

СИНДРОМЪТ НА ДЕФИЦИТ НА ВНИМАНИЕТО С ХИПЕРАКТИВНОСТ – ИДЕНТИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ

Милена Манова

Some children have difficulties and apparently can't sit still, pay attention or follow instructions and rules. If these problems persist and interfere seriously with schoolwork and family life the children may be diagnosed as having attention deficit disorder (ADD). Formerly known as minimal brain damage or dysfunction, hyperkinesias and hyperactivity, the disorder received its present official name about 20 years ago. The major symptoms are hyperactivity, impulsiveness and inattentiveness. The symptoms are now thought to continue into adulthood, taking new forms with age.

Да си представим дете на 5 години, което усърдно се движи, прескачайки от едно място на друго, включвайки се в различни дейности, но без интересът към тях да е устойчив за дълго време. То остава множество вещи след себе си и без мисъл за последствията се втурва към улицата, независимо от многобройните предупреждения за опасностите. В общуването с другите деца не е по-различно, но тенденцията за свръхактивност го кара да се движи непрекъснато. Родителите му не знаят какво да правят. Понякога чуват успокояващите думи: „Децата са си такива“ или „Не се тревожете — с времето ще се оправи“, но това не се случва...

До 1940 г. психиатрите са етикетирали различно децата, които проявяват необичайна активност спрямо стимулите на средата. „Минимална мозъчна дисфункция“ или „хиперкинезия в детска възраст“ са най-често поставяните диагнози. В последните 20 години това нарушение бе обозначено като „дефицит на вниманието с хиперактивност“. В ревизираното издание на Диагностичния и статистически справочник на психичните нарушения — (DSM—III-R) Американската психиатрична асоциация през 1987 г. приема за коректно наименованието „Нарушения с дефицит във вниманието със или без хиперактивност“ — (Attention Deficit-Hyperactivity Disorder) (Barkley, R. 1990; 1998). Объркването и вариациите в диагностичното кодиране произтичат от търсенето на нозологична единица, която да обедини динамичните усилия на учените за диагнос-

тична яснота. В крайна сметка диагнозата е пример за описателно обозначение на синдрома, като се има предвид неговата природа и етиология.

Един от първите опити да се концептуализира нарушението датира от 1902 г., когато Джордж Стил публикува серия от лекции в Английския кралски колеж, като подробно описва група деца от своята клинична практика, отличаващи се с крайно агресивно и неустойчиво поведение, с повишена емоционалност и демонстрация на нисък самоконтрол. Той категоризира симптомите като различни типове дефекти в „моралния и волеви контрол“. Стил изказва предположение, че тези дефекти са резултат от биологични фактори, а не толкова от отсъствие на адекватен обучителен тренинг (по *Barkley, R.*, 1990). Той допуска като причина за появата на хиперактивността възможна наследственост или пре- или постнатални увреждания на централната нервна система.

През последните 35 години децата с подобни проблеми са обект на изследователски интерес по-скоро заради моторната несдържаност, отколкото заради неадекватното социално общуване. След Втората световна война Страус и Летинен подкрепят идеята, че дезорганизираността и липсата на концентрация са де факто доказателство за мозъчна увреда. Резонно е било да се мисли, че ако тези деца демонстрират импулсивност, хиперактивност и невнимание, това е следствие от мозъчно увреждане, което изследователите наричат „минимална мозъчна увреда“. По-късно други учени правят опити да дефинират нарушението на моторната активност като девиантно спрямо нормалното поведение и трансформират термина като „минимални мозъчни дисфункции“. Много от научните доклади фокусират вниманието си именно върху обективното изследване на двигателната активност и нейното повлияване от лекарството. В крайна сметка връзката на хиперактивността с неврологична увреда се отхвърля, като просто се заменя с термина „детски хиперактивен синдром“ от Американската психиатрична асоциация през 1968 г. или с „хиперкинетични разстройства в детска възраст“, както е и до днес в европейската класификация на проблема. Днес не е пресилено да се твърди, че АДНД е сред най-разпространените невробиологични нарушения в детска възраст. Единодушно се приема, че в основната симптоматика се манифестират *разстройството на вниманието, хиперактивното поведение и импулсивността*. Представените симптоми преобладават в детска възраст, но могат да се наблюдават и в ранното юношество и в зрелостта. Ранното разпознаване, диагностичната оценка и добър мениджмънт на това състояние може да подпомогне обучителните и психосоциални постижения на децата с хиперактивен синдром (The ICD-10, 1992).

Клиничните и епидемиологичните изследвания непрекъснато ревизират диагностичните критерии. Проучванията на детската популация доказват наличие на симптоматиката в широко вариращи граници от 4 до 12%. Обобщено, би могло да се приеме, че процентното съотношение е 9,2% за момчетата и около 2,9 % от момчетата имат поведенчески отклонения. Повечето от момчетата са диагностицирани като преобладаващи с разстройства във вниманието, а не с доминанта в моторната активност.

Европейска класификация

В Европа се говори за *хиперкинетични разстройства*. Според европейската категоризация това са обединяващи нарушения, характеризиращи се с: 1) ранно начало; 2) съчетание между хиперактивно, зле модулирано поведение с подчертано невнимание и отсъствие на устойчивост в изпълнението на задачите и 3) поведенческите характеристики се повтарят в различни ситуации и са устойчиви във времето.

Нарушеното внимание и хиперактивността трябва да са налице *едновременно и в комбинация, за да се диагностицира хиперкинетичен синдром. Друго важно изискване е те да се проявяват в повече от една ситуация — в училище, у дома, в игрите.*

Хиперкинетичните разстройства възникват рано — обикновено през първите 5 години от живота на детето. Съществена тяхна особеност е отсъствието на постоянство в когнитивните дейности и тенденция към бърза преходност от една дейност към друга, без да се довършва започнатото. Наред с това се наблюдава хаотичност и прекомерна активност. Регулацията на самоконтрола е силно занижена и се приема като основен маркер за диагностична оценка. Хиперактивността включва повишена двигателна подвижност и неспокойствие, особено в структурирани и зададени дейности, изискващи относителен покой. Това състояние обикновено включва: бягане, скачане, ставане от мястото, когато изискването е децата да останат седнали или прекомерно шумно поведение, въртене, приказливост. В подобни ситуации, разбира се, критерият за оценка е в сравнението с другите деца на същата календарна възраст, с подобен коефициент на интелигентност и тяхната реакция в аналогичен контекст.

Нарушеното внимание е вторият главен параметър. Устойчивостта и разпределението на вниманието са проблематични. Децата лесно губят интерес, но в сравнение с приетите стандарти за норма нямат отклонения спрямо другите деца по отношение на перцептивната превключваемост. Дефицитът на вниманието е по-скоро към рутинните ангажменти на детето, например, в училище. За Баркли това не е патологична разсеяност, а по-скоро мотивационен проблем (Barkley, R., 1990). Децата се разсейват поради отсъствие на захранващи стимули и завишена тенденция към търсене на нови. Изследователят говори за спонтанен отказ от спазване на определени норми или задачи с инструкции, заради потребността на детето да търси все по-нови и атрактивни обекти на своя интерес. В такъв случай разстройството на вниманието не е първично нарушено, а е следствие от невъзможността на детето да установява контрол над своето поведение. Именно тази спонтанност (импулсивност), изразена в недообмисленост и безразсъдство е по-диференциращият критерий за синдрома на хиперактивност.

За да се говори за синдром, е необходим и поглед към социалните отношения, а те обикновено са белязани с отсъствие на дистанция и прекалена невъздържаност. Нарушаването на социалните правила нерядко е причина децата да се включват в категорията на деца с дисоциално поведение. Те са изолирани и непопулярни и сред връстниците си.

Специфично е нарушението в когнитивните процеси, особено в планирането, перцепцията, симултанните и суксесивните процеси. В НУВ повечето от децата с АДХД имат вариращи нарушения в изпълнението на академични задачи. Обучителните трудности (четене, писане, смятане, езикови способности и визуално-пространствено ориентиране) скоро започват да се манифестират. По данни на Американската академия на педиатрите дислексичните проблеми са най-често срещаният съпътстващ симптом с процентни вариации от 12% до 60 %. Като тийнейджъри едва малък процент от децата с АДХД надрастват проблема. Повечето от тях (около 75%) по данни на Уейс и Хечтмън продължават да имат проблеми в училище и в общуването с връстници и родители (Clinical Practice Guideline, 2000). В юношеска възраст формите на проявление на АДНД се модифицират. Често се развива поведение на противопоставяне и предизвикателство като характерни черти са негативизмът и неспособността за коопериране с възрастните и връстниците. Депресивните състояния и засиленото ниво на тревожност се оценява като устойчиво при около 20% от децата с АДНД (Technology Assessment, 1999).

В ПУВ разпознаването на хиперактивността и дефицита на вниманието е сложно, поради трудното дефиниране границите на нормата. Но основната поява на хиперактивния синдром като отклонение е във възрастта между 3—4 години. ПУВ е индикатор за наличието на екстремална активност, а при повечето от около 6-годишните деца се наблюдава разпознаваема симптоматика и се идентифицират проблемни по отношение на вниманието, импулсивността и двигателната свръхподвижност.

Диагностични критерии — Американска класификация

Според DSM-IV, скалата, публикувана от Американската психиатрична асоциация, могат да се дефинират три основни типа на синдрома (DSM-IV — Diagnostic Criteria, 1995):

1. АДНД от преобладаващо хиперактивно-импулсивен тип;
2. АДНД от преобладаващи дефицити във вниманието и
3. АДНД от тип, комбиниран между двата субтипа.

Разликата между тях е в преобладаващия симптом. Оценката за АДНД изисква:

1. Събиране на доказателства, получени от родителите или настойниците, включващи синдромологичните прояви в различни ситуации, възрастта на поява на симптоматиката, продължителността и степента на функционалното нарушение.

2. Изискват се доказателства, директно получени от учителя на детето (или от други училищни специалисти) за поведението му в училище.

3. Необходимо е описателно представяне на асоциираните съпътстващи симптоми като поведенческо разстройство, депресия, тревожност, езикови отклонения и обучителни трудности.

4. Често се прилагат други диагностични тестове, свързани с измерване на интелектуалния коефициент или на степента на училищни затруднения.

Детето се преценява според проявите на трите критерия, взети за отправна точка в изготвянето на диагностичната оценка, а те са: *дефицит на внимание-*

то, хиперактивност и импулсивност. За да се говори за *дефицит на вниманието*, шест или повече от следните симптоми е необходимо да бъдат налице поне в продължение на 6 месеца от развитието на детето: 1) Вниманието е избирателно насочено към детайли. Допускат се грешки поради небрежност в учебната дейност; 2) Трудности в поддържането на внимание в игровата дейност или към определени задачи; 3) Разсеяност и отсъствие на концентрация в директен разговор; 4) Трудности в следването на инструкциите, незавършеност в изпълнението на възложените задачи (но не заради неразбиране на инструкцията); 5) Често срещани затруднения при организирането на дейността и на задачите; 6) Често се избягва включването в задачи, изискващи умствено усилие като домашна работа или училищна дейност; 7) Честа загуба на предмети, например, играчки, училищни принадлежности, книги и др.; 8) Често разсейване от външни стимули и 9) Често забравяне на всекидневните си дейности.

Хиперактивност

Характеризира се с : 1) Подвижност, неспокойствие и въртене на мястото си; 2) Често напускане на мястото си в класната стая или в други ситуации, изискващи относителен покой; 3) Скачане и катерене в ситуации, за които този тип поведение е неприемливо; 4) Шумна игра и трудности при включването в различни дейности; 5) Готовност за действие във всеки момент и 6) Говор на висок глас.

Импулсивност

Тя може да се опише с: 1) „Изстрелване“ на отговорите, преди въпросите да са зададени докрай; 2) Прекъсване на другите в разговор или игра и 3) Трудност в очакването на реда да детето в игрите.

Част от симптомите на хиперактивност-импулсивност-невнимание, които предизвикват нарушението, се демонстрират преди 7-годишна възраст.

— Симптомите се наблюдават в две или повече различни ситуации (училище, семейство, работа);

— Необходимо е да има ясни клинично доказани нарушения в социалното и академично функциониране на детето;

— Симптомите са различни от дисоциативни разстройства на развитието, личностови разстройства, психотични или ментални отклонения.

Как се идентифицира и диагностицира АДНД?

Много родители виждат проява на невнимание и свръхактивност у децата си много преди те да са тръгнали на училище, например, бързата загуба на интерес по време на игра. Случва се родителите да разпознаят своите прояви от детството, когато диагнозата на детето им е вече оформена.

Отново се акцентира върху многоканалното събиране на информация за детето, за да се удостовери доказателствената ѝ сила. В изготвянето на диаг-

ностичната хипотеза, а по-късно и вероятната диагноза, са необходими уменията на детски психиатър, невролог и/или психолог. Таблицата по-долу илюстрира областите и дейностите на различни специалисти.

Специалисти	Могат ли да диагностицират ADHD?	Могат ли да изписват медикаменти, ако е необходимо?	Могат ли да осъществяват консултация или терапия?
Психиатри	Да	Да	Да
Психолози	Да	Не	Да
Педиатри и лични лекари	Да	Да	Не
Невролози	Да	Да	Не

Стъпките в диагностицирането са следните:

1. Събира се информация за поведението на детето, сравнява се с ДСМ-класификатора. Това включва разговор с детето и наблюдаването му в различен контекст.

2. Молят се родителите и учителите да споделят наблюденията си за детето, за да се съпостави поведението му с това, на връстниците му. Родителите описват ситуации и използват рейтинг-скалата, за да определят колко често се наблюдават споменатите показатели.

3. Понякога е добре да се подложи детето на тест за интелигентност и училищни постижения, за да се индикират обучителни трудности.

4. Специално внимание се обръща на детското поведение в неструктурирана ситуация, както и по време на специално зададена задача — четене, иницирирана игра и др.

В заключение, преди да вземе решение, диагностикът е необходимо да отговори на доста въпроси: Кои от изброените симптоми проявява детето? Каква е тяхната честота? В какви ситуации се демонстрират симптомите? На колко години е било детето, когато са забелязани първите симптоми? Дали поведението е наблюдаемо при общуване с връстници, в училище или у дома? Има ли детето съпътстващи проблеми? По този начин, специалистите придобиват яснота доколко забележима и продължителна е проявата на дискутираната симптоматиката.

ЛИТЕРАТУРА

- Barkley, R. (1990). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for Diagnosis And Treatment.
- Barkley, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Scientific American, September 1998.
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder (1994). NIMH Publication, 96.
- Clinical Practice Guideline (2000). Pediatrics, vol. 105, 5, May, Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.
- DSM-IV — Diagnostic Criteria. (1995).
- Technology Assessment. (1999). Evidence—Report, 11, December. Treatment of ADHD.
- Harvard Mental Health (2000). August, Attention Deficit Disorder.
- The ICD — 10. (1992). Classification of Mental and Behavioral Disorders.
- Mash, E. & Barkley, R. (1986). Treatment of Childhood Disorders: Guilford Press.