Pielęgniarstwo Polskie 2013, 2 (48), 128–131

KRYTERIA KLINICZNE A STAWIANIE DIAGNOZY. PROBLEMY NADMIERNIE CZĘSTEGO ROZPOZNAWANIA ADHD U DZIECI

CLINICAL CRITERIA AND DIAGNOSIS. THE PROBLEM OF OVER-FREQUENT RECOGNITION OF ADHD IN CHILDREN

AGNIESZKA NOWOGRODZKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Instytut Psychologii
Dyrektor: prof. dr hab. Jerzy Brzeziński

Streszczenie

ADHD uważane jest za poważny problem społeczny. Dane liczbowe uzyskane z przeprowadzonych badań wskazują, że zaburzenie to pojawia się aż u 2 do 7% populacji, w części badań szacunki wskazują nawet na występowanie objawów u 9% dzieci w wieku szkolnym. Do tej pory nie udało się stworzyć jednolitych, specyficznych czynników neurologicznych, metabolicznych, czy też medycznych testów pozwalających na jednoznaczne rozpoznanie objawów zespołu ADHD. Z tego względu cały czas pojawiają się wątpliwości odnoszące się do sposobu stawiania rozpoznań. Artykuł jest próbą zastanowienia się nad problematyką rozpoznawania nadpobudliwości psychoruchowej i ryzykiem przeszacowania poziomu występowania tego zaburzenia.

Słowa kluczowe: ADHD, diagnoza, systemy klasyfikacji.

Abstract

ADHD is considered as important social problem. Epidemiological data shows that it affects about 2 to 7% of population and even 9% of school-aged children. There still aren't any consistent, specific neurological and metabolic factors, nor medical tests that would allow unambiguous diagnosis of ADHD, therefore one encounters many doubts surrounding recognition and treatment of this disorder. The article contemplates on the issue of over-frequent diagnosis of ADHD in children and its probable negative consequences.

Key words: ADHD, diagnosis, diagnostic classifications.

Choroby wieku dziecięcego skupiają uwagę zarówno naukowców, jak i praktyków. Dzieje się tak, ponieważ ten okres życia jest kluczowy dla naszego rozwoju, a pojawienie się w czasie jego trwania zaburzeń może powodować poważne konsekwencje w dalszym rozwoju jednostki ich doświadczającej. Jednym z najlepiej poznanych i zbadanych trudności, które pojawiają się w okresie wieku dziecięcego jest nadpobudliwość psychoruchowa z deficytami uwagi, zaburzenie częściej znane jako ADHD (*Attention Deficit Hiperactivity Disorder*). Jest to zaburzenie o wczesnym początku, bowiem jego objawy, takie jak: nadpobudliwość, impulsywność i deficyty w zakresie uwagi pojawiają sie już przed 7. rokiem życia. Natężenie prezentowanych symptomów nie jest typowe dla wieku, w którym znajduje się dziecko, a także dla jego ogólnego poziomu rozwoju. Skutki zespołu powodują pogorszenie jakości relacji interpersonalnych nawiązywanych przez dzieci. Ze względu na swoją impulsywność, nie potrafią one czekać na zachowania otoczenia, czym często powodują jego zniechęcenie. Trudności doświadczają również pozostali członkowie rodziny. Zaburzenia prezentowane przez dziecko są często podstawą częstych kłótni, stosowane leczenie obniża status materialny rodziny. Wreszcie długoterminowe konsekwencje powodują nieadekwatne funkcjonowanie w społeczeństwie dzieci prezentujących symptomy. Ze względu na konsekwencje trwają wytężone wysiłki badaczy i praktyków mające wpłynąć na ulepszenie technik diagnostycznych pozwalających na szybkie wykrycie zespołu. Artykuł jest próbą zastanowienia się nad częstotliwością rozpoznawania nadpobudliwości psychoruchowej i wskazania czy nie mamy obecnie do czynienia z przeszacowaniem zjawiska. Chciałabym się zastanowić czy nieprawidłowo rozpoznane zaburzenie i zastosowane względem zdrowego dziecka oddziaływania mogą przynosić negatywne skutki.

ADHD uważane jest za poważny problem społeczny. Dane liczbowe uzyskane z przeprowadzonych badań wskazują, że zaburzenie to pojawia się aż u 2 do 7% populacji, w części badań szacunki wskazują nawet na występowanie objawów u 9% dzieci w wieku szkolnym [1, 2, 3, 4]. Z tego też powodu szuka się odpowiednich sposobów oddziaływania na prezentowane przez dzieci deficyty, tak by ich skutki nie utrzymywały się długoterminowo i żeby dzięki nim nie pojawiały się negatywne społeczne konsekwencje zaburzenia. Dostępne obecnie

oddziaływania mają zarówno charakter terapii psychologicznych opartych głównie na technikach behawioralnych. Na objawy oddziałuje się również poprzez stosowanie farmakoterapii opartej przede wszystkim na podawaniu leków zawierających metylofenidat [5]. Dostępne metody mają być bezpieczne dla zdrowia dziecka, jedynie w pozytywny sposób modyfikując jego zachowania i zdolności poznawcze. Czy jednak stosowane oddziaływania ukierunkowane na zmianę wrodzonych postaw i dążeń faktycznie może nie mieć znaczenia dla funkcjonowania jednostki? Jeżeli istnieje jakiekolwiek zagrożenie w związku ze stosowanymi oddziaływaniami bardzo istotne wydaje się skupienie na prawidłowej diagnostyce, która wyeliminuje przypadki bezzasadnego stosowania metod leczniczych niedopasowanych do potrzeb dziecka.

Początków badań nad zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi upatruje się w doniesieniach Stilla z 1902 r. Autor ten pisał o specyficznych zachowaniach dzieci, które według niego przejawiały deficyty w zakresie moralności [6]. W późniejszym okresie pojawiały się różne doniesienia, nazewnictwo i odkrycia na temat zespołu. Jednak pierwszy oficjalny, oparty na empirycznych podstawach opis zaburzenia została stworzona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1980 r. i umieszczony w klasyfikacji DSM-III [7]. Opisywane objawy skupiały się przede wszystkim wokół nadpobudliwości pomijając istotność deficytów uwagowych i impulsywności [8]. Z czasem opisy podstawowych objawów rozwijały się, stanowiąc coraz dokładniejszą analizę prezentowanych symptomów. Jednak od razu należy wyjaśnić, że mimo rozszerzenia opisów zaburzeń, nie udało się do tej pory stworzyć jednolitych, specyficznych w zakresie badania funkcji poznawczych, czynników neurologicznych, metabolicznych, czy też medycznych testów pozwalających na jednoznaczne rozpoznanie objawów zespołu [5]. Obecnie dostępna wersja amerykańskiej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych (DSM-IV) również wprowadza subtelne wątpliwości, które powinny być rozważane przy prowadzeniu badań przez epidemiologów [9]. I tak klasyfikacja ta nie określa w jaki sposób używane zwykle do diagnozy wywiady od rodziców lub nauczycieli powinny być łączone. Ponadto znaczne rozbieżności pojawiają się w związku z rozpoznawaniem poszczególnych podtypów zespołu. Z tego względu cały czas pojawiają się wątpliwości odnoszące się do sposobu stawiania rozpoznań.

Jednym z pierwszych badaczy, który zajął się poruszonym problemem był Wolraich wraz ze współpracownikami [10]. Zgodnie z uzyskanymi przez niego wynikami badań, nawet ponad połowa dzieci ze zdiagnozowanym ADHD nie spełnia w wystarczającym stopniu kryteriów pozwalających na rozpoznanie zaburzenia. Następnie Cotuono, który do swoich analiz dobrał grupę 92 dzieci z postawionym wcześniej w specjalistycznej klinice rozpoznaniem ADHD, na podstawie przeprowadzonych przez siebie analiz wykazał, że jedynie 22–37% spośród grupy badawczej wykazuje wystarczające nasycenie objawów, aby rozpoznać zespół [11]. Kolejne badania przeprowadzone przez Desgranges i wsp. wykazały, że nawet u 62% dzieci, których zachowanie miało wskazywać na objawy ADHD, po dokładniejszych klinicznych analizach nie potwierdzono istnienia zespołu [12]. Wyniki tych badań sugerują, że być może diagnoza opisywanego zespołu jest stawiana u dzieci zbyt często, a w związku z tym możemy mieć do czynienia ze zjawiskiem nadmiernego diagnozowania zaburzeń. Wnioski takie jest jednak trudno jednoznacznie potwierdzić, gdyż brak jest wystarczających danych na temat warunków przeprowadzanych badań, w tym wyraźnego wskazania, czy grupa badawcza przed przystąpieniem do procedur miała wcześniej postawioną jednoznacznie diagnozę ADHD [13].

Drugim ważnym kontekstem wiążącym się z diagnozowaniem ADHD u dzieci jest zależność ilości stawianych diagnoz z ich odniesieniem do płci. Zgodnie z obecnie przedstawianymi szacunkami objawy ADHD rozpoznaje się trzy razy częściej u chłopców niż u dziewczynek [14]. Te dane zmieniają się w zależności od badanych grup i według niektórych wskaźnik ten zwiększa sie nawet do pięciokrotnie częstszego występowania zaburzenia u chłopców [15, 16]. Czym może być spowodowana tak duża rozbieżność pomiędzy częstotliwością występowania zaburzenia? Przyczyn tych różnic poszukuje się przede wszystkim w charakterze zewnętrznej ekspresji symptomów zespołu u chłopców niż u dziewczynek [13]. Przeprowadzone analizy sugerują, że dziewczynki ujawniają mniej objawów związanych ze sferą behawioralną, a także rzadziej obserwuje się u nich zaburzenia zachowania [17]. Ponadto przeprowadzone badania wskazują na mniej impulsywne i o mniejszym nasileniu agresji zachowania dziewcząt [14]. Takie rezultaty nie zostały potwierdzone w późniejszych badaniach. Jeśli dzieci do grupy badawczej były dobierane z ogólnej populacji, a nie z ośrodków skierowanych na poprawę ich funkcjonowania, grupa dziewcząt z rozpoznanym ADHD nie różniła się istotnie od grupy chłopców [18,19]. Z analiz tych wynika, że różnice w poziomie i częstotliwości rozpoznawania zaburzenia wynikają również najczęściej z nieprawidłowo postawionej diagnozy. Dziewczynki bowiem przejawiają mniej nasilone objawy, a w związku z tym są zdecydowanie mniej inwazyjne i zakłócające tok prowadzonych zajęć podczas pobytu w środowisku szkolnym [13]. W związku z tym, że ich zachowania są mniej uciążliwe są rzadziej kierowane do diagnostyki. Ponadto poszukując innego wyjaśnienia opisywanej dysproporcji badacze wskazują, że również sami terapeuci dziecięcy są mnie skłonni do rozpoznawania nadpobudliwości psychoruchowej u dziewcząt. Według części badań praktycy dość rzadko przy stawianiu rozpoznania wspomagają się wypisanymi, obiektywnie opisanymi kryteriami diagnostycznymi wyróżnionymi

w systemach klasyfikacyjnych [20]. Według autorów często dochodzi do sytuacji, kiedy osoba diagnozująca stawiając rozpoznanie odwołuje się do swojego przeczucia i doświadczenia. Jak wiadomo z innych prac i badań w zakresie psychologii, człowiek ma skłonność do realizowania pewnych zadań, w sposób przynoszący mu możliwie najmniejsze obciążenie. Z tego względu przy dokonywaniu codziennych ocen stosujemy często skrócone sposoby osiągnięcia celu. Z takiego sposobu działania nie są również zwolnieni profesjonaliści. Istnieje możliwość, że diagności, korzystając z utartych, dobrze poznanych sposobów funkcjonowania dzieci, przy diagnozie kolejnego przypadku korzystają z heurystyk, czyli najbardziej typowego, dostępnego opisu przypadku, a tym samym powielają podobne diagnozy do przypadków różniących się między sobą [21].

Ciekawe wyjaśnienie nadmiernie częstego stawania rozpoznania ADHD sformułował Dave wraz ze współpracownikami [22]. Według nich nasilenie objawów i percepcja zaburzeń prezentowanych przez dziecko jest ściśle związana z charakterem sytemu poznawczego rodziców, a przede wszystkim z tym czy matka przejawia jakieś zaburzenia psychiczne i jakie one mają charakter. I tak wykazano, że matki depresyjne mają skłonność do nadmiernie negatywnego spostrzegania swoich dzieci z objawami nadpobudliwości i wyolbrzymiania przejawianych przez nie problemów [23]. Być może również dziecko niedopasowane pod względem temperamentu i w zakresie codziennego funkcjonowania do rodziców też może być źle diagnostycznie rozpoznawane.

Ze względu na częstotliwość występowania ADHD w populacji ogólnej, a także bogactwo doświadczanych przez dzieci objawów omawianym zaburzeniem naukowcy zajmują się na różnych poziomach. Badania prowadzone nad zespołem wykazują, że nadpobudliwość często wiąże się z doświadczaniem przez dzieci innych zaburzeń. Biederman i Faraone stwierdzili, że nawet ponad 50% omawianej grupy może doświadczać objawów innych chorób [24]. Wśród najczęściej stawianych współistniejących zaburzeń wymienia się zaburzenia lękowe, depresyjne a także zaburzenia zachowania. Prowadzone w późniejszym okresie badania na grupie niemieckich dzieci wskazały, że u 40–60% osób z ADHD można zdiagnozować również zaburzenia opozycyjno-buntownicze, około 25% tych dzieci ma również objawy zaburzeń lękowych, 10–40% ma zaburzenia opozycyjno-buntownicze i wreszcie 30% dzieci doświadcza również objawów w postaci tików [25]. Tak niejednoznaczny obraz choroby wymaga dodatkowo diagnozy różnicowej w zakresie dopasowania objawów do jednego lub drugiego zaburzenia i wreszcie postawienia rozpoznania w oderwaniu od ogólnego sposobu funkcjonowania dziecka.

Stawianie rozpoznania zaburzeń o podłożu psychicznym jest trudne. Zaburzenia psychiczne stanowią dziedzinę, która powoduje, że w stosunku do osób ujawniających problemy stosuje się odpowiednie działania zarówno terapeutyczne, jaki farmakologiczne mające za zadanie wyregulować stan osoby wykazującej problemy. W podobny sposób podchodzi się do ADHD – jego rozpoznanie stanowi podstawę do zastosowania właściwych działań. Biorąc pod uwagę wyżej postawione kwestie należy się teraz zastanowić co można by było zrobić, aby dane diagnostyczne jak najlepiej oddawały faktyczny rozkład populacji przejawiającej trudności. Wydaje się, że podstawową kwestią umożliwiającą ograniczenia stawiania nieprawdziwych diagnoz w tej dziedzinie jest kształcenie praktyków, diagnostów w zakresie zasadności stosowania wypisanych w obu systemach klasyfikacji objawów. Stworzenie metod kwestionariuszowych wymuszających rozpoznawanie poszczególnych objawów pozwoliłoby na bezpośrednie odnoszenie się do obiektywnie wyznaczonych objawów. Być może zasadne byłoby również mniejsze angażowanie w diagnostykę osób bezpośrednio zaangażowanych w wychowanie dziecka. Nauczyciele bowiem przy wskazywaniu na objawy mają tendencję do skupiania się na formach zachowania, które są dla nich niekorzystne z punktu widzenia prowadzonego procesu lekcyjnego. Tym sposobem dziecko ujawniające problemy wychowawcze może być postrzegane jako zaburzone. Również rodzice nie są obiektywni w stawianych przez siebie ocenach. Jeśli dziecko wykazuje bowiem różne zainteresowania, czy sposoby funkcjonowania – może być spostrzegane jako niedostosowane z przyczyn chorobowych. Tym samym wydaje się, że szczególnie ważne dla ulepszenia sposobów rozpoznawania zaburzeń nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami uwagi jest zwiększenie roli obiektywnego diagnosty wyposażonego w narzędzia zmniejszające znacząco wpływ jego osobistych doświadczeń i wykorzystywanych schematów.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
2. August, G. J., Realmuto, G. M., MacDonald, A. W., Nugent, S. M., Crosby, R.: Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. J. Abnormal Child Psychology, 1996, *24,* 571-595.
3. Biederman J:. Advancing the neuroscience of ADHD. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. Biol. Psychiatry 2005; 57, 1215-1220.
4. Rybakowski F., Rajewski A.: Farmakologiczne leczenie zespołu deficytu uwagi z nadruchliwością. Terapia 2004; 12: 49-53.
5. Timmi S, Taylor E.: ADHD is best understood as a cultural construct. British Journal of Psychiatry, 2004, 184, 8-9.
6. Barkley RA.: Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment. Second Edition. New York: Guilford, 1998.

7. American Psychiatric Association.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.
8. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanets PJ. Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. JAMA, 1998, 14, 1100-1108.
9. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ: The epidemiology of Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder (ADHD): A Public Health View. Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev., 2002, 8, 162-170.
10. Wolraich ML, Lindgren S, Stromquist A, Milich R, Davis C, Watson, D.: Stimulant medication use by primary care physicians in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics, 1990, 86, 95-101.
11. Cotuono, A. J.: The diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in community mental health centers: Where and when. Psychology in the Schools, 1993, 30, 338-344.
12. Desgranges K, Desgranges L, Karsky K. Attention deficit disorder: Problems with preconceived diagnosis. Child Adolesc. Social Work J., 1995, 12, 3-17.
13. Bruchmüller K, Margraf JM, Schneider S.: Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis. J. Consult. Clin. Psychol., 2012, 80, 128-138.
14. Gaub, M, Carlson, CL. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997, 36*,* 1036-1045.
15. Orwid, M., Pietruszewski, K.: Psychiatria dzieci i młodzieży. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum, 1993.
16. Sandberg, S.: Hyperactivity and attention disorders of childhood (2nd ed.). Cambridge, England: Cambridge University Press, 2002.
17. Hartung, CM., Milich, R, Lynam, DR., Martin, CA.: Understanding the relations among gender, disinhibition, and disruptive behavior in adolescents. J. Abnorm. Psychol., 2002, 111, 659-664.
18. Biederman J, Kwon A, Aleardi M, Chouinard, VA, Marino T, Cole H.: Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: Findings in nonreferred subjects. Am. J. Psychiatry, 2005, 162, 1083-1089.
19. Graetz BW, Sawyer MG, Baghurst, P.*:* Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2005, 44, 159-168.
20. Morey LC, Ochoa ES.: An investigation of adherence to diagnostic criteria: Clinical diagnosis of the DSM–III personality disorders. J. Pers. Disord., 1989, 3, 180-192.
21. Tversky A, Kahneman D.: Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. Science, 1974, 185, 1124-1131.
22. Dave S, Nazareth I, Sherr L, Senior R.*:* The association of paternal mood and infant temperament: A pilot study. Br. J. Dev. Psychol., 2005, 23, 609- 621.
23. Najman JM, Williams GM, Nikles J, Spence S, Bor W, O'Callaghan M, LeBrockue R, Andersen MJ.: Mothers' mental illness and child behavior problems: Cause–effect association or observation bias? J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2000, 39*,* 592-602.
24. Biederman J., Faraone S.: Harvard Mahoney Neuroscience Institute Letter, Winter 1996.
25. Herpertz-Dahlmann B.: Komorbide Storungen der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitatsstorung im Kindes- und Jugendalter. Kinder-und Jugendmedizin, 2003, 3, 148.

Adres do korespondencji:
Wydział Nauk Społecznych UAM
ul. Szamarzewskiego 89
60-568 Poznań
anowogrodzka@tlen.pl