
Rocznik Filozoficzny Ignatianum • The Ignatianum Philosophical Yearbook

<https://czasopisma.ignatianum.edu.pl/index.php/rfi> XXII / 2 (2016), s. 28–51

• Artykuły recenzowane specjalne • Special peer-reviewed articles •

PL ISSN 2300–1402

Elżbieta JANUSZEWSKA*, Andrzej JANUSZEWSKI^o

*Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii KUL

^oKatedra Psychologii Ogólnej, Instytut Psychologii KUL

Nadpobudliwość psychoruchowa — kryteria diagnostyczne, przebieg i trudności na różnych etapach rozwoju

Streszczenie

Diagnoza nadpobudliwości psychoruchowej stawiana jest najczęściej w wieku szkolnym, kiedy przejawiane przez dziecko trudności z koncentracją uwagi oraz nadmierna ruchliwość i impulsywność uniemożliwiają mu naukę w szkole. Należy jednak zauważyć, że już w okresie wczesnego dzieciństwa mogą pojawić się pierwsze symptomy ADHD, które zmieniają się z wiekiem, a także mogą zmieniać swoje nasilenie pod wpływem sytuacji. Celem artykułu jest przedstawienie kryteriów oceny diagnostycznej nadpobudliwości psychoruchowej ze szczególnym uwzględnieniem zróżnicowanych objawów na kolejnych etapach rozwoju dziecka, a także nakreślenie problematyki współwystępujących z ADHD behawioralnych i emocjonalnych zaburzeń.

Słowa kluczowe: diagnoza ADHD — zaburzenia współwystępujące z ADHD

Wstęp

Rozpoznanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej przypada najczęściej między 6. a 9. rokiem życia (w tym przedziale wiekowym występuje u 4 – 8% dzieci) i jest następstwem nie tyle wzrostu lub pojawienia się objawów, ile niemożności adaptacji nieuważnego, nadmiernie ruchliwego i impulsywnego dziecka do systemu szkolnego. Częściej tym zaburzeniem dotknięci są chłopcy. Jednakże w zależności od użytych kryteriów diagnostycznych proporcje między płciami przedstawiają się różnorodnie – od 1:10, a nawet 1:20 w grupach klinicznych. W nowszych pracach zaczyna przeważać pogląd, że chłopcy i dziewczęta mogą być dotknięci ADHD w podobnym stopniu, jednak różnice dotyczą podtypów zaburzenia występujących u różnych płci. U chłopców są to przede wszystkim objawy związane z nadmierną impulsywnością i ruchliwością, natomiast dziewczęta mają częściej problemy z uwagą. Wśród dzieci skierowanych na leczenie, dziewczęta w porównaniu z chłopcami z ADHD są mniej zagrożone wystąpieniem dużej depresji, zaburzeń zachowania oraz opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania; natomiast chłopcy są mniej narażeni na wystąpienie zaburzeń lękowych oraz uzależnień¹.

Objawy zespołu nadpobudliwości zmniejszają się z wiekiem. Najszybciej ustępuje nadruchliwość – dziecko, które w pierwszej klasie biegało po pomieszczeniu, w trzeciej już tylko się wierci. Wolniej poprawia się zdolność skupiania uwagi. W okresie dojrzewania objawy utrzymują się u ponad 2/3 przypadków. U części osób utrzymują się jednak dłużej – u około 70% w okresie dorastania i u ok. 30 – 50% w wieku dorosłym².

Aby można było mówić o zespole nadpobudliwości, dziecko musi mieć objawy stale lub niemal stale (choć o różnym nasileniu), a zatem: w szkole, w domu, w trakcie zabaw z rówieśnikami. Objawy zwykle najbardziej nasilone są w szkole, ze względu na konieczność zachowania tam stałej uwagi i pozostawania w jednym miejscu. Trafnym

¹ Por. WOLAŃCZYK & KOMENDER, Zaburzenie hiperkinetyczne.

² Por. FISCHER et al. The adolescent outcome of hyperactive children ; WOLAŃCZYK & KOMENDER, Zaburzenie hiperkinetyczne.

predyktorem jest także stwierdzenie występowania symptomów od wczesnego dzieciństwa³.

Należy również zwrócić uwagę, że objawy nadpobudliwości mogą wystąpić i zmieniać swoje nasilenie pod wpływem sytuacji. Najbardziej wyraziście ujawnia się pod wpływem nadmiernego stresu, np. w sytuacjach konfliktów rówieśniczych czy rodzinnych. Z kolei w warunkach stwarzających poczucie bezpieczeństwa są mniej nasilone. Jeśli dziecko dość dobrze radziło sobie w domu i w szkole, nie miało zaburzeń uwagi, nie było nadrucliwe, a nagle zaczyna mieć kłopoty — oznacza to zwykle albo problemy natury zdrowotnej, albo że coś dramatycznego wydarzyło się w jego życiu. W obu przypadkach nie możemy oczywiście mówić o zespole nadpobudliwości. Mogą to być zaburzenia funkcjonowania dziecka, do których zaliczyć można m.in. lęk lub depresję (dziecko smutne i załężnione zwykle słabo się koncentruje na pracy, bywa pobudzone ruchowo). To samo dotyczy dzieci, wobec których stosuje się kary fizyczne lub psychiczne. Jednak zwykle wtedy nie obserwujemy objawów impulsywności i rozpraszenia uwagi przez czynniki zewnętrzne; dziecko jest zwykle pogrążone we własnych myślach i przeżyciach⁴.

W domu rodzice często skarżą się na dzieci z ADHD, uważając, że nie chcą przyjąć na siebie obowiązków domowych i wiążącej się z nimi odpowiedzialności, tak jak to zwykle robią dzieci w ich wieku. Dzieci z ADHD potrzebują pomocy przy codziennych obowiązkach, przy ubieraniu się, przygotowaniu wyjścia do szkoły. Ponadto częstość wybuchów gniewu, która u większości dzieci w wieku szkolnym powoli zaczyna się zmniejszać, u dzieci z ADHD się nie zmienia, a wręcz odwrotnie, kiedy są one sfrustrowane, dużo częściej — niż inne dzieci — zareagują wzburzeniem, irytacją i gniewem. Dlatego dzieci z ADHD zwykle są zaledwie tolerowane, częściej jednak odrzucane i wyłączane ze wspólnych zabaw, lekcji muzyki, aktywności sporto-

³ Por. HALLOWELL & RATEY, *W świecie ADHD*.

⁴ Por. ŚWIĘCICKA, *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*; ŚWIĘCICKA, *Specyficzne trudności w uczeniu się*; HALLOWELL & RATEY, *W świecie ADHD*; JANUSZEWSKI & JANUSZEWSKA, *Wprowadzenie do diagnozy dzieci z nadpobudliwością psychoruchową*.

wych itp. Wzór społecznego odrzucenia zacznie się utrwać w latach szkolnych, jeżeli nie nastąpiło to już wcześniej. Dominujące – często zachowujące się jak intruzi wobec innych – dzieci z ADHD, podejmując próby nauczenia się pożądaných umiejętności społecznych, gubią się, gdy rówieśnicy zaczynają ich unikać. W rezultacie często doświadczanego ostracyzmu pojawia się u nich problem niskiej samooceny, chociaż nie wszystkie dzieci z ADHD mają zaniżoną samoocenę. Wiele z nich może prezentować innym nierealistycznie pozytywny obraz samego siebie, przeceniając swoje możliwości i szanse osiągnięcia sukcesu w zadaniu, kiedy ktoś zadaje im pytanie z wyprzedzeniem⁵. Według badań prowadzonych przez Richarda MILICHA⁶ dzieci z ADHD wolą pokazać innym bardziej pozytywny obraz siebie niż prawdziwy. W ten sposób starają się być bardziej przez innych lubiane i lepiej oceniane. To jest ich sposób na poradzenie sobie z obawą, że będą musiały przyznać, iż nie są tak dobre, jak ich zdaniem powinny być, aby poradzić sobie z zadaniem. Jednakże wiele dzieci z ADHD rzuci winę za swoje trudności na rodziców, nauczycieli czy rówieśników, ponieważ ich samoświadomość jest ograniczona⁷.

1. Kryteria diagnostyczne według ICD-10 i DSM-V

1.1. Kryteria diagnostyczne ADHD według ICD-10⁸

Rozpoznanie zaburzeń hiperkinetycznych do celów badawczych wymaga stwierdzenia wyraźnie nieprawidłowego nasilenia zaburzeń uwagi, nadmiernej aktywności i niepokoju, które wzmagają się w różnych sytuacjach i utrzymują się w czasie, a które nie są spowodowane przez inne zaburzenia, takie jak autyzm i zaburzenia afektywne. Do tych kryteriów należą:

⁵ Por. DUPAUL & STONER, *ADHD in the schools*.

⁶ Za: BARKLEY, *ADHD. Podjąć wyzwanie*, s. 134.

⁷ Por. TUCHOLSKA, Nadpobudliwość psychoruchowa; BARKLEY, *ADHD. Podjąć wyzwanie*, s. 135; JANUSZEWSKI & JANUSZEWSKA, Wprowadzenie do diagnozy dzieci z nadpobudliwością psychoruchową.

⁸ Autorzy odwołują się do klasyfikacji ICD-10, która nadal obowiązuje w Polsce od 1996 roku. Należy jednak zaznaczyć, że obecnie trwają prace nad jedenastą rewizją klasyfikacji ICD, której publikacja planowana jest na 2017 rok.

G1. Brak uwagi

Co najmniej sześć z następujących objawów braku uwagi utrzymywało się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnych z poziomem rozwoju dziecka:

1. Częste niezwracanie bliższej uwagi na szczegóły lub częste bez troskie błędy w pracy szkolnej, pracy domowej lub w innych czynnościach.
2. Częste niepowodzenia w utrzymaniu uwagi na zadaniach lub czynnościach związanych z zabawą.
3. Często wydaje się nie słyszeć, co zostało do niego (do niej) powiedziane.
4. Częste niepowodzenia w postępowaniu według instrukcji albo w kończeniu pracy szkolnej, w pomocy w domu lub obowiązkach w miejscu pracy (ale nie z powodu zachowania opozycyjnego, ani niezrozumienia poleceń).
5. Często upośledzona umiejętność organizowania zadań i aktywności.
6. Częste unikanie lub silna niechęć do takich zadań, jak praca domowa wymagająca wytrwałego wysiłku umysłowego.
7. Częste gubienie rzeczy niezbędnych do niektórych zadań lub czynności, jak wyposażenie szkolne, ołówki, książki, zabawki lub narzędzia.
8. Często łatwa odwracalność uwagi przez zewnętrzne bodźce.
9. Częste zapominanie w toku codziennej aktywności.

G2. Nadmierna aktywność

Co najmniej trzy z następujących objawów nadmiernej aktywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

1. Często niespokojnie porusza rękoma lub stopami albo wierci się na krześle.
2. Opuszcza siedzenie w klasie lub w innych sytuacjach, w których oczekiwane jest utrzymanie pozycji siedzącej.
3. Często nadmierne rozbieganie lub wtrącanie się w sytuacjach, w których jest to niewłaściwe (w wieku młodzieńczym lub u dorosłych może występować jedynie poczucie niepokoju).
4. Często przesadna hałaśliwość w zabawie lub trudność zachowania spokoju w czasie wypoczynku.
5. Przejawia utrwalony wzorzec nadmiernej aktywności ruchowej, praktycznie niemodyfikowany przez społeczny kontekst i oczekiwania.

G3. Impulsywność

Co najmniej trzy z następujących objawów impulsywności utrzymywały się przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu prowadzącym do nieprzystosowania lub niezgodnym z poziomem rozwoju dziecka:

1. Często udziela odpowiedzi, zanim pytanie jest dokończone.
2. Często nie umie czekać w kolejce lub doczekać się swej rundy w grach lub innych sytuacjach grupowych.
3. Często przerywa lub przeszkadza innym (np. wtrąca się do rozmowy lub gier innych osób).
4. Często wypowiada się nadmiernie bez uwzględnienia ograniczeń społecznych.

G4. Początek zaburzenia

Nie później niż w wieku 7 lat.

G5. Całościowość

Kryteria są spełnione w więcej niż jednej sytuacji, np. połączenie braku uwagi i nadaktywność, występujące w szkole, w domu lub zarówno w szkole, jak i w innych okolicznościach, gdzie dzieci są obserwowane, np. takich jak klinika (potwierdzenie takiej sytuacyjnej rozpiętości zwykle będzie wymagało informacji z więcej niż jednego źródła; relacje rodziców na temat zachowania w klasie mogą okazać się niewystarczające).

G6. Objawy G1-G3

Objawy te powodują istotne klinicznie cierpienie lub upośledzenie w zakresie funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

G7. Zaburzenie nie spełnia kryteriów całościowych

Tzn. zaburzeń rozwojowych, epizodu maniakalnego, epizodu depresyjnego ani zaburzeń lękowych⁹.

1.2. Kryteria diagnostyczne ADHD według DSM-V

A. U osoby badanej występuje trwały wzór zaburzeń uwagi i/lub nadruchliwości – impulsywności, który zakłóca funkcjonowanie i rozwój, a charakteryzuje się (1) i/lub (2):

(1) Nieuwaga

Sześć (lub więcej) z następujących objawów musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju oraz bezpośrednio negatywnie wpływa na życie społeczne i szkolne/zawodowe.

Uwaga: Objawy nie są spowodowane zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi, wrogością lub niezrozumieniem zadania/instrukcji. W przypadku starszych nastolatków i dorosłych (w wieku 17 lat i starszych) wymagane jest co najmniej pięć objawów.

⁹ Źródło: PUŻYŃSKI & WCIÓRKA, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*.

1. Osoba badana nie jest w stanie skoncentrować się na szczegółach podczas zajęć szkolnych, pracy lub w czasie wykonywania innych czynności (np.: omija lub gubi dane, praca jest niedokładna).
2. Ma trudności z utrzymaniem uwagi na zadaniach i grach (np.: trudności z koncentracją na wykładzie, rozmowie lub długim czytaniu).
3. Często wydaje się, że nie słucha tego, co się do niej mówi (nawet w przypadku braku jakichkolwiek widocznych rozpraszających bodźców).
4. Nie jest w stanie wykonać następujących po sobie instrukcji lub skończyć wykonywanej pracy albo innych obowiązków (np.: zaczyna zadanie, ale szybko traci koncentrację i zmienia aktywność).
5. Często ma trudności z zorganizowaniem sobie pracy lub innych zajęć (np.: trudności w zarządzaniu kilkoma zadaniami; trudności w utrzymaniu rzeczy w porządku; bałagan, chaotyczna praca; słabe zarządzanie czasem, niedotrzymywanie terminów).
6. Często unika, nie lubi lub nie chce angażować się w zadania, które wymagają dłuższego wysiłku umysłowego (np.: nauka szkolna lub odrabianie prac domowych; u nastolatków i osób starszych sporządzanie raportów, wypełnianie formularzy, przeglądanie długich dokumentów).
7. Często gubi rzeczy niezbędne do pracy lub innych zajęć (np.: przybory szkolne, ołówki, książki, narzędzia, portfel, klucze, dokumenty, okulary, telefony komórkowe).
8. Często łatwo rozprasza się pod wpływem zewnętrznych bodźców (u starszych nastolatków i dorosłych mogą występować niepowiązane myśli).

9. Często zapomina o różnych codziennych sprawach (np.: o robieniu porządków lub robieniu zakupów; u starszych nastolatków i dorosłych zapominanie o oddzwonieniu, zapłaceniu rachunków, spotkaniu).

(2) Nadruchliwość i impulsywność

Sześć (lub więcej) z następujących objawów musi się utrzymywać przez co najmniej 6 miesięcy w stopniu, który jest niezgodny z poziomem rozwoju oraz bezpośrednio negatywnie wpływa na życie społeczne i szkolne/zawodowe.

Nadruchliwość

1. Ma często nerwowe ruchy rąk lub stóp bądź nie jest w stanie usiedzieć w miejscu.
2. Wstaje z miejsca w sytuacjach wymagających spokojnego siedzenia (np.: opuszcza swoje miejsce w klasie, biurze lub innym miejscu pracy bądź w innych sytuacjach wymagających pozostawania na miejscu).
3. Chodzi po pomieszczeniu lub wspina się na meble w sytuacjach, gdy jest to zachowanie niewłaściwe. (Uwaga: u młodzieży i dorosłych może być odczuwanie niepokoju).
4. Często ma trudności ze spokojnym bawieniem się lub odpoczynaniem.
5. Często jest w ruchu; „biega jak nakręcony” (np.: nie jest w stanie usiedzieć lub czuje się nieswojo, będąc dłużej w restauracji, na spotkaniu itd.; przez innych może być postrzegany jako niespokojny, trudno za nim nadążyć).
6. Często jest nadmiernie gadatliwy.

Impulsywność

7. Wyrywa się z odpowiedzią, zanim pytanie zostanie do końca sformułowane (np.: kończy zdanie za innych, nie potrafi zaczekać na swoją kolej w rozmowie).
8. Często ma kłopoty z zaczekaniem na swoją kolej (np.: podczas oczekiwania w kolejce).
9. Często przerywa lub przeszkadza innym (np.: wtrąca się do rozmowy lub zabawy; rozpoczyna korzystanie z cudzych rzeczy bez pytania lub pozwolenia; młodzież i dorośli mogą ingerować lub przejąć to, co robią inni).

B. Kilka objawów nieuważności lub nadruchliwości, impulsywności było obecnych przed 12. rokiem życia.

C. Kilka objawów nieuważności lub nadruchliwości, impulsywności występuje w dwóch lub więcej sytuacjach (np.: w domu, w szkole lub pracy, z przyjaciółmi lub krewnymi, w innych obszarach działania).

D. Istnieją wyraźne dowody, że objawy zakłócają lub obniżają jakość funkcjonowania społecznego, szkolnego lub zawodowego.

E. Objawy nie występują w przebiegu schizofrenii lub innych psychoz i nie można ich trafniej uznać za objawy innego zaburzenia psychicznego (np. zaburzeń nastroju, lękowych, dysocjacyjnych lub nieprawidłowej osobowości)¹⁰.

1.3. Podtypy ADHD według klasyfikacji DSM-V

Jak dotąd, wyodrębniono trzy podtypy ADHD:

- (1) **Podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi** — dziecko nie może skupić się na tym, co mówi nauczyciel, zapomina,

¹⁰ Źródło: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V.*

o czym przed chwilą rozmawiało, a w czasie odrabiania lekcji interesuje się wszystkim dookoła, tylko nie pracą. Zwykle jednak nie biega w kółko.

Takie dzieci są często odbierane przez nauczycieli lub rodziców jako mniej zdolne lub nieradzące sobie z nauką. Zwykle w miarę spokojnie siedzą w ławce czy przy biurku, nie wzbudzając swoim zachowaniem niepokoju dorosłych. Jednak to, że po kilku minutach wpatrywania się w zeszyty zaczynają zajmować się czymś innym, na klasówkach popełniają niefortunne błędy — źle przepisują cyfry lub znaki działań arytmetycznych, nie rozwiązują zadań, bo nie są w stanie przeczytać ich treści do końca — powoduje, że nie wykorzystują swoich potencjalnych możliwości. Często kończą swoją karierę szkolną zbyt wcześnie lub z gorszymi wynikami, np. rodzice zamiast liceum ogólnokształcącego wybierają im szkołę zawodową; mają gorsze stopnie, ponieważ nie potrafią „porządnie” dokończyć żadnego zadania z matematyki.

- (2) **Podtyp z przewagą nadruchliwości i nadmiernej impulsywności** — dziecko nieustannie biega w kółko, ogląda telewizję, skacząc po wersalce i zmieniając bez przerwy kanały. Jego zachowanie w czasie przerw zyskało mu u nauczycieli opinię „małego pershinga”! Odpowiednio zmotywowany potrafi odrobić całą pracę domową od początku do końca. Te dzieci głównie biegają — od momentu gdy otworzą oczy, wraz z pierwszymi promieniami słońca, do chwili gdy zasną, długo po tym, jak sąsiedzi położyli się już do łóżek. Są niezmordowane, ciągle zmieniają miejsce.

Najprzyjemniejszą dla nich rozrywką jest wszystko, co kojarzy się z ruchem lub szybkością. Z drugiej jednak strony, jeśli w końcu namówi się je, aby usiadły do lekcji, zainteresuje się je zabawą lub zaprowadzi w nowe, interesujące miejsce — udaje się na dłuższy czas zająć ich uwagę. W szkole nie mają kłopotów z przyswojeniem sobie materiału, ale szybko nudzą się i wstają z ławki. Odpowiadają na każde pytanie nauczyciela, nawet je-

śli było skierowane do innego ucznia. W opinii szkoły te dzieci to zdolne wiercipięty, kiepsko dogadujące się z nauczycielem i resztą klasy.

- (3) **Typ mieszany** – czyli „dwa w jednym”. U dziecka występują zarówno nasilone objawy niepokoju ruchowego, słaba kontrola impulsów, jak i objawy zaburzeń koncentracji uwagi¹¹.

Wymienić można następujące różnice między klasyfikacjami DSM-V a ICD-10:

1. Definicja ADHD według DSM-V opisuje trzy podtypy zaburzenia. Wyróżnienie podtypów pozwala mówić o zespole ADHD u dzieci, które mają wyraźnie nasilone problemy z jednej grupy objawów, np. deficyty uwagi, i jednocześnie nie spełniają kryteriów drugiej grupy objawów, tj. nadruchliwości i impulsywności. Rozpoznanie zespołu hiperkinetycznego postawione według kryteriów ICD-10 jest węższe i ogranicza się do podtypu mieszanego według DSM-V.
2. W klasyfikacji DSM-V dopuszcza się współistnienie dodatkowo, wraz z ADHD, zaburzeń zachowania. Natomiast według klasyfikacji ICD-10, jeśli z zespołem hiperkinetycznym współistnieją zaburzenia zachowania (F91), jesteśmy zobowiązani rozpoznać hiperkinetyczne zaburzenia zachowania (F90.1).
3. Różnice nozologiczne między rozpoznaniem europejskim i amerykańskim warunkują również sposób postępowania i leczenia¹².

2. Nadpobudliwość psychoruchowa a wiek dziecka

U większości dzieci nie ma tzw. „początku” wystąpienia objawów, a rodzice zgłaszają się po pomoc wtedy, gdy ruchliwość i impulsywność dziecka uniemożliwia mu naukę w szkole¹³.

¹¹ Źródło: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V.*

¹² Por. WOLAŃCZYK & KOMENDER, Zaburzenie hiperkinetyczne.

¹³ Por. LAHEY et al. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder; DUPAUL & STONER, *ADHD in the schools.*

W okresie **wczesnego dzieciństwa** można zauważyć cechy charakterystyczne nadpobudliwości, tj.: duża drażliwość dziecka, problemy związane ze snem i łaknieniem, częsty oraz głośny płacz i krzyk występujące bez wyraźnego powodu¹⁴.

W **wieku przedszkolnym** najbardziej zauważalna jest nadmierna aktywność ruchowa i emocjonalność dziecka, jak również kłopoty z przyswajaniem norm społecznych. Skrajna impulsywność dziecka może być przyczyną konfliktu z rówieśnikami. Dorothea M. Ross i Sheila A. Ross¹⁵ oraz Carolyn S. HARTSOUGH i Nadine M. LAMBERT¹⁶ wymieniają następujące objawy sugerujące wystąpienie nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci w wieku przedszkolnym z diagnozą ADHD:

- ciągła aktywność ruchowa,
- dziecko nie uczy się na własnych błędach,
- opóźniony albo przyspieszony rozwój mowy,
- problemy ze snem,
- problemy z jedzeniem (wygląda na to, że dziecko nie ma czasu na jedzenie), łącznie z występowaniem wymiotów lub słaby odruch ssania,
- ataki kolki, które mogą wynikać z uczulenia, ale również mogą być wynikiem zaburzeń koncentracji uwagi,
- dzieci nadpobudliwe nie lubią (wg opinii wielu rodziców), gdy się je przytula (to jest związane z współwystępującą nadwrażliwością dotykową, ale nie z ADHD)¹⁷.

¹⁴ Por. HARTSOUGH & LAMBERT, Medical factors in hyperactive and normal children; DuPAUL & STONER, *ADHD in the schools*; DÖPFNER, HAUTMANN et al. Long-term course of ADHD symptoms.

¹⁵ Por. D.M. Ross & S.A. Ross, *Hyperactivity*.

¹⁶ Por. HARTSOUGH & LAMBERT, Medical factors in hyperactive and normal children.

¹⁷ Por. CAMPBELL, *Behavior problems in preschool children*; BARKLEY, *ADHD. Podjąć wyzwanie*; DÖPFNER, HAUTMANN et al. Long-term course of ADHD symptoms.

Trzeba jednak podkreślić, że ADHD jest zaburzeniem szczególnie wyraźnie występującym w grupie **dzieci w młodszym wieku szkolnym**, kiedy diagnozowane są jako: nieuważne, impulsywne, niecierpliwe i niespokojne. Nadpobudliwość powoduje zaburzenia właściwie we wszystkich zasadniczych płaszczyznach funkcjonowania społecznego, tj.: w rodzinie, w relacjach z rówieśnikami, w środowisku szkolnym¹⁸.

W młodszym wieku szkolnym zaobserwować można już:

- trudności w dostosowaniu się do wymagań szkolnych (zajęcia w pozycji siedzącej),
- trudności w utrzymaniu uwagi przez całą lekcję, „bujanie w obłokach”,
- nadmierną gadatliwość i impulsywność¹⁹.

W okresie dojrzewania objawy utrzymują się u ponad 2/3 chorych. W części przypadków utrzymują się jednak dłużej: u około 70% pacjentów w okresie dorastania i u ok. 30% osób w wieku dorosłym. Dorastający mają sporo problemów związanych z nauką. Często ich edukacja jest poniżej posiadanych potencjalnych możliwości. Są mniej dojrzały od rówieśników, mają problemy w kontaktach społecznych z rówieśnikami, nauczycielami czy rodzicami. Często mają niską samoocenę. „Przetrwanie” zespołu nadpobudliwości psychoruchowej grozi zwiększonym ryzykiem rozwinięcia się antyspołecznych zachowań, wpadnięcia w konflikt z prawem, uzależnieniem się od alkoholu i narkotyków, depresji, większym ryzykiem popełnienia samobójstwa. Wiąże się to z niemożnością wytyczenia sobie planu działania oraz jego konsekwentnej realizacji²⁰.

¹⁸ Por. PELHAM & BENDER, Peer relationships in hyperactive children ; TUCHOLSKA, Nadpobudliwość psychoruchowa ; HALLOWELL & RATEY, *W świecie ADHD*, s. 253–312.

¹⁹ Por. PELHAM & BENDER, Peer relationships in hyperactive children ; JANUSZEWSKI & JANUSZEWSKA, Wprowadzenie do diagnozy dzieci z nadpobudliwością psychoruchową.

²⁰ Por. PELHAM & BENDER, Peer relationships in hyperactive children ; HALLOWELL & RATEY, *W świecie ADHD*, s. 253–312; HOLBROOK et al. Persistence of parent-reported ADHD symptoms.

Nierozpoznane i nieleczone ADHD prawie zawsze prowadzi do poważnych następstw, tj.: przedwczesnego zakończenia edukacji, zaburzenia relacji rodzinnych i rówieśniczych, trudności w przyszłej pracy, kolizji z prawem, uzależnień²¹.

3. Wybrane zaburzenia współwystępujące z ADHD

ADHD łączy się z innymi behawioralnymi i emocjonalnymi zaburzeniami. Dzieci z ADHD określane są jako bardziej wymagające i trudniejsze w opiekowaniu się nimi ze względu na ich specyficzny temperament. Blisko 45% dzieci z ADHD ma dodatkowo przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne, a w rzeczywistości wiele z nich ma po dwa lub więcej dodatkowych zaburzeń²².

Prospektywne badania oceniające następstwa występowania zespołu nadpobudliwości z deficytem uwagi (ADHD) prowadzone przez Russella A. BARKLEYA²³ zwróciły uwagę na kwestę współzachorowości²⁴. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, jak podaje ten autor, jest związany z:

- 10-krotnie większym niż w populacji ogólnej ryzykiem wystąpienia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych,
- 5-krotnie większym ryzykiem wystąpienia depresji,
- 3-krotnie większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń lękowych.

Na podstawie badań przeprowadzonych przez Paula COOPERA i Katherine IDEUS²⁵ stwierdzono nakładanie się symptomów zespołu ADHD na następujące problemy:

²¹ Por. KOŁAKOWSKI et al. *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej*; HANĆ, *Dzieciństwo i dorastanie z ADHD*; MOLINA et al. Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder; OWENS & HINSHAW, Childhood conduct problems and young adult outcomes.

²² Por. CAMPBELL, Parent-referred problem three-year-olds; DÖPFNER, *Hyperkinetische Störungen*; HALLOWELL & RATEY, *W świecie ADHD*, s. 225–227.

²³ Por. BARKLEY, *ADHD. Podjąć wyzwanie*.

²⁴ Por. RYBAKOWSKI, Rozpowszechnienie, koszty rodzinne i społeczne oraz utrzymywanie się objawów ADHD do wieku dorosłego.

²⁵ Por. COOPER & IDEUS, *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową*.

- 60% dzieci z ADHD wykazuje zachowania obsesyjno-kompulsyjne,
- 50% dzieci wykazuje problemy emocjonalne,
- 50% dzieci wykazuje problemy z umiejętnościami społecznymi,
- 45% dzieci wykazuje zaburzenia zachowania, często agresję wobec innych, destrukcyjne zachowanie, kłamliwość lub kradzieże, poważne naruszenie reguł współżycia społecznego,
- 30% dzieci wykazuje klinicznie określone zaburzenia niepokoju,
- 25% dzieci wykazuje zachowania antyspołeczne i dopuszcza się wykroczeń (przestępstw).

Ponadto wskazuje się w tej grupie dzieci na występowanie problemów dydaktycznych:

- 90% dzieci mało wydajnie pracuje w szkole, mało aktywnie uczestniczy w zajęciach szkolnych,
- 20% dzieci ma kłopoty z czytaniem,
- 60% dzieci ma poważne kłopoty z pisaniem,
- 30% dzieci nie kończy szkoły²⁶.

3.1. Depresja a ADHD

Z uwagi na specyficzne społeczne konsekwencje wynikające z ADHD, na szczególną uwagę zasługuje podjęcie problematyki depresji u tej grupy osób. ADHD często towarzyszą niepokój i depresja. Pojawiają

²⁶ Por. GŁODKOWSKA, Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową, s. 88.

się one niezależnie lub mogą stanowić uboczny skutek ADHD²⁷. Dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi często mają nadmierne, nawet obsesyjne obawy związane z różnymi wydarzeniami, np.: strach przed rozstaniem się z rodzicami. Stany depresyjne są przyczyną odczuwania przez nie złości, irytacji, smutku, a ich samoocena jest chwiejna²⁸.

Depresja częściej występuje wśród dorastającej młodzieży aniżeli u dzieci, u których wskaźnik rozpowszechnienia wskazuje na 0, 5% do 2, 5%, natomiast u młodzieży waha się od 2% do 8%. Dość znaczący odsetek (od 10% do 17%) ma też zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe i zaburzenia uwagi. W okresie przed adolescencją depresja równie często występuje u obu płci, natomiast w wieku dojrzewania jest częstsza u dziewcząt. Podejrzewa się, że odpowiedzialne są za to czynniki biologiczne, dotyczące neuroprzekaźników (dysfunkcja układu noradrenergicznego i/lub serotonergicznego), a także czynniki psychologiczne, tj. różnice w wymaganiach związane z rolami płciowymi. Wśród czynników predysponujących zwraca się uwagę – podobnie jak w ADHD – na genetyczną podatność na występowanie w rodzinie zaburzeń nastroju²⁹. W przypadku zaburzeń nastroju, tak jak w zespole nadpobudliwości psychoruchowej, wśród wielu czynników predysponujących wymienia się niekorzystne warunki wychowawczo-rozwojowe, m.in. maltretowanie i niewłaściwe postawy rodzicielskie³⁰. Manfred DÖPFNER twierdzi, że depresja u osoby z ADHD może pojawić się z kilku powodów, m.in.: (1) jako skutek ciągłych porażek oraz braku zrozumienia i akceptacji ze strony otoczenia, oraz (2) ze względu na właściwą osobom z ADHD potrzebę, aby ciągle być czymś zajętym³¹.

²⁷ Por. LEGRIS et al. Developmental risk relationships between ADHD and depressive disorders in childhood.

²⁸ Por. NARTOWSKA, *Wychowanie dziecka nadpobudliwego*; ESSAU & PETERMANN, Depression.

²⁹ Pr. LEGRIS et al. Developmental risk relationships between ADHD and depressive disorders in childhood.

³⁰ Por. MCGEE & WILLIAMS, A longitudinal study of depression in nine-year-old children; MOLDAVSKY & SAYAL, Knowledge and attitudes about attention-deficit/hyperactivity disorder.

³¹ Por. DÖPFNER, Hyperkinetische Störungen.

Rzeczywistość odbierana przez dziecko z ADHD oceniana jest jako monotonna i męcząca. U niektórych osób smutek dominuje nad właściwymi dla ADHD nagłymi zmianami nastroju. Nie mają gorszych i lepszych okresów. Codziennie wstają smutni, pozostają smutni przez cały dzień i w tym samym nastroju się kładą. Depresja nie objawia się u nich jako wielka rozpacz, ale raczej cień przysłaniający widok na świat. Nawet jeśli w ich życiu zdarzy się coś pozytywnego, mogą tego nie zauważyć, zaabsorbowani przez jakieś inne, stosunkowo drobne zmartwienie.

Zakończenie

George J. DUPAUL, David C. GUEVREMONT i Russell A. BARKLEY stwierdzają, że:

nie wydaje się, aby wszystkie problemy nadpobudliwego dziecka i dorosłego związane były tylko z nadpobudliwością jako cechą człowieka, częściej są po prostu jej konsekwencjami³².

Dziecko nadpobudliwe jest bardzo często karane za swoje objawy, odbiera nieustannie cały szereg negatywnych informacji o sobie: sły-
szy, że jest niegrzeczne, leniwe, nie słucha i przeszkadza. Na podstawie tych informacji tworzy obraz siebie jako osoby gorszej od innych, zły, nieudanej. W zależności od warunków rodzinnych i cech temperamentu może zareagować na to agresją lub wycofaniem i rezygnacją z wszelkich usiłowań. U części nastolatków objawy zaburzeń uwagi są minimalne, a dominuje przekonanie nabyte w czasie lat niepowodzeń szkolnych, że „i tak mi się nie uda”. Aż 65% dzieci nadpobudliwych, zgłaszanych do placówek pomocy, ma trudności z posłuszeństwem i wykonywaniem poleceń. Są one uparte, wybuchowe, a w stosunku do otoczenia często werbalnie agresywne. Współwystępowanie zaburzeń zachowania bardzo niekorzystnie wpływa na rokowanie w omawianym zespole. Dzieci, u których oprócz nadpobudliwości rozpoznaje się współistniejące zaburzenia zachowania, mają większe szanse na

³² DUPAUL, GUEVREMONT & BARKLEY, Attention-deficit hyperactivity disorder, s. 130.

popadnięcie w uzależnienie od substancji psychoaktywnych i/bądź przyłączenie się do grup przestępczych, a także przedwczesne porzucenie szkoły. Wyniki niektórych badań wskazują, że dzieci te pochodzą najczęściej ze środowisk psychospołecznie bardziej obciążonych i/lub wychowują się w rodzinach rozbitych lub skonfliktowanych³³.

Kontakty dziecka nadpobudliwego z kolegami przebiegają burzliwie, zrażając innych do siebie tak, że nawiązywane znajomości są krótkotrwałe. Nadpobudliwe dziecko nie ma wielu kolegów i przyjaciół, co też obniża jego samoocenę. Dziecko jest często postrzegane przez grupę jako osoba, z której można się podśmiać, jako ten, na kim skupi się i tak cała uwaga nauczyciela. Zmiana takiej sytuacji jest dosyć trudna, ale możliwa, jeśli otoczenie w sposób świadomy reaguje na przejawy zachowań osoby z nadpobudliwością poprzez m.in. stworzenie przejrzystego systemu zasad funkcjonowania, stałą współpracę rodziców z nauczycielami, a także akceptację dziecka oraz wspieranie go podczas niepowodzeń³⁴.

Summary

Attention deficit hyperactivity disorder is most commonly diagnosed at school age, when it reveals itself through the difficulties children face in connection with such things as attention deficit, excessive hyperactivity and impulsiveness, all of which may problematize studying at school. It should be noted that the initial symptoms of ADHD, which may already be present in early childhood, can alter with age, and may also change according to situation. The aim of this article is to explore the diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder while giving special consideration to the different symptoms occurring at successive stages of child development and also outlining those behavioural and emotional disorders that co-occur with ADHD.

Key words: ADHD diagnosis – ADHD comorbidities

³³ Por. DUPAUL & STONER, *ADHD in the schools*.

³⁴ Por. DÖPFNER & LEHMKUHL, Zur Notwendigkeit von Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie; PFIFFNER et al. Educational outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD.

Literatura

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V*, 5. wyd., Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013.
- BARKLEY, R.A., *ADHD. Podjąć wyzwanie*, [przeł.] A. BŁACHNIO, Poznań : Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2009.
- CAMPBELL, S.B., *Behavior problems in preschool children*, New York : Guilford Press, 1990.
- CAMPBELL, S.B., Parent-referred problem three-year-olds: Developmental changes in symptoms, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 28(6) (1987), s. 835–845.
- COOPER, P. & K. IDEUS, *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*, [przeł.] O. LICHOLET, Warszawa : Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, 2001.
- DÖPFNER, M., *Hyperkinetische Störungen*, [w:] *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren*, [red.] F. PETERMANN, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle : Hogrefe Verlag für Psychologie, 1998, s. 165–217.
- DÖPFNER, M., C. HAUTMANN, A. GÖRTZ-DORTEN, F. KLASSEN & U. RAVENS-SIEBERER, BELLA Study Group, Long-term course of ADHD symptoms from childhood to early adulthood in a community sample, *European Child and Adolescent Psychiatry* 24(6) (2015), s. 665–673.
- DÖPFNER, M. & G. LEHMKUHL, Zur Notwendigkeit von Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 21 (1993), s. 188–193.
- DUPAUL, G.J., D.C. GUEVREMONT & R.A. BARKLEY, Attention-deficit hyperactivity disorder, [w:] *The practice of child therapy*, [red.] T.R. KRATOCHWILL & R.J. MORRIS, 2. wyd., New York : Pergamon Press, 1991, s. 115–145.

- DUPAUL, G.J. & G. STONER, *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies*, 3. wyd., New York : Guilford Publications, 2014.
- ESSAU, C.A. & U. PETERMANN, Depression, [w:] *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren*, [red.] F. PETERMANN, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle : Hogrefe Verlag für Psychologie, 1998, s. 241–263.
- FISCHER, M., R.A. BARKLEY, C.S. EDELBROCK & L. SMALLISH, The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: II. Academic, attentional and neuropsychological status, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(5) (1990), s. 580–588.
- GŁODKOWSKA, J., Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową – „odczytać” zachowania niezawinione, *Biuletyn Informacyjny Oddziału Warszawskiego Polskiego Towarzystwa Dysleksji* 28 (2004), s. 74–95.
- HALLOWELL, E. & J.J. RATEY, *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych*, [przeł.] I. SOWA, Poznań : Media Rodzina, 2004.
- HANĆ, T., *Dzieciństwo i dorastanie z ADHD. Rozwój dzieci nadpobudliwych psychoruchowo: zagrożenia i możliwości wsparcia*, Kraków : Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 2009.
- HARTSOUGH, C.S. & N.M. LAMBERT, Medical factors in hyperactive and normal children: prenatal, developmental, and health history findings, *American Journal of Orthopsychiatry* 55 (1985), s. 190–201.
- HOLBROOK, J.R., S.P. CUFFE, B. CAI, S.N. VISSER, M.S. FORTHOFFER, M. BOTTAI & R.E. MCKEOWN, Persistence of parent-reported ADHD symptoms from childhood through adolescence in a community sample, *Journal of Attention Disorders* 20(1) (2016), s. 11–20.
- JANUSZEWSKI, A. & E. JANUSZEWSKA, Wprowadzenie do diagnozy dzieci z nadpobudliwością psychoruchową, [w:] *Dalej w tę samą stronę. Księga jubileuszowa dedykowana profesor Marii*

- Braun-Gałkowskiej*, [red.] I. ULFIK-JAWORSKA & A. GAŁA, Lublin : Wydawnictwo KUL, 2012, s. 387–404.
- KOŁAKOWSKI, A., T. WOLAŃCZYK, A. PISULA, M. SKOTNICKI & A. BRYŃSKA, *ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców*, Gdańsk : Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2007.
- LAHEY, B.B., W.E. PELHAM, J. LONEY, H. KIPP, A. EHRHARDT, S.S. LEE & G. MASSETTI, Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4–6 years of age, *American Journal of Psychiatry* 161(11) (2004), s. 2014–2020.
- LEGRIS, J., K. BOYLAN, V. STEAD, K. BEYFUSS & A. CHAN, Developmental risk relationships between ADHD and depressive disorders in childhood, *Current Developmental Disorders Reports* 3(1) (2016), s. 25–32.
- MCGEE, R. & S. WILLIAMS, A longitudinal study of depression in nine-year-old children, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 27 (1988), s. 342–348.
- MOLDAVSKY, M. & K. SAYAL, Knowledge and attitudes about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and its treatment: The views of children, adolescents, parents, teachers and healthcare professionals, *Current Psychiatry Reports* 15(8) (2013), s. 1–7, DOI : 10.1007/s11920-013-0377-0.
- MOLINA, B.S., S.P. HINSHAW, L.E. ARNOLD, J.M. SWANSON, W.E. PELHAM, L. HECHTMAN & L.L. GREENHILL, Adolescent substance use in the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)(MTA) as a function of childhood ADHD, random assignment to childhood treatments, and subsequent medication, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52(3) (2013), s. 250–263.
- NARTOWSKA, H., *Wychowanie dziecka nadpobudliwego*, Warszawa : Nasza Księgarnia, 1986.
- OWENS, E.B. & S.P. HINSHAW, Childhood conduct problems and young adult outcomes among women with childhood

- attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), *Journal of Abnormal Psychology* 125(2) (2016), s. 220–232.
- PELHAM, W.E. & M.E. BENDER, Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment, [w:] *Advances in learning and behavior disabilities: An annual compilation of theory and research* (Vol. 1), [red.] K. GADOW & I. BIALER, Greenwich, CT : JAI Press, 1982, s. 365–436.
- PEIFFNER, L.J., M. VILLODAS, N. KAISER, M. ROONEY & K. MCBURNETT, Educational outcomes of a collaborative school-home behavioral intervention for ADHD, *School Psychology Quarterly* 28(1) (2013), s. 25–36.
- PUŻYŃSKI, S. & J. WCIÓRKA, [red.] Światowa Organizacja Zdrowia: *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, [przeł.] C. BRYKCYŃSKA, et al., Kraków, Warszawa : Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
- ROSS, D.M. & S.A. ROSS, *Hyperactivity: Current issues, research, and theory*, 2. wyd., New York : Wiley, 1982.
- RYBAKOWSKI, F., Rozpowszechnienie, koszty rodzinne i społeczne oraz utrzymywanie się objawów ADHD do wieku dorosłego, *ADHD Newsletter* 1 (2005), s. 2–7.
- ŚWIĘCICKA, M., [red.] *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*, Warszawa : Wydawnictwo Emu, 2003.
- ŚWIĘCICKA, M., Specyficzne trudności w uczeniu się, [w:] *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*, [red.] T. WOLAŃCZYK & J. KOMENDER, Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2005, s. 205–215.
- TUCHOLSKA, S., Nadpobudliwość psychoruchowa: kryteria diagnozy, natura zaburzenia, [w:] *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej*, [red.] S. STEUDEN, Lublin : Towarzystwo Naukowe KUL, 1992, s. 7–20.

WOLAŃCZYK, T. & J. KOMENDER, Zaburzenie hiperkinetyczne, [w:]
Psychiatria dzieci i młodzieży, [red.] I. NAMYSŁOWSKA,
Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2014, s. 197–213.