Janusz Rusaczyk

Artykuł

„Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jako syndrom najczęściej towarzyszący zaburzeniom zachowania u dzieci ”

Wstęp

ADHD (Attention Dficit Hyperactivity Disorder) to termin niezwykle trudny do jednoznacznego zdefiniowania. Przez pewien czas owe schorzenie było uznawane za pewne zaburzenie, którego źródłem są mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w fazie okołoporodowej, w efekcie którego dziecko napotyka ogromne trudności z kontrolowaniem własnego zachowania w danym momencie. Jednak wielu badaczy zajmujących się tą problematyką podkreśla, że ADHD w potocznym rozumieniu chorobą nie jest, co za tym idzie na owe zaburzenie nie ma jakiegokolwiek leku. Uważa się też, iż zespół nadpobudliwości psychoruchowej nie oznacza wcale opóźnienia rozwojowego, ani również upośledzenia umysłowego, chociaż to właśnie w taki sposób omawiane przeze mnie zaburzenie może być potocznie postrzegane.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej – klasyfikacje i definicje

W kontekście praktyki klinicznej możemy wyróżnić dwie podstawowe kwalifikacje, według których specjaliści są skorzy diagnozować to zaburzenie. Według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, które preferuje termin ADHD, a który w języku polskim oznacza „zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi” wyodrębnia się trzy podtypy tego zaburzenia:

- ✓ *Podtyp z dominującym brakiem koncentracji uwagi*: określany jest jako ADD, czyli zaburzenie koncentracji uwagi bez nadpobudliwości. U takich dzieci bardzo często przejawia się ADHD, ponieważ nie ujawniają one nadmiernej ruchliwości. Są spokojne, sprawiają wrażenie obojętnych, lecz w rzeczywistości mają ogromne problemy z kontrolowaniem myśli. Ujawnia się to również w tym, że osoba nie kończy rozpoczętych czynności i nie

rozpoczyna nowych, co może świadczyć o braku organizacji, a także nieumiejętności skupienia się na jednym zadaniu przez dłuższy czas. Tymczasem otoczenie może oceniać takie zachowanie w kategoriach lekceważącego stosunku do podjętego zadania. Jednak taka osoba może miewać momenty, w których potrafi się skupić, jednak głównie wtedy, gdy jest czymś żywo zainteresowana, na przykład podczas gry na konsoli, dającej wrażenie nieustannych zmian. Bywa też, że dziecko w czasie indywidualnej pracy umysłowej z nauczycielem, stara się wykonywać polecone zadania.

- ✓ *Podtyp mieszany*: najczęściej występuje w podręcznikach, a także w naszym potocznym myśleniu o tym zjawisku. Dzieci z tym typem mogą się pod pewnymi względami różnić, ale cechy podstawowe są wspólne. Jak się okazuje podtyp mieszany przejawia zarówno objawy niepokoju ruchowego, jak i zaburzenia koncentracji uwagi. Znaczna część dzieci nie uważa we właściwym stopniu w czasie zajęć lekcyjnych lub podczas zabaw w grupie rówieśniczej. Dzieci te są nadmiernie pobudzone i lubią się bawić, ale nie zawsze wiedzą kiedy powinny przestać. Wiele z nich ma trudności z rozpoczynaniem i kończeniem zadań, a także często z przechodzeniem od jednego zajęcia do drugiego. Problemy jednostki z tym podtypem diagnozowane są zazwyczaj w szkole i ujawniają się jako nadmierna aktywność, niecierpliwość oraz trudności z zaangażowaniem się w pracę wymagającą wysiłku umysłowego. Ściąga to zarazem na osobę negatywną reakcję otoczenia, a także w wielu przypadkach, nawet odrzucenie przez środowisko szkolne. Trudności takiego dziecka mogą mieć również miejsce w domu, gdyż nie słucha ono poleceń opiekunów oraz nie wypełnia starannie swoich obowiązków. Jednostka często także wpada w złość, szczególnie wówczas kiedy musi na coś poczekać, bądź coś dzieje się nie po jej myśli.
- ✓ *Podtyp z dominującą nadruchliwością psychoruchową*: podtyp ten obecnie jest najmniej zbadany. Opisuje on zachowania dzieci nadmiernie impulsywnych i aktywnych, ale przy tym nie ujawniających braku deficytu koncentracji uwagi. Przeważająca część dzieci z tym podtypem to jednostki w wieku wczesnoszkolnym, a niekiedy nawet przedszkolnym. W miarę upływu mijającego czasu podtyp ten może przechodzić w podtyp mieszany, ponieważ w okresie dorastania może dołączyć również deficyt uwagi.

Drugą zasadniczą klasyfikacją, ważną z punktu widzenia diagnozowania ADHD jest stosowana w naszym kraju Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń ICD-10, która określa ADHD jako „zespół hiperkinetyczny” (Hyperkinetic Disorder). Odwołuje się ona do występowania trzech podstawowych dysfunkcji, związanych z nasileniem zaburzenia uwagi, a która nie mieści się w granicach normy aktywności ruchowej oraz do utrzymującej się impulsywności, przejawiającej się utratą kontroli nad własnym zachowaniem. Zachowania tego typu muszą występować więcej niż w jednym środowisku, występując zarówno w szkole, jak i w domu, a także w innych sytuacjach okolicznościowych. Występujące objawy pociągają za sobą istotne cierpienie psychiczne dziecka, a nawet upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego oraz również w przyszłości zawodowego.

Wielu badaczy stworzyło szereg definicji ADHD, służących zarówno do celów badawczych, jak i refleksji naukowej. Zdaniem A. Marczaka ADHD należy łączyć ze sferą schorzeń wymagających specjalistycznej interwencji. Według niego nadmierna pobudliwość może dotyczyć wielu sfer rozwojowych dziecka. A. Marczak wskazuje, iż „nadpobudliwość psychoruchowa, odbierana w sposób medyczny jest schorzeniem mającym swoiste objawy, które potrzebują odpowiedniego leczenia”. Wskazuje się tutaj na rolę odmiennej pracy mózgu, który utrudnia dziecku sprawowanie kontroli nad własnym zachowaniem oraz skutkuje brakiem uwagi. Z kolei L. Pfiffner twierdzi zaś, iż ADHD „jest określeniem diagnostycznym, opisującym niejednorodną grupę dzieci, ujawniającą trudności z brakiem koncentracji, które często idą w parze z impulsywnością i nadaktywnością”. W tym przypadku również podkreślany jest aspekt interwencji specjalistów, ponieważ jedynie lekarz psychiatra wraz z wspomagającym go zespołem ekspertów, może potwierdzić lub wykluczyć ADHD.

Ogólnie rzecz ujmując, skutki zespołu hiperkinetycznego bywają katastrofalne nie tylko dla otoczenia, ale również dla samej jednostki, przejawiającej ten syndrom. Niemniej jednak, jego związek z zaburzeniami zachowania, także traktowanymi wąsko powinien wydawać się oczywisty, dlatego, że łączy się on bezpośrednio z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi, zaburzeniami nastroju, zaburzeniami depresyjnymi oraz lękowymi. Efekty ADHD są w wielu przypadkach podobne do efektów, jakie wywołują ogólne zaburzenia zachowania, takie jak chociażby bunt, nieposłuszeństwo, dyssocjalność, chociaż różnicę stanowi tutaj brak intencji podjęcia pewnych działań, bądź czynności. Dziecko z ADHD działa niejako automatycznie, motywowane procesami, z których natury nie zdaje sobie sprawy. Rezultaty tych zachowań w społecznym odbiorze są jednak identyczne, jak w

przypadku zaburzeń zachowania – łamanie aprobowanych w danym środowisku norm i negatywna reakcja otocznia. Aby jednak lepiej zrozumieć naturę syndromu ADHD oraz jego związków z zaburzeniami zachowania, warto przyjrzeć się przyczynom, jak i sprecyzować objawy tego zjawiska.

Przyczyny i objawy ADHD

W wyjaśnieniu etiologii syndromu ADHD zawsze dominowało przeświadczenie, iż przyczyną tego zaburzenia jest mikrouszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego w fazie okołoporodowej. Uważano również, iż za to zaburzenie odpowiedzialne jest nieprawidłowe funkcjonowanie mózgu, a zwłaszcza tych obszarów, które odpowiadają za utrzymywanie równowagi pobudzenia i hamowania w obrębie kory mózgowej, a co z kolei jest związane z uszkodzeniem płodu. Niemniej jednak późniejsze badania nie potwierdziły tej hipotezy, gdyż u dzieci ujawniających opisany syndrom nie stwierdzono uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Do tej pory nie odpowiedziano jednoznacznie jakie przyczyny decydują o występowaniu ADHD, chociaż literatura sugeruje, iż źródło tego schorzenia może tkwić w nieprawidłowym dojrzewaniu struktur układu nerwowego w obrębie materiału genetycznego oraz zmianach na poziomie biochemicznym i strukturalnym, co w rezultacie prowadzi do zaburzenia specyficznych procesów i kontroli zachowania. Według R. Barkleya, ADHD może być uwarunkowane dysfunkcją płatów czołowych, prowadzącą do zaburzeń funkcji wychowawczych.

B. Feingold z kolei przyczyn omawianego schorzenia upatruje w zaburzeniach systemu immunologicznego, czego efektem są częste alergie. Na niemożność skupienia uwagi i nadpobudliwość wpływ mogą mieć także czynniki dietetyczne, a w szczególności barwniki dodawane do żywności, fosforany, czy cukier. U dzieci z ADHD występują również częściej schorzenia atypowe, jak na przykład katar sienny, alergie, astma, czy choroby skórne. Jednak na poparcie tej hipotezy także nie uzyskano odpowiedniej ilości świadectw.

Doszukując się przyczyn ADHD, usiłowano odnaleźć je również w środowisku domowym, pomimo faktu, iż w podejściu klinicznym do tego zagadnienia akcentowane są szczególnie wyjaśnienia genetyczne. Jednak ujmowanie człowieka jako istoty społecznej, której jaźń oraz konkretne zachowanie społeczne może ukształtować się jedynie w interakcji z

otoczeniem, odsyła nas do możliwego wpływu uwarunkowań środowiskowych. Inną obserwacją jest też to, że geny ujawniają się dopiero w sytuacji współdziałania czynników zewnętrznych, zatem warunki życia w znacznej mierze decydują, w jaki sposób geny zostaną ujawnione. W związku z tym na działanie genów bardzo silny wpływ mają czynniki psychiczne i społeczne, które niejako aktywują geny i przez to zarazem przyczyniają się do prawidłowego funkcjonowania mózgu. Nie sposób zatem ograniczać ADHD tylko i wyłącznie do kwestii biologii. Zakładając, że typowe objawy nadpobudliwości, takie jak zaburzenia koncentracji uwagi, nadpobudliwość i impulsywność mają podłoże genetyczne, to jednak nie można ignorować faktu, że podłoże to może, ale nie musi być uaktywnione.

W tym miejscu warto również podkreślić znaczenie owych czynników psychologicznych i emocjonalnych, mających fundamentalne znaczenie, szczególnie na płaszczyźnie rodzinnej, a także w kontekście relacji, jakie dzieci nawiązują z rodzicami. Dlatego też niektórzy badacze wskazują, iż ADHD mogłoby być powodowane postawami rodziców, jako nadmiernie wymagającymi w stosunku do swoich dzieci. Rodzice, którzy stawiają przed dzieckiem zbyt wygórowane wymagania, chcą zarazem w ten sposób zaspokoić swoje ambicje, mogą wzbudzać w dziecku wzrastające napięcie, spowodowane brakiem oczekiwanych możliwości w stosunku do aktualnego poziomu rozwoju. Z tego punktu widzenia, takowe relacje mogą wywoływać reakcje obronne organizmu dziecka, a co za tym idzie, ogólny sprzeciw wobec wydawanych poleceń, co jest typowe dla dzieci ujawniających zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Odczuwanie nasilającego się niedowartościowania i wzmagające się poczucie zagubienia mogą w następstwie prowadzić do zachowań aspołecznych, wobec czego dziecko nie jest w stanie nawiązać pozytywnych relacji z rówieśnikami i dorosłymi. W efekcie wykazuje ono typowe wzorce dla ADHD, jak i innych zaburzeń zachowania.

Według stosunkowo nowych badań W. W. Wolframa, przyczyny ujawniania się nadpobudliwości u dzieci powinny być ujmowane kompleksowo i opisywane jako zespół przyczyn, bez podnoszenia znaczenia jednej, jako zasadniczej, na przykład przyczyny genetycznej. Dowodzi on, że mógłby istnieć pewien złożony i niekorzystny zbiór wpływów na zachowania dziecka. Według tego badacza występuje jednak pewna hierarchia przyczyn, które należałoby podzielić na prymarne i sekundarne. Do przyczyn prymarnych zalicza on temperament i predyspozycje, ponieważ cechy te są wrodzone i powiązane z funkcjonowaniem układu nerwowego. Także do grup tych przyczyn należałoby zaliczyć zaburzenia zaistniałe w czasie przebiegu ciąży. Poza tym nadmierna ostrożność matki może

przyczyniać się do tego, że dziecko będzie reagowało na każdy najdrobniejszy bodziec. Kolejną z przyczyn prymarnych jest z kolei częściowe zaburzenie sprawności, spowodowane problemami zaistniałymi w czasie okresu prenatalnego, co skutkuje zaburzeniami związanymi z mową, spostrzeganiem, czy koordynacją. Wśród przyczyn prymarnych uwzględnia się także wspomniane już wcześniej alergie, przejawiające się w sposób uciążliwy, zwłaszcza u dzieci z nadpobudliwością, ze względu na poziom aktywności oraz nadwrażliwy system nerwowy.

Przedstawione powyżej wyjaśnienia prowadzą do wniosku, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem prawdopodobnie przekazywanym dziedzicznie, w strukturze genetycznej, jednak do jego ujawnienia, bądź też aktywacji tego podłoża genetycznego, konieczne jest występowanie pewnych specyficznych uwarunkowań środowiskowych. Dzieci cierpiące z powodu ADHD mogą mieć już co prawda pewne ukształtowane wzorce pracy mózgu, odpowiedzialne za ujawnienie się objawów, jednak czynniki środowiskowe i relacje społeczne mogłyby je w dużej mierze pogłębiać.

Wskazałem wcześniej na objawy, które mogłyby powodować nadpobudliwość psychoruchową, dlatego też warto tym symptomom przyjrzeć się bliżej. Otóż przejawiająca się aktywność ruchowa ujawnia się w znacznym stopniu około 6 roku życia, kiedy to dziecko zazwyczaj idzie do szkoły. Poważny problem wyłania się wówczas, gdy takie dziecko musi przez dłuższy czas siedzieć w jednym miejscu oraz wykonywać plecenia nauczyciela. Dlatego też dzieci z ADHD zaczynają wyróżniać się na tle swoich rówieśników tym, iż nagminnie przeszkadzają nauczycielom w prowadzeniu lekcji, a dzieje się to dlatego, iż nieustannie wykazują potrzebę ciągłego ruchu. W gruncie rzeczy takie dziecko zaczyna przejawiać niewłaściwe zachowania. Ponadto w czasie zabaw z innymi dziećmi, dziecko z ADHD wyróżnia również nie mieszcząca się w granicach normy przesadna hałaśliwość.

Impulsywność u dzieci z ADHD objawia się z kolei brakiem hamowania emocji, co z kolei skutkuje nieumiejętnością czekania na swoją kolej. Dziecko decydując się na działanie nie zastanawia się nad konsekwencjami swojego zachowania, ponieważ działa impulsywnie, a więc bez zastanowienia. Stąd też często zdarza mu się przerywać innym wypowiedzi, nie stosując się zarazem do obowiązujących norm społecznych. Generalnie, ogromną trudność sprawia mu powstrzymywanie się od komentarzy, gdyż jest nadmiernie gadatliwe. W związku z tym bywa negatywnie odbierane przez rówieśników i w wielu sytuacjach odrzucane przez środowisko.

Dziecko z ADHD ma również wielką trudność ze skupieniem uwagi, ponieważ nie potrafi się skoncentrować przez dłuższy czas. Bodźce słuchowe i wzrokowe silnie oddziaływają na dziecko, prowadząc w efekcie do rozproszenia uwagi. Częstym problemem jest również nieumiejętność rozumienia zbyt rozbudowanych poleceń, co powoduje wycofywanie się z dialogu. Dziecko czuje się wówczas często zdezorientowane, gdyż nie rozumie skomplikowanych wypowiedzi, które przekraczają na pewien sposób jego możliwości. W rezultacie nie zwraca ono uwagi na wydawane polecenia, czy prośby.

B. Chrzanowska i J. Święcicka konceptualizują objawy ADHD, odnosząc ten rodzaj nadpobudliwości do trzech sfer, a mianowicie poznawczej, ruchowej oraz emocjonalnej. Nadpobudliwość w sferze poznawczej, dla której metaforą może być „Roztargniony Profesorek" charakteryzuje się tym, że u dziecka występuje wzmożony odruch orientacyjny na bodźce, które dochodzą do niego z otoczenia. Takie dziecko reagując na każdy bodziec, nie potrafi się też opanować przed głośnym skomentowaniem. Z kolei poproszone do odpowiedzi nie zawsze wie, o co jest pytane, chociaż jego wyobraźnia, w porównaniu do rówieśników jest doskonale rozwinięta. Nadpobudliwość w sferze ruchowej (metafora „Żywego Srebra") odsyła nas również do zaakcentowania takich problemów jak: wzmożona ruchliwość, bardzo głośne zachowanie podczas zajęć, niepokój ruchowy, objawiający się tikami i niczym nieuzasadnionymi ruchami. Nadpobudliwość w sferze emocjonalnej zaś, którą możemy zobrazować metaforą „Wrażliwej Mimozy", przejawia się występowaniem intensywnych reakcji uczuciowych na zaistniałe wydarzenia. Dzieci nadpobudliwe emocjonalnie zwykle maja opinię łatwo wpadających w złość, często się obrażają oraz bywają drażliwe. Nadpobudliwość emocjonalna pociąga również za sobą nadmierną lękliwość.

ADHD jest problemem, który komplikuje nie tylko rozwój psychiczny i społeczny dziecka, ale także narusza spójność relacji społecznych w danym środowisku, przynosząc szereg konsekwencji dla otoczenia i dla dziecka dotkniętym tym zaburzeniem. Dlatego też ADHD może być bardzo istotną przyczyną stygmatyzowania tego typu dzieci, szczególnie w środowisku szkolnym, tym bardziej jeżeli będziemy mieć do czynienia z istotnym związkiem pomiędzy tym syndromem, a zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi. Jednak należy pamiętać, iż dewaluująca reakcja otoczenia zazwyczaj bywa niezasłużona i krzywdząca dziecko, bowiem w przeciwieństwie do innych zaburzeń zachowania, ADHD nie jest „podszyte" złą intencją. Dzieci z ADHD mogą często ściągać na siebie reakcję piętnującą w postaci odtrącenia, wykluczenia i wyśmiewania. Jest to dla niech tym bardziej bolesne, im bardziej porównują się do rówieśników. W tym też przypadku ADHD może być przyczyną

szerzej rozumianych zaburzeń zachowania, czyli lęku, wycofania, bądź agresji. Świadomość tych problemów, a także postawienie odpowiedniej diagnozy, a następnie zastosowanie właściwej terapii jest jedną słuszną drogą pomocy dzieciom z tego typu zaburzeniami.

Zakończenie

W dyskursie społecznym oraz naukowym panuje przekonanie, iż syndrom nadpobudliwości psychoruchowej mógłby być w wielu przypadkach wymysłem i nadinterpretacją ogólnych zaburzeń aspołecznych, mających usprawiedliwiać zachowania naruszające normy społeczne, szczególnie w kontekście lansowanych teorii i koncepcji różnych odmian popularnego wychowania bezstresowego. Takie jednak myślenie bez wątpienia usuwa całą sferę wrażliwości, jaką powinny odznaczać się osoby pracujące z takimi dziećmi, a które bez wątpienia powinny posiadać nie tylko specjalistyczną wiedzę w tym kierunku, ale także doświadczenie w stawianiu trafnej diagnozy.

Bibliografia

1. Chrzanowska B., Święcicka J., *„Oswoić ADHD. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli dzieci nadpobudliwych psychoruchowo”*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2006.
2. Herzberg M., *„Pomaganie dzieciom nielubianym przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych”*, Wydawnictwo Edukacyjne „Parpamedia”, Warszawa 2012.
3. Hillebrand C., *„Pedagogika zaburzeń zachowania”*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
4. Kutscher M. L., *„Poradnik dla rodziców i nauczycieli – ADHD naucz się żyć z ADHD”*, Wydawnictwo K. E. LIBER, Warszawa 2009.
5. Marczak A., *„Program pracy z dzieckiem z objawami nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD) w przedszkolu lub szkole”*, Wydawnictwo Fraszka Edukacyjna, Warszawa 2006.
6. Nartowska H., *„Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo”*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1972.
7. Pfiffner L. J., *„Wszystko o ADHD”*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2004.

8. Portman R., *„ADHD Nadpobudliwość psychoruchowa – istota zagadnienia”*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2006.
9. Rzewuska M., *„Leczenie zaburzeń psychicznych”*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
10. Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M., *„Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci”*, Wydawnictwo Biforium, Lublin 1999.
11. Wolańczyk T., Komender J., *„Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci”*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.