

# *Kliničnopsihološko ocenjevanje hiperkinetične motnje pri otrocih*

---

**Leonida Rotvejn Pajič**

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, Ljubljana

## **Povzetek**

Nemir, težave s pozornostjo in impulzivnostjo so ena od najpogostejših pritožb staršev otrok, ki pridejo v obravnavo v Svetovalni center. Kljub tako očitnim težavam, značilnim za hiperkinetično motnjo, pa se v podrobnejši diagnostiki ta motnja diagnosticira le pri določenem deležu teh otrok. Ob izrazitosti in vseobsežnosti zanj značilnih simptomov obstaja nevarnost, da prehitro sklenemo, da gre za to motnjo in pri tem spregledamo možne druge vzroke. Zaradi kompleksnosti in različnosti odražanja simptomov

pa se lahko dogaja tudi, da motnja ostane neprepoznana ali napačno interpretirana. Ker pravilno prepoznavanje in ocenjevanje predstavlja temelj nadaljnje kvalitetne strokovne pomoči, ocenjevanje v Svetovalnem centru večinoma poteka v timu strokovnjakov, kjer sodelujemo psihologi/klinični psihologi, pedopsihiatri, specialni pedagogi, po potrebi pa tudi drugi strokovnjaki. V prispevku podrobneje osvetlimo kliničnopsihološko ocenjevanje te motnje pri otrocih.

**Ključne besede:** kliničnopsihološko ocenjevanje, psihodiagnostične preizkušnje, hiperkinetična motnja, pozornost, otroci

---

## Uvod

Ene od najpogostejših pritožb staršev, ki pridejo na strokovno obravnavo k nam, so, da je njihov otrok nemiren, se težko zbere, je odkrenljiv, vsaka stvar ga zmoti, začne določeno aktivnost, a je ne dokonča, niha v vedenju, v učinkovitosti.

Ob tako očitni sliki lahko z lahkoto ugotovimo, da gre za otroka s hiperkinetično motnjo (dalje HK). Vendar pa kljub tako očitnim simptomom (ali pa ravno zaradi tega) lahko prihaja tudi do prenatrženih in zgrešenih zaključkov. (Rotvejn Pajič, 2010) Raziskave navajajo, da se pri približno eni tretjini otrok s takšnimi pritožbami v podrobnejši diagnostiki resnično potrdi ta diagnoza. (Barkley, 1998) Pri ostalih so vzroki lahko drugje, nemalokrat pa je diagnoza lahko tudi zgrešena, napačna.

Napačno oziroma prehitro lahko potrdimo diagnozo HK, zlasti, kadar so pri otroku zelo izražene težave s pozornostjo, impulzivnostjo in prekomerno aktivnostjo, ko je otrok moteč za svojo okolico, ni vodljiv, prilagodljiv in ima ob tem še vrsto drugih motečih težav, vendar te ne izhajajo iz HK, ampak so posledica nekaterih drugih vzrokov ali motenj. Osrednji simptomi HK namreč niso specifični le za to motnjo, ampak so lahko, posamezno ali v skupinah, del klinične slike tudi pri nekaterih drugih razvojnih motnjah. Na primer pomanjkljiva pozornost je pogosti simptom pri motnjah razpoloženja in posttravmatski stresni motnji, pri otrocih pa se v šolskih situacijah pomanjkljiva pozornost pogosto pojavlja tudi kot posledica učnih težav (splošnih ali specifičnih) ali otrokove intelektualne manjzmožnosti – kar se navzven lahko kaže kot šibka pozornost. Tudi impulzivnost se pojavlja v drugih kliničnih slikah (razpoloženjske motnje, motnje avtističnega spektra, opozicionalno-kljubovalna motnja vedenja, druge motnje vedenja ...).

HK pa lahko tudi spregledamo oziroma njene simptome pripišemo drugim vzrokom. Do tega lahko prihaja zlasti, kadar pri otroku ne opazimo očitne hiperaktivnosti in je v ospredju predvsem primanjkljaj pozornosti. To se lahko dogaja pri dekletih, kjer se motnja pogosto kaže v drugačni obliki kot pri fantih (bolj kot prekomerna aktivnost je prisotna miselna odsotnost, upočasnjenost, neorganiziranost ...), pri starejših otrocih (kjer hiperaktivnost ni več tako očitna in se kaže bolj kot droban nemir, slabša organiziranost), pa tudi v situacijah, ko neki drug problem prikrije primarne simptome (na primer otrok, ki težko ohranja pozornost pri pouku, začne vzbujati pozornost z raznimi opazkami, smešnicami, motenjem

pouka, neprimernim vedenjem – kar postaja osrednji problem, pri tem pa se lahko spregleda ključni vzrok za takšno vedenje, ki je lahko primarno v HK). Zgrešeni zaključki se lahko pojavijo tudi pri bistrih, sposobnih posameznikih, z visokimi intelektualnimi kapacitetami, pri katerih gre za blažjo obliko motnje, zaradi česar so nekatere šibkosti in pomanjkljivosti zmogli delno kompenzirati.

Do napačnih diagnoz pa lahko prihaja tudi zaradi samega načina zbiranja informacij in pridobivanja podatkov, še zlasti, če se preveč opiramo samo na en vir informacij (recimo samo na mnenje šole ali staršev). V izogib temu je pri zbiranju podatkov in ocenjevanju potrebno pridobiti različne informacije o otrokovem funkcioniranju v različnih situacijah (šola, dom, vrstniki ...) in od različnih virov (ključne osebe, ki dobro poznajo otroka: učitelj, starši, svetovalna služba ...). K temu pomembno pripomorejo tudi kliničnopsihološki pregledi.

## Kliničnopsihološko ocenjevanje hiperkinetične motnje

Klinični psiholog, h kateremu je napoten otrok s sumom na hiperkinetično motnjo, običajno najprej oceni naravo prevladujočih težav iz pritožbe staršev oziroma šole ali pediatra/pedopsihiatra, ki ga je napolnil na psihološki pregled (v kolikšni meri so te še del normalnih razvojnih odstopanj, njihov možni vzrok, morebitne spremljajoče težave). Običajno oceni otrokov razvoj, razvojne posebnosti oziroma odstopanja, njegove intelektualne sposobnosti, prisotnost kognitivnih primanjkljajev (zlasti na področju pozornosti, pomnjenja, izvršilnih funkcij), druge psihološke značilnosti, doživljanje in težave na področju čustvovanja, vedenja, medosebnih odnosov in učenja. Otrokovo funkcioniranje ocenjuje tudi glede na posebnosti družinske situacije in psihosocialnega okolja ter oceni ustreznost njegovega šolskega dela, vzgojnih postopkov z otrokom in pomoči, ki je otroku nudena v šoli. (Rotvejn Pajič, 2015)

Čeprav je hiperkinetična motnja ena izmed najpogostejših in proučevanih motenj v razvojnem obdobju (Barkley, 2013), nimamo specifične psihodiagnostične preizkušnje, na osnovi katere bi lahko motnjo potrdili oziroma zavrgli. Tudi funkcioniranje teh otrok je tako individualno različno, da jih je potrebno dlje časa spremljati in opazovati v različnih situacijah, saj se lahko v klinični situaciji ob pregledu vedejo drugače kot na primer v razredu ali doma. Zato je potrebno skrbno izbrati in medsebojno kombinirati različne psihodiagnostične pripomočke, katerih

rezultati, ob upoštevanju vseh najrazličnejših zbranih informacij in ugotovitev, omogočajo ustrezno klinično strokovno oceno in presojo.

Klinični psiholog po potrebi sodeluje v timu še s specialnim pedagogom, ki natančneje ocenjuje celotno otrokovo šolsko funkcioniranje, temeljne šolske spretnosti na področju branja, pisanja, računanja ter prisotnost splošnih in specifičnih učnih težav – primanjkljajev na posameznih področjih učenja ter med njimi opravi diferencialnodiagnostično oceno. Ugotavlja hitrost, organiziranost, zbranost, natančnost v simulirani šolski situaciji. Oцени tudi otrokove učne in kompenzatorne strategije.

Praviloma klinični psiholog sodeluje tudi s pedopsihiatrom, ki prepoznava in ocenjuje tudi prisotnost drugih duševnih motenj, oceni celovito psihosomatsko stanje otroka (pri čemer se po potrebi poveže tudi z otrokovim pediatrom ali pa otroka napoti na dodatne specialistične preiskave) ter posebnosti družinske situacije, ki so povezane z otrokovim funkcioniranjem.

Ob upoštevanju diagnostičnih kriterijev iz mednarodnih klasifikacij psihološko ocenjevanje najpogosteje vključuje: klinični intervju, opazovanje, ocenjevanje vedenja in čustvovanja ter samoopazovanje, različne psihodiagnostične preizkušnje, neredko tudi projekcijske preizkušnje.

**Klinični intervju** se praviloma opravi z otrokom ter obema staršema, po potrebi tudi z drugimi pomembnimi osebami iz otrokovega okolja. Z intervjujem pridobivamo informacije o otroku, njegovem vsakodnevnem funkcioniranju, medosebnih odnosih, posebnostih, močnih/šibkih področjih.

Razjasnjujemo, kakšne težave ima otrok (s poudarkom na prepoznavanju simptomov iz klasifikacije ter drugih težav na ključnih področjih, značilnih za HK), kako pogoste so, v kakšnih okoljih se pojavljajo, kakšen vpliv imajo na otroka, na njegovo funkcioniranje, okolico, kako izrazite so (koliko otroka ovirajo v funkcioniranju, kako moteče so za njegovo okolico, kot je šola, vrstniki, družina). S pomočjo intervjuja pridobimo tudi podatke o začetku, trajanju težav ter tudi druge informacije za lažjo oceno.

**Opazovanje** je pomemben del psihološkega ocenjevanja. Žal je v praksi le redko možno, da bi otroka opazovali v njegovem naravnem okolju, v različnih situacijah, in to dlje časa. Kljub temu pa je pomemben del psihološkega ocenjevanja opazovanje med izvajanjem psihometričnih preizkušenj (takšna kvalitativna analiza pomembno dopolnjuje kvantitativno), pri čemer smo še posebej pozorni na otrokovo

soočanje z nalogami in drugimi zahtevami, razumevanje in dojetje, način reševanja (refleksivni/impulzivni stil), soočanje z ovirami, frustracijami, vzdržljivost, kvaliteto pozornosti, nemirnost. Izredno dragoceno pa je tudi opazovanje otroka med prosto, vodeno ali družabno igro ter opazovanje otroka (in staršev) tudi v neformalnih situacijah (kot so prihod na pregled, čakanje v čakalnici, odhajanje).

**Psihodiagnostične preizkušnje**, ki jih uporabljamo, niso namenjene samo ocenjevanju HK, ampak celostnemu funkcioniranju na najrazličnejših področjih: kognitivnem, čustvenem, psihosocialnem. Pri tem nikakor ne zadostuje samo kvantitativna/številčna ocena, ampak so ob tem izrednega pomena tudi posamezna razmerja (na primer neskladje med kognitivnimi kapacitetami in dejansko učinkovitostjo, razmerja med posameznimi dosežki, prisotnost posameznih specifičnih kognitivnih primanjkljajev) ter kvalitativna analiza.

Preizkušnje, ki jih uporabljamo, so običajno del osnovnega kliničnopsihološkega pregleda, pri čemer klinični psiholog po strokovni oceni izbere in medsebojno uskladi nekatere od njih:

**Lestvice inteligentnosti za predšolske oziroma šolske otroke**, kot sta Wechslerjeva lestvica inteligentnosti za predšolske otroke in prvošolce (WPPSI-III oziroma WPPSI-IV) ter Wechslerjeva lestvica inteligentnosti za otroke, tretja oziroma četrta verzija (WISC-III; WISC-IV), za starost 6,0 oziroma 6,6–16,6 leta. Lestvice so ene izmed najbolj znanih in najpogosteje uporabljenih testov inteligentnosti za otroke, s katerimi pridobimo podatke o splošnih intelektualnih sposobnostih otroka ter o vrsti njegovih specifičnih kognitivnih sposobnosti, potencialov in odstopanj. Predstavljajo osnovni pripomoček pri diagnosticiranju otrok in mladostnikov, še zlasti posebno nadarjenih otrok in otrok s težavami oziroma primanjkljaji. Z njim lahko identificiramo otroke z motnjo v duševnem razvoju, otroke z zmernimi ali težjimi učnimi težavami, otroke z motnjo pozornosti in hiperaktivnostjo, otroke z vedenjskimi in čustvenimi težavami, oškodovanostjo sluha ter s težavami pri razumevanju in govornem izražanju. (Flanagan, Kaufman, 2012)

WISC-III temelji na štirih faktorsko osnovanih indeksih: besedno razumevanje, zaznavna organizacija, neodvrnljivost pozornosti in hitrost obdelave. Ob globalnem rezultatu na celotni lestvici inteligentnosti ter na lestvici besedne in nebesedne inteligentnosti lahko tako pridobimo informacije o bolj specifičnih sposobnostih otroka oziroma mladostnika, specifičnih potencialih ter tudi odstopanjih, značilnih

za HK. Vendar pa pri tem niso toliko pomembna sama znižanja učinkovitosti glede na kapacitete, kot predvsem razmerja med posameznimi podtesti. (Fenollar-Cortés s sodelavci, 2015)

Nedavna raziskava (Smitha s sodelavci, 2014) poroča, da je postavitve diagnoze HK zelo verjetna, kadar na WISC-IV dobimo pomembno razliko med profilom močnih področij (profil SC-M: povprečni dosežki na podtestih Podobnosti, Razumevanje in Labirinti) in profilom kognitivnih primanjkljajev, značilnih za HK (profil AID-PBOC: nižji dosežki na podtestih Računanje, Poučenost, Pomnjenje, Dopolnjevanje slik, Sestavljanje kock, Sestavljanje predmetov, Šifriranje).

Tako WISC-III kot WISC-IV (ki pri nas zaenkrat še ni standardiziran) sta pri diagnosticiranju HK v veliko pomoč. Pri obeh verzijah testa otroci s HK dosegajo pomembno višje rezultate pri indeksih besednega razumevanja in zaznavne organizacije v primerjavi z indeksoma neodvrtljivosti pozornosti in hitrosti obdelave. Pri obeh prihaja tudi do pomembnih razlik med podtestoma Iskanje simbolov (kjer so dosežki višji) in Šifriranja (kjer so dosežki glede na Iskanje simbolov nižji). Vendar pa raziskave kažejo, da WISC-IV glede na WISC-III v splošnem bolje identificira otroke s HK ter njihove prednosti in šibkosti. (Povzeto po Dickerson Mayes, Calhoun, 2014)

**Testi vizualno-motorične koordinacije** in integracije, kot sta Likovni test Benderjeve-LTB, Test vizualno-motorične integracije-VMI. Ti testi pripomorejo k ocenjevanju razvojne stopnje, razvojnih značilnosti in odstopanj na področju vizualno-motorične koordinacije in integracije ter čustvenih in nevroloških pokazateljev. Po raziskavah otroci s HK praviloma dosegajo nižje dosežke od povprečja pri vizualno-motorični integraciji in motorični koordinaciji, na področju same vizualne percepcije pa so njihovi rezultati primerljivi s povprečnimi. (Beery-Buktenica, 2010)

**Standardizirane lestvice in vprašalniki** ter druge ocenjevalne lestvice, kot so ASEBA, Connersove lestvice, Vprašalnik prednosti in težav SDQ.

Celovit sistem ocenjevanja ASEBA temelji na večletnih raziskavah in praktičnih izkušnjah, vključuje različne ocenjevalne lestvice, namenjene ocenjevanju kompetenc, prednosti, prilagodljivosti, vedenjskega, čustvenega in socialnega funkcioniranja, v starosti od enega leta in pol naprej. (Achenbach, 2013) Pri nas so v uporabi: Ocenjevalne lestvice vedenja (CBCL/1,5–5, za predšolske otroke, ocenjujejo starši), Poročilo vzgojitelja/-ice za otroke od 1,5 do 5 let (C-TRF), Ocenjevalna lestvica vedenja za otroke od 6. do 18. leta starosti (CBCL/6–18).

Ocenjevalni sistem omogoča tudi medsebojno primerjavo ocen staršev, učiteljev in otrok. Številne raziskave kažejo na pomembne povezave rezultatov ASEBE s kasnejšo diagnozo. (Achenbach, 2013)

Samoocenjevanje otrok s HK je manj zanesljivo od samoocenjevanja otrok, ki te motnje nimajo. Četudi otroci s HK pri sebi težje prepoznajo eksternalizirane težave oziroma jih zaznajo kot manj intenzivne, v primerjavi s starši in učitelji, lahko bistveno bolje ocenjujejo internalizirane težave (kot so anksiozna, depresivna simptomatika), do katerih imajo starši in učitelji slabši vpogled. Zato je samoocenjevanje teh otrok diagnostično ravno tako pomembno. (Achenbach, 2013)

Sindrom »težave s pozornostjo«, dobljen na osnovi rezultatov CBCL, pomembno napoveduje verjetnost diagnoze HK. Kategoriji sindromov »težave s pozornostjo« in »agresivno vedenje« skupaj sta v največji korelaciji z diagnostično opredelitvijo hiperkinetične motnje – ADHD v DSM-IV. (Hudziak s sodelavci, 2004)

Connersove ocenjevalne lestvice so namenjene odkrivanju, diagnosticiranju in usmerjanju otrok s težavami s pozornostjo in hiperaktivnostjo. Obstaja več oblik teh lestvic, ki jih lahko izpolnjujejo starši, učitelji, otroci.

Vprašalnik prednosti in težav SDQ za starost 4–16 oziroma 11–16 let predstavlja presejalni pripomoček za detekcijo in zgodnje odkrivanje močnih področij ter težav na področju vedenja pri otrocih in mladostnikih. Tudi tukaj obstajajo različice za starše, učitelje ter samoocenjevanje otrok in mladostnikov (starejših od 11 let).

### **Preizkušnje za oceno učinkovitosti posameznih kognitivnih funkcij**

Te preizkušnje so lahko zelo koristne za natančnejšo oceno kognitivnih primanjkljajev otroka s HK. Noben test sam po sebi ne zadostuje za postavitve diagnoze. Posamezniki lahko pokažejo primanjkljaj na določenem testu ali kognitivnem področju, ne pa na drugem. Zato je potrebno uporabiti kombinacijo testov, kar nam omogoča pridobitev zanesljivejših informacij, kot bi jih dobili zgolj na osnovi ene preizkušnje. Barkley (Barkley, 1998) poudarja, da kljub temu ni potrebe, da bi rutinsko izvajali vse te teste (kar bi bilo obremenjujoče za otroka, dolgotrajno in tudi zelo drago). Kombinacija previdno izbranih testov najbolje diskriminira med posamezniki, ki imajo hiperkinetično motnjo oziroma je nimajo. (Sinclair, Taylor, 2008)

Najpogosteje se uporabljajo nekatere od teh preizkušenj:

Test pozornosti (d2), Stroopova preizkušnja barvnih distrakcij, Test sledenja (TMT, CTMT), Test dolgotrajnega izvajanja nalog (CPT), Wisconsin test razvrščanja kart (WCST), Londonski stolp (TOL), Reyev test kompleksne figure (RCFT), Test razvrščanja v kategorije (CCT).

Nevropsihološke raziskave kažejo (Gualtieri, Johnson, 2005), da se pri otrocih (in odraslih) s HK kažejo subtilne, a jasno prepoznavne šibkosti predvsem na naslednjih področjih nevrokognitivnega funkcioniranja: selektivna pozornost, spomin, reakcijski čas, vizualno- motorične sposobnosti, hitrost procesiranja informacij, inhibicija, delovni spomin, zmožnost miselne fleksibilnosti in drugih izvršilnih funkcij.

Podobno tudi v naši praksi ugotavljamo, da se pri otrocih s HK kažejo težave predvsem na različnih vidikih pozornosti in izvršilnih funkcij.

Izvršilne (eksekutivne) funkcije so kognitivne, miselne funkcije, ki omogočajo kompleksno, k cilju usmerjeno vedenje in sočasno prilagajanje na spremembe in zahteve okolja. Vključujejo naslednje procese: inhibicija, iniciacija, ocena situacije, priklic, načrtovanje, predvidevanje, delovni spomin, izvajanje postopkov, samonadzor in samoregulacija. (Povzeto po Barkley, 1998, Sinclair in Taylor, 2008)

Težave se pojavljajo na področju samouravnavaanja in drugih izvršilnih funkcij, ključne pa so težave pri inhibiciji odzivanja, ki vplivajo na razvoj drugih izvršilnih funkcij (povzeto po Barkley, 1998, Hudoklin, 2012). To potrjuje predvidevanja, da je HK pravzaprav v svojem temelju motnja delovanja izvršilnih funkcij (Dawson in Guare, 2009, povzeto po Hudoklin, 2012), povezana s primanjkljaji v inhibicijskem sistemu vedenja (povzeto po Barkley, 1998, Potočnik Dajčman, 2006), kar ima močan vpliv tako na učno kot siceršnje vsakodnevno funkcioniranje.

Težave s pozornostjo se pri HK lahko kažejo na posameznih ali več vidikih pozornosti:

- selektivna pozornost: usmerjanje, osredotočanje oziroma fokusiranje pozornosti na samo en vir informacij (ki so v tem trenutku pomembne) ter sočasno ignoriranje vseh drugih informacij;
- deljena pozornost: zmožnost odzivanja na več nalog ali več elementov v neki kompleksni nalogi v določenem trenutku. Predstavlja vidik pozornosti, ki omogoča sočasno usmerjenost pozornosti in aktivnosti k različnim vsebinam;

- vzdrževanje pozornosti: zmožnost ohranjanja ustreznega nivoja pozornosti v določenem časovnem intervalu;
- premeščanje pozornosti (fleksibilna pozornost): sposobnost premeščanja pozornosti v skladu z zahtevami oziroma potrebami;
- supervizijska kontrola pozornosti: je del izvršilnih funkcij in omogoča učinkovito rabo pozornosti, na primer samoopazovanja, nadziranja lastnega izvajanja, zmožnost premeščanja pozornosti.

V zadnjem času v Svetovalnem centru kot dopolnilo običajne diagnostike že vpeljujemo tudi računalniško podprto ocenjevanje.

### **Pripomočki za ocenjevanje prilagoditvenih spretnosti**

Prilagoditvene spretnosti so naučena vedenja, ki vključujejo posameznikovo zmožnost prilagoditve in obvladovanja okolja, z namenom učinkovitega delovanja v skladu s socialnimi pričakovanji. (Harrison in Oakland, 2008, povzeto po Stropnik, Kodrič, 2012) Zaradi težav na področju samonadzora imajo otroci s HK izrazite težave na področju prilagajanja, medosebnih odnosov, komunikacije. (Barkley, 2013) Po mnenju nekaterih avtorjev (na primer Roizen, 1994, povzeto po Stropnik in Kodrič, 2012) bi lahko razliko med kognitivnimi sposobnostmi otrok s HK in njihovimi prilagoditvenimi spretnostmi obravnavali kot pomemben znak HK, ki kaže na razliko med znanjem in resnično uporabo določene spretnosti v situaciji.

Ocenjevanje prilagoditvenih spretnosti naj bi bilo del standardne ocenjevalne baterije pri otrocih in mladostnikih, ki izkazujejo različne težave, motnje ali manjše zmožnosti, povezane z njihovim vsakodnevnim funkcioniranjem. (Stropnik, Kodrič, 2012) Za ocenjevanje se lahko uporabljajo naslednji psihometrični pripomočki (povzeto po Carr, 2006): Lestvica prilagoditvenih spretnosti, II. izdaja (ABS-II), Vinelandska lestvica prilagoditvenih spretnosti, druga izdaja (VABS-II); Lestvica samostojnosti, prenovljena različica (SIBR).

Ob naštetem v procesu ocenjevanja neredko uporabljamo še druge samoocenjevalne vprašalnike ter razne projekcijske preizkušnje, ki nam pomagajo oceniti tudi otrokovo doživljanje, samopodobo, čustvovanje, vedenje, medosebne odnose.

V procesu kliničnopsihološkega ocenjevanja je potrebno skrbno izbrati in medsebojno kombinirati

različne psihodiagnostične pripomočke, katerih rezultati, ob upoštevanju vseh najrazličnejših zbranih informacij in ugotovitev, omogočajo ustrezno klinično strokovno oceno.

Pri tem ocenimo še morebitno komorbidnost ter hiperkinetično motnjo tudi diferencialnodiagnostično opredelimo, predvsem glede na druge motnje v razvojnem obdobju ter učne težave.

### **Zaključek**

Kljub natančno opredeljenim simptomom in ključnim težavam otrok s hiperkinetično motnjo na področju pozornosti, hiperaktivnosti in impulzivnosti se njihove značilnosti in težave kažejo na različne načine, v različnem obsegu in kombinacijah ter z različno intenzivnostjo. Vedenjska slika je tako lahko pri vsakem otroku drugačna in glede na njegovo zrelost, sposobnosti, individualne osebnostne značilnosti, močna in šibka področja, posebnosti njegovega domačega, šolskega in širšega socialnega okolja ter soočanje z njim, specifična samo zanj.

Zato predstavlja kliničnopsihološko ocenjevanje pomemben del v diagnosticiranju hiperkinetične motnje pri otrocih in mladostnikih. Dopolnjuje oziroma pripomore k natančnejši oceni izpolnjevanja diagnostičnih kriterijev, ki sicer sami po sebi slonijo na bolj ali manj subjektivnih ocenah prisotnosti/odsotnosti simptomov s strani staršev oziroma drugih pomembnih oseb.

Poglobljena kliničnopsihološka ocena otrokove psihosocialne zrelosti, psiholoških značilnosti, intelektualnih sposobnosti, kognitivne učinkovitosti glede na kapacitete, prisotnost kognitivnih primanjkljajev ter otrokovega čustvovanja, vedenja, medosebnih odnosov ter družinskega in širšega okolja, omogoča celostno in natančnejšo diferencialnodiagnostično oceno. Ob tem pa se nikakor ne osredotoča zgolj na simptome, težave, šibkosti in pomanjkljivosti, ampak tudi na otrokove potenciale, močna področja in druge varovalne dejavnike.

Glede na kompleksnost HK je kliničnopsihološko ocenjevanje pri vsakem otroku individualizirano, postopno in procesno. Ob neposrednem, individualnem psihodiagnostičnem procesu temelji tudi na zbiranju informacij iz različnih virov (kot so starši, učitelji, vzgojitelji) in okolij otrokovega vsakodnevnega funkcioniranja (doma, v šoli, vrtcu, med vrstniki, v prostočasnih in raznih športnih dejavnostih). Zahteva kvalitetno strokovno znanje, skrben izbor in

medsebojno kombinacijo različnih psihodiagnostičnih pripomočkov, na način, ki otroka in ostale preveč ne obremenjuje, je ekonomsko vzdržen in daje zadostne podatke.

Upoštevanje in integracija vseh najrazličnejših tako zbranih informacij in ugotovitev se zaključijo z ustrezno klinično strokovno oceno in presojo.

V timskem sodelovanju z drugimi strokovnjaki, predvsem pedopsihiatri, pediatri, nevrologi in specialnimi pedagogi, tako kliničnopsihološko ocenjevanje lahko pomembno pripomore k pravilnemu prepoznavanju in diferencialnodiagnostičnemu ocenjevanju motnje, kar predstavlja temelj nadaljnje kvalitetne strokovne pomoči otroku, družini in šoli.

## Literatura

1. Achenbach, T. (2013). ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment. vir: <http://www.aseba.org/aboutus/asebaoverview>. (pridobljeno 23.11.2015)
2. Barkley, R. A. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: The Guildford Press.
3. Barkley, R. A. (2013). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Nature, Course, Outcomes and Comorbidity. Courses for Mental Health Professionals, revised 2013, vir: <https://www.continuingeducation.net/active/courses/course==3.php> (pridobljeno 04. 11. 2014)
4. Beery, K.E., Beery, N.A. (2010). The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration, Sixth Edition, Pearson.
5. Carr, A. (2006). The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A contextual approach. London: Routledge.
6. Dickerson Mayes, S., Calhoun S.L. WISC-IV and WISC-III Profiles in Children With ADHD. Journal of Attention Disorders. February 2006, 9:486-493.
7. Fenollar-Cortés, J., Navarro-Soria, I., González-Gómez, C., García-Sevilla, J. (2015). Cognitive Profile for Children with ADHD by Using WISC-IV: Subtype Differences? Revista de Psicodidáctica, 2015, 1136-1034 vir: [www.ehu.es/revista-psicodidactica](http://www.ehu.es/revista-psicodidactica) (pridobljeno 22.11.2015)
8. Flanagan, D.P., Kaufman, A.S. (2012) WISC-IV Osnove procenjivanja. Naklada Slap, Zagreb.
9. Gualtieri, C.T., Johnson, L.G. ADHD: Is Objective Diagnosis Possible? Psychiatry (Edgmont). 2005 Nov; 2(11): 44-53.
10. Hudoklin, M. (2012). Samoregulacija in izvršilne funkcije : most med nevroznostjo in izobraževanjem. Šolsko svetovalno delo, letn. 16, št. 3/4, str. 18-25
11. Hudziak, J.J., Copeland, W., Stanger, C., & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM- IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver operating characteristic analysis: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45:7. Pp. 1299-1307.
12. Potočnik Dajčman, N. Prepoznavna motenj vedenja, impulzov in hiperkinetične motnje. V: GREGORIČ, A. (ur.). Zbornik. Maribor: Splošna bolnišnica, 2006, str. 47-53.
13. Rotvejn Pajič, L. Otroci s hiperkinetično motnjo-z lahkoto prepoznani ali tudi spregledani?. V: ANDOLŠEK, I. (ur.), HUDOKLIN, M. (ur.). Izzivi in pasti otroštva in adolescence : sodobni pristopi k varovanju duševnega zdravja otrok in mladostnikov. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše, 2010, str. 52-61,
14. Rotvejn Pajič, L. (2015). Pomanjkljiva pozornost kot povod za iskanje pomoči v Svetovalnem centru. V Pavlovič, Z. (ur), Zbornik strokovnega simpozija ob 60-letnici Svetovalnega centra. Ljubljana
15. Sinclair, M., E. Taylor. (2008): The Neuropsychology of Attention Development. V Child Neuropsychology, Wiley-Blackwell, UK
16. Smitha, V.C., Dennis, D.I.M., Varghese, P.K., Vinayan, K.P. Cognitive profile of children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. Amrita Journal of Medicine. Vol. 10, No: 1 Jan - Jun 2014. Page 1 - 44
17. Stropnik, S., Kodrič, J. (2012). Prilagoditvene spretnosti. Psihološka obzorja, letn. 21, št. 2, str. 41-50

