



Evaluarea și diagnosticul tulburării de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD)
Evaluation and diagnosis of attention deficit disorder hyperactivity disorder (ADHD)

Ciobanu Adriana, dr. conf. univ. UPS „Ion Creangă”

Summary

This article provides an overview of children with Attention Deficit Disorder and Hyperactivity (ADHD), taking into account biological and etiological explanations modalities of assessments available on the behavioral manifestations. It argues that a thorough assessment of children with symptoms of ADHD include not only common side (conduct disorder, depression, low performance), but also typical irrational beliefs that generate these secondary symptoms.

Key words: Attention deficit disorder and hyperactivity disorder (ADHD), assessment, diagnosis.

Rezumat

Acest articol oferă o perspectivă de ansamblu asupra copiilor cu tulburare de deficit de atenție și hiperactivitate (ADHD), luând în considerare explicațiile etiologice biologice și modalitățile de realizare a evaluărilor valide asupra manifestărilor comportamentale. Se susține că o evaluare minuțioasă a copiilor cu ADHD include nu doar simptomele secundare frecvente (tulburări de conduită, depresie, performanță scăzută), ci și credințele iraționale tipice, care generează aceste simptome secundare.

Cuvinte cheie: Tulburarea de deficit de atenție și Hiperactivitate (ADHD), evaluare, diagnostic

Tulburarea de Deficit de Atenție și Hiperactivitate (ADHD) este una din cele mai frecvente tulburări ale copilăriei și adolescenței, estimările curente fiind conservativ plasate între 3 și 7% pentru copiii de vârstă școlară din Statele Unite. Cercetătorii au raportat că băieții au o probabilitate de șase pînă la opt ori mai mare decît fetele de a avea ADHD, cu 20 pînă la 30% dintre copiii cu ADHD avînd frați sau părinți, care sunt de asemenea afectați de tulburare (Sagvolden, 1999; Stevens, 2000).

Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale DSM-IV-TR specifică faptul că la copiii cu această tulburare apar predominant dificultăți în două arii majore: inatenția și hiperactivitatea /impulsivitatea. Mai specific, elevii au dificultăți de menținere a atenției, de realizare a sarcinilor școlare, de a rămâne așezați, de a adera la regulile clasei și de a se reține de întreruperea activităților (Netherton, 1999).

DSM-IV identifică și descrie trei tipuri de ADHD: tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, tipul predominant inatent; tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, tipul predominant impulsiv-hiperactiv și tulburarea de deficit de atenție și hiperactivitate, tipul combinat (American Psychiatric Association, 2000). Copiii care sunt diagnosticați cu tipul inatent al ADHD, manifestă în

general dificultăți de organizare, de a urma indicațiile și de a-și menține atenția. La tipul impulsiv-hiperactiv de ADHD lipsesc dificultățile de atenție, dar apar mai multe probleme de hiperactivitate și impulsivitate (ex. nerăbare, acționează fără a gândi înainte, agitație excesivă, răspunsuri impulsive și dificultate de a-și aștepta rîndul să vorbească) (Sagvolden, 1999). Tipul combinat de ADHD conține o combinație a celor două categorii, copilul manifestînd cel puțin șase simptome ce caracterizează inatenția, hiperactivitatea și impulsivitatea (Reynolds și Gutkin, 1999). Adițional, DSM-IV specifică faptul că simptomele care cauzează perturbări în funcționare trebuie să fie prezente înainte de 7 ani și trebuie să fie clară dovada perturbărilor funcționării sociale, școlare sau ocupaționale [3, 37].

Spre deosebire de multe tulburări ale copilăriei, ADHD este conceptualizată ca fiind în principal o tulburare biologică. Conform autorilor Chung, Shore și Isaacs (2001), influențele biologice, componenta genetică, evenimentele prenatale, ca de exemplu greutatea scăzută la naștere, consumul de alcool, fumatul etc., determină diferențe idiosincratice în neurotransmițătorii dopaminergici-noradrenergici (ex. dopamină, norepinefrină și epinefrină), care sunt etiologic răspunzători pentru trăsăturile centrale cognitive și comportamentale (ex. atenția și comportamentul motric). Ipoteza catecolaminelor în etiologia ADHD este susținută de observația că medicația ce reduce simptomele de ADHD crește nivelul catecolaminelor în creier (Barkley, 1998). Caracteristicile secundare ale ADHD (sub-performanța, toleranța scăzută la frustrare, dificultățile interpersonale, etc) sunt considerate a fi co-produse ale caracteristicilor centrale (Rapport et al., 2001).

Deși ADHD este considerată a fi o tulburare biologică, simptomele secundare, inclusiv toleranța scăzută la frustrare, depresia, anxietatea, performanța școlară redusă și dificultățile în relaționare pot fi explicate dintr-o perspectivă non-biologică. Să luăm în considerare fiecare din aceste simptome secundare.

Este bine documentat că acei copii care au ADHD tind să experimenteze dificultăți în eforturile lor școlare, apărînd inclusiv performanță școlară redusă, datorită deficitelor lor atenționale, dezorganizării precum și posibilelor dificultăți de învățare comorbide. Totuși, estimările variază considerabil, unele încadrîndu-se între 50 și 80% (Hinshaw, 2002). Hinshaw (1992) arată că atunci când există o discrepantă strictă între IQ - performanță, comorbiditatea între ADHD și dificultățile de învățare este de aproximativ 15%. Acest fapt este congruent cu teoria lui Barkley (1998) care susține că performanțele școlare sunt slabe la copiii cu ADHD și în lipsa dificultăților de învățare. Sub-performanța academică este previzibilă la copiii cu ADHD, deoarece inatenția, și/ sau dezorganizarea și/sau impulsivitatea îl scot pe copil din sarcină. Barkley (1998) raportează că mai mult de 50% dintre copiii cu ADHD au nevoie de o anumită formă de intervenție/tutorat școlar, cu aproximativ o treime fiind plasați în anumite forme de educație specială și o altă treime rămînînd repetenți o clasă pe parcursul școlii [2, 195].

Există două aspecte centrale ale performanței copiilor cu ADHD pe care sugerăm ca psihopedagogii speciali să le abordeze: auto-evaluarea globală negativă și stările afective depresive rezultante și toleranța scăzută la frustrare, incluzând patternurile de evitare a sarcinilor. Ca rezultat al experiențelor de eșec repetate, probabil datorită predispoziției lor naturale, mulți copii cu ADHD se evaluează global ca „proști” sau se consideră „ratați”. Datorită acestui tip de imagine de sine, copiii cu ADHD se angajează în profeții auto-confirmatorii și pot avea performanțe sub capacitatea lor normală. Mai mult, acești copii au o abordare generală a învățării, caracterizată de toleranță scăzută la frustrare, care se manifestă în multe domenii, incluzând performanțele școlare. Când cei mici abordează sarcinile școlare considerând că „Nu pot suporta acest lucru. Este prea greu pentru mine. Ar trebui să fie mai ușor”, este puțin probabil să persevereze. Ca rezultat, achizițiile în învățare și notele au de suferit. Când toleranță scăzută la frustrare conduce spre evitarea sarcinilor de învățare și performanțele academice scăzute conduc spre auto-evaluare globală negativă și depresie, apare un cerc vicios. Impactul auto-evaluării globale negative și al toleranței scăzute la frustrare oferă copilului un set mental care nu este favorabil performanțelor școlare.

Există numeroase dovezi că cei cu ADHD experiențiază frecvent probleme sociale comorbide și comportament agresiv, incluzând chiar, în cazuri extreme, tulburări de conduită (Levinson et al., 2004). O înțelegere a furiei și a patternurilor antisociale de comportament poate fi obținută prin examinarea credințelor iraționale ale copiilor cu ADHD, care experiențiază și dificultăți interpersonale. De exemplu, Dodge și Somberg (1987) au indicat că stilurile cognitive ale copiilor cu tulburări de conduită pot fi caracterizate de interpretarea frecvent eronată a indiciilor sociale, de cerințe iraționale, de extragerea concluziilor ostile, de exemplu „Ar trebui să fiu inclus și eu în joc”, „Ar trebui să mă trateze bine”, „Este groaznic” (catastrofare), „Nu pot suporta să fiu exclus” (toleranță scăzută la frustrare), „Copiii care mă tratează rău sunt foarte răi și merită să fie pedepsiți” (evaluarea globală a altora) [1, 98].

Copiii cu ADHD au tendința de a experienția depresie, ca rezultat al eșecurilor repetate și respingerilor. Teoria rațional-emoțională și comportamentală sugerează că atunci când persoanele au cerințe rigide de la propria persoană (ex. „Trebuie să fiu plăcut/iubit/competent...”) și ulterior se auto-depreciază (ex. „...și dacă nu este așa atunci sunt de neiubit/un nimeni/un incompetent”), rezultatul va fi depresia. Bernard și Cronan (1999) au identificat, prin analiza factorială a Scalei de Iraționalitate a Copilului și Adolescentului, un pattern de gândire irațional, distinct, general, ce implică auto-evaluarea globală negativă a copiilor, atunci când li se întâmplă ceva rău. Având în vedere multele dificultăți atenționale și comportamentale inerente în ADHD, unii copii cu acest diagnostic se angajează în realizarea acestui tip de cerințe absolutiste și în auto-evaluarea globală negativă, ceea ce conduce spre

emoții de depresie. Mai mult, aceste cerințe absolutiste și auto-evaluarea globală negativă sunt acompaniate de distorsiuni/ erori cognitive identificate de Beck, incluzând gândirea alb/negru, suprageneralizarea, predicțiile negative și neajutorarea (De Rubeis, 2001).

Copiii care prezintă simptome congruente cu un diagnostic de ADHD sunt adesea trimiși la specialist de părinți și profesori, posibil chiar mai frecvent decât în cazul altor tulburări ale copilăriei. În principal, acest lucru se poate datora faptului că elevii care prezintă aceste simptome impun mai multe probleme de management care necesită ajutor suplimentar pentru părinți și profesori. Așadar, este esențial de obținut un diagnostic acurat pentru a concepe planul de tratament, diagnosticul fiind derivat dintr-o abordare empirică, multi-dimensională.

Există un număr de capcane în diagnosticul ADHD, a căror conștientizare ar putea aduce beneficii psihologului. În special, criteriile DSM pot descrie de asemenea și copii „normali”, fiind așadar important pentru psiholog să cunoască criteriile corespunzătoare vârstei, mai ales în diagnosticarea copiilor mici. Mai exact, manifestările comportamentale sunt comune pentru mulți copii de această vârstă, și dacă da, din ce punct devin un domeniu de interes psihologic [1, 146].

O altă capcană ce solicită atenție este că acele comportamente problematice menționate anterior sunt considerate a constitui o tulburare doar când împiedică funcționarea de zi cu zi în 2 sau mai multe domenii. Poate fi util pentru psiholog să privească contextul în care copilul manifestă comportamentul și modul în care mediul (ex. adaptarea școlară) îl poate afecta pe copil. Așadar, psihologii ar putea beneficia de colectarea „datelor” pentru potențialul diagnostic din mai multe surse și în contexte multiple.

O altă capcană este faptul că, deși diagnosticul este realizat după o evaluare comprehensivă, practicienii se bazează frecvent pe forme de evaluare a diagnosticului care pot avea o natură mai subiectivă. Cercetarea ce examinează diferențele biologice cu funcție diagnostică este încă în dezvoltare și, ca atare, este posibil să ne bazăm prea mult pe observație, interviuri clinice și scale de evaluare. Deși este posibil să existe anumite diferențe la EEG între elevii cu ADHD și cei fără ADHD, acest lucru nu a fost încă dovedit. Adicional, deși s-a descoperit că cei cu ADHD au ganglionii bazali și cerebelul scufundate în dopamină și așadar, mai mici decât alte structuri, poate să nu fie necesară o examinare neurologică completă, dacă este realizată o evaluare comprehensivă. Acuratetea diagnosticului de ADHD poate fi mai departe îngreunată de faptul că ADHD prezintă suprapuneri semnificative cu alte diagnostice. Kube (2002) arată că 40% din copiii trimiși la terapie pentru ADHD aveau de fapt alte tulburări, incluzând retardul mental și dificultățile de învățare. Lewinsohn (2004) estimează că mai mult de jumătate din elevii cu ADHD au cel puțin o tulburare subclinică, mai mult de 50% din copiii diagnosticați cu ADHD având tulburare de conduită sau tulburarea opoziționismului provocator. Un număr de alte tulburări (ticuri, abuz de substanțe, tulburare bipolară, tulburare de

personalitate antisocială) trebuie luate în considerare în realizarea diagnosticului de ADHD. În plus, clinicienii ar putea beneficia de examinarea disfuncțiilor/tulburărilor familiei, deoarece a avea un copil cu ADHD predispune familiile la conflicte, stres crescut și divergențe maritale sporite (Hinshaw, 2002).

Din nefericire, simptomele distincte de ADHD descrise anterior pot să apară într-o anumită măsură la mulți copii. Acest lucru poate fi rezultatul a numeroși factori/condiții, și face ca diagnosticul diferential pentru ADHD să fie foarte dificil pentru psiholog. Având în vedere că, după cum s-a menționat anterior, ADHD tinde să aibă o comorbiditate ridicată atât cu tulburările de externalizare cât și cu tulburările de internalizare, evaluarea acurată este cu atât mai importantă. Așadar, psihologul va beneficia de selectarea instrumentelor de evaluare, care se adresează specific simptomelor specifice de ADHD, precum și de evaluarea acelor simptome/tulburări (ex. depresie, anxietate) care tind să fie observate împreună sau pot fi considerate consecințe ale diagnosticului de ADHD. La fel ca în cazul multor alte tulburări ale copilăriei, o evaluare acurată a ADHD necesită informații despre gradul în care aceste comportamente deviază de la nivelele corespunzătoare vârstei [2, 69].

Miles (2000) a raportat că printre psihologii școlari, scalele de evaluare a comportamentului sunt cele mai utilizate instrumente de evaluare. Ele au devenit o parte vitală a evaluării ADHD, deoarece oferă date normative despre nivelul simptomatologiei în contexte multiple (ex. acasă, la școală). În prezent, există un număr de scale de evaluare bine construite, standardizate la nivel național, ce facilitează diagnosticarea ADHD. Au fost realizate o serie de review-uri minuțioase privind caracteristicile psihometrice ale acestor scale pentru evaluarea ADHD (Anastopoulos și Shelton, 2001; Barkley, 1998; Hinshaw și Nigg, 1999). Cel mai frecvent utilizate scale sunt instrumentele Connors (Connors, 1997), BASC (Reynolds și Kamphaus, 1994), ADDES (McCarney, 1995) și CBCL (Achenbach, 1991).

Din nefericire, mare parte din aceste studii se concentrează pe evaluarea copiilor peste vârsta de cinci ani, ceea ce este problematic, deoarece debutul simptomelor de ADHD apare tipic în anii preșcolari (Anastopoulos și Shelton, 2001). În plus, debutul precoce al simptomelor este asociat cu o probabilitate mai mare de tulburări comorbide și perturbări în funcționare. Sugestia lor este susținută mai departe de cercetările ce demonstrează o asociere între problemele comportamentale prezente în copilăria mică și problemele comportamentale ulterioare (Campbell, 1995; Pierce et al., 1999).

Ca rezultat, o identificare timpurie și acurată a simptomelor de ADHD, poate permite dezvoltarea unor intervenții clinice mai specifice, concepute să maximizeze potențialul copilului și să prevină dificultățile viitoare. Cu toate acestea, evaluarea și diagnosticul ADHD în copilăria mică este adesea dificil (McCarney, 1995), deoarece la aceste vârste este mai complicată distincția între nivelurile normale și cele deviate de hiperactivitate, impulsivitate și inatenție (Shelton și Barkley, 1993). Ca

rezultat, psihologii se bazează pe aceste scale, precum și pe alte strategii de investigare, pentru evaluarea ADHD [3, 58].

Interviurile structurate de diagnostic pot fi foarte utile psihologului pentru înțelegerea nivelului de perturbare a funcționării și pentru facilitarea diagnosticului. Având în vedere că ADHD este asociat cu perturbări ale funcționării în trei domenii (Jensen și C 2002): relații sociale, performanțe școlare și profesionale și vătămări non-intenționale aceste informații pot fi, de asemenea, utile de obținut. Interviurile structurate sunt pentru diagnosticul diferențial în ADHD și s-au dovedit a fi instrumente de evaluare valide (Goldman, Schwab-Stone, 1996; Schaffer, 1996) și constituie observații comportamentale de care depinde diagnosticul. Este important a lua în considerare că, cu cât este mai mare nevoia de concentrare și cu cât mai puțin interesant este stimulul, cu atât este mai greu pentru copilul cu ADHD să se concentreze (mediul școlar prezintă frecvent aceste caracteristici pentru copil), aspect ce face ca observațiile profesorilor și părinților să fie cruciale pentru diagnostic (Jensen și Cooper, 2002).

Având în vedere modelul etiologic biologic în ADHD și manifestările comportamentale ale tulburării, o arie adesea ignorată se referă la cognițiile care sunt frecvent asociate cu tulburarea. Este importantă evaluarea acestor cogniții, deoarece, dacă nu sunt abordate, se pot dezvolta tulburări emoționale secundare și posibile exacerbări ale simptomelor care sunt parte a tulburării. Astfel, vom contura convingerile iraționale și eronate, pe care clinicienii pot dori să le evalueze și să le abordeze la elevii cu ADHD și la familiile lor.

După cum a fost menționat anterior, copiii și adolescenții cu ADHD, datorită deficitelor în abilitățile sociale ce conduc spre respingere socială și datorită dificultăților școlare, pot, ca rezultat, să se evalueze negativ. Mulți dintre acești copii vor spune în ședință că „Sunt un ratat. Nimeni nu mă place. Sunt prost”. Ca și consecință, ei experimentează sentimente cronice de inferioritate care interferează cu abilitatea lor de a se adapta și de a realiza un coping eficient cu tulburarea. Acești copii pot experimenta depresie sau sentimente de disperare, retragere socială suplimentară, neavând oportunitatea de a dezvolta abilități sociale adecvate [1, 57].

Alternativ (uneori simultan), în fața respingerii sociale sau a experiențelor de eșec școlar, ei pot să-și evalueze global pe ceilalți (ex. „Sunt proști”), ceea ce dă naștere la emoții extreme de furie, care împiedică eforturile lor de a avea succes la școală și în relații. În ambele cazuri, când se lucrează cu copiii, este crucial să se discute conceptele de auto-evaluare globală personală și de evaluare a altora. Acest lucru este deosebit de important în ADHD deoarece, cel puțin de-a lungul anilor de școală, acești copii pot realmente să ducă o luptă în domeniul școlar și social. Dacă se evaluează ca fiind total proști, orice dificultate școlară sau socială poate fi exacerbată de un asemenea stil cognitiv. Acceptarea necondiționată de sine și acceptarea altora, deși sunt concepte dificil de învățat și pentru ar trebui să fie un punct central în terapia copiilor și adolescenților cu ADHD.

Bibliografie:

1. Ellis Albert, Michael E. Terapia rațional emotivă și comportamentală în tulburările copilului și adolescentului. Teorie, Practică și Cercetare. Cluj-Napoca, Ed.RTS, 2007. 464 p.
2. Barkley R.A., Attention Deficit Disorder and Hyperactivity: A handbook for diagnosis and treatment. New York, 2002.
3. Заваденко Н.Н., Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. Москва, Академия, 2005. 256 с.

Primit 18.05.2016