

---

## Państwo i Społeczeństwo

---

2018 (XVIII) nr 4

e-ISSN 2451-0858

ISSN 1643-8299

### Andrzej Mirski

dr, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
orcid: 0000-0002-3688-0308

### Natalia Mirska-Tomasz

dr, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
orcid: 0000-0002-1709-6809

## ADHD I CHOROBA ASPERGERA A WYKLUCZENIE SPOŁECZNE

### Streszczenie

W artykule przedstawiono kwestię możliwych form wykluczenia społecznego wobec osób dotkniętych zespołem Aspergera i ADHD. Choroby te, choć charakteryzują je znaczne różnice, są do siebie podobne, ponieważ obie poważnie utrudniają relacje międzyludzkie, mogące powodować bardzo negatywne reakcje ze strony środowiska, przyjmując formę nawet wykluczenia społecznego. Ich wspólną cechą jest również fakt, że choroby te pojawiają się we wczesnym dzieciństwie, a zatem w szczególnie wrażliwym okresie życia, gdy kontakty ze środowiskiem społecznym są potrzebne do prawidłowego rozwoju i gdy są one najlepsze. Często konsekwencje urazu psychicznego spowodowanego odrzuceniem społecznym mogą być bardziej dotkliwe i przedłużone niż sama choroba. Na przykład ADHD często zanika samoistnie w okresie dojrzewania (najprawdopodobniej z powodu dojrzewania mózgu, zwłaszcza obszarów kory czołowej), a psychologiczne skutki odrzucenia przez rówieśników, nauczycieli, a nawet własną rodzinę mogą utrzymywać się przez długi czas, uruchamiając na przykład tendencje do tworzenia epizodów depresyjnych. W artykule przedstawiono najważniejsze objawy zespołu Aspergera i ADHD, które w największym stopniu mogą przyczynić się do izolacji społecznej, oraz główne formy oddziaływania terapeutycznego, pedagogicznego i edukacyjnego w celu poprawy stosunków społecznych tych dzieci i zapewnienia im prawidłowego funkcjonowania w środowisku społecznym.

**Słowa kluczowe:** wykluczenie społeczne, marginalizacja, samotność, bezrobocie, ubóstwo, dyskryminacja

### **Asperger's disease, ADHD and social exclusion**

#### **Abstract**

The article presents the question of possible forms of social exclusion towards people affected Asperger's and ADHD. These diseases, although share their considerable differences, are alike in that they seriously hinder interpersonal relationships, which can cause a very negative reactions from the environment, even taking the form of a social exclusion. Their common feature is also the fact that these diseases appear in early childhood, and therefore in a particularly vulnerable period of life when needed for proper development are the best contacts with the social environment. Often, the consequences of psychological trauma caused by social rejection may be more severe and prolonged than the disease itself. For example, ADHD often disappears spontaneously in adolescence (most likely due to the maturation of the brain, especially the frontal cortex areas), and the psychological effects of rejection by peers, teachers and even his own family may persist for a long time, assuming eg. the tendency to form depressive episodes. The article presents the most important symptoms of Asperger's syndrome and ADHD, which to the greatest extent may contribute to social isolation and the most important forms of therapeutic, pedagogical and educational impacts in order to improve the social relations of these children and provide them with the proper functioning of the social environment.

**Key words:** social exclusion, marginalization, loneliness, unemployment, poverty, discrimination

## **Wprowadzenie**

Choroba Aspergera oraz ADHD należą do zaburzeń psychicznych ujawniających się już w okresie dzieciństwa i często trwających nadal, w dalszych okresach życia, choć wraz z upływem czasu zmienia się ich forma i dynamika. Ich wcześnie pojawienie ma jednak bardzo duże znaczenie, bowiem, niezależnie od trwania objawów, wywierają one przemożny wpływ na dalszy los osób nimi dotkniętych. Nawet jeżeli dane zaburzenie ustąpi, to szkody, spowodowane jego obecnością w okresie dzieciństwa, mogą się nadal utrzymywać, nawet przez cały okres dorosłości. Najpoważniejsze skutki psychologiczne to: znaczne obniżenie poczucia własnej wartości, niestabilny obraz siebie, skłonności depresyjne oraz brak wystarczających kompetencji społecznych.

Co bardzo istotne, szkody te w ogromnej mierze spowodowane są różnymi formami odrzucenia społecznego, które można już w zasadzie zaliczyć do kategorii społecznego wykluczenia. Nie jest ono tak mocno nasilone jak w przypadku ciężkich przypadków alkoholizmu czy psychozy, ale wystarczające, aby pozostawić negatywne i trwałe ślady w psychice. Ważne jest również, że zaburzenia nastroju w żadnym wypadku nie wchodzą w skład pierwotnych symptomów choroby Aspergera lub ADHD. Na początku dzieci pierwszego typu są bardziej racjonalne niż emocjonalne, dzieci z ADHD raczej spontaniczne i ożywione. Obniżenie poczucia własnej wartości, a także pojawiające się w ślad za tym objawy lękowe i depresyjne, prawie zawsze pozostają wtórnym

skutkiem społecznego odrzucenia i napiętnowania, które można ujmować jako pewną formę społecznego wykluczenia.

Co ciekawe, ten aspekt problematyki choroby Aspergera i ADHD jest właściwie pomijany w literaturze przedmiotu. Pojęcie wykluczenia społecznego nazbyt często jest właściwie rezerwowane dla takich zagadnień jak bieda, bezrobocie, starość, mniejszości etniczne czy kulturowe, a w przypadku zaburzeń psychicznych – alkoholizm czy schizofrenia. Choć oczywiście problematyka marginalizacji w przypadku wszystkich wymienionych powyżej zjawisk jest bardzo poważna i wymagająca wielkiej uwagi, to jednak rzadziej dostrzegane zjawisko względnego wykluczania społecznego dzieci, nastolatków, a nierazko także osób dorosłych z chorobą Aspergera oraz ADHD, jest również kwestią zasadniczą. Są to zespoły pojawiające się w populacji często, coraz częściej diagnozowane (dzięki wyraźnemu polepszeniu metod diagnostycznych), można więc już mówić o społecznym charakterze problemu. Ważne jest też to, że łatwiej się wyleczyć z tych chorób niż z ich powikłań.

## Wykluczenie społeczne

Wykluczenie społeczne, zwane także marginalizacją, to niedobrowolne wyłączenie z życia społecznego, łączące się z ograniczeniem, a czasem nawet brakiem dostępu do społecznych zasobów oraz grup i instytucji. Ma ono zwykle cztery wymiary: a) samotność, czyli wyłączenie z relacji i kontaktów społecznych; b) bezrobocie, czyli wyłączenie z aktywności zawodowej; c) ubóstwo, czyli poważne ograniczenie konsumpcji oraz d) dyskryminacja, czyli wyłączenie z mechanizmów wpływu i władzy. Wykluczenie społeczne wiąże się z różnymi problemami społecznymi, różnorodne mogą być również jego przyczyny. Bardzo często jedna forma marginalizacji pociąga za sobą inną, a więc np. bezrobocie prowadzi do ubóstwa, dyskryminacja do samotności etc. Do najczęstszych powodów marginalizacji możemy zaliczyć: alkoholizm, narkomanię, zaburzenia psychiczne, podeszły wiek, brak wykształcenia. Niektóre z tych zjawisk mogą stanowić zarówno przyczynę, jak i efekt wykluczenia społecznego, np. ubóstwo, alkoholizm czy bezdomność. Wykluczenie prowadzi do postępującej izolacji jednostki i spadku jej aktywności społecznej, a wśród jego możliwych konsekwencji wymienić można nieprawidłowe wypełnianie ról społecznych i rozwój przestępczości.

Związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi a wykluczeniem społecznym ma charakter obustronny. Z jednej strony wiele, może nawet większość zaburzeń psychicznych powoduje mniejsze lub większe wykluczenie społeczne. Z drugiej strony wykluczenie społeczne wiedzie zwykle do znacznego obniżenia jakości życia, co w konsekwencji często prowadzi do różnego rodzaju zaburzeń psychicznych. Trudno jest wskazać jednoznacznie związki przyczynowo-

-skutkowe zaistnienia wykluczenia społecznego, bowiem jest to zjawisko dynamiczne i nie zawsze poddaje się klasycznym kryteriom oceny. Wykluczenie społeczne jest wobec tego pojęciem znacznie szerszym niż samo ubóstwo, choć ubóstwo może prowadzić do wykluczenia społecznego. Definiując więc wykluczenie społeczne w zakresie zdrowia, należy odnieść się nie do tradycyjnie postrzeganego wykluczenia społecznego (opartego na ubóstwie i niedostosowaniu społecznym), ale spojrzeć na to zjawisko znacznie szerzej, także w przypadku osób niezgłaszających trudności w codziennym życiu. W przypadku choroby Aspergera i ADHD na początku mamy prawie zawsze tylko do czynienia ze względnym wykluczeniem społecznym (najpierw w środowisku rówieśników, później czasem także ze strony władz edukacyjnych). Życiowe konsekwencje takiego odrzucenia w okresie dzieciństwa mogą w przyszłości przerodzić się w poważniejsze jeszcze formy społecznego wykluczenia, włączając bezrobocie i biedę.

### **Wpływ zaburzeń psychicznych na izolację i wykluczanie społeczne**

Jednym z ważnych powodów tego zjawiska jest wciąż jeszcze negatywny stosunek do osób chorych psychicznie. Wprawdzie powoli ta niekorzystna postawa ulega zmianie, ale same choroby wciąż mierzą się z podejrzliwością i niechęcią. W opinii zwłaszcza słabo wykształconej części społeczeństwa choroba psychiczna jest wyobrażana jako rodzaj gwałtownie przebiegającej psychozy, w której ogarnięty szaleństwem człowiek jest całkowicie nieodpowiedzialny i groźny dla otoczenia. Oczywiście, tego typu formy zaburzeń psychicznych są wielką rzadkością, w zasadzie obejmują bardzo niewielki procent jednej tylko jednostki nozologicznej, jaką jest schizofrenia paranoidalna, i to w sytuacji całkowitego braku leczenia. W istocie znacznie większą liczbę przestępstw, a także irracjonalnych i nieodpowiedzialnych zachowań, podejmują ludzie zdrowi psychicznie (tyle że z deficytami moralności czy zdrowego rozsądku). Ogromna większość ludzi z zaburzeniami psychicznymi nie stanowi żadnego zagrożenia dla społeczeństwa, co najwyżej ich znaczne cierpienia nie pozwalają im uczestniczyć w pełni w życiu społecznym.

Wielkim, etycznym i zawodowym, obowiązkiem psychologów jest zwalczanie tego negatywnego stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, co zresztą leży w interesie samych lekarzy, gdyż wstyd z powodu bycia uznanym „za chorego” jest bardzo częstym powodem, dla którego ludzie nie sięgają po pomoc psychologów, choć chcieliby i powinni. Psychologowie zresztą nie zajmują się tylko terapią zaburzeń, ale także pomocą w rozwiązywaniu problemów i wzmacnianiem procesów rozwojowych. W istocie zatem ludzie korzystający z profesjonalnej opieki psychologicznej, różnych form psychoterapii, coachingu czy warsztatów rozwojowych, mają często znacznie bardziej rozwiniętą samo-

świadomość i kompetencje społeczne od nieinteresujących się psychologią i od niej stroniących „ludzi zdrowych”. Oczywiście, naszemu państwu jeszcze daleko do modelu znanego z niektórych miast Zachodu, gdzie członek klasy średniej ma swojego terapeuta i szczeni się tym. Wciąż zatem pokutujący negatywny stosunek do osób z zaburzeniami psychicznymi jest jednym z powodów izolacji, a nawet wykluczenia społecznego osób z zaburzeniami psychicznymi, chociaż zjawisko to ulega osłabieniu i należy się spodziewać, że wkrótce przestanie odgrywać większe znaczenie.

Drugim powodem, dla którego osoby z zaburzeniami psychicznymi podlegają izolacji, a często, w ślad za nią, także społecznemu wykluczeniu, jest to, że samo ich zaburzenie powoduje istotne pogorszenie relacji i kompetencji społecznych. Zaburzenie psychiczne powoduje, że albo w ogóle nie można nabyć pewnych kompetencji społecznych (jak np. w autyzmie), albo ich nabywanie jest znacznie utrudnione (jak w ADHD) czy wreszcie kompetencje te ulegają gwałtownemu pogorszeniu (jak po wybuchu depresji czy schizofrenii). Nie trzeba wcale być mitycznym i właściwie już niespotykanym „szaleńcem z siekierką w ręku”, aby wzbudzić niechęć i podejrzliwość otoczenia. Wystarczy być zamkniętym w sobie, lęklwym, roztargnionym, nerwowym, nieuważnym, smutnym człowiekiem, aby znacznie gorzej funkcjonować na rynku pracy, w towarzystwie, a nawet we własnej rodzinie. To z kolei zjawisko zdaje się nawet nasilać, bowiem żyjemy obecnie w kulturze, która zdecydowanie faworyzuje ekstrawertyzm, aktywność oraz, przynajmniej powierzchowne, okazywanie zadowolenia ze wszystkiego i ze wszystkich. Warto podkreślić, że nie jest to wina psychologii pozytywnej, która wyraźnie przestrzega przez takim powierzchownym rozumieniem szczęścia, a zwłaszcza jego „społecznego przymusu”. To jest znacznie szersze zjawisko cywilizacyjne, którego omawianie wychodzi poza treść tego artykułu.

Ponieważ pierwsza wspomniana przyczyna izolacji osób z problemami psychicznymi zdaje się słabnąć, a druga nasilać, coraz łatwiej, zwłaszcza w krajach cywilizacji zachodniej, o zjawisko, gdzie lepiej powiedzieć, że ma się klinicznie rozpoznaną depresję i leczy u modnego psychoanalityka, niż że jest się po prostu, w naturalny sposób, smutnym i rozczarowanym. Zjawisko to można nazwać „klinicyzacją”, czyli chęcią tłumaczenia w życiu społecznym swoich spadków nastroju, niepokojów czy wad w klinicznych kategoriach zaburzeń psychicznych. To z kolei pociąga za sobą inny niekorzystny efekt: że leczenia depresji (zwłaszcza farmakologicznego) podejmuje się większa liczba osób niż powinna. Warto zaznaczyć, że osoby cierpiące na chorobę Aspergera czy ADHD raczej skorzystały na klimacie „klinicyzacji”, ponieważ etykieta tych chorób bardziej pomaga niż szkodzi; krótko mówiąc: lepiej mieć „łatkę” Aspergera niż zimnego dziwaka lub ADHD zamiast lenia i głupca. To również sprawia, że w niektórych krajach (zwłaszcza USA) rozpoznaje się i podejmuje farmakologiczne leczenie ADHD częściej niż powinno.

Trzecim powodem jest po prostu instrumentalne traktowanie ludzi, zwłaszcza w społeczeństwach nastawionych na szybki zysk. Zaburzenia psychiczne zwykle obniżają koncentrację i skupienie na pracy, takie osoby są więc na wysoko konkurencyjnym rynku pracy szybko eliminowane i zaczynają podlegać wykluczeniu społecznemu. Osobę, która zaczyna pracować gorzej, zaczyna się traktować jak maszynę, która się zepsuła i trzeba ją jak najszybciej posłać do dobrego specjalisty, by ją naprawił.

## Wpływ izolacji i wykluczania społecznego na zaburzenia psychiczne

Izolacja społeczna wpływa z kolei na powstanie zaburzeń psychicznych lub znaczne ich nasilenie. Człowiek jest z natury istotą społeczną. Bardzo źle znosi społeczną izolację, wykluczenie lub choćby uporczywą krytykę czy złe traktowanie. Wiemy już doskonale, jak rujnujące psychicznie efekty przynosi długotrwałe bezrobocie lub bieda, przede wszystkim z powodu następującego w ich efekcie społecznego wykluczenia. Wiadomym jest też, że choroby psychiczne częściej dotyczą emigrantów<sup>1</sup>, różnego rodzaju mniejszości, grup wyizolowanych społecznie. Według różnych szacunków ryzyko schizofrenii jest w przypadku Brytyjczyków pochodzenia karaibskiego od 5 do 13 razy większe niż u rdzennych – białych Brytyjczyków, wskaźnik zachorowalności Azjatów żyjących w Wielkiej Brytanii jest zaś 5 do 8 razy wyższy<sup>2</sup>. Podobne zależności zaobserwowano w przypadku innych grup imigrantów, także w Holandii, Danii, Szwecji, Australii i Stanach Zjednoczonych. Problem zależności między psychozą a migracją opisany został po raz pierwszy już w 1932 r. przez Ørnulva Ødegårda, który zaobserwował go podczas fali migracji Norwegów do Stanów Zjednoczonych<sup>3</sup>. Zaburzeniem najczęściej opisywanym w literaturze tematu jest schizofrenia, niemniej istnieją podstawy, aby sądzić, że efekt przynależności do grupy migrantów przekłada się również na częstotliwość występowania zaburzeń afektywnych<sup>4</sup> czy lękowych<sup>5</sup>. Negatywne reakcje społeczne powodują także nasilenie istniejących chorób, pogarszają możliwości ich leczenia, a także są powodem groźnych powikłań.

---

<sup>1</sup> J. Kucharska, *Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych / Mental health problems in ethnic minority groups*, „Psychiatria Polska” 2012, t. 46, nr 3, s. 451–459.

<sup>2</sup> C. Morgan, M. Charalambides, G. Hutchinson, R.M. Murray, *Migration, Ethnicity and Psychosis: Toward a Sociodevelopmental Model*, „Schizophrenia Bulletin” 2010, vol. 36, nr 4, s. 655–664; W.L.A. Fung, D. Bhugra, P.B. Jones, *Ethnicity and Mental Health: The Example of Schizophrenia and Related Psychoses in Migrant Populations in the Western World*, „Psychiatria” 2009, vol. 8, no. 9, s. 335–341.

<sup>3</sup> Ø. Ødegård, *Emigration and Insanity. A Study of Mental Disease among the Norwegian Born Population of Minnesota*, Levin & Munksgaard, Copenhagen 1932.

<sup>4</sup> A. Chakraborty, M. McKenzie, *Does Racial Discrimination Cause Mental Illness?*, „The British Journal of Psychiatry” 2002, vol. 180, no. 6, s. 575–577.

<sup>5</sup> W. Mak, A. Rosenblatt, *Demographic Influences on Psychiatric Diagnoses among Youth Served in California Systems of Care*, „Journal of Child and Family Studies” 2002, vol. 11, no. 2, s. 165–178.

Nie ulega wątpliwości, że głównym powodem pojawiających się częściej różnorodnych zaburzeń psychicznych wśród imigrantów jest właśnie izolacja społeczna. Osoby takie, pogrążone w samotności, nieprzyjmowane do pracy, odrzucane w relacjach interpersonalnych i intymnych, żyją w coraz większym przekonaniu o swojej inności, byciu gorszym i niechcianym. Przede wszystkim jednak człowiek jest istotą społeczną, toteż pozbawiony odpowiednich relacji społecznej funkcjonuje psychicznie coraz gorzej, aż wreszcie pogrąża się w chorobie psychicznej.

Osoby z zaburzeniami psychicznymi często są swoistymi „imigrantami” w swoim środowisku. Ich zachowanie nie pasuje do norm i standardów danej społeczności, są inni, budzą poczucie irytacji, zniechęcenia, lęku, często wrogości. Zarówno dziecko z chorobą Aspergera, jak i z ADHD jest odbierane przede wszystkim jako inne ze strony swoich rówieśników, niejednokrotnie jednak także ze strony nauczycieli czy nawet rodziców.

W skład pierwotnego ADHD nie wchodzi np. depresja, więc dzieci dotknięte tym zespołem nie przejawiają początkowo skłonności depresyjnych. Problem stwarzają dopiero negatywne reakcje i sygnały ze społecznego otoczenia. Dziecko z ADHD, na skutek swojego roztargnienia, nieuwagi, impulsywności, jest bardzo często odrzucane przez rówieśników, oceniane negatywnie przez nauczycieli i krzywdzone w domu rodzinnym, co wtórnie rodzi u niego najpierw silne reakcje lękowe, a z czasem poczucie niższej wartości, niekompetencji, nieprzystosowania, odrzucenia, prowadząc wreszcie do poważnych objawów depresyjnych, co powoduje znaczne pogorszenie i powikłanie obrazu choroby. W przypadku choroby Aspergera zjawisko to jest nieco mniej nasilone, gdyż dzieci te są bardziej introwertyczne i zainteresowane swoimi pasjami. Głębsza jednak analiza wskazuje, że każdy człowiek potrzebuje relacji społecznych, nawet jeżeli pozornie mniej mu na nich zależy. Sytuacja, w której człowiek nie zdaje sobie sprawy z negatywnych skutków braku wsparcia i kontaktów społecznych, wcale nie pomaga. Ponadto zachodzi tu zjawisko błędnego koła: objawy zaburzenia powodują izolację społeczną, ta z kolei nasila i pogarsza objawy. Dlatego tak bardzo potrzebne jest jego przerwanie, co odbywać to się musi na dwóch płaszczyznach, poprzez uczenie pacjenta koniecznych kompetencji społecznych oraz, z drugiej strony, wpływaniem na otoczenie, aby lepiej chorego traktowało. W przypadku choroby Aspergera czy ADHD postawienie diagnozy może polepszyć sytuację. Po pierwsze dlatego, że w jakimś stopniu dziecko jest za to mniej odpowiedzialne (co jednak nie może całkowicie znosić odpowiedzialność za swoje zachowanie), a po drugie – ponieważ diagnoza zaburzenia jest lepiej w tym wypadku przyjmowana niż sugerowana obecność stałych, bardzo źle widzianych cech osobowości.

## **Choroba Aspergera i ADHD jako zespoły szczególnie narażone na izolowanie społeczne**

Zespół Aspergera i ADHD mają wiele cech wspólnych. Przede wszystkim oba są rozpoznawane w okresie dzieciństwa (choć często trwają nadal w późniejszych latach życia), co ma bardzo ważne znaczenie.

Wczesny wiek, w którym się te zaburzenia pojawiają, jest jednocześnie okresem decydującym, w kwestii wyuczenia się odpowiednich kompetencji społecznych. Choroby psychiczne, które pojawiają się w późniejszym wieku, mogą wprawdzie osłabić funkcjonowanie społeczne (np. z powodu lęku czy depresyjnego wycofania), ale raz nabyte w dzieciństwie kompetencje społeczne działają nadal i szybciej pozwalają na powrót do współżycia społecznego w okresie remisji. Wcześnie pojawiająca się choroba Aspergera oraz zespół ADHD powodują natomiast, że te pierwsze kompetencje nie mają szans na odpowiednie ujawnienie i wypracowanie. Wczesna manifestacja tego zaburzenia powoduje, że dotknięte nim dzieci są też równie wcześnie narażone na różne traumatyczne przeżycia w postaci odrzucenia, bicia, maltretowania. To z kolei często powoduje wtórną nadwrażliwość na negatywne bodźce społeczne, na krytykę i przejawy niechęci, aktywując skłonność do zaburzeń depresyjnych w przyszłości.

Warto zauważyć, że negatywne reakcje społeczne i społeczne izolowanie wydają się bardziej frustrujące oraz że częściej wiodą do reakcji depresyjnych u dzieci z ADHD niż z chorobą Aspergera. W przypadku tego drugiego zaburzenia istnieje po prostu mniejsza potrzeba kontaktów społecznych, większe zainteresowanie różnymi pasjami i obiektami niż ludźmi. Jeżeli takie dziecko wpada w złość, to bardziej dlatego, że coś poszło nie po jego myśli (na przykład poprzestawiano mu zabawki), a nie z powodu złego humoru innych, o który dba mniej. Ale konsekwencje osamotnienia takiego dziecka nadal będą poważne, nie będzie się ono mogło nauczyć odpowiednich kompetencji społecznych, jego pozycja w grupie będzie niższa, czasem nawet może to uniemożliwić dalsze kontynuowanie edukacji, znalezienie pracy czy założenie rodziny. Natomiast dzieci z ADHD, wbrew pozorom, bardziej lgną do innych, pragną się bawić, szukają podziwu, zainteresowania, bliskich relacji i niezwykle boleśnie odczuwają emocjonalne odrzucenie przez pozostałych ludzi, zwłaszcza rówieśników lub członków rodziny.

W obu zespołach kluczowym czynnikiem zaburzającym funkcjonowanie społeczne i nabywanie społecznych kompetencji jest zdecydowany brak czy niedobór empatii. O ile w chorobie Aspergera brak ten ma raczej charakter pierwotny, o tyle w przypadku ADHD raczej wtórny. Empatia wymaga bowiem skupienia i cierpliwości, czego dzieciom z ADHD ewidentnie brakuje, przez co sprawiają wrażenie mało empatycznych.

Wreszcie wspólną cechą tych zaburzeń jest to, że w pierwszym kontakcie dzieci te wcale nie robią wrażenia chorych; przeciwnie, budzą duże nadzieje ze względu na swą inteligencję, kreatywność, nawet entuzjizm. Objawy pojawiają



się niespodziewanie, zwykle w formie dramatycznej i nader często są postrzegane przez otoczenie społeczne nie w kategoriach chorobowych (klinicznych), ale „moralnych”. Dzieci te są nagle oceniane jako niegrzeczne, nieodpowiedzialne, bezwzględne, histeryczne, leniwe – po prostu złe i z tego powodu niejednokrotnie gwałtownie odrzucane. W obu wypadkach powiadomienie otoczenia o nie moralnym czy intelektualnym, ale chorobowym wymiarze tych zaburzeń może być dla tych dzieci w ostatecznym rozrachunku korzystniejsze.

Należy jednak zwrócić uwagę, że w miarę rozpowszechniania niekorzystnych, a często przesadzonych lub wręcz zafałszowanych informacji o tych zaburzeniach, zaczynają mieć one w pewnych środowiskach (głównie w szkołach, zwłaszcza wśród rodziców innych dzieci, ale, niestety, także czasem wśród nauczycieli) zdecydowanie złą markę. Czasem rodzice, gdy dowiedzą się, że inne dziecko ma któreś z tych zaburzeń, chcą gwałtownie swoją pociechę wycofać z klasy lub zabronić „takiemu” dziecku bawić się ze swoim. Dotyczy to zwłaszcza ADHD, uważanego niekiedy za „dopust boży” w instytucji edukacyjnej. Z kolei w przypadku choroby Aspergera problemem jest to, że jest często ona mylona z prawdziwym autyzmem (zaburzenie to należy wprowadzić do spektrum autyzmu, ale ma znacznie lżejszy obraz), ten zaś z kolei (też niesłusznie) jest pojmowany jako poważne kalectwo umysłowe. W przypadku niekompetentnych nauczycieli taki obraz dziecka może bardzo negatywnie odbić się na jego dalszej edukacyjnej karierze.

Drugą wspólną przyczyną odrzucania przez środowisko dzieci z chorobą Aspergera oraz ADHD jest brak czy niedostateczne wykształcenie się kompetencji społecznych i komunikacyjnych. Dotyczy to przede wszystkim niewłaściwego odczytywania komunikatów płynących ze strony otoczenia bądź też nieprzwiązywania do nich odpowiedniej wagi. Z kolei wysyłane przez nie sygnały są niedostatecznie jasne, spójne i zrozumiałe, często wydają się dziwaczne. Dzieci te popełniają poważne gafy społeczne, funkcjonując niemalże jak „słoń w składzie porcelany”.

Oczywiście, istnieją też fundamentalne różnice pomiędzy tymi zaburzeniami, dlatego też w dalszym ciągu artykułu zagadnienie społecznej izolacji będzie omawiane dla obu zaburzeń osobno.

## **Groźba wykluczenia społecznego w zespole Aspergera**

Zespół Aspergera jest według klasyfikacji DSM-V<sup>6</sup> łagodniejszą formą zaburzenia ze spektrum autyzmu, którą, według ICD-10<sup>7</sup>, charakteryzują nieprawidłowości w zakresie wzajemnych integracji społecznych oraz nasilone, wyizolo-

<sup>6</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, American Psychiatric Association, 2013, <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> [dostęp: 12.09.2018].

<sup>7</sup> *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10)* – WHO Version for 2016.

wane zainteresowania lub stereotypowe wzorce zachowania. Osobę z zespołem Aspergera cechuje brak empatii, pedantyczna, pełna powtórzeń mowa, uboga komunikacja niewerbalna, silne zaabsorbowanie wybranymi tematami i stosunkowo niezdarna motoryka. Kompetencje społeczne są w tym zespole bardzo widocznie osłabione. Osoby z tym zespołem zachowują się często nieadekwatnie do sytuacji, w których się znajdują, a ich pragmatyka społeczna jest tak niska, że bardzo łatwo zrażają do siebie innych. Mają one szczególne trudności z inicjowaniem nowej znajomości, z zapoznaniem się z nowym kolegą czy dołączeniem do już bawiącej się grupy<sup>8</sup>. Nie należy jednak mylić zespołu Aspergera ze schizoidalnym zaburzeniem osobowości, w którym zainteresowanie relacjami z innymi jest rzeczywiście nikłe (DSM-V)<sup>9</sup>. Dzieci z zaburzeniem Aspergera często chciałyby mieć kolegę czy koleżankę (choć najchętniej o podobnych – wąskich i wyspecjalizowanych zainteresowaniach), ale po prostu nie potrafią samodzielnie nawiązać kontaktów. Dziecko z zespołem Aspergera samo z siebie na ogół źle integruje się z rówieśnikami, trzeba mu w tym pomóc. Nie jest zatem wcale takie samotne i samolubne z natury, choć może robić na rówieśnikach takie wrażenie. Ponieważ na pierwszy rzut oka nie robi wrażenia osoby zaburzonej, jego nagłe gafy przypinają mu łacę osoby gburowatej i nieprzyjemnej, czego konsekwencją jest postępująca izolacja społeczna. Dziecko z zespołem Aspergera ma problemy z kontrolą ekspresji uczuć, a jego reakcje emocjonalne są często nieadekwatne, a przy tym bardzo burzliwe. Agnieszka Kozdroń<sup>10</sup> przedstawiła bardzo ciekawy opis schematu gwałtownej reakcji emocjonalnej u pacjenta z zespołem Aspergera: aura przed, atak właściwy, wyciszenie reakcji, wyczerpanie. Oczywiście, te nieadekwatne reakcje również nie przysparzają chorym przyjaciół i nie ułatwiają im współżycia społecznego. Dzieci te bardzo lubią narzucać swoje pomysły i zasady, co wynika nie tyle z ich skłonności do dominacji, ale z wąskiego, mocno wyspecjalizowanego kręgu zainteresowań – zabawa na inny temat nudzi je i nuży. Dlatego też mają bardzo duży problem ze współpracą w grupie, za wszelką cenę próbując narzucić swoje reguły gry. Mimo niskich kompetencji społecznych potrafią wykazać się wręcz makiawelicznym talentem do stosowania manipulacji, aby osiągnąć swoje cele. Mają też dużą skłonność do przekory, czyli zachowań negatywnych. Osoby te często zachowują się dokładnie przeciwnie w stosunku do oczekiwania otoczenia, a zachowanie to ma z natury impulsywny charakter<sup>11</sup>. Nie wynika to jednak z cech socjopatycznych lub nadmiernej (przeważnie obcej im), skłonności od rywalizacji, ale z silnej potrzeby niezależności, pozostawiania w kręgu swoich zainteresowań. To jednak również pogarsza jakość ich kontaktów społecznych – uważane są za zarozumiałców lub samotnych dzi-

<sup>8</sup> M. Charbicka, *Dziecko z zespołem Aspergera*, Difin, Warszawa 2015, s. 44.

<sup>9</sup> *Diagnosfic and Stafistical Manual of Mental Disorders*, op. cit.

<sup>10</sup> A. Kozdroń, *Zespół Aspergera. Zrozumieć, aby pomóc*, Difin, Warszawa 2015.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

waków. Charakterystyczne jest również, że dzieci te lepszy kontakt nawiązują z osobami dorosłymi, które, w przeciwieństwie do rówieśników, wydają im się bardziej przewidywalne, poważne i – mające ciekawsze zainteresowania. Dzieci te cenią też surowe i konsekwentne przestrzeganie „dorosłych” zasad społecznych, nie lubią głupich figli, starają się nie kłamać, stąd też mogą być traktowane przez rówieśników jako „wtyki” dorosłych (głównie nauczycieli i wychowawców). Często też na odwrót – wolą relacje z dziećmi młodszymi od siebie, które łatwiej poddają się ich pomysłom i inicjatywom.

Kolejnym źródłem społecznych problemów dzieci z zespołem Aspergera jest ich wyraźnie niższa empatia i zaburzenia „teorii umysłu”, co ostatecznie przekłada się na znacznie obniżoną zdolność do rozpoznawania stanów emocjonalnych oraz motywacji i intencji innych ludzi. Współcześnie podkreśla się fakt, iż może to mieć związek z wyraźnymi zaburzeniami przetwarzania informacji sensorycznej, jakie mają miejsce u osób z chorobą Aspergera<sup>12</sup>. Carl H. Delecatto wymienia trzy najważniejsze typy deficytów sensorycznych związanych z chorobą Aspergera (a także z innymi zaburzeniami ze spektrum autyzmu): nadwrażliwość (nadmierna ilość docierających bodźców), zbyt mała wrażliwość (niewystarczająca ilość odbieranych bodźców) oraz biały szum (zbyt dużo bodźców docierających z wewnątrz organizmu w stosunku do bodźców zewnętrznych). Według autora dziecko z tym syndromem usiłuje samo dostarczyć sobie bodźców, których potrzebuje mózg<sup>13</sup>. Dlatego żyje ono samotnie, w stworzonym przez siebie świecie. Wreszcie, przyczyną, dla której dzieci te często są odrzucające przez rówieśników, jest niezgrabność ruchowa, będąca skutkiem zaburzonej koordynacji ruchowej<sup>14</sup>.

### **Przeciwdziałanie wykluczeniu w zespole Aspergera – uwagi terapeutyczne i wychowawcze**

Zaburzenie to powinno być poprawnie diagnozowane już w przedszkolu, kiedy to często się po raz pierwszy objawia – brak odpowiednich działań pomocowych w tym okresie prowadzi do nasilenia się objawów chorobowych oraz niepowodzeń szkolnych, czyli stanu, w którym znalazło się dziecko na skutek niespełniania wymagań szkoły<sup>15</sup>. Czynnikiem, które często przesądzają o niepowodzeniach szkolnych już od najwcześniejszego okresu edukacji, są: wysoki poziom lęku oraz zaburzenia koordynacji ruchowej. Istotne jest, aby szkoły, a zwłaszcza przedszkola, zwracały szczególną uwagę na potrzeby dzieci z zespołem Asperge-

<sup>12</sup> P.G. Emmons, McKendry Anderson L., *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej*, przeł. R. Waliś, Wydawnictwo K.E. Liber, Warszawa 2007.

<sup>13</sup> C.H. Delecatto, *Dziwne, niepojęte, autystyczne dziecko*, przeł. M. Głowczak, Fundacja Synapsis, Warszawa 1995.

<sup>14</sup> T. Attwood, *Zespół Aspergera*, przeł. M. Łamacz, Zysk i S-ka, Poznań 2006.

<sup>15</sup> J. Konopnicki, *Powodzenia i niepowodzenia szkolne*, PZWS, Warszawa 1966.

ra, a także zagwarantowanie im specjalnych zajęć korekcyjno-kompensacyjnych. Szczególnie pomocny jest udział w sesjach terapeutycznych podczas Treningów Umiejętności Społecznych, na których dzieci te uczą się budowania relacji i prawidłowego funkcjonowania w zespole. Szczególnie pomocny jest Trening Umiejętności Społecznych Goldsteina według Emmena i Plasmeijera, oparty na zasadach kognitywnego nauczania społecznego i uczący podstawowych umiejętności społecznych, jak zawieranie znajomości, słuchanie i zadawanie pytań, inicjowanie rozmowy, odmawianie, reagowania na krytykę, wyrażanie krytyki, dyskusowanie oraz radzenie sobie z uczuciami w czasie kontaktów społecznych<sup>16</sup>.

Stosunek innych dzieci do uczniów z tym syndromem zależy w bardzo dużym stopniu od stosunku nauczyciela do obciążonego nim ucznia. Dlatego bardzo ważną rolę w procesie wspierania kompetencji społecznych dziecka odgrywa szkoła lub przedszkole, do którego uczęszcza. Pomoc ze strony pedagogów szkolnych oraz psychologów szkolnych jest tutaj bardzo istotna i wskazana. Ale także zajęcia w klasie dają możliwość odpowiednio przygotowanemu nauczycielowi wspierania dziecka w nauce najważniejszych zachowań społecznych. Powinien on zachęcać dziecko do jak największej współpracy z rówieśnikami, wykorzystując ich obecność jako naturalną wskazówkę dla dziecka, co robić w różnych sytuacjach, a z drugiej strony – modelować stosunek pozostałych uczniów do dziecka z zespołem Aspergera, zachęcając do większej tolerancji na nieco odmiennie zachowanie. Nauczyciel powinien też w większym stopniu nadzorować dziecko w czasie przerw lekcyjnych i zabaw, aby również w tych okolicznościach zwiększać jego szanse na nabycie odpowiednich umiejętności społecznych<sup>17</sup>.

Bardzo ważna jest współpraca pedagogów z rodziną dziecka dotkniętego zespołem Aspergera. U rodziców tych dzieci brak wiedzy na temat tego zaburzenia jest jeszcze bardziej alarmujący niż u nauczycieli. Ponadto rodzice często reagują zupełnie nieprawidłowo na objawy tego zaburzenia, stosując, na przykład, przemoc, która znacznie pogarsza sytuację. Nadmiernie też zwykle koncentrują się oni na negatywnych aspektach choroby, nie dostrzegając mocnych stron dziecka, np. jego wybitnej inteligencji, świetnej pamięci czy unikalnych zdolności. Warto zwrócić uwagę, że współczesna psychoterapia, zwłaszcza pozytywna, kładzie bardzo silny akcent właśnie na dostrzeganiu pozytywnych stron i sił pacjenta, które mogą się stać odskocznią dla procesu zdrowienia i prawidłowego rozwoju.

Agnieszka Kozdroń, pamiętając, jak często reakcją rodziców na postawioną diagnozę jest szok, gniew, rezygnacja czy depresja, wskazuje, że najważniejszą postawą, jaką rodzice muszą sobie wyrobić w stosunku do dziecka, jest po prostu akceptacja<sup>18</sup>. Natomiast dwa podstawowe działania, które powinny przedsięwziąć rodzice we współpracy z terapeutami, to z jednej strony kompen-

<sup>16</sup> M. Charbicka, *op. cit.*, s. 49.

<sup>17</sup> T. Attwood, *op. cit.*

<sup>18</sup> A. Kozdroń, *op. cit.*

sowanie deficytów, a z drugiej – aktywowanie zasobów dziecka. Rodzice oczywiście powinni wykorzystywać różnego rodzaju dostępne terapie pod okiem specjalistów, ale sami też w tym terapeutycznym procesie powinni brać udział. Ich szczególna rola polega na budowaniu w dziecku poczucia własnej wartości, utrzymywaniu wobec dziecka komunikacji bezpośredniej, jasnej, precyzyjnej i szczerzej, ustaleniu zasad elastycznych i podlegających negocjacom oraz współtworzeniu wokół dziecka terapeutycznego środowiska, sprzyjającego rozwojowi. Rolą terapeuty jest określanie problemów dziecka, praca nad nimi w określonym czasie oraz cykliczne spotkania z rodzicami w celu omawiania postępów, połączone ze szkoleniem opiekunów pod kątem wykonywania różnych prostych ćwiczeń z dzieckiem w domu.

Nierzadko zdarzają się sytuacje, w których ofiarą zespołu Aspergera jest nie tylko dziecko, ale też jedno z rodziców (nierazkie, gdyż z całą pewnością działa w tej chorobie czynnik genetyczny, wzmocniony jeszcze o zjawisko naśladownictwa). W takim wypadku terapia oczywiście powinna objąć zarówno rodzica, jak i dziecko. Warto dodać, że terapia rodzinna choroby Aspergera, ciągle stosunkowo rzadko stosowana w Polsce, korzystna jest nawet wtedy, gdy u rodziców nie rozpoznaje się terapii.

## Groźba wykluczenia społecznego w zespole ADHD

ADHD, czyli zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością jest uwarunkowanym polietiologicznie zaburzeniem neurorozwojowym, w klasyfikacjach diagnostycznych zaburzeń psychicznych definiowane dwojako: w klasyfikacji DSM-V<sup>19</sup> jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, a w klasyfikacji ICD-10<sup>20</sup> jako zespół hiperkinetyczny (F90). Częstość występowania tego zespołu szacuje się 1–20% dzieci<sup>21</sup>. Tak duża rozpiętość danych wynika z niejednorodnego systemu diagnozowania i braku spójności kryteriów diagnostycznych. I tak przykładowo w Stanach Zjednoczonych stwierdza się ADHD u 7% dzieci, w Chinach u 2–13%, a w Polsce częstość występowania szacuje się na 6,6%<sup>22</sup>. Jak podaje Małgorzata Lipowska<sup>23</sup>, ta sytuacja może odzwierciedlać odmienne kulturowo wymagania dla mieszczącego się w lokalnej normie zachowania, np. w Chinach kładzie się szczególny nacisk na to, aby nauczyć

---

<sup>19</sup> *Diagnosfic and Stafisfical Manual of Mental Disorders, op. cit.*

<sup>20</sup> *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, op. cit.*

<sup>21</sup> T. Wolańczyk, A. Kołakowski, A. Pisula, *Zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD, zespół hiperkinetyczny)*, Centrum CTB, Warszawa 2005.

<sup>22</sup> A. Kołakowski, T. Wolańczyk, A. Pisula, M. Skotnicka, A. Bryńska A., *ADHD-zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

<sup>23</sup> M. Lipowska M., *Dysleksja i ADHD współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza deficytów pamięci*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2011

dzieci kontrolowania swojej emocjonalności, natomiast w USA bardziej stawia się na kreatywność i swobodne wyrażanie siebie.

ADHD jest zaburzeniem diagnozowanym najczęściej w wieku szkolnym, między 6. a 9. rokiem życia, jednak, jak twierdzi większość klinicystów, niektóre objawy widoczne są już w okresie niemowlęctwa, dotyczy to zwłaszcza takich symptomów jak mniejsze zapotrzebowanie na sen, drażliwość i zwiększona wrażliwość na bodźce. Wedle kryteriów DSM V pewne objawy muszą wystąpić przed ukończeniem przez dziecko dwunastu lat<sup>24</sup>. Najczęściej jednak objawy te widoczne są w okresie rozpoczęcia nauki szkolnej, gdy dziecko nie jest w stanie sprostać takim wymaganiom, jak siedzenie w ławce przez dłuższy czas, koncentracja na tym, co mówi nauczyciel, czy wykonywanie zadań wymagających poznawczego wysiłku<sup>25</sup>. U chłopców występuje zwiększone ryzyko depresji oraz zaburzeń zachowania, natomiast u dziewczynek częstsze występowanie zaburzeń lękowych<sup>26</sup>.

Zaburzenie z deficytem uwagi i nadpobudliwością występuje także u osób dorosłych, obejmując około 2,5% populacji osób powyżej 17. roku życia, chociaż rozpiętość pomiędzy różnymi badaniami jest dosyć duża<sup>27</sup>. Często jest to kontynuacja zaburzenia z okresu dzieciństwa i adolescencji – w grupie dzieci, u których zdiagnozowano ADHD, u około 2/3 tych pacjentów objawy utrzymują się w okresie dorosłości<sup>28</sup>. Ale też coraz częściej objawy ADHD rozpoznawane są u osób dorosłych, u których w okresie dzieciństwa nie stwierdzono tego zaburzenia.

U pacjentów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi często występują istotne problemy w funkcjonowaniu społecznym. Skłonność do impulsywnych zachowań, stwarzanie niebezpiecznych sytuacji spowodowane trudnością z oszacowaniem ryzyka czy nieumiejętność poczekania na swoją kolej bywają powodem odrzucenia ze strony rówieśników, a często i ze strony osób dorosłych. Trudności z koncentracją, nadaktywność oraz impulsywne zachowanie u dzieci z ADHD mogą powodować problemy społeczne, co skutkuje wykluczeniem z grona rówieśników.

Z trzech najważniejszych, osiowych, diagnostycznych kryteriów ADHD: hiperaktywności, zaburzeń uwagi oraz impulsywności, ta ostatnia cecha jest zazwyczaj źródłem najczęstszych konfliktów interpersonalnych i powodem społecznego odrzucenia. Tak więc w pracy nad lepszym funkcjonowaniem społecz-

---

<sup>24</sup> J. Morrison, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andruszko, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016, s. 47.

<sup>25</sup> A. Mirski, N. Mirska-Tomasz, *Rola neuromarkerów w diagnostyce ADHD*, „Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej” 2016, t. 16, nr 1, s. 117–129.

<sup>26</sup> J. Biederman, E. Mick, S. Faraone, *Normalized Functioning in Youths with Persistent ADHD*, „The Journal of Pediatrics” 1998, vol. 133, issue 4, s. 544–551.

<sup>27</sup> J. Morrison, *op. cit.*, s. 48.

<sup>28</sup> M. Szewczuk-Bogusławska, H. Flisiak-Antonijczuk, *Czy zmiana kryteriów diagnostycznych ułatwi rozpoznanie ADHD u dorosłych?*, „Psychiatria Polska” 2013, t. 47, nr 2, s. 293–302.

nym osoby cierpiącej na zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi w głównym stopniu należy zająć się problemem nadmiernej impulsywności. Impulsywność jest wymieniana jako przyczyna zachowań agresywnych – uważa się ją za istotną cechę osobowości dys socjalnej, często rozpoznawanej u osób uzależnionych, dopuszczających się przestępstw i umieszczanych w zakładach karnych<sup>29</sup>. Eysenck definiuje impulsywność jako cechę określającą stałą skłonność do podejmowania ryzyka, do działań niezaplanowanych i zbyt szybkiego podejmowania decyzji<sup>30</sup>, Daruna i Barnes<sup>31</sup> mówią o występowaniu zachowań nieprzemyślanych, przedwczesnych, nadmiernie ryzykownych i nieadekwatnych do sytuacji, natomiast Monterosso i Ainslie określają impulsywność jako niezdolność do odroczenia gratyfikacji, nieumiejętność opanowania i samokontroli<sup>32</sup>. Według Moellera impulsywność należy uznać za konstrukt wielowymiarowy, określający predyspozycje do szybkich, niezaplanowanych reakcji w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne, bez zwracania uwagi na potencjalne negatywne konsekwencje tych zachowań<sup>33</sup>. Działanie impulsywne podejmowane jest zbyt szybko, aby prawidłowo ocenić jego konsekwencje, gdyż towarzyszy mu brak oceny sytuacji i konsekwencji. W jakimś sensie można uznać, że zachowanie podejmowane jest odruchowo, jakby poza świadomością<sup>34</sup>. Na przykład Eysenck<sup>35</sup> podkreśla istotną różnicę pomiędzy impulsywnością („impulsiveness”) a ryzykanctwem („venturesomeness”), za nieodłączny element ryzykanctwa uznając świadomość podejmowanych działań. W świetle powyższych definicji trafne wydaje się być zdanie Loewensteina, który uznał, że impulsywność to zagubione ogniwo pomiędzy wiedzą a działaniem („lost chain between knowledge and action”)<sup>36</sup>. W odniesieniu do zachowań typowych dla populacji ogólnej osobę impulsywną definiowano jako podejmującą działania po krótszym zastanowieniu niż inne jednostki dysponujące taką samą wiedzą i możliwościami intelektualnymi<sup>37</sup>.

---

<sup>29</sup> Por. F.G. Moeller, E.S. Barratt, D.M. Dougherty, J.M. Schmitz, A.C. Swann, *Psychiatric Aspects of Impulsivity*, „American Journal of Psychiatry” 2001, vol. 158, no. 11, s. 1783–1793; E.S. Barratt, M.S. Stanford, T.A. Kent, A. Felthous, *Neuropsychological and Cognitive Psychophysiological Substrates of Impulsive Aggression*, „Biological Psychiatry” 1997, vol. 41, no. 10, s. 1045–1061.

<sup>30</sup> H.J. Eysenck, M.W. Eysenck, *Personality and Individual Differences: A Natural Science Approach*, Plenum Press, New York 1985.

<sup>31</sup> J.H. Daruna, P.A. Barnes, *A Neurodevelopmental View of Impulsivity*, w: *The Impulsive Client. Theory, Research and Treatment*, eds. W.G. McCown, J.L. Johnson, M.B. Shure, American Psychological Association, Washington, DC 1993.

<sup>32</sup> J. Monterosso, G. Ainslie, *Beyond Discounting: Possible Experimental Models of Impulse Control*, „Psychopharmacology” 1999, vol. 146, issue 4, s. 339–347.

<sup>33</sup> F.G. Moeller, E.S. Barratt, D.M. Dougherty, J.M. Schmitz, A.C. Swann, *op. cit.*

<sup>34</sup> A.C. Swann, D.M. Dougherty, P.J. Pazzaglia, M. Pham, F.G. Moeller, *Impulsivity: A Link between Bipolar Disorder and Substance Abuse*, „Bipolar Disorder” 2004, vol. 6, no. 3, s. 204–212.

<sup>35</sup> S.B. Eysenck, H.J. Eysenck, *Impulsiveness and Venturesomeness: Their Position in a Dimensional System of Personality Description*, „Psychological Reports” 1978, vol. 43 (3 Pt 2), s. 1247–1255.

<sup>36</sup> G. Loewenstein, *Out of Control: Visceral Influences on Behaviour*, „Organizational Behavior and Human Decision Processes” 1996, vol. 65, no. 3, s. 272–292.

<sup>37</sup> E. Arce, C. Santisteban, *Impulsivity: A Review*, „Psicothema” 2006, vol. 18, no. 2, s. 213–220.

Tak rozumiana impulsywność, będąca istotną składową zachowania osoby cierpiącej na ADHD, przynosi jej wyjątkowo dotkliwe szkody w życiu społecznym. Dziecko z takim zachowaniem nader szybko uzyskuje etykietkę głupiego (wspomniana różnica pomiędzy wiedzą a zachowaniem), aroganckiego, bezczelnego czy źle wychowanego. Nie tylko jest z tego powodu gorzej oceniane i traktowane przez nauczycieli (fatalne oceny z zachowania), lecz przede wszystkim naraża się na odrzucenie przez rówieśników, którzy również oceniają zachowanie, często znacznie surowiej niż dorośli, mają swoje normy i oczekiwania, i nader szybko etykietują impulsywne zachowanie jako wrogie lub agresywne – dochodzi więc szybko do kłótni, bójek lub nawet zerwania znajomości.

Również zaburzenia koncentracji przynoszą poważne i trudne do odrobienia straty w życiu społecznym. Niedostateczna kontrola uwagi daje efekty podobne jak impulsywność, to jest stwarza funkcjonalną lukę pomiędzy posiadaną wiedzą a realnym zachowaniem. Dziecko z zaburzeniami koncentracji jest oceniane daleko poniżej swojej prawdziwej wiedzy i możliwości intelektualnych, uznawane za bezmyślne, roztargnione, niespełniające wymagań edukacyjnych (w przypadku ADHD łączy się to z pewnym względnym upośledzeniem działania pamięci roboczej). Zaburzenia koncentracji negatywnie wpływają przede wszystkim na rozwój edukacyjny i zawodowy osób cierpiących na ADHD, przekładając się na krótszy czas szkolnej kariery czy częstą utratę pracy. Ale niemożność skupienia uwagi psuje też opinię wśród rówieśników, którzy również mają skłonność do mylenia roztargnienia z pospolitą „głupotą”.

Wreszcie poważne problemy społeczne przynosi osobom z ADHD pierwsza z wymienionych cech, czyli nadpobudliwość. W systemie diagnostycznym DSMV opisywana jest ona przede wszystkim jako nadpobudliwość psychoruchowa, w systemie ICD 10 jako hiperaktywność. Coraz więcej danych wskazuje jednak na to, że w przypadku ADHD najlepiej jest jednak mówić ogólnie o nadpobudliwości, nie ograniczając jej wyłącznie do nadpobudliwości psychoruchowej czy hiperaktywności. Najlepszym tego dowodem jest, że hiperaktywność stosunkowo rzadko występuje u dziewczynek oraz u dorosłych z ADHD. W tych grupach po prostu nadpobudliwość przejawia się inaczej, głównie w sferze psychicznej. Hiperaktywność, najczęściej manifestowana u dzieci płci męskiej cierpiących na ADHD, jest w istocie również formą nadpobudliwości, przejawiającą się głównie w nadaktywności motorycznej. Nadpobudliwość osoby z ADHD wiąże się z jej nadmierną wrażliwością, nadreaktywnością, co łączy się z nadmierną podatnością na stres i skłonnością do przesadnych, negatywnych reakcji w sytuacjach konfliktowych – to znacznie pogarsza funkcjonowanie społeczne. Dodatkowo ostatnie badania pokazały, że dzieci te mają problemy z rozpoznawaniem emocji.

Grupa naukowców, z profesorem Ryusuke Kakigi z Narodowego Instytutu Nauk Fizjologicznych na czele, odkryła cechy charakterystyczne rozpoznawania emocji przez dzieci z ADHD poprzez zmierzenie hemodynamicznej



reakcji mózgu i zasugerowała możliwość, że podstawa neuronowa dla rozpoznawania emocji twarzy jest tu inna od tej u prawidłowo rozwijających się dzieci<sup>38</sup>. Naukowcy pokazywali zdjęcia twarzy wyrażających radość lub złość 13 dzieciom z ADHD i 13 prawidłowo rozwijającym się dzieciom i odkryli, które miejsce w mózgu jest w tym czasie aktywne. W celu zmierzenia aktywności mózgowej użyto nieinwazyjnej spektroskopii, bliskiej podczerwieni – ten rodzaj światła przenikał przez czaszkę, a ilość wchłoniętego lub rozproszonego światła została zmierzona. Siła światła zależy od koncentracji oksyhemoglobiny, która dostarcza tlen komórkom nerwowym pracującym aktywnie. Wyniki pokazały, że prawidłowo rozwijające się dzieci wykazały znaczną reakcję hemodynamiczną w prawej półkuli mózgowej zarówno na uśmiechniętą twarz, jak i tę wyrażającą negatywne emocje. Z drugiej strony, dzieci z ADHD wykazały znaczną reakcję hemodynamiczną jedynie na twarz radosną – nie zaobserwowano aktywności mózgu w przypadku twarzy wyrażającej złość. Różnica w rozpoznawaniu ekspresji twarzy może być odpowiedzialna za upośledzenie umiejętności społecznych oraz tworzenia związków z rówieśnikami. Osoba dotknięta ADHD po prostu nie dostrzega objawów niezadowolenia czy wrażliwej agresji u innej osoby, nie odbiera zatem wczesnych sygnałów ostrzegawczych, że należałoby zmienić zachowanie. Dzieci te nadal zachowują się impulsywnie, chaotycznie i lekkomyślnie, nie zauważając, że przesytu otoczenia. Nic dziwnego, że w konsekwencji spotyka ich w końcu odrzucenie.

Tak więc pierwszym problemem dziecka z ADHD jest niezauważanie niebezpieczeństwa konfliktu i związanego z nim ataku (zwykle na początku słownego) ze strony urażonej osoby. Gdy jednak taki atak nastąpi, osoba z ADHD nie tylko zareaguje zaskoczeniem i zdumieniem, ale też przesadnym, nieadekwatnym wzburzeniem i pobudzeniem. W wyniku tego sama wszczynając bójkę lub reagując nadwrażliwie, np. ucieczką lub opuszczeniem miejsca zabawy. To powoduje, że taka osoba nie tylko jest w następstwie oskarżana o konfliktowość i nadmierną agresję, ale staje się ofiarą odrzucenia przed środowisko czy nawet ofiarą szkolnych dręczycieli<sup>39</sup>. Dziecko z ADHD, właśnie z tego powodu, że nie umiało wcześniej dostrzec objawów negatywnych reakcji na swoje zachowania, nie uczy się na błędach, nie dokonuje właściwej korekty swoich zachowań, ma silne poczucie krzywdy (nawet jeżeli samo odpowiedziało ostrym kontratakiem), z którego rozwija się poczucie bycia „ofiarą”, kimś gorszym, niepełnowartościowym. To z kolei wpływa na znaczne pogorszenie poczucia własnej wartości i w konsekwencji może wieść do wtórnych objawów depresyjnych.

---

<sup>38</sup> H. Ichikawa, E. Nakato, S. Kanazawa, K. Shimamura, Y. Sakuta, R. Sakuta, M.K. Yamaguchi, R. Kakigi, *Hemodynamic Response of Children with Attention-deficit and Hyperactive Disorder (ADHD) to Emotional Facial expressions*, „Neuropsychologia” 2014, vol. 63, s. 51–58.

<sup>39</sup> C. Green, C. Kit, *Zrozumieć ADHD*, przeł. K. Sobiepanek-Szczęśna, MT Biznes, Warszawa 2011, s. 17.

## **Przeciwdziałanie wykluczeniu w ADHD – uwagi terapeutyczne i wychowawcze**

Aby przeciwdziałać społecznemu wykluczeniu osób z ADHD, należy się skoncentrować na tych obszarach, w których istnieje największa możliwość społecznego odrzucenia, skupiając się na terapii oraz uczeniu koniecznych kompetencji. W pierwszym rzędzie niezbędne jest znaczne zmniejszenie poziomu impulsywności, która zwykle jest najważniejszą przyczyną społecznego odrzucenia osób dotkniętych ADHD.

W jakimś stopniu pozwala na to farmakoterapia ADHD, regulująca rozchwiany system neurotransmiterów w mózgu. Istnieje duży związek pomiędzy impulsywnością a poziomem dopaminy: impulsywność związana jest z zakłóceniem równowagi stężenia dopaminy pomiędzy korą czołową, która reguluje zwykle funkcje wykonawcze, a prążkowiem, które wpływa na nienawykowe działania. Większość środków uzależniających, takich jak kokaina i amfetamina, bezpośrednio lub pośrednio wiąże się z wpływaniem na poziom dopaminy – w czasie ich zażywania zwiększa się stężenie dopaminy w prążkowiu, co powoduje impulsywne zachowania, których kora przedczołowa nie równoważy (co jest jej zadaniem, bo tu umieszczony jest nasz racjonalizm). Podstawowe leki, np. Ritalin czy Concerta, zwykle obniżają poziom impulsywności, nie w każdym przypadku jednak i nie przez czas nieograniczony mogą być podawane. Zachowanie impulsywne, jak każdy inny rodzaj zachowania, zostało też w jakiś sposób nauczone, a więc również (w myśl zasad terapii behawioralnej) może zostać oduczone. Niezależnie zatem od kwestii stosowania leków należy zawsze wdrożyć pewne procedury, które pozwalają ograniczyć skłonność do impulsywnego zachowania. Te procedury terapeutyczne oferują różne techniki psychoterapeutyczne, jak na przykład CBT (terapia poznawczo-behawioralna) lub ACT (terapia akceptacji i zaangażowania). Ważne jest, że pacjent sam może opanować te procedury i stosować je w codziennym życiu. Istotne są tutaj następujące kroki: a) zwiększenie wewnętrznej uważności, w celu przewidzenia i śledzenia pojawienia się nagłych impulsów do nierozsądnego działania; b) zahamowanie takiego impulsu, zatrzymanie się, zastanowienie, odroczenie zbyt szybkiej, automatycznej decyzji; c) podejmowanie następnie wszelkich działań (w tym komunikacja werbalna) w sposób kontrolowany, przy pełnej świadomości ich konsekwencji i wzięciu za nie odpowiedzialności; d) uczenie się na własnych działaniach i stała ich autokorekta. Ponieważ impulsywne działanie często łączy się też z zachowaniem agresywnym, wskazany jest udział w treningu zastępowania agresji oraz w treningu asertywności.

Drugim ważnym problemem w ADHD, powodującym istotne społecznie komplikacje, jest występowanie zaburzeń uwagi. Powodują one przede wszystkim kłopoty w karierze edukacyjnej i zawodowej, ale przynoszą też wiele komplikacji w relacjach interpersonalnych. W tym przypadku istnieją trzy sposoby

radzenia sobie (będące jednocześnie integralną częścią leczenia całego zaburzenia): farmakoterapia, terapia i trening psychologiczny oraz strukturyzacja zachowania. W tym ostatnim przypadku mogą zostać w pełni zaangażowani rodzice, nauczyciele, a przede wszystkim sama osoba cierpiąca na zespół ADHD. Środki farmakologiczne stosowane w terapii tego zaburzenia przynoszą zwykle znacząca poprawę w zakresie zdolności koncentracji uwagi, choć interwencja psychologiczna oraz strukturyzacja są również bardzo potrzebne w celu wykształcenia właściwych nawyków. W dziedzinie interwencji psychologicznych szczególnie pozytywną rolę może odegrać trening uważności. Strukturalizacja to wprowadzenie dyscypliny oraz kontroli osób z ADHD, za pomocą ustalania celów, codziennego planowania, spisów rzeczy do zrobienia, segregowania danych oraz wszelkich terminarzy, które mogą znacznie ograniczyć wewnętrzny chaos w życiu osób z ADHD oraz zwiększyć efektywność działania, jak również wzmocnić poczucie kontroli. Bardzo może być tu pomocny trening zarządzania czasem.

Wreszcie bardzo istotne jest zmniejszenie ogólnej nadpobudliwości, która przejawia się nie tylko w sferze ruchowej (hiperaktywność), ale także w nadwrażliwości na bodźce, zwłaszcza o charakterze stresującym, bardzo jest zatem ważne kształtowanie psychicznej odporności dziecka. Godny uwagi jest na przykład program stymulowania odporności psychicznej dzieci w wieku przedszkolnym zaproponowany przez niemieckich psychologów<sup>40</sup>. W warunkach polskich rozwija tę problematykę Iwona Sikorska<sup>41</sup>.

Warto podkreślić konieczność zwiększenia świadomości społeczeństwa dotyczącej problematyki ADHD, gdyż wciąż jeszcze ujmuje jego objawy jako sygnały nieposłuszeństwa lub złego wychowania. Postawy te są także skutkiem występowania w społeczeństwie mitów na temat owego zaburzenia, na przykład, że ADHD w ogóle nie istnieje lub jest wynikiem bezstresowego wychowania (czego nie potwierdziły żadne badania naukowe). Brak wiedzy dotyczącej tego zaburzenia oraz funkcjonujące w społeczeństwie mity powodują, że zarówno wiele dzieci, jak i dorosłych nie otrzymuje rzetelnej pomocy, przez co narażeni są na rozwój choroby oraz związane z tym poważne koszty psychospołeczne.

## Podsumowanie

W artykule przedstawiono kwestię możliwych form wykluczania społecznego wobec osób dotkniętych chorobą Aspergera oraz zespołem ADHD. Te choroby, chociaż dzielą je znaczne różnice, są podobne do siebie w tym, że poważnie utrudniają relacje interpersonalne, co może powodować negatywne reakcje ze

<sup>40</sup> K. Fröhlich-Gildhoff, T. Dörner, M. Rönnau, *Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen*, Ernst Reinhardt, Monachium–Bazylea 2012.

<sup>41</sup> I. Sikorska, *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2016.

strony otoczenia, przybierające nawet formy wykluczenia. Wspólną cechą jest także fakt, że choroby te pojawiają się już we wczesnym dzieciństwie, a więc w szczególnie wrażliwym okresie życia, kiedy dla prawidłowego rozwoju potrzebne są jak najlepsze kontakty z otoczeniem społecznym. Konsekwencje psychicznych urazów spowodowanych społecznym odrzuceniem mogą być bardziej dotkliwe i długotrwałe niż sama choroba. Tak na przykład ADHD nie rzadko zanika samoistnie w okresie adolescencji (najprawdopodobniej dzięki dojrzewaniu mózgu, a zwłaszcza obszarów kory czołowej), natomiast psychologiczne skutki odrzucenia przez rówieśników, nauczycieli, a nawet własną rodzinę mogą utrzymywać się jeszcze długo, przyjmując np. postać skłonności do epizodów depresyjnych.

W artykule przedstawiono najważniejsze objawy choroby Aspergera oraz zespołu ADHD, które w największym stopniu mogą przyczyniać się do izolacji społecznej. Szczególnie ważne jest, że choć dzieci z tymi symptomami nie przejawiają zaburzeń osobowości ani nawet klinicznie definiowanych zaburzeń zachowania, są odbierane, często niesłusznie, jako psychopatyczne, agresywne, antyspołeczne, dziwaczne, nieodpowiedzialne, nieczułe, niewspółpracujące z grupą i niewypełniające obowiązków. W konsekwencji powoduje to znaczne obniżenie samooceny, wycofywanie się z kontaktów społecznych, uciekanie w swój własny, hermetyczny świat. Cierpi też na tym kariera edukacyjna, a później również zawodowa. Często dzieci te oceniane są daleko poniżej własnych możliwości, co jest tym bardziej niepokojące, że znaczna ich część odznacza się licznymi uzdolnieniami i kreatywnością. W artykule przedstawiono także najważniejsze formy terapeutycznego, pedagogicznego i wychowawczego oddziaływania, mającego na celu polepszenie relacji społecznych tych dzieci i umożliwienie im prawidłowego funkcjonowania w środowisku społecznym. Oprócz samej terapii, w tym farmakologicznej (szczególnie ważnej przy bardziej zaawansowanych formach ADHD), wchodzi tu przede wszystkim wiele różnorodnych form oddziaływania psychologicznego. Część z nich ma charakter specyficzny dla tych zaburzeń, dzieci mogą też jednak skorzystać z wielką dla siebie korzyścią z takich form, jak trening asertywności, trening umiejętności społecznych czy trening uważności. W każdym wypadku szczególnie ważna rola przypada rodzicom i nauczycielom.