom dają bowiem szansę na stabilne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Prof. dr hab. n. med. Irena Namysłowska

*Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
Kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie*

WPROWADZENIE DO TEMATU

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej – nazwa od 40 lat przyjęta w literaturze polskiej, choć dosłowne tłumaczenie brzmi: „zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością” (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, w skrócie ADHD) – charakteryzuje się występowaniem trzech grup objawów behawioralnych: deficytu uwagi, nadruchliwości i impulsywności, które są przejawiane zarówno w domu, jak i w szkole. Według międzynarodowej klasyfikacji medycznej ICD-10 diagnozę tego zaburzenia (określanego w tej klasyfikacji mianem „zespołu hiperkinetycznego”) można postawić tylko wtedy, gdy współwystępują dwie grupy objawów. Inaczej ADHD jest ujmowane w amerykańskiej klasyfikacji medycznej DSM-IV – zgodnie z nią może występować tylko jedna z dwóch grup objawów, w związku z czym zostały wyróżnione trzy postacie tego zaburzenia: postać mieszana, postać z przewagą nadaktywności i impulsywności, postać z przewagą nieuważności.

Zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością jest diagnozowane u 2-9% populacji dzieci, a stosunek chłopców do dziewczynek szacuje się na 3:1. Średnie rozpowszechnienie na świecie wynosi 5,29% dzieci w wieku szkolnym⁽¹⁾. ADHD utrudnia funkcjonowanie pod wieloma względami: wiąże się z komplikacjami w relacjach społecznych, zwiększonym ryzykiem uzyskiwania niskich osiągnięć szkolnych, pozostawianiem ucznia w tej samej klasie lub wyrzuceniem ze szkoły. U tej grupy osób często obserwuje się występowanie lęku, depresji, agresji, skłonności do uzależnień⁽²⁻⁴⁾. Obecnie poszukuje się wieloczynnikowych przyczyn i ścieżek rozwoju powodujących to zaburzenie. Do powstania ob-

jawów ADHD prowadzą wzajemne oddziaływania pomiędzy czynnikami biologicznymi (genetycznymi i innymi wpływającymi na strukturę i funkcje ośrodkowego układu nerwowego) a środowiskiem. Ważną rolę w powstawaniu objawów ADHD odgrywają zaburzenia funkcji wykonawczych, czyli procesów umysłowych odpowiedzialnych za organizację zachowania, samokontrolę, działanie nastawione na realizację celu, a także deficyty procesów uwagi⁽⁵⁻⁸⁾.

ADHD – PERSPEKTYWA PSYCHOLOGICZNA

- Na dziecko należy patrzeć w sposób całościowy – integrując informacje na temat funkcjonowania procesów psychicznych i jego interakcji ze środowiskiem zewnętrznym.
- W ramach diagnozy neuropsychologicznej ważne są: zbadanie różnych procesów uwagi, diagnoza sprawności funkcji wykonawczych, zbadanie współwystępujących deficytów i trudności, przeprowadzenie badania poziomu inteligencji, diagnoza procesów regulacji emocji, zbadanie nawiązywania interakcji z innymi ludźmi, poznanie funkcjonowania rodziny oraz sposobu, w jaki kształtuje się obraz własnej osoby dziecka.
- Dostosowanie interwencji do profilu trudności i potrzeb danej rodziny.
- Do najbardziej skutecznych form psychoterapii należy interwencja poznawczo-behawioralna (zmiana myślenia i zmiana zachowania) ukierunkowana na pracę z rodzicami.

DIAGNOZA PSYCHOLOGICZNA DZIECKA

Diagnozę psychologiczną dziecka możemy rozumieć na dwa sposoby: 1) jako proces lub 2) jako efekt tego procesu. Niezwykle istotne, szczególnie w przypadku dzieci z ADHD, jest rozumienie diagnozy jako procesu, czyli jako ciągu zachowań, które pozwalają na zrozumienie dziecka. Diagnostyka psychologiczna wykracza poza postawienie diagnozy formalnej. Ważne jest, aby zrozumieć, jakie mechanizmy prowadzą do objawów ADHD prezentowanych na poziomie behawioralnym. Na dziecko należy patrzeć w sposób całościowy, integrując informacje na temat funkcjonowania procesów psychicznych dziecka, a także jego interakcji ze środowiskiem zewnętrznym. W związku z tym konieczne jest zbadanie procesów na poziomie neuropsychologicznym (sprawności procesów uwagi oraz funkcji wykonawczych), a także współwystępujących trudności poznawczych, zbadanie funkcjonowania w sferze emocjonalnej i społecznej oraz poznanie funkcjonowania rodziny dziecka.

W ramach diagnozy neuropsychologicznej dziecka należy badać **różne procesy uwagi**, takie jak: podzielność uwagi, skłonność do rozproszenia, czujność, sprawność uwagi wykonawczej. Ponadto kluczowa jest **diagnoza sprawności funkcji wykonawczych**, czyli procesów umysłowych odpowiedzialnych za organizację i realizację celowego działania. Wśród głównych domen funkcji wykonawczych, które mogą być zaburzone u dzieci z ADHD, wyróżniamy:

- **hamowanie** – zdolność do zahamowania reakcji albo odłożenia jej na późniejszy, bardziej odpowiedni czas;

- **pamięć operacyjną** – zdolność do utrzymywania reprezentacji umysłowej zadania zawierającej zapisane w pamięci informacje oraz oczekiwany przyszły cel;
- **planowanie** – zdolność do planowania i realizacji uporządkowanej sekwencji działań⁽⁶⁾.

Wymienione procesy nie działają w izolacji – są ze sobą powiązane: sprawność procesów uwagi wiąże się z działaniem funkcji wykonawczych. Należy pamiętać, że ADHD jest zaburzeniem heterogenicznym, w którym występują różne wzorce objawów oraz różne podłoża neuropsychologiczne – dzieci z ADHD bardzo różnią się profilem trudności w zakresie działania procesów uwagi i funkcji wykonawczych. Zbadanie profilu deficytów jest ważne, aby zrozumieć mechanizmy prowadzące do wystąpienia objawów ADHD u konkretnego dziecka, jak również aby zobaczyć, jak trudności w zakresie procesów uwagi i działania funkcji wykonawczych oddziałują na sposób funkcjonowania dziecka w różnych środowiskach i sytuacjach, m.in. w szkole, w relacjach z rówieśnikami oraz rodziną.

Kolejnym istotnym zadaniem w ramach diagnozy psychologicznej jest **zbadanie współwystępujących deficytów i trudności**, które nie muszą być bezpośrednio związane z objawami ADHD, jednak istotnie wpływają na funkcjonowanie dziecka. U dzieci z ADHD bardzo często występują dodatkowe problemy w funkcjonowaniu, m.in.:

- specyficzne trudności szkolne, np. dysleksja, dysgrafia;
- zaburzenia rozwoju językowego;
- trudności w działaniu różnych procesów poznawczych, np. funkcji wzrokowo-przestrzennych lub syntaktyczno-językowych.

Choć współwystępujące trudności mogą być bardzo dyskretne, np. dotyczyć tylko pojedynczych niesprawnych procesów poznawczych, dodatkowo utrudniają radzenie sobie dziecka z ADHD w codziennych sytuacjach.

Następnym ważnym krokiem w diagnozie psychologicznej dziecka jest przeprowadzenie **badania poziomu inteligencji**. Badanie to jest konieczne, aby stwierdzić, czy poziom inteligencji mieści się w granicach normy intelektualnej. Jednak badanie poziomu inteligencji pacjenta ma szersze znaczenie dla psychologa, gdyż potencjał intelektualny oddziałuje na funkcjonowanie dziecka z ADHD w życiowych sytuacjach. Wysoki poziom inteligencji może być czynnikiem ochronnym, sprzyjającym lepszemu radzeniu sobie z codziennymi wyzwaniem. Ponadto dla psychologa istotny jest nie tylko wynik testu w postaci ilorazu inteligencji, lecz również profil wyników w poszczególnych skalach oraz obserwacja psychologiczna podczas wykonywania zadań angażujących różnego typu funkcje poznawcze.

Kolejnym aspektem funkcjonowania dziecka, na który psycholog powinien zwrócić szczególną uwagę, jest **sfera emocjonalno-społeczna**. Duże znaczenie ma **diagnoza procesów regulacji emocji** odpowiedzialnych za inicjowanie oraz modulację formy, czasu trwania i nasilenia wewnętrznych stanów emocjonalnych. Z wielu badań wynika, że znaczna część dzieci z ADHD w porównaniu z ich rówieśnikami jest mniej efektywna, jeśli chodzi o umiejętność regulowania nastroju, ponadto przejawia wyższy poziom negatywnych emocji (złości, smutku), ich reakcje są bardziej intensywne i gwałtowne w odpowiedzi na spoty-

kające je zdarzenia⁽⁹⁾. Dlatego tak ważne jest stwierdzenie, w jaki sposób dziecko radzi sobie z trudnymi emocjami, w jaki sposób przeżywa emocje i jak je rozumie.

Oprócz tego należy zbadać, w jaki sposób dziecko nawiązuje **interakcje z innymi ludźmi**: rówieśnikami, osobami dorosłymi – nauczycielami, rodzicami. Dzieci z ADHD odnoszą mniejszą liczbę sukcesów w sferze relacji społecznych w porównaniu z dziećmi bez trudności w samokontroli⁽¹⁰⁾. Trudno jest im utrzymać satysfakcjonujące interakcje z rówieśnikami, gdyż często zachowują się nieprzewidywalnie, impulsywnie, co utrudnia nawiązanie kontaktu wzrokowego i wymianę komunikatów. Jeżeli dziecku z ADHD uda się zbudować pozytywne relacje z rówieśnikami, mogą oni okazać się ogromnym wsparciem w wielu sytuacjach. Należy przy tym pamiętać, że każde dziecko usytuowane jest w nieco innym kontekście społecznym i otoczeniu, a więc zasadniczym zadaniem wydaje się rozpoznawanie potencjału tkwiącego w rodzinie i w klasie.

Kluczowym zadaniem diagnozy psychologicznej dziecka z ADHD jest także poznanie **funkcjonowania rodziny**. Z dotychczasowych badań wynika, że choć oddziaływania rodziny nie należą do głównych przyczyn prowadzących do tego zaburzenia, w dużym stopniu wpływają na nasilenie objawów ADHD u dziecka i na jego funkcjonowanie w różnych sferach życia, m.in. w zakresie zdolności do regulowania emocji, funkcjonowania w społeczeństwie, kształtowania się obrazu własnej osoby. Z drugiej strony badania pokazują, że zachowanie dziecka z ADHD ma duży wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne całej rodziny. Rodzice tych dzieci często czują się niepewnie w swojej roli rodzicielskiej, przeżywają duże nasilenie stresu w wyniku wielu trudnych zachowań dziecka, nierzadko stosują negatywne, restrykcyjne strategie wychowawcze⁽¹¹⁾. W związku z tym należy zwrócić uwagę na strategie wychowawcze rodziców, sposoby reagowania na przejawiane przez dziecko trudne zachowania, poziom akceptacji objawów, a także wzorce komunikacji i relacji w rodzinie. Istotne jest, aby psycholog zauważał, jakie pozytywne cechy i zasoby posiada rodzina oraz czy i jakie efektywne strategie stosują rodzice, aby radzić sobie z objawami dziecka.

Należy również poznać, w jaki sposób kształtuje się **obraz własnej osoby** dziecka – jego samoocena. Ze względu na przejawiane przez dzieci z ADHD trudności w wielu sferach życia (m.in. osiągnięć w nauce, relacji społecznych) kształtowanie się silnych przekonań o własnej skuteczności oraz wysokiej samooceny jest zagrożone, co dodatkowo może potęgować ich trudności: niekorzystnie wpływać na wzorce myślenia, funkcjonowanie emocjonalne oraz procesy motywacyjne.

Psycholog musi dostrzegać wzajemne, dynamiczne związki i oddziaływania pomiędzy wymienionymi sferami funkcjonowania oraz procesami, a także zauważać zagrożenia dla rozwoju dziecka i procesy ochronne sprzyjające pozytywnemu funkcjonowaniu. Powinien przeanalizować, jakie warunki (przy określonej charakterystyce zachowania i funkcjonowania dziecka) będą sprzyjały, a jakie przeszkadzały w zapewnieniu dziecku kompleksowego rozwoju. Założenie, że rodzicom zawsze potrzebna jest korekcja ich metod wychowawczych, a nauczycielowi zmiana strategii uczenia, komunikowania czy nawiązywania relacji z uczniem, jest błędne. Większe zwrócenie uwagi na

ograniczenia tkwiące w otoczeniu i pokazywanie sposobów ich przezwyciężania to najprostsze metody na pokonanie trudności u dziecka.

TERAPIA DZIECKA Z ADHD

Planowanie i rozpoczęcie oddziaływań psychologicznych skierowanych do dziecka z ADHD i jego rodziny należy poprzedzić dokładną diagnozą psychologiczną. Pozwoli to dostosować interwencje do profilu trudności, jak również mocnych stron dziecka i jego rodziny. Podstawowym warunkiem prowadzenia wszelkich form oddziaływań terapeutycznych jest budowanie relacji terapeutycznej z pacjentem, zapewniającej poczucie bezpieczeństwa, bycia akceptowanym oraz rozumianym. Ważne jest, aby podkreślać aktywną i sprawczą rolę rodziny w oddziaływaniu nakierowanym na zachowanie dziecka, dostrzegać skuteczne strategie postępowania i zasoby, które posiadają członkowie rodziny.

Oddziaływania psychologiczne wobec dziecka z ADHD i jego rodziny możemy podzielić na:

- **Psychoedukację rodziny oraz nauczycieli dziecka** – może obejmować spotkania ze specjalistą (psychologiem, pedagogiem, psychiatrą), wskazanie literatury, filmy edukacyjne. Psychoedukacja jest ukierunkowana na przekazanie informacji dotyczących zaburzenia, m.in. przyczyn, metod leczenia, efektywnych strategii wychowawczych, edukacyjnych.
- **Psychoterapię**, czyli intencjonalne stosowanie technik psychologicznych – pomoc ze strony psychoterapeuty w celu rozwoju osobowości i zdrowia psychicznego dziecka z ADHD oraz jego rodziny.

Oddziaływania psychologiczne muszą być dostosowane do potrzeb danej rodziny. Niektóre rodziny posiadają wystarczające kompetencje i zasoby, aby radzić sobie z objawami dziecka z ADHD – wypracowują własne skuteczne strategie postępowania, a także samodzielnie zdobywają wiedzę na temat tego zaburzenia. W takim przypadku pomoc psychologiczna nie jest konieczna. Innym rodzinom wystarczą spotkania psychoedukacyjne, w trakcie których przekazywane i omawiane będą m.in. przyczyny, strategie postępowania w przypadku zaburzenia, jakim jest ADHD. Wobec rodzin przejawiających duże trudności w radzeniu sobie z objawami dziecka z ADHD konieczne jest zastosowanie oddziaływań psychoterapeutycznych.

Obecnie najwięcej badań naukowych potwierdza skuteczność interwencji terapeutycznych w nurcie poznawczo-behawioralnym wobec dzieci z ADHD i ich rodzin. Terapia poznawczo-behawioralna łączy techniki:

- **Behawioralne** – ukierunkowane na modyfikację niedostosowanego zachowania: uczenie nowych przystosowawczych zachowań oraz oduczanie zachowań niepożądanych w oparciu o warunkowanie klasyczne, sprawcze oraz naśladowanie. Obejmują treningi rodzicielskie (Parent Management Training) oraz pracę z dzieckiem (modelowanie zachowań, warunkowanie sprawcze). Interwencje behawioralne mogą być prowadzone przez lekarza (w ramach wizyt terapeutycznych lub sesji psychoterapii indywidualnej) oraz przez psychologa (w ramach porad psychologicznych, sesji terapii indywidualnej oraz grupowej jako

treningi). Powszechnie uważa się, że interwencje behawioralne mogą być także prowadzone w placówce niemedycznej (np. poradni psychologiczno-pedagogicznej), 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, a także inne osoby pod warunkiem ukończenia odpowiednich szkoleń (pedagogów, terapeutów).

- **Poznawcze** – ukierunkowane na zmianę sposobu myślenia w celu wywarcia wpływu na zachowania i emocje⁽¹²⁾. Wśród technik poznawczych stosowanych wobec adolescenta wyróżniamy: *stop and think*, mowę wewnętrzną, przeformułowania, wybór alternatyw, rozwiązywanie problemów.

Za jedną z najbardziej skutecznych form psychoterapii dziecka z ADHD i jego rodziny, która z trudem radzi sobie z objawami zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, uważa się **interwencje poznawczo-behawioralne ukierunkowane na pracę z rodzicami** nad zmianą praktyk wychowawczych rodziców, aby pozytywnie wpłynąć na zachowanie dziecka. Takie oddziaływania terapeutyczne mogą przyjmować formę spotkań indywidualnych z rodziną pacjenta lub warsztatów^(11,13), w trakcie których rodzice udzielają sobie wzajemnie wsparcia oraz wymieniają się doświadczeniami, wypracowanymi strategiami postępowania. Celem warsztatów jest:

- osiągnięcie większej kontroli przez rodziców nad objawami zaburzenia dziecka;
- zapobieganie rozwojowi wtórnych objawów opozycyjno-buntowniczych lub zaburzeń zachowania u dzieci z ADHD;
- osiąganie większej liczby sukcesów przez dziecko w różnych sferach życia, co sprzyja budowaniu wiary we własne siły;
- poprawa funkcjonowania całej rodziny dziecka: zmiany w relacjach między rodzicami, rodzeństwem.

Warsztaty dla rodziców są poświęcone zdobywaniu umiejętności i wiedzy, które prowadzą do zmiany systemu wychowania i nauczania oraz stosowania technik behawioralnych, redukujących nasilenie objawów:

- identyfikowanie oraz oddziaływanie na czynniki poprzedzające i konsekwencje zachowań dziecka;
- nagradzanie pożądaných zachowań pozytywną uwagą, pochwałami lub nagrodami;
- zmniejszanie częstotliwości niepożądanych zachowań poprzez ignorowanie lub procedurę przerwy.

W ramach oddziaływań terapeutycznych skierowanych bezpośrednio do dziecka z ADHD stosowane są najczęściej metody pracy grupowej. Wyróżnia się **treningi lub grupy terapeutyczne dla dzieci**:

- rozwijania umiejętności społecznych;
- rozwijania zdolności do rozumienia i regulacji emocji;
- treningi zastępowania agresji (wobec dzieci przejawiających zachowania agresywne)⁽¹³⁾.

W ramach tej formy terapii dzieci w małych grupach pod opieką specjalistów uczą się wymienionych wyżej umiejętności. Kluczową rolę odgrywa spójność grupy – poczucie przynależności, bycia akceptowanym i rozumianym przez poszczególnych uczestników i terapeutów.

Prowadzenie **terapii indywidualnej** dziecka z ADHD wiąże się z wieloma ograniczeniami wynikającymi z samego zaburzenia (trudnościami w koncentracji uwagi na proponowanych aktywnościach, ryzykiem wystąpienia dezorganizacji wobec oddziaływań niedyrektywnych). Efektywność tego rodzaju terapii nie została dotychczas gruntownie potwierdzona w badaniach, chociaż wciąż poszukuje się efektywnych metod terapii indywidualnej tej grupy dzieci⁽¹⁴⁾. Wobec adolescentów stosowane są techniki poznawczo-behawioralne ukierunkowane na rozwijanie strategii kontroli nad własnymi działaniami oraz rozwiązywanie problemów (patrz: techniki poznawcze).

W szczególnych przypadkach zaleca się podjęcie **terapii rodzinnej (systemowej)** skierowanej do całej rodziny dziecka z ADHD. Taka forma terapii jest wskazana w przypadku, gdy psycholog dostrzega trudności rodziców i dziecka w osiąganiu zmian w wyniku podejmowanych interwencji oraz ma podejrzenia, że na przeszkodzie do poprawy stoją poważne problemy w relacjach w rodzinie. Psycholog powinien ściśle **współpracować** z nauczycielami i pedagogami. Oprócz tego ważne jest, aby dziecko z ADHD było objęte **opieką psychiatryczną**. Psycholog powinien współpracować z lekarzem psychiatrą w procesie diagnozy i terapii – umożliwia to zgodne z decyzją lekarza łączenie farmakoterapii z oddziaływaniami psychologicznymi.

ADHD – PERSPEKTYWA PSYCHIATRYCZNA

- Ze względu na ryzyko fałszywego rozpoznania diagnozę należy wzbogacić o wnikliwą, szeroko zakrojoną diagnostykę różnicową.
- ADHD powinno być rozpoznawane jedynie przez lekarzy ekspertów: psychiatrów dzieci i młodzieży, psychiatrów, neurologów dziecięcych.
- Kompleksowe leczenie ADHD obejmuje psychoedukację, psychoterapię oraz w części przypadków farmakoterapię.
- Farmakoterapii zawsze powinna towarzyszyć psychoterapia.
- Lekarz ekspert powinien kontrolować przebieg zaburzenia co 6-9 miesięcy lub częściej, jeżeli zachodzi taka potrzeba; w przypadku stosowania farmakoterapii pacjenci powinni zgłaszać się do lekarza co 4-6 tygodni.

DIAGNOZA PSYCHIATRYCZNA DZIECKA

Zgodnie z perspektywą psychiatryczną wymogiem przy ustalaniu rozpoznania ADHD jest wszechstronna diagnoza dziecka/adolescenta/dorosłego posiłkująca się uznanymi **systemami klasyfikacyjnymi** (ICD-10, DSM-IV-TR). Konieczne jest uwzględnienie możliwości wystąpienia błędu pierwszego lub drugiego rodzaju (fałszywego rozpoznania bądź błędnego niedoszacowania wartości objawów). Diagnoza powinna być wzbogacona o wnikliwą, szeroko zakrojoną **diagnostykę różnicową**, z uwzględnieniem możliwych zaburzeń towarzyszących.

U prawie połowy pacjentów z ADHD występują problemy psychologiczne, zaburzenia psychiatryczne i rozwoju, utrudniające właściwe rozpoznanie i ustalenie skutecznego leczenia.

Z kolei w wielu chorobach i zaburzeniach wieku dziecięcego występują objawy przypominające osiowe objawy ADHD. Szczę-

gólnie starannie należy oceniać obraz zaburzenia, dynamikę objawów i ich strukturę w dziecięcej postaci choroby afektywnej dwubiegunowej, zaburzeniach nastroju u dzieci, zaburzeniach lękowych, wczesnych fazach zaburzeń myślenia i psychotycznych, głębokich (autystycznych) zaburzeniach rozwoju, a także w upośledzeniach rozwoju intelektualnego i różnych zaburzeniach genetycznie uwarunkowanych, np. zespole kruchego X. Również innym problemom psychiatrycznym i psychologicznym mogą towarzyszyć objawy przypominające bądź maskujące ADHD. Dotyczy to m.in. złożonych następstw używania alkoholu przez ciężarną matkę (*fetal alcohol syndrome*, FAS), zaburzeń zachowania u dzieci, zwłaszcza ich „łagodniejszej” formy, tj. zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, specyficznych deficytów umiejętności szkolnych.

Należy pamiętać o właściwych dla ADHD standardach diagnostycznych również w sytuacjach szczególnych, np. w przypadku wystąpienia istotnego zdarzenia traumatycznego, które może prowadzić do zespołu stresu pourazowego, w przebiegu odrzucenia dziecka i nadużyć wobec niego, w pierwotnych zaburzeniach więzi i nawiązywania relacji społecznych przez dziecko, a nawet w trudnych sytuacjach rodzinnych u dziecka (choroba psychiczna lub inne przewlekłe schorzenie u rodzica bądź inne zdarzenie z zakresu tzw. patologii społecznej w rodzinie).

Pewne określone zachowania, typowe dla ADHD, mogą pojawiać się też w następstwie stanów somatycznych – począwszy od urazów głowy i mózgu oraz innych encefalopatii o zróżnicowanej etiologii, poprzez zaburzenia behawioralne towarzyszące chorobom endokrynologicznym, a skończywszy na odczynach immunologicznych.

Cechy nadruchliwości, impulsywności, trudności w koncentracji uwagi i zaburzeń poznawczych mogą występować także u osób przyjmujących różne leki, mogące generować takie reakcje niepożądane. O takim egzogennym mechanizmie należy pamiętać zwłaszcza u młodzieży, często stosującej tzw. uliczne środki uzależniające.

W związku z powyższymi trudnościami podkreśla się, iż ADHD powinni rozpoznawać jedynie lekarze eksperci: psychiatry dzieci i młodzieży, psychiatry, neurologi dziecięcy. Specjaliści ci opierają swoją diagnozę na informacjach z **trzech źródeł**:

- wywiadu od rodziców/opiekunów;
- badania samego dziecka;
- informacji ze szkoły lub przedszkola.

Dodatkowo wzbogacając diagnozę o wszechstronną **ocenę psychologiczną** (na podstawie badań psychologicznych dziecka z oceną możliwości intelektualnych i specyficznych zaburzeń rozwoju umiejętności szkolnych) spośród populacji już wstępnie poddanej badaniom przesiewowym (ang. *screening*), czyli np. dzieci przyprowadzonych przez rodziców, po wykonanych badaniach w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Skierowanie na tego typu badania/konsultacje powinny wydawać szkoły, pedagodzy szkolni itp.

W tej sytuacji niezbędne staje się zwiększenie świadomości społecznej (w szerokim ujęciu – rodziców, nauczycieli, pedagogów) na temat znaczenia wczesnej identyfikacji zaburzenia dla zapobiegania jego szkodliwym następstwom. Należy dołożyć wszelkich starań, aby wykształcić umiejętność właściwego rozpo-

znawania i opisywania charakterystycznych zachowań i emocji dziecka z ADHD rodzicom i wychowawcom. Kluczowe stają się także upowszechnienie wiedzy, gdzie kierować dzieci z podejrzeniem ADHD. Zwiększenie ilościowe zarówno dostępności, jak i liczby poradni z wyżej wspomnianymi specjalistami oraz poprawa jakości ich pracy (m.in. poprzez wprowadzenie standardowych kwestionariuszy klinicznych i szacujących obciążenia opiekunów) to kolejny czynnik, który z pewnością mógłby przyspieszyć proces diagnostyczny ADHD.

POSTĘPOWANIE W ADHD – KOMPLEKSOWE LECZENIE ZABURZENIA

Kompleksowe leczenie ADHD obejmuje trzy elementy: psychoedukację, psychoterapię behawioralną i poznawczą oraz w części przypadków farmakoterapię. Warto podkreślić, że po postawieniu diagnozy i ustaleniu właściwego planu leczenia rola lekarza specjalisty maleje.

Oddziaływania terapeutyczne leżące po stronie lekarza eksperta obejmują w pierwszej kolejności **psychoedukację**, czyli **edukację i poradnictwo**. To podstawowy element kompleksowego leczenia, bez którego niemożliwe są zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia. Edukacja ma dwa poziomy: indywidualny i ogólny. Poziom indywidualny dostosowany do konkretnej sytuacji dziecka – rodziny – kontekstu szkolnego/środowiskowego kierowany jest do rodziców, pedagogów/wychowawców, a także samego pacjenta. Z kolei poziom ogólny adresowany jest do szerokich kręgów społecznych, w zamyśle zwłaszcza do narodowych i lokalnych decydentów (np. w sprawie polityki edukacyjnej, dostępności nauczania zintegrowanego itp.), rodziców potencjalnych kolejnych pacjentów, nauczycieli/wychowawców klas, gdzie pozornie „nie ma” jeszcze zdiagnozowanych dzieci z ADHD itp.

Drugi aspekt psychoedukacji – poradnictwo – dotyczy zarówno rodziców, konkretnych nauczycieli, jak i samego dziecka. Odbiorcy ci powinni (podobnie jak przy edukacji) wiedzieć, kto, gdzie i jak często udzieli im porady, wsparcia czy wiedzy w sytuacjach trudnych.

W kwestii zakresu prowadzonej psychoedukacji nacisk kładziony jest przede wszystkim na sposoby radzenia sobie z objawami i następstwami zaburzenia oraz na techniki i strategię postępowania z dzieckiem chorym na ADHD. Relatywnie mniej uwagi poświęca się tematyce objawów, etiologii, przebiegowi, rokowaniu i możliwości leczenia zaburzenia. Jeżeli chodzi o odbiorców psychoedukacji, winna ona być skierowana ku rodzicom oraz, w formie bezpośredniej lub pośrednio poprzez rodziców, ku nauczycielom. Proponuje się, aby obejmowała, poza już wspomnianymi, także zalecenia dotyczące strukturyzacji otoczenia dziecka z ADHD w aspekcie topograficznym, chronologicznym, sytuacyjnym i kontekstualnym. Powinna też ujmować zalecenia właściwych oddziaływań szkolnych (nauczanie integracyjne) oraz zalecenia dotyczące postępowania u dzieci ze współchorobowością (zaburzenia zachowania, deficyty parcjalne, tiki, upośledzenia i in.). Wraz z rozwojem dziecka strategię edukacyjną można stosować – w coraz większym zakresie – również wobec samego pacjenta.

Edukacja (na poziomie strategicznym) powinna obejmować propagowanie wiedzy o konieczności „dopasowania” standar-

dów funkcjonowania poznawczego (nie zaś zmianę standardów etycznych czy prawnych wobec zachowań pacjenta!) do możliwości dziecka z ADHD. Szczególne znaczenie ma rozpatrzenie zasadności racjonalnego gospodarowania środkami finansowymi. Proponowane działania to zwiększenie świadczeń na właściwe formy nauczania, lepszą dostępność poradnictwa czy środki farmakologiczne, co wybitnie obniża późniejsze nakłady na leczenie ortopedyczne, świadczenia powypadkowe i społeczne, leczenie odwykowe i psychiatryczne oraz służby sądowe i penitencjarne. W rezultacie postępowanie to przyczyni się też do poprawy komfortu funkcjonowania całych społeczności, jak również podniesie satysfakcję z indywidualnego życia pacjentów i ich rodzin.

Działania edukacyjne i counsellingowe, podobnie jak wdrażanie wobec rodziców/opiekunów czy przez samych pacjentów określonych technik zaczerpniętych z terapii behawioralnej i/lub poznawczo-behawioralnej, mogą być prowadzone przez przeszkolonych psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych. Poza aktualnie lepszą dostępnością do tych profesji walorem pozytywnym mógłby być też inny sposób finansowania tych usług (nie przez Narodowy Fundusz Zdrowia).

Kolejnym elementem kompleksowego leczenia jest **psychoterapia behawioralna i poznawcza (patrz: ADHD – perspektywa psychologiczna; Terapia dziecka z ADHD)**.

Dynamiczny i środowiskowo zależny przebieg zaburzenia powinien przy tym skutkować wymogiem okresowych kontroli stanu chorego przez lekarza eksperta – co 6-9 miesięcy lub wtedy, gdy rodzice/opiekunowie/wychowawcy stwierdzą taką potrzebę.

Równoległe zasadne jest wprowadzenie terapii rodzinnej wszędzie tam, gdzie dochodzi do jawnej dysfunkcji systemu rodzinnego.

Ostatni element kompleksowego leczenia ADHD stanowi **farmakoterapia**. Stosowanie metod farmakologicznych w leczeniu ADHD jest konsekwencją stanu klinicznego, prowadzącego do poważnego upośledzenia funkcjonowania i/lub opornego na postępowanie pozabiołogiczne, bądź wynika z uciążliwości towarzyszących zaburzeń, zwłaszcza zachowania bądź depresyjnych. Może też wiązać się ze specyficznymi, indywidualnymi warunkami pacjenta, jego rodziny czy sytuacją życiową, skutkującymi – przy braku trwałej współpracy w psychoterapii – pogłębiającą się deterioracją szkolną/społeczną/rodzinną dziecka.

W niepowikłanym przebiegu ADHD, bez zaburzeń hiperkinetycznych i współchorobowości, stosowanie psychoedukacji, poradnictwa i elementów terapii behawioralnej (ewentualnie połączonej z terapią dziecka) pozwala zwykle uzyskać istotną kliniczną poprawę. Jednakże kompleksowe leczenie cięższych postaci ADHD, z towarzyszącymi objawami hiperkinetycznymi, z uporczywymi zaburzeniami funkcjonowania bądź z diagnozami dodatkowymi będącymi powikłaniami ADHD obejmuje farmakoterapię wdrożoną od początku leczenia. Zawsze powinna jej towarzyszyć psychoedukacja, w przebiegu dalszego leczenia dołącza się oddziaływania psychoterapeutyczne.

W przypadku wskazań do stosowania farmakoterapii (wg NICE 2008 czy europejskich standardów leczenia ADHD) lekiem pierwszego wyboru w kompleksowym leczeniu postaci hiperkinetycznej ADHD oraz niektórych uciążliwych postaci ADHD (w tym przypadki z towarzyszącymi zaburzeniami zachowania) są leki

psychostymulujące; najbardziej znany i dostępny w Polsce jest metylofenidat. U dzieci, u których zastosowanie metylofenidatu nie jest wskazane (dzieci z tikami, dzieci z zaburzeniami lekowymi) oraz u których okazał się on nieskuteczny, lekiem z wyboru jest atomoksetyna.

Poważnym utrudnieniem realizacji zaleceń ekspertów jest niedobór kadry specjalistów psychiatrów dzieci i młodzieży w Polsce. Dotyczy on zwłaszcza terenów oddalonych od dużych aglomeracji miejskich. Niezależnie od dyskretnego trendu powolnego zwiększania się liczby specjalistów sytuację może poprawić szerszy udział lekarzy specjalności pokrewnych: psychiatrów, neurologów dziecięcych, a także lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub pediatrów w procesie leczenia ADHD (farmakologicznym), a nawet – w pewnym zakresie – diagnostyce tego zaburzenia.

Obowiązująca regulacja prawna nakładająca ograniczenia w ilości przepisanych przez lekarza substancji psychostymulujących powoduje, że pacjenci – dla zachowania ciągłości leczenia – powinni zgłaszać się do lekarza co 4-6 tygodni. Powyższe procedury mogłyby realizować wspomniani lekarze specjalności pokrewnych. Warto jednak pamiętać, że inicjacja leczenia farmakologicznego powinna być zawsze poprzedzona potwierdzeniem diagnozy i wskazań do farmakoterapii przez psychiatrę dziecięcą. Warunkiem tego, jak również prowadzenia nadzoru diagnostycznego, jest jednakże przeprowadzenie szerokiej akcji szkolenia tychże lekarzy w diagnostyce i wielomodalnych zasadach prowadzenia leczenia ADHD uwzględniającego „regulę trzech”:

1. psychoedukacja rodziców i nauczycieli;
2. interwencja psychospołeczna – trening rodziców i/lub interwencja w klasie szkolnej, i/lub zindywidualizowany program behawioralny;
3. zasady i procedury stosowania leków.

Systemowe rozwiązanie wymaga też kluczowe postępowanie lecznicze i rehabilitacyjne – oddziaływanie psychoterapeutyczne. Zakrojone jest ono na potrzeby dużej grupy populacyjnej (ponad 400 000 dzieci i młodzieży), a dla zdecydowanej większości z nich stanowi jedyną formę oddziaływań leczniczych. Podstawą realizacji tak szeroko zakrojonego programu może być kadra poradni psychologiczno-pedagogicznych. Towarzyszyć temu musi jednak poprawa liczebności tych placówek (i zwiększenie ich dostępności geograficznej i czasu pracy) oraz włączenie do systemu objęcia opieką psychoterapeutyczną każdego ucznia z ADHD, nauczycieli (co najmniej wychowawców) i pedagogów (psychologów) szkolnych.

Niezbędnym warunkiem efektywności takiego upowszechnienia procedur psychoterapeutycznych jest przeprowadzenie szkoleń w zakresie procedur i technik terapii behawioralnej i poznawczej, z elementami psychoedukacji dla grup pedagogów i psychologów. Dotyczy to zarówno kursów (warsztatów) doszkalających, jak i nauczania przeddyplomowego w uczelniach kształcących w ww. kierunkach.

Doprecyzowania przepisów i uzyskania konsensusu w tym zakresie wymaga też administracyjna zasada płatnika NFZ o refundacji kosztów leczenia farmakologicznego tylko u tych chorych, którzy objęci są działaniami psychoterapeutycznymi. Takie zalecane procedury psychoterapeutyczne są realizowane (i będą – prawdopodobnie w znacznie szerszym zakresie) przez nauczy-

cieli, pedagogów i psychologów zatrudnionych w sferze oświaty. Nie będą to osoby legitymujące się certyfikatami, gdyż ich wiedza psychoterapeutyczna z zasady będzie raczej wybiórcza.

Z powyższych powodów istotną rolę przy wprowadzaniu takich zmian jest socjotechniczne i PR-owe działanie zmierzające do zmian postaw decydentów samorządów lokalnych w sprawie upowszechnienia integracyjnych form nauczania, lobbowanie w środowiskach z inicjatywą ustawodawczą i stanowiących prawo w sprawach opisanych powyżej oraz prowadzenie edukacji na poziomie szerokich oddziaływań medialnych.

ADHD – PERSPEKTYWA NEUROLOGICZNA

- **Z uwagi na znaczną częstość występowania tego zespołu chorobowego oraz ograniczone możliwości kontaktu z psychiatrą dziecięcym ważną staje się rola neurologa dziecięcego.**
- **Opieka neurologa najczęściej dotyczy tych pacjentów, u których współwystępują inne objawy i zespoły chorobowe, takie jak: trudności szkolne, stany lękowe, objawy depresji, tiki, zaburzenia snu, padaczka.**
- **Napady padaczkowe częściej występują u dzieci chorych na ADHD niż u dzieci bez cech ADHD.**
- **Objawy specyficznych trudności szkolnych występują aż u 26% dzieci i młodzieży z ADHD.**

Obowiązek przeprowadzenia dokładnej diagnostyki i otoczenia pacjenta z ADHD opieką spoczywa zarówno na personelu medycznym (lekarz psychiatra, neurolog dziecięcy), jak i psychologicznym. Ze względu na znaczną częstość występowania tego zespołu chorobowego oraz ograniczone możliwości częstego kontaktu z psychiatrą dziecięcym ważną staje się rola neurologa dziecięcego – w praktyce również ta grupa zawodowa, z racji swojego przygotowania i specyfiki specjalności, zajmuje się dziećmi z ADHD.

W procesie diagnostycznym ADHD najważniejsza jest obserwacja kliniczna pacjentów. Nie ma żadnych testów laboratoryjnych, badań uzupełniających, które potwierdziłyby diagnozę ADHD. Wykonywanie badań neuroobrazowych w codziennej praktyce klinicznej nie ma szczególnego uzasadnienia (z wyłączeniem osób z towarzyszącymi urazami głowy, podejrzenia powikłań z okresu okołoporodowego). Podobnie badanie czynności bioelektrycznej mózgu (EEG) powinno być przeprowadzone w przypadku podejrzenia występowania stanów napadowych, szczególnie napadów padaczkowych⁽¹⁵⁾.

Opieka neurologa zarówno w procesie rozpoznawania, jak i leczenia dotyczy najczęściej tych pacjentów, u których współwystępują inne objawy i zespoły chorobowe. Wśród najczęściej obserwowanych towarzyszących zespołów chorobowych wymienia się: trudności szkolne (*learning disability*), stany lękowe, objawy depresji oraz tiki (zespół Tourette'a, ZT), zaburzenia snu i padaczkę⁽¹⁵⁾. Tylko u 18% pacjentów z objawami ADHD nie występują inne objawy i zespoły towarzyszące⁽¹⁶⁾.

Zespołem chorobowym, który nastęrcza wielu problemów diagnostycznych i terapeutycznych, jest padaczka. Częstość współistnienia tych dwóch zespołów chorobowych jest różnie oceniana, w zależności od metodologii badań⁽¹⁷⁾. W badaniach McDermott

i wsp. aż u 28% dzieci z padaczką obserwowano nadrucholiwość, w porównaniu z 5% w populacji ogólnej i 13% wśród dzieci z chorobami serca⁽¹⁸⁾. Impulsywność jest opisywana aż u 39% chorych dzieci z padaczką i u 11% bez napadów padaczkowych⁽¹⁹⁾. Badania te przeprowadzono jednak bez uwzględnienia kryteriów rozpoznania ADHD. W badaniach nad populacjami klinik neurologicznych stwierdzono, że objawy ADHD dotyczą 8-77% dzieci z padaczką⁽¹⁷⁾. Ten najwyższy odsetek dotyczył pacjentów z rozpoznanymi encefalopatiami padaczkowymi. U takich chorych opiekunowie zauważali przynajmniej jeden objaw ADHD⁽²⁰⁾. Najczęściej w doniesieniach na temat współwystępowania ADHD i padaczki analizowano częstość pojawiania się objawów ADHD wśród chorych z padaczką, rzadziej publikowano prace dotyczące występowania padaczki u chorych z ADHD⁽²¹⁾. W jednym z ostatnich badań przeprowadzonych przez Davis i wsp. zaobserwowano, że napady padaczkowe częściej występują u chorych z ADHD niż u dzieci bez cech ADHD, częściej też obserwuje się niechęć do leczenia objawów ADHD u chorych z padaczką⁽²¹⁾. Najczęściej spośród objawów ADHD występujących u dzieci z padaczką wymienia się zaburzenia koncentracji uwagi. Odsetek ten wynosi aż 42%. Były to dane sformułowane przez nauczycieli, którzy podkreślali także, że nawet u 59% dzieci z gorszymi postępami szkolnymi występują zaburzenia koncentracji uwagi, w porównaniu z tymi, które osiągają lepsze wyniki w nauce, gdzie zaburzenia koncentracji uwagi dotyczą tylko 20%⁽²²⁾. Z przeprowadzonych już w latach dziewięćdziesiątych badań z użyciem standaryzowanych testów ADHD wśród dzieci z padaczką wynika, że częstość występowania ADHD w tej grupie chorych wynosi 30-40%^(17,23).

W badaniach Dunna i wsp. na temat czynników warunkujących pojawienie się objawów ADHD u dzieci i młodzieży z padaczką zauważono, że najczęściej występującym objawem są zaburzenia koncentracji uwagi⁽¹⁷⁾. Ani płeć, ani rodzaj napadów, ani lokalizacja ogniska padaczkowego nie stanowiły czynników sprzyjających pojawieniu się ADHD. Jednak nie we wszystkich badaniach potwierdzono tę hipotezę. Lokalizacja ogniska padaczkowego w padaczkach ogniskowych może mieć wpływ na pojawienie się zaburzeń funkcji poznawczych⁽²⁴⁾. Podkreślono, że padaczka jest czynnikiem ryzyka wystąpienia ADHD – szczególnie postaci z zaburzeniami koncentracji uwagi⁽¹⁷⁾.

Hipotezy tłumaczące objawy ADHD i padaczki zakładają zarówno występowanie wspólnej patologii mózgu, prowadzącej do manifestacji objawów tych dwóch zespołów chorobowych, jak i działanie leków przeciwpadaczkowych, odległe efekty napadów padaczkowych, obecność wyładowań napadowych czynności bioelektrycznej mózgu w okresie międzypadawym, które mogą zakłócać wiele czynności poznawczych, m.in. pamięć, uwagę itd.⁽²⁵⁾ W procesie diagnozowania ADHD u dzieci z padaczką wymagana jest długa obserwacja, gdyż czasem objawy nadpobudliwości wyprzedzają napady padaczkowe lub mogą pojawić się już po rozpoznaniu padaczki. Porównując rodzeństwa, Dunn i wsp. zauważyli, że zaburzenia zachowania i uwagi pojawiają się nawet 6 miesięcy przed wystąpieniem pierwszych napadów padaczkowych⁽¹⁷⁾. Zarówno u dzieci, jak i młodzieży z padaczką szczególnie często występują czynniki ryzyka zaburzeń funkcji poznawczych i zaburzenia zachowania niezależne od napadów

padaczkowych i sposobów leczenia⁽¹⁷⁾. Stosowane leczenie lekami przeciwpadaczkowymi może również prowadzić do pojawiania się objawów o typie zaburzeń zachowania, a także uwagi. Objawy nadpobudliwości czasem zmniejszają się podczas leczenia padaczki, niemniej objawy niepożądane po włączeniu leków przeciwpadaczkowych także mogą być obecne⁽²⁶⁾.

Znaczną trudnością i wyzwaniem w opiece nad dziećmi z ADHD jest prowadzenie terapii, w szczególności dobór leków. Zarówno skuteczność, jak i bezpieczeństwo standardowych leków używanych w ADHD wymaga jeszcze obserwacji i badań w grupie dzieci z padaczką. Dlatego wybór leku dla osiągnięcia kontroli napadów padaczkowych, jak również poprawy zachowania i zmniejszenia objawów ADHD może być trudny. Taką decyzję powinna poprzedzać analiza ewentualnej skuteczności i możliwych interakcji oraz objawów niepożądanych. W przypadku podjęcia leczenia konieczna jest wielokrotna weryfikacja przebiegu terapii w trakcie ambulatoryjnych obserwacji pacjentów. Dla każdego chorego powinna być także przeprowadzona ocena dotycząca wyboru leku zmniejszającego objawy ADHD, szczególnie jego bezpieczeństwa (zwłaszcza ocena zmiany progu pobudliwości drgawkowej), tolerancji (pojawiania się objawów niepożądanych i ich nasilenia) oraz skuteczności⁽²⁶⁾.

Do innych zespołów chorobowych, które towarzyszą ADHD, należą tiki, zespół Tourette'a (ZT), zaburzenia snu oraz specyficzne trudności szkolne. Objawy specyficznych trudności szkolnych występują aż u 26% dzieci i młodzieży z ADHD⁽¹⁶⁾. Objawy towarzyszące ADHD mogą mieć znaczny wpływ na nasilenie klasycznych objawów ADHD. Ich prawidłowe rozpoznanie i leczenie może przyczynić się do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego u chorych z ADHD.

Wśród pacjentów z ZT aż u 50% rozpoznaje się ADHD⁽¹⁶⁾, a u 20% chorych spełniających kryteria ADHD występują tiki przewlekłe⁽²⁷⁾. Takie dane liczbowe zostały opracowane na podstawie rejestru 6805 przypadków (z 27 krajów) chorych z objawami ZT⁽¹⁶⁾. Jest to najczęstszy tzw. towarzyszący zespół chorobowy obserwowany w grupie chorych z ADHD. Obserwacje takiej grupy chorych potwierdzają również, że obecność tików nie wpływa na przebieg ADHD. ADHD nie jest też szczególnym czynnikiem ryzyka występowania niektórych objawów ZT, np. koprofalii.

Współistnienie zaburzeń snu i ADHD może być związane z pojawieniem się wcześniej w przebiegu ADHD problemów psychiatrycznych. Jednak rodzaj zaburzeń snu nie w pełni to uzasadnia. Najczęściej opisywanymi zaburzeniami snu, szczególnie u młodzieży z ADHD, są bezsenność, koszmary senne, chrapanie, bruksizm i lęki nocne⁽²⁸⁾. Współwystępowanie przynajmniej jednego zaburzenia natury psychiatrycznej zwiększa ryzyko pojawienia się zaburzeń snu w postaci bezsenności i lęków nocnych. W badaniach polisomnograficznych wykonanych u dzieci z ADHD i problemami ze snem zauważono także występowanie bezdechów, okresowych ruchów kończyn we śnie i objawów hipowentylacji, które były związane z obturacją dróg oddechowych⁽²⁹⁾.

Konieczność specyficznej diagnostyki i leczenia ADHD współistniejącego z innymi objawami i zespołami neurologicznymi jest podstawą do korzystania z opieki neurologów dziecięcych.

ADHD – PERSPEKTYWA PEDAGOGICZNA

- Nauczyciel powinien posiadać umiejętności zaobserwowania objawów ADHD u dziecka.
- Nauczyciel powinien umieć wyodrębnić dziecko z objawami ADHD spośród grupy dzieci.
- Nauczyciel powinien posiadać wiedzę, gdzie skierować dziecko oraz jego rodziców, aby została przeprowadzona specjalistyczna diagnoza oraz aby rozpocząć oddziaływania terapeutyczne.
- Nauczyciel nie może zakłócać procesu terapii, powinien aktywnie uczestniczyć i współpracować w procesie terapeutycznym.

Rozpoczęcie szkoły przez dziecko z ADHD jest zazwyczaj momentem bardzo trudnym, gdyż zdecydowanie zwiększają się wymagania dotyczące: 1) kontroli aktywności ruchowej – konieczne jest siedzenie w ławce; 2) zdolności do koncentracji uwagi – uważne słuchanie tego, co mówi nauczyciel: poleceń, zadań, prac domowych; 3) kontroli emocji w sytuacjach oceny, rywalizacji^(4,30). Ponieważ dzieciom z ADHD duża trudność sprawia sprostanie wymienionym wymaganiom, często spotykają się z krytycznymi uwagami ze strony nauczyciela oraz negatywnymi komunikatami ze strony rówieśników. Wiele dzieci z objawami impulsywności i nieuwagi osiąga mniej sukcesów w nauce niż ich rówieśnicy – do 80% ma problemy w nauce, a 20-30% poważne trudności, diagnozowane jako zaburzenia uczenia się⁽³¹⁾. Kolejnym problemem związanym z funkcjonowaniem dzieci z ADHD w szkole są trudności w nawiązywaniu pozytywnych relacji z rówieśnikami^(10,14), gdyż ich nieprzewidywalne i impulsywne zachowania utrudniają nawiązanie kontaktu wzrokowego, wymianę komunikatów oraz wspólną aktywność.

Z perspektywy nauczyciela prowadzenie lekcji i radzenie sobie z klasą, w której jest uczeń lub uczniowie z ADHD, stanowi duże wyzwanie. Dzieci z objawami impulsywności i nieuwagi często zakłócają pracę w trakcie lekcji (np. chodzą po klasie, zabierają głos lub rozmawiają z kolegami w niewłaściwym momencie), co może rozpraszać pozostałych uczniów, doprowadzić do przerwania wykonywanych i zaplanowanych przez nauczyciela zadań. Nauczyciele w relacjach z uczniami z ADHD często przejawiają wysoki poziom stresu, kiedy mimo starań nie udaje im się przeprowadzić w zaplanowany sposób lekcji, wyegzekwować od uczniów wykonania zadań czy podporządkowania się regułom⁽³¹⁾. Szczególnym problemem jest praca w szkole z dzieckiem, u którego poza objawami ADHD występują zaburzenia opozycyjno-buntownicze (zachowania negatywistyczne, wrogie, buntownicze, prowokacyjne, niszczycielskie, wyraźnie przekraczające normy zachowania dla danego wieku) lub zaburzenia zachowania (naruszenie praw innych osób, przepisów prawnych, np. kradzieże, okrucieństwo, tyranizowanie, napaści, niszczycielstwo), które wymagają od nauczyciela wyjątkowych umiejętności i kompetencji, aby efektywnie sobie z nimi radzić.

Ponadto wiele trudności związanych z funkcjonowaniem ucznia z ADHD w szkole przeżywają rodzice, którzy stykają się z negatywnymi uwagami na temat zachowania ich dziecka w trak-

cie lekcji. Często dochodzi do konfliktu między nauczycielami a rodzicami, wzajemnie obwiniającymi się o stosowanie niewłaściwych praktyk wychowawczych⁽⁴⁾.

Pomimo licznych trudności możliwe jest stworzenie warunków, które ułatwią funkcjonowanie dziecka z ADHD w trakcie lekcji oraz prowadzenie zajęć przez nauczyciela i spowodują, że praca z takim uczniem okaże się ciekawa i inspirująca. W związku z tym ogromne znaczenie ma psychoedukacja nauczycieli na temat najbardziej efektywnych strategii pracy w szkole z uczniem z ADHD, m.in. poprzez:

- aktywne metody nauczania w małych grupach, gdzie dopuszczalne są rozmowy, przemieszczanie się po klasie, współpraca;
- prezentację wyników pracy własnej i grupowej z wykorzystaniem twórczych metod (plakat, odgrywanie scenek, prowadzenie fragmentu lekcji itp.);
- zmienność form pracy w klasie, urozmaicenie – stosowanie różnych sposobów realizacji zadania, także z wykorzystaniem multimediów;
- organizację miejsca pracy – miejsce blisko nauczyciela, jak najmniej rozpraszających bodźców;
- w trakcie lekcji pracę uczniów poza ławką (np. wykładzina, dywan w klasie jako miejsce, gdzie można wymieniać poglądy, prowadzić dialog), a więc poszerzenie przestrzeni, w której dziecko może być aktywne;
- sposoby wydawania poleceń (jasno, krótko, konkretnie);
- specjalne przygotowanie zadań (m.in. dzielenie na krótkie etapy);
- nagradzanie zachowań pozytywnych oraz wygaszanie zachowań niepożądanych;
- unikanie karania dziecka za zachowania wynikające z objawów (wiercenie się, chodzenie po klasie);
- dostrzeganie potencjału (m.in. zdolności, zainteresowań) ucznia z ADHD.

Podkreśla się, iż nauczyciel musi umieć efektywnie komunikować się z rodzicami dziecka (m.in. zastąpienie formy uwag zeszytem zawierającym ważne informacje, a także pochwały dotyczące zachowania ucznia z ADHD) oraz wspólnie z rodzicem ustalać strategię edukacji i wychowania⁽⁴⁾. Nauczyciel powinien posiadać umiejętności obserwacji występowania u uczniów objawów impulsywności, nadaktywności i nieuwagi. W przypadku gdy dzieci z takimi trudnościami nie są objęte specjalistyczną opieką, musi interweniować: informować o swoich obserwacjach pedagoga lub/i psychologa szkolnego oraz rodziców. Ponadto istotne jest, aby nauczyciel aktywnie współpracował w procesie terapii dziecka. Najkorzystniejsze dla uczniów z ADHD jest uczenie się w mało licznych klasach, najlepiej o charakterze integracyjnym i z dwójką nauczycieli. Nauka w klasie masowej, w której jest 30 uczniów, dla wielu dzieci z ADHD wiąże się z dużymi trudnościami w kontroli własnej aktywności, uwagi i emocji. Z kolei nauczanie w trybie indywidualnym oznacza pozbawienie dziecka kontaktu z rówieśnikami, co może mieć bardzo negatywne skutki dla rozwoju zdolności dziecka do funkcjonowania w społeczeństwie⁽⁴⁾.

Obecnie w Polsce większość dzieci z ADHD funkcjonuje w systemie edukacji bez formalnej diagnozy. Z drugiej strony u znacznej części dzieci, która znajduje się pod opieką poradni psychologiczno-pedagogicznych i otrzymuje rozpoznanie ADHD, nie jest

stawiana poszerzona diagnoza funkcjonowania w sferze emocjonalno-społecznej. W rezultacie większość dzieci nie jest objęta opieką terapeutyczną, a nauczyciele najczęściej nie otrzymują wskazówek, w jaki sposób z nimi pracować. Często zdarza się, że nauczyciel dostaje od poradni opinię dotyczącą dziecka, jednak jest w niej zawarta jedynie informacja, że „dziecko przejawia cechy nadpobudliwości psychoruchowej”. Nie uzyskuje on szczegółowej informacji na temat funkcjonowania dziecka oraz strategii postępowania z nim w szkole. W takiej sytuacji uczeń otrzymuje etykietę, która przez niektórych nauczycieli jest rozumiana jako: „więcej mu wolno” – takiemu uczniowi nie stawia się wymagań ani nie wyciąga wobec niego konsekwencji.

Warto podkreślić, że różnie wygląda sytuacja dzieci z ADHD w poszczególnych rejonach Polski. W dużych miastach dostępność do pomocy specjalistycznej jest większa, a w szkołach są zatrudnieni psycholog i pedagog, którzy mogą podejmować pracę z nauczycielami oraz rodzicami dziecka z ADHD. Jednak statystycznie psycholog pracuje jedynie w 16%, a pedagog w 50% szkół w Polsce. W środowiskach wiejskich około 90% placówek oświatowych nie posiada psychologa lub pedagoga. Ponadto w tych środowiskach odległość dzieląca szkołę od poradni jest niejednokrotnie bardzo duża i wynosi 40-50 kilometrów. Psycholog lub pedagog przyjeżdża tam raz lub dwa razy w miesiącu.

Kolejnym ważnym problemem jest dotychczasowy sposób kształcenia nauczycieli, którzy przede wszystkim koncentrują się na realizacji programu, w małym stopniu interesując się kwestiami dotyczącymi sposobu komunikacji i budowania relacji z uczniem. Ponadto w ramach systemu edukacji nie istnieją formalne uprawnienia dla dzieci z ADHD, które warunkowałyby otrzymywanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. W związku z tym dzieci z ADHD uzyskują pomoc w poradniach w sposób „zakamuflowany” – jako dzieci „z zaburzeniami zachowania” lub „z niepełnosprawnością sprzężoną”.

W ostatnim czasie zarysowała się szansa na wprowadzenie zmian w systemie edukacji. Ministerstwo Edukacji Narodowej przygotowało 8 zmienionych rozporządzeń z obszaru pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Obecnie trwają konsultacje społeczne zespołu ekspertów (ponad 30 osób z całej Polski), którzy pracują z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Przygotowano następujące plany zmian⁽³²⁾:

- kształtowanie umiejętności obserwacji dzieci przez nauczycieli od poziomu przedszkolnego – dostrzeganie zagrożeń w funkcjonowaniu dziecka i szukanie odpowiedniej pomocy, na poziomie szkoły podstawowej – rozpoznanie potencjału rozwojowego dziecka przez wychowawców i nauczycieli przedmiotowych, a na poziomie gimnazjum – poszerzenie kompetencji nauczyciela o udzielanie doradztwa zawodowego i życiowego;
- wprowadzenie zespołów do spraw specjalnych potrzeb edukacyjnych uczniów w szkołach, których rolą będzie dokonanie przeglądu i oceny skuteczności świadczonej uczniowi pomocy oraz zatwierdzanie zmian w przyjętych indywidualnych programach edukacyjnych opracowanych dla uczniów ze specjalnymi potrzebami;
- wprowadzenie indywidualnych programów edukacyjno-terapeutycznych dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego;

- tworzenie programów wsparcia uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się;
- wspieranie uczniów wybitnie zdolnych;
- wprowadzenie karty świadczeń i potrzeb dziecka, zawierającej opinie i spostrzeżenia różnych specjalistów, co pozwoli na dostosowanie pomocy do potrzeb danego dziecka.

PODSUMOWANIE

Główne kierunki działań:

1. Edukacja nauczycieli – uczenie strategii postępowania z uczniem z ADHD, uczenie komunikacji nauczyciela z rodzicami, kładzenie nacisku na współpracę nauczycieli z rodzicami:
 - nauczyciel powinien posiadać umiejętności zaobserwowania objawów ADHD u dziecka;
 - nauczyciel powinien umieć wyodrębnić dziecko z objawami ADHD spośród grupy dzieci;
 - nauczyciel powinien posiadać wiedzę, gdzie skierować dziecko oraz jego rodziców, aby została przeprowadzona specjalistyczna diagnostyka oraz aby rozpocząć oddziaływania terapeutyczne;
 - nauczyciel nie może zakłócać procesu terapii, powinien aktywnie uczestniczyć i współpracować w procesie terapeutycznym.
2. Edukacja pedagogów szkolnych:
 - uczenie spojrzenia systemowego – pracy z całą rodziną, z nauczycielami, a nie tylko z dzieckiem;
 - uczenie „procedur” postępowania z dziećmi z ADHD i rodzinami;
 - uczenie pedagogów i psychologów „treningu umiejętności rodzicielskich”.
3. Edukacja rodziców – rozumienie zachowań dziecka z ADHD, strategii postępowania, zachęcanie do podejmowania i poszukiwania pomocy psychologicznej. Stworzenie bazy danych ośrodków oferujących pomoc terapeutyczną lub psychoedukację rodzinom dzieci z ADHD.
4. Edukacja przedstawicieli lokalnych samorządów zajmujących się edukacją. Ścisła współpraca z samorządami lokalnymi, które decydują o podziale pieniędzy – świadomi urzędnicy chętniej prześlą fundusze na działania psychoedukacyjne i terapeutyczne. Pokazanie społecznych konsekwencji braku opieki terapeutycznej nad dziećmi z ADHD.
5. Edukacja ogólnospołeczna.
6. Forma działań edukacyjnych:
 - warsztaty – ćwiczenia praktyczne, studia przypadków, konkretne strategie i procedury postępowania;
 - warsztaty online – dla rodziców, dla pedagogów;
 - serwis internetowy.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Polaczyk G., de Lima M.S., Horta B.L. i wsp.: The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am. J. Psychiatry* 2007; 164: 942-948.
2. Borkowska A.: Nadpobudliwość psychoruchowa w neuropsychologicznej koncepcji Russela A. Barkleya. W: Herzyk A., Bor-

- kowska A. (red.): *Neuropsychologia emocji. Poglądy. Badania. Klinika*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1999: 165-190.
3. Barkley R.A.: Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol. Bull.* 1997; 121: 65-94.
 4. Kołakowski A., Wolańczyk T., Pisula A. i wsp.: *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej*. Przewodnik dla rodziców i wychowawców. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
 5. Borkowska A.R.: *Procesy uwagi i hamowania reakcji u dzieci z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2008.
 6. Nigg J.T.: Neuropsychologic theory and findings in attention-deficit/hyperactivity disorder: the state of the field and salient challenges for the coming decade. *Biol. Psychiatry* 2005; 57: 1424-1435.
 7. Nigg J.T., Hinshaw S.P., Huang-Pollack C.: *Disorders of attention and impulse regulation*. W: Cicchetti D., Cohen D. (red.): *Developmental Psychopathology*. Wiley, New York 2006: 358-403.
 8. Świącicka M.: *Uwaga, samokontrola, emocje. Psychologiczna analiza zachowań dzieci z zaburzeniami uwagi*. Emu, Warszawa 2005.
 9. Crundwell R.M.A.: An initial investigation of the impact of self-regulation and emotionality on behavior problems in children with ADHD. *Canadian Journal of School Psychology* 2005; 20: 62-74.
 10. Hoza B.: Peer functioning in children with ADHD. *Ambul. Pediatr.* 2007; 7 (supl.): 101-106.
 11. Anastopoulos A.D., Farley S.E.: *Program treningu poznawczo-behavioralnego dla rodziców dzieci z zespołem nadpobudliwości ruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi*. W: Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.): *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003.
 12. Rakowska J.: *Terapia poznawczo-behavioralna*. W: Grzesiuk L. (red.): *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia, Warszawa 2005.
 13. Chronis A.M., Jones H.A., Raggi V.L.: Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin. Psychol. Rev.* 2006; 26: 486-502.
 14. Świącicka M.: Specyfika relacji społecznych dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej w świetle doświadczeń psychoterapeuty. W: Świącicka M. (red.): *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*. Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka PTP, tom 1, 2003: 61-68.
 15. Mandelbaum D.E.: *Attention-deficit-hyperactivity disorder*. W: Swaiman K.F., Ashwal S., Ferriero D.M. (red.): *Pediatric Neurology: Principles and Practice*. Mosby Elsevier, Philadelphia 2006: 871-884.
 16. Freeman R.D.: Tourette Syndrome International Database Consortium: Tic disorders and ADHD: answers from a world-wide clinical dataset on Tourette syndrome. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 16 suppl. 1: 15-23.
 17. Dunn D.W., Austin J.K., Harezlak J., Ambrosius W.T.: ADHD and epilepsy in childhood. *Dev. Med. Child Neurol.* 2003; 45: 50-54.
 18. McDermott S., Mani S., Krishnawami S.: A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. *J. Epilepsy* 1995; 8: 110-118.
 19. Carlton-Ford S., Miller R., Brown M. i wsp.: Epilepsy and children's social and psychological adjustment. *J. Health Soc. Behav.* 1995; 36: 285-301.
 20. Ferrie C.D., Madigan C., Tilling K. i wsp.: Adaptive and maladaptive behaviour in children with epileptic encephalopathies: correlation with cerebral glucose metabolism. *Dev. Med. Child Neurol.* 1997; 39: 588-595.
 21. Davis S.M., Katusic S.K., Barbaresi W.J. i wsp.: Epilepsy in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr. Neurol.* 2010; 42: 325-330.
 22. Holdsworth L., Whitmore K.: A study of children with epilepsy attending ordinary schools. I: their seizure patterns, progress and behaviour in school. *Dev. Med. Child Neurol.* 1974; 16: 746-758.
 23. Hempel A.M., Frost M.D., Ritter F.J., Farnham S.: Factors influencing the incidence of ADHD in pediatric epilepsy patients. *Epilepsia* 1995; 36 (supl. 4): 122.
 24. Saint-Martin A.D., Seegmuller C., Carcangiu R. i wsp.: Cognitive consequences of Rolandic Epilepsy. *Epileptic Disord.* 2001; 3 Spec. No. 2: SI59-SI65.
 25. Aldenkamp A.P., Overweg-Plandsoen W.C., Arends J.: An open, nonrandomized clinical comparative study evaluating the effect of epilepsy on learning. *J. Child Neurol.* 1999; 14: 795-800.
 26. Torres A.R., Whitney J., Gonzalez-Heydrich J.: Attention-deficit/hyperactivity disorder in pediatric patients with epilepsy: review of pharmacological treatment. *Epilepsy Behav.* 2008; 12: 217-233.
 27. Banaschewski T., Neale B.M., Rothenberger A., Roessner V.: Comorbidity of tic disorders & ADHD: conceptual and methodological considerations. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2007; 16 suppl. 1: 5-14.
 28. Gau S.S., Chiang H.L.: Sleep problems and disorders among adolescents with persistent and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorders. *Sleep* 2009; 32: 671-679.
 29. Goraya J.S., Cruz M., Valencia I. i wsp.: Sleep study abnormalities in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatr. Neurol.* 2009; 40: 42-46.
 30. Świącicka M.: *Nazwać czy zrozumieć. Rola psychologa w diagnozowaniu dziecka z objawami nadpobudliwości*. W: Maryniak A., Świącicka M. (red.): *Problemy tożsamości i etyki zawodowej dziecięcego psychologa klinicznego*. Zeszyty Sekcji Psychologii Klinicznej Dziecka PTP, tom 4, Emu, Warszawa 2006.
 31. DuPaul G.J., Stoner G.: *ADHD in the Schools, Second Edition: Assessment and Intervention Strategies*. The Guilford Press, New York 2003.
 32. Ministerstwo Edukacji Narodowej: *Założenia projektowanych zmian. Uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Informator. Warszawa 2010.