

## Diagnoza zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u dzieci w wieku przedszkolnym

The diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children

<sup>1</sup> Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

<sup>2</sup> Klinika Psychiatrii Wieków Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk

Correspondence to: Anna Orylska, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Sekretariat Studiów Doktoranckich,

ul. Chodakowska 19/31, 03-815 Warszawa, tel. kom.: 504 709 039, e-mail: aorylska@swps.edu.pl

Source of financing: Department own sources

### Streszczenie

Choć rozpowszechnienie ADHD w populacji dzieci w wieku przedszkolnym wynosi około 4,9%, proces diagnostyczny w tym wieku jest trudny, gdyż kryteria diagnostyczne odzwierciedlają raczej obraz kliniczny zaburzenia w wieku szkolnym. Wciąż relatywnie mało prac poświęca się temu tematowi, mimo że wczesne rozpoznanie ADHD i interwencje terapeutyczne mogą zapobiec krótko- i długoterminowym następstwom tego zaburzenia. Trudności diagnostyczne w wieku przedszkolnym są związane z dynamicznym rozwojem dziecka, jego nabywanymi umiejętnościami społecznymi, behawioralnymi oraz poznawczymi. ADHD może być rozpoznane u dzieci w wieku przedszkolnym na podstawie szczegółowego wywiadu rozwojowego, rodzinnego, wywiadu klinicznego w kierunku objawów ADHD oraz wywiadu opartego na kryteriach diagnostycznych wg ICD-10 i DSM-IV-TR, dostosowanego do okresu rozwojowego. Niezbędnym krokiem diagnostycznym ADHD jest przeprowadzenie diagnozy różnicowej. W artykule podkreślono wagę narzędzi uzupełniających, m.in. kwestionariusza Conners Early Childhood (CEC), przeznaczonych do wczesnej identyfikacji problemów w sferze behawioralnej, społecznej i emocjonalnej u dzieci w wieku od 2 do 6 lat. Miary CEC dotyczą 2 obszarów – zachowania oraz aspektów rozwojowych. Innym narzędziem jest Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool (BRIEF-P), przeznaczony do oceny funkcji wykonawczych u dzieci w wieku od 2 do 5 lat. Artykuł jest próbą wyjaśnienia trudności napotykanymi w diagnozowaniu ADHD u dzieci w wieku przedszkolnym oraz zwraca uwagę na złożoność procesu diagnostycznego z użyciem wybranych kwestionariuszy przeznaczonych do oceny małych dzieci.

**Słowa kluczowe:** zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, ADHD, dzieci w wieku przedszkolnym, diagnostyka, profil neuropsychologiczny

### Summary

The research shows that approximately 4.9% of preschool-aged children meet the criteria for ADHD. However, the diagnosis at this age is quite difficult because ADHD criteria describe symptoms of school-aged children. The diagnosis of ADHD in preschool is rarely investigated or described. However, an early diagnosis of ADHD and therapy can prevent short- and long-term consequences. The diagnostic difficulties at the preschool age are connected with the child's dynamic development, acquired social, behavioural and cognitive capabilities. ADHD can be diagnosed in preschool-aged children on the basis of the child's development and family interview, clinical interview including ADHD symptoms described on ICD-10 and DSM-IV-TR. An indispensable diagnostic step in ADHD is the differential diagnosis. The article emphasizes the importance of the tools which should be used during the diagnostic process. The Conners Early Childhood aids in the early identification of behavioural, social, and emotional problems for preschool children aged from 2 to 6. The CEC also assists in measuring whether or not the child is appropriately meeting major developmental milestones (Adaptive Skills, Communication, Motor Skills, Play, and Pre-Academic/Cognitive). The Behaviour Rating Inventory of Executive Function – Preschool (BRIEF-P) is the tool for screening, assessing, and monitoring of a young child's executive functioning and development (age from 2 to 5). The article tries to explain the difficulty of the diagnostic process in ADHD children at such a young age. Additionally, it presents some tools with which to diagnose and prescribe children at the preschool age.

**Key words:** attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD, preschool children, diagnosis, neuropsychological profile

## WSTĘP

Historia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit/hyperactivity disorder*, ADHD) sięga początków XX wieku, jednakże nadal diagnostyka dzieci z ADHD w wieku przedszkolnym pozostaje dużym wyzwaniem. Jednocześnie wiadomo, że wczesne rozpoznanie i interwencje terapeutyczne mogą zapobiec krótko- i długoterminowym następstwom ADHD<sup>(1,2)</sup>.

ADHD to zaburzenie sklasyfikowane w DSM-IV-TR przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne<sup>(3)</sup> oraz w ICD-10 wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych<sup>(4)</sup>, gdzie występuje pod nazwą zespołu hiperkinetycznego. Obie klasyfikacje opisują triadę objawów ADHD, do której należą problemy z utrzymaniem uwagi, nadmierna impulsywność oraz nadruchliwość, nasilone w stopniu niewspółmiernym do wieku i poziomu rozwoju dziecka<sup>(5)</sup>. ADHD to zaburzenie rozwojowe, którego objawy są różne na różnych etapach dojrzałości ośrodkowego układu nerwowego, jednakże kryteria diagnostyczne stosowane w rozpoznawaniu ADHD są najbardziej charakterystyczne dla dzieci w wieku szkolnym i nie uwzględniają zmian rozwojowych oraz zmieniającego się obrazu objawów na przestrzeni życia<sup>(6)</sup>. Dzieci w wieku przedszkolnym zdecydowanie częściej prezentują zachowania charakterystyczne dla podtypu z nadruchliwością i impulsywnością<sup>(7,8)</sup>, z kolei dzieci z ADHD w wieku szkolnym częściej mają problemy związane z deficytami uwagi<sup>(9)</sup>.

Nadal niewiele badań nad ADHD dotyczy dzieci w wieku przedszkolnym<sup>(10)</sup>, mimo że rozpowszechnienie ADHD w wieku przedszkolnym kształtuje się średnio na poziomie 4,9%<sup>(11)</sup>.

## KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ADHD

Kryteria diagnostyczne zamieszczone w klasyfikacjach DSM-IV-TR i ICD-10 uwzględniają 9 objawów zaburzeń koncentracji uwagi oraz 9 objawów nadmiernej aktywności (nadruchliwości) i impulsywności (5 objawów nadruchliwości i 4 objawy impulsywności)<sup>(3,4)</sup>. Objawy muszą być widoczne w więcej niż jednym środowisku (np. w domu i w szkole), przez okres co najmniej 6 miesięcy, powodować istotne kliniczne cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego (muszą występować często lub zawsze, a nie od czasu do czasu). Zaburzenie nie może spełniać kryteriów całościowych zaburzeń rozwojowych, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego ani zaburzeń lękowych. DSM-IV-TR wyróżnia 3 podtypy ADHD (z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi, z przewagą nadruchliwości i nadmiernej impulsywności oraz podtyp mieszany), natomiast wg ICD-10 w zespole hiperkinetycznym nie wyróżnia się podtypów. Posługiwanie się kryteriami diagnostycznymi opisanymi w ICD-10 lub w DSM-IV-TR wymaga dużej wiedzy i doświadczenia, gdyż kryteria te nie uwzględniają specyfiki związanej z wiekiem dziecka. Podkreśla się jednak konieczność stwierdzenia, że dane zachowanie nie jest zgodne z wiekiem rozwojowym i występuje znacznie częściej niż u rówieśników.

Zarówno kryteria diagnostyczne ICD-10, jak i DSM-IV-TR zwracają uwagę na obecność symptomów przed 7. rokiem życia.

## TRUDNOŚCI DIAGNOSTYCZNE U DZIECI W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

W licznych badaniach wykazano, że objawy ADHD pojawiają się we wczesnym dzieciństwie, prawie zawsze przed 5., a często przed 2. rokiem życia. Wraz z rozwojem dziecka symptomy zmniejszają swoje nasilenie oraz zmienia się charakter problemów związanych z ADHD<sup>(12,13)</sup>.

W literaturze wciąż relatywnie mało miejsca poświęca się diagnostyce ADHD w wieku przedszkolnym, mimo że między 3. a 4. rokiem życia objawy ADHD są bardzo intensywne i wywierają negatywny wpływ na funkcjonowanie dziecka oraz są uciążliwe dla jego otoczenia<sup>(13)</sup>, a nasilone objawy mogą prowadzić do odrzucenia i braku akceptacji dziecka przez jego otoczenie, częściej niż w populacji skutkując stosowaniem wobec niego przemocy<sup>(14)</sup>.

Trudności diagnostyczne w tym wieku wiążą się z dynamicznym rozwojem, różnicami indywidualnymi w prawidłowym rozwoju dziecka oraz zmieniającym się z wiekiem obrazem klinicznym. Wiek przedszkolny jest okresem intensywnego rozwoju umiejętności społecznych, w tym czasie dzieci nabywają zdolności właściwych interakcji z rówieśnikami oraz z osobami dorosłymi. Uczą się podążać za poleceniami oraz postępować zgodnie z pisanymi i niepisanymi zasadami oraz regułami wyznaczanymi przez dane środowisko. To właśnie wtedy dzieci nabywają umiejętności społeczne, behawioralne i poznawcze, które pozwalają im na prawidłowe przystosowanie i funkcjonowanie w przedszkolu, a potem w szkole.

U dziecka w wieku przedszkolnym intensywnie kształtują się funkcje wykonawcze. Rozwój kontroli uwagi pozwala dziecku w odpowiednim czasie kierować i utrzymywać uwagę na głównym bodźcu, np. na nauczycielu prowadzącym zajęcia dydaktyczne, a nie na innym atrakcyjniejszym dla niego bodźcu lub na innych nieistotnych bodźcach rozpraszających uwagę<sup>(15)</sup>. Szczególnie trudne jest postawienie diagnozy ADHD przed 4. rokiem życia, gdyż rozwój dzieci w tym okresie jest zdecydowanie bardziej osobniczo zmienny niż w latach późniejszych, a pewne zachowania charakterystyczne dla tego wieku rozwojowego mogą być zbliżone do objawów ADHD. Zachowania, takie jak duża aktywność, krótki czas koncentracji, niemożność poczekania na odroczonej nagrodę, duże spektrum zachowań impulsywnych, niechęć do wykonywania poleceń rodziców (bunt okresu dzieciństwa) są zachowaniami niewykraczającymi poza normę w wieku wczesnopreszkolnym (2,5-3,5 roku). Bez uwzględnienia normy rozwojowej, w sytuacji gdy rodzice (lub opiekunowie) dziecka oczekują od niego bardziej spokojnego temperamentu i zgłaszają się do lekarza lub psychologa zaniepokojeni ww. zachowaniami, może dojść do postawienia błędnej diagnozy.

W okresie wczesnodziecięcym i przedszkolnym pierwszą oznaką ADHD budzącą niepokój otoczenia jest zazwyczaj duża aktywność ruchowa dziecka, z którą wiąże się konieczność nieustannego nadzoru opiekunów. Dzieci te są w nieustannym ruchu, często ulegają lżejszym lub poważniejszym wypadkom. Zazwyczaj niezbędne staje się stosowanie zabezpieczeń w domu (i w innych miejscach, w których dziecko przebywa) przed skut-

kami ich wzmożonej aktywności i impulsywności w celu zapewnienia im bezpieczeństwa. Dzieci z ADHD w okresie przedszkolnym poszukują towarzystwa innych dzieci, lecz z powodu dużej impulsywności i ruchliwości kontakty te często kończą się zabieraniem zabawek, popychaniem i uderzaniem. Mogą również przejawiać trudności w dostosowaniu się do reguł zabawy, nie czekają na swoją kolej itp. Wiele z nich już w tym wieku doświadcza niepowodzeń przedszkolnych, niekiedy prowadzących do usunięcia ich z placówki<sup>(5)</sup>.

W wieku przedszkolnym najczęściej rozpoznawany jest podtyp ADHD z nadruchliwością i impulsywnością, w przeciwieństwie do wieku szkolnego, w którym u ponad 70% uczniów diagnozuje się podtyp mieszany lub podtyp z zaburzeniami koncentracji uwagi. Powyższe dane Lahey i wsp.<sup>(16)</sup> analizują w taki sposób, że dzieci otrzymujące w wieku przedszkolnym diagnozę podtypu z nadruchliwością i impulsywnością w wieku szkolnym w większości przypadków mogłyby otrzymać diagnozę mieszanego podtypu ADHD, ponieważ dopiero w późniejszym wieku można bardziej precyzyjnie uchwycić problemy związane z zaburzeniami koncentracji uwagi. Wiąże się to z możliwością obserwacji dziecka w sytuacjach podejmowanego wysiłku umysłowego związanego z zadaniami i obowiązkami szkolnymi (m.in. niekończenie zadań, nieskupianie się na wiedzy przekazywanej przez nauczyciela podczas lekcji, trudności z podejmowaniem pracy umysłowej – nauka szkolna, odrabianie prac domowych).

### PROCES DIAGNOSTYCZNY ADHD W WIEKU PRZEDSZKOLNYM

ADHD może być rozpoznane u dzieci w wieku przedszkolnym na podstawie szczegółowego wywiadu rozwojowego, rodzinnego, wywiadu klinicznego w kierunku objawów ADHD oraz wywiadu opartego na kryteriach diagnostycznych wg ICD-10 i DSM-IV-TR, dostosowanego do okresu rozwojowego. Koniecznym krokiem diagnostycznym jest również przeprowadzenie diagnozy różnicowej. Uzupełniającymi narzędziami w diagnozie ADHD są kwestionariusze dotyczące zachowania dziecka dla rodziców, opiekunów i nauczycieli przedszkolnych oraz badania psychologiczne i neuropsychologiczne. Badania podkreślają złożoność procesu diagnostycznego z użyciem narzędzi uzupełniających<sup>(17)</sup>.

Wywiad rozwojowy dziecka powinien uwzględniać informacje dotyczące przebiegu ciąży (w tym stosowanie używek w czasie ciąży, np. palenie papierosów, picie alkoholu), przebiegu porodu, stanu dziecka po urodzeniu, temperamentu dziecka, a także wszelkich rozwojowych, medycznych oraz środowiskowych czynników ryzyka.

Kolejnym elementem procesu diagnostycznego jest wywiad rodzinny w kierunku obecności objawów ADHD i częściej występujących w tej grupie tików, specyficznych trudności szkolnych, zaburzeń zachowania, uzależnień u członków rodziny. Badania dowodzą, iż ADHD jest zaburzeniem w znacznym stopniu wrodzonym i uwarunkowanym genetycznie. Potwierdzeniem są badania dotyczące bliźniąt wychowywanych w rodzinach biologicznych i adopcyjnych oraz badania z zakresu genetyki

molekularnej. Wpływ genetyczny jest złożony i obejmuje wiele różnych genów<sup>(18)</sup>. Odziedziczalność ADHD oceniana jest na 90%. Badania adoptowanych dzieci z ADHD wskazują, że w zakresie nadpobudliwości, impulsywności czy deficytów uwagi przypominają one bardziej biologicznych niż adopcyjnych rodziców<sup>(19,20)</sup>.

W wywiadzie rodzinnym należy również zwrócić uwagę na styl wychowawczy rodziców i opiekunów dziecka, aby stwierdzić, czy trudne zachowania dziecka są związane z objawami ADHD, czy też mogą mieć inne podłoże, np. wynikać ze zbyt liberalnego stylu wychowawczego (wychowanie bez zasad) lub stosowania niewłaściwych oddziaływań wychowawczych.

Wywiad z dzieckiem w wieku przedszkolnym dotyczący występowania u niego objawów ADHD jest niezwykle trudny i często niemożliwy do przeprowadzenia, mimo to zaleca się jego przeprowadzenie, aby dziecko poznać, wykluczyć problemy rodzinne lub środowiskowe, które mogą być przyczyną podobnych zachowań jak w ADHD (np. zespół maltretowanego dziecka, liczne stresory). Obserwacja relacji rodzice – dziecko może dostarczyć informacji o rodzaju łączących ich więzi.

Należy podkreślić, iż obserwacja dziecka przeprowadzana przez lekarza lub psychologa w gabinecie, w nowej dla dziecka sytuacji, w warunkach jeden na jeden może motywować dziecko do silnej kontroli zachowania, co utrudni odnotowanie występujących objawów ADHD. Z tego względu zaleca się prowadzenie oceny zachowania dziecka w jego naturalnym otoczeniu (przedszkole, dom). Bardziej wartościowe, odzwierciedlające rzeczywiste problemy dziecka są obserwacje rodziców i innych opiekunów dziecka.

Ewentualne spełnienie kryteriów diagnostycznych wg ICD-10 i DSM-IV-TR można zbadać za pomocą Standaryzowanego Kwestionariusza Diagnostycznego ADHD<sup>(21)</sup>. Kwestionariusz jest narzędziem pomocnym w przeprowadzeniu wywiadu z rodzicem lub opiekunem dziecka oraz z dzieckiem i służy określeniu nasilenia objawów ADHD. Składa się z 18 pozycji, w których dokonuje się oceny nasilenia objawów za pomocą 4-punktowej skali Likerta.

Do chwili obecnej opracowano kilka kwestionariuszy pomocnych w diagnostyce ADHD. Są to narzędzia skierowane do osób badanych w kierunku ADHD, ich rodziców, opiekunów i nauczycieli w celu oceny nasilenia objawów zaburzenia. Najczęściej wykorzystywanym narzędziem jest Conners Comprehensive Behavior Rating Scales (Conners CBRS), oceniający nasilenie niepożądanych zachowań, nadruchliwości, impulsywności i uwagi<sup>(22)</sup>. Ponieważ wersje dla rodziców (Conners CBRS-P) i nauczycieli (Conners CBRS-T) są przeznaczone do oceny dzieci w wieku od 6 do 18 lat, a z wersji dla pacjenta (Conners CBRS-SR) mogą skorzystać osoby w wieku od 8 do 18 lat, nie w pełni można stosować te narzędzia przy diagnozie dzieci w wieku przedszkolnym<sup>(23)</sup>.

Nie oznacza to, że nie dysponujemy żadnymi instrumentami. Do oceny nasilenia objawów ADHD u przedszkolaków mogą być wykorzystywane m.in. kwestionariusze służące do oceny zdrowia psychicznego dzieci. Na uwagę zasługuje kwestionariusz Early Childhood Inventory-4 (ECI-4) w wersji dla rodziców i nauczycieli oparty na kryteriach diagnostycznych

wg DSM-IV, oceniający emocjonalne i behawioralne problemy dzieci od 3. do 5. roku życia<sup>(24)</sup>. Poza oceną objawów ADHD ECI-4 ocenia również objawy 15 innych zaburzeń emocjonalno-behawioralnych, m.in. zachowań opozycyjno-buntowniczych, poważnych zaburzeń zachowania, fobii społecznej, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i innych. Badania kwestionariusza ECI-4 wykazały wysoką korelację z niezależną diagnozą psychiatryczną ADHD oraz wysoką korelację z innymi skalami ocen objawów ADHD<sup>(25)</sup>.

W 2009 roku wydano kwestionariusz Conners Early Childhood (CEC) przeznaczony do badania dzieci w wieku od 2 do 6 lat (wersje dla rodziców, wychowawców lub opiekunów). CEC to narzędzie do wczesnej identyfikacji problemów w sferze: behawioralnej, społecznej i emocjonalnej. Miary CEC dotyczą 2 obszarów: zachowania (nieuwaga/nadruchliwość, zachowania opozycyjne/agresywne, niepokój, funkcjonowanie społeczne, nastrojów, objawy somatyczne) oraz aspektów rozwojowych (umiejętności adaptacyjne, komunikacja, umiejętności motoryczne, zachowanie i wybór gier oraz zabaw, predyspozycje poznawcze i intelektualne wykorzystywane na zajęciach dydaktycznych w przedszkolu i w środowisku pozaprzedszkolnym). CEC nie tylko dokładnie rozróżnia grupę kliniczną i zdrową, ale również trafnie typuje dzieci z objawami wskazującymi na zaburzenia ADHD, depresyjne, adaptacyjne i inne<sup>(26)</sup>.

Niestety, kwestionariusze Conners CBRS i CEC nie mają dotychczas normalizacji w Polsce i są dostępne jedynie w wersjach badawczych. W takiej sytuacji najbardziej dostępny pozostaje opis zachowań problemowych i ocena częstości ich występowania dokonane przez wychowawcę w przedszkolu lub opiekuna dziecka.

Uzupełniającym elementem w diagnozie ADHD są badania psychologiczne, należy przede wszystkim zbadać potencjał intelektualny dziecka oraz jego wykorzystywanie na co dzień.

Mimo dynamicznego rozwoju badań neuropsychologii klinicznej (dotyczącej związku pomiędzy stanem mózgu dziecka a jego zachowaniem i rozwojem) stworzenie narzędzi badawczych dla dzieci w wieku przedszkolnym, mierzących podstawowe oraz zaawansowane funkcje wykonawcze, ze względu na dynamiczny rozwój dzieci w tym przedziale wiekowym jest niezwykle trudne. Funkcjonowanie poznawcze dzieci w wieku przedszkolnym podlega intensywnemu rozwojowi, co z kolei jest związane z dużą dynamiką i niestabilnością funkcji wykonawczych. Dzieci w tym wieku prezentują często zachowania impulsywne, są nieodporne na dystraktory, mało elastyczne, jeżeli chodzi o umiejętności rozwiązywania problemów, nie posiadają umiejętności organizacyjnych i planowania. Powyższe ograniczenia często zniechęcają badaczy do prowadzenia badań funkcji wykonawczych w tym wieku, z obawy, że przedsięwzięcie będzie mało efektywne.

Z kolei badania kliniczne skłaniają do jak najwcześniejszego wykrywania potencjalnych zaburzeń, w celu możliwie szybkiego wspomagania efektywnej stymulacji dziecka oraz jego opiekunów. Ponadto udowodniono, że u dziecka w wieku przedszkolnym rozwijają się podstawowe funkcje wykonawcze, takie jak kontrola hamowania czy pamięć operacyjna, które odgrywają podstawową rolę w rozwoju społecznym, emocjonalnym

oraz gotowości do przyszłej nauki szkolnej<sup>(27,28)</sup>. Z kolei dzieci z ADHD w wieku przedszkolnym osiągają znacząco niższe wyniki w testach dotyczących pamięci operacyjnej, planowania, kontroli hamowania i elastyczności poznawczej<sup>(29)</sup>.

Są to istotne argumenty za podejmowaniem prób badania potencjału funkcji wykonawczych w jak najmłodszym wieku. Z punktu widzenia klinicznego i neuropsychologicznego ważne jest, aby uchwycić model rozwoju i sprawność funkcji wykonawczych u dzieci w wieku przedszkolnym oraz takie zachowania, które będą adekwatnie odzwierciedlały rozwój tych funkcji w danym przedziale wiekowym<sup>(30,31)</sup>.

Obiecującym narzędziem służącym do oceny funkcji wykonawczych u dzieci w wieku przedszkolnym wydaje się Behavior Rating Inventory of Executive Function – Preschool (BRIEF-P), przeznaczony dla dzieci w wieku od 2 do 5 lat. Na jego podstawie zdobywamy informacje dotyczące codziennego zachowania dzieci w środowiskach domowym i przedszkolnym, które dają obraz procesów poznawczych i funkcji wykonawczych u dziecka.

BRIEF-P powstał w oparciu o inwentarz funkcji wykonawczych dzieci w wieku szkolnym Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)<sup>(32)</sup>, przeznaczony do oceny funkcji wykonawczych dla uczniów w wieku od 5 do 18 lat.

Autorzy BRIEF-P<sup>(33)</sup> podkreślają wewnętrzną spójność oraz tymczasową stabilność wyróżnionych przez siebie funkcji wykonawczych, które zdefiniowali na 5 wymiarach: hamowanie, kontrola emocjonalna, pamięć operacyjna, zdolności organizacyjne, zdolności do zmian. Ponadto wstępne badania potwierdziły wrażliwość BRIEF-P na deficyty funkcji wykonawczych w grupach klinicznych (ADHD, autyzm, trudności w nauce). Inwentarz jest w stanie uchwycić specyficzny profil funkcji wykonawczych u dzieci z ww. zaburzeniami<sup>(15,31)</sup>.

Kwestionariusz BRIEF-P to niewątpliwie godne polecenia narzędzie uzupełniające diagnozę ADHD u dzieci w wieku przedszkolnym.

Niezbędnym aspektem w procesie diagnostycznym jest wywiad w kierunku innych chorób dających podobne zachowania jak objawy w ADHD, np. należy wykluczyć lub potwierdzić występowanie u dziecka zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, zaburzeń nastroju (zespół depresyjny lub maniakałny, hipomania), zaburzeń więzi, zaburzeń lękowych, padaczki i innych. Niektóre zaburzenia mogą występować równoległe z ADHD. Dziecko powinno mieć wykonane badania ostrości wzroku, słuchu oraz w niektórych przypadkach badania genetyczne i metaboliczne, badania hormonów tarczycy, badania w kierunku ołowicy, testy alergologiczne, EEG<sup>(34)</sup>.

## WNIOSKI

Pomimo trudności diagnostycznych i w związku z tym ryzyka błędnej diagnozy lub nadrozpoznowalności ADHD w wieku przedszkolnym istnieją przesłanki, że przeprowadzenie dokładnego wywiadu klinicznego, używanie kryteriów diagnostycznych ADHD zawartych w ICD-10 i DSM-IV-TR, z uwzględnieniem specyfiki wieku oraz innych uzupełniających elementów diagnostycznych wymienionych w tym artykule, daje możliwość

postawienia wiarygodnej i prawidłowej diagnozy ADHD u dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnego podjęcia odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. Obecnie w Polsce trwa proces adaptacji do celów naukowych najnowszych narzędzi (CEC, BRIEF-P).

## PIŚMIENNICTWO:

### BIBLIOGRAPHY:

- Mannuzza S., Klein R.G., Bonagura N. i wsp.: Hyperactive boys almost grow up. II. Status of subjects without a mental disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 1988; 45: 13-18.
- Mick E., Faraone S.V., Biederman J., Spencer T.J.: Przebieg i zejście zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. *Psychiatria po Dyplomie* 2005; 2: 21-26.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Wyd. 4. Text Revision. American Psychiatric Association, Washington 2000.
- WHO: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 1998.
- Pfiffner L.J.: Wszystko o ADHD. Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.
- Root R.W.I., Resnick R.J.: An update on the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 2003; 34: 34-41.
- Arons B.S., Katz-Leavy J., Wittig A.C., Wayne Holden E.: Too young for ADHD: the potential role of systems of care. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 2002; 23 (supl.): S57-S63.
- Byrne J.M., DeWolfe N.A., Bawden H.N.: Assessment of attention deficit hyperactivity disorder in preschoolers. *Child Neuropsychol.* 1998; 4: 49-66.
- Byrne J.M., Bawden H.N., Beattie T.L., DeWolfe N.A.: Preschoolers classified as having attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): DSM-IV symptom endorsement patterns. *J. Child Neurol.* 2000; 15: 533-538.
- DuPaul G.J., McGoey K.E., Eckert T.L., VanBrakle J.: Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2001; 40: 508-515.
- Dreyer B.P.: The diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the state of our knowledge and practice. *Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care* 2006; 36: 6-30.
- Biederman J., Spencer T.: Non-stimulant treatments for ADHD. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2000; 9 (supl. 1): I51-I59.
- Palfrey J.S., Levine M.D., Walker D.K., Sullivan M.: The emergence of attention deficits in early childhood: a prospective study. *J. Dev. Behav. Pediatr.* 1985; 6: 339-348.
- Błachno M., Szymańska U., Kołakowski A., Pisula A.: Karanie fizyczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej przez ich rodziców. *Psychiatr. Pol.* 2006; 40: 43-55.
- Mahone E.M., Hoffman J.: Behavior ratings of executive function among preschoolers with ADHD. *Clin. Neuropsychol.* 2007; 21: 569-586.
- Lahey B.B., Pelham W.E., Stein M.A. i wsp.: Validity of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder for younger children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1998; 37: 695-702.
- Harvey E.A., Youngwirth S.D., Thakar D.A., Errazuriz P.A.: Predicting attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder from preschool diagnostic assessments. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2009; 77: 349-354.
- Faraone S.V.: Etiologia i patofizjologia zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi u dorosłych. *Psychiatria po Dyplomie* 2005; 2: 8-20.
- Cantwell D.P.: Genetics of hyperactivity. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1975; 16: 261-264.
- Morrison J.R., Stewart M.A.: The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Arch. Gen. Psychiatry* 1973; 28: 1432-1437.
- Kołakowski A., Wolańczyk T., Pisula A. i wsp.: ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- Sprafkin J., Gadow K.D., Nolan E.E.: The utility of DSM-IV – referenced screening instrument for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. Emot. Behav. Disord.* 2001; 9: 182-191.
- Conners C.K., Sitarenios G., Parker J.D., Epstein J.N.: The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *J. Abnorm. Child Psychol.* 1998; 26: 257-268.
- Gadow K.D., Sprafkin J.N.: Early Childhood Symptom Inventory: Norms Manual. Stony Brook, Checkmate Plus, Ltd., NY 1997.
- Sprafkin J., Volpe R.J., Gadow K.D. i wsp.: A DSM-IV referenced screening instrument for preschool children: the Early Childhood Inventory-4. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2002; 41: 604-612.
- Conners C.K.: Conners Early Childhood Manual. Multi-Health Systems Inc., New York 2009.
- Espy K.A.: The Shape School: assessing executive function in preschool children. *Dev. Neuropsychol.* 1997; 13: 495-499.
- Jacques S., Zelazo P.D.: The Flexible Item Selection Task (FIST): a measure of executive function in preschoolers. *Dev. Neuropsychol.* 2001; 20: 573-591.
- Hughes C., Dunn J., White A.: Trick or treat? Uneven understanding of mind and emotion and executive dysfunction in “hard-to-manage” preschoolers. *J. Child Psychol. Psychiatry* 1998; 39: 981-994.
- Espy K.A., Kaufmann P.M., Glisky M.L.: Neuropsychologic function in toddlers exposed to cocaine in utero: a preliminary study. *Dev. Neuropsychol.* 1999; 15: 447-460.
- Espy K.A., Stalets M.M., McDiarmid M.M. i wsp.: Executive functions in preschool children born preterm: application of cognitive neuroscience paradigms. *Child Neuropsychol.* 2002; 8: 83-92.
- Gioia G.A., Isquith P.K., Guy S.C., Kenworthy L.: Behavior rating inventory of executive function. *Child Neuropsychol.* 2000; 6: 235-238.
- Isquith P.K., Gioia G.A., Espy K.A.: Executive function in preschool children: examination through everyday behavior. *Dev. Neuropsychol.* 2004; 26: 403-422.
- Jagielska G., Wolańczyk T.: Strategie postępowania w leczeniu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. *Lek w Polsce* 2006; 10: 79-92.