

Pojęcie i istota ADHD

1.1. Definicja i istota ADHD

Pierwszy opis istoty i objawów nadpobudliwości psychoruchowej został sporządzony w Niemczech w 1854 roku przez psychiatrę Heinricha Hoffmana (Stomma, 1987: 329). W wydanej dla dzieci książce *Der Struwwelpeter (Pawetek Wiercipięta)* autor w wierszowanych formach opisał dzieci z objawami nadpobudliwości psychoruchowej. Pierwszy artykuł w literaturze fachowej, autorstwa brytyjskiego pediatry George'a Frederica Stilla ukazał się natomiast w 1902 roku w czasopiśmie medycznym „The Lancet”. W 1917 roku z kolei powstał pierwszy raport medyczny opisujący dzieci sprawiające poważne problemy wychowawcze i wykazujące objawy obecnie przypisywane ADHD (Harland, 2003: 24). Od tego momentu do czasów współczesnych zaburzenie to przyjmowało różne określenia (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999: 11):

- zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi;
- zespół hiperkinetyczny wieku dziecięcego, zespół nadruchliwości;
- zespół minimalnego uszkodzenia mózgu lub minimalnej dysfunkcji mózgu;
- zespół zaburzeń hiperkinetyczno-odruchowych;
- zaburzenie z deficytem uwagi i hiperaktywnością;
- lekka encefalopatia czy wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny;
- ZDUN – zespół deficytu uwagi i nadruchliwości.

Obecna wiedza o istocie i pochodzeniu tego zaburzenia dyskwalifikuje niektóre z nadanych mu mian, na przykład lekka encefalopatia, wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny czy zespół minimalnego uszkodzenia mózgu lub minimalnej dysfunkcji mózgu. Różnorodność nazw uwidaczniała także odmienne ujęcia istoty tego zaburzenia. Znaczne różnice wystąpiły także w poglądach dotyczących pochodzenia nadpobudliwości. Każdy z uwzględnionych wyżej aspektów wpływał na charakter i treściowy zakres definicyjnego ujęcia ZESPOŁU NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ Z DEFICYTEM UWAGI. Dokonajmy syntezy tej definicyjnej ewolucji.

Lata 60. ubiegłego wieku przynoszą spis najbardziej charakterystycznych objawów „zespołu nadpobudliwości psychoruchowej” dokonany przez Samuela Clementsa (1987: 329) na podstawie przeglądu ponad stu publikacji:

- nadmierna aktywność i zaburzenia uwagi;
- labilność emocjonalna;
- impulsywność i mała tolerancja na frustrację;
- zaburzenia percepcyjno-ruchowe oraz w sferze ogólnej koordynacji;
- zakłócenia pamięci i myślenia;
- specyficzne zaburzenia w uczeniu się, nieprawidłowości w zakresie mowy i słuchu;
- objawy neurologiczne (głównie tzw. małe i nieswoiste zaburzenia w zapisie EEG).

W latach 70. Hanna Nartowska w pierwszym wydaniu książki *Wychowanie dziecka nadpobudliwego* posługuje się terminem „nadpobudliwość psychoruchowa”, szczególną uwagę kierując na zawieranie się w tej nazwie dwóch sfer, których problem dotyczy – psychicznej i ruchowej. Pisze:

Nadpobudliwość przejawia się w postaci wzmożonego pobudzania ruchowego, nadmiernej reaktywności emocjonalnej oraz w specyficznych zaburzeniach funkcji poznawczych, głównie w postaci zaburzeń uwagi (Nartowska, 1986: 17),

dodając następnie:

NADPOBUDLIWOŚĆ PSYCHORUCHOWA [wyróż. – W.B.] jest zespołem (syndromem) powiązanych ze sobą objawów, przy czym zdarza się, że jedna grupa objawów staje się dominująca przy innych mniej nasilonych. Rodzaj objawów dominujących jest w pewnym stopniu uwarunkowany okresem rozwojowym, w którym znajduje się dziecko, oraz sytuacją zewnętrzną (Nartowska, 1986: 32).

Literatura końca lat 80. XX wieku przynosi terminy „zespół hiperkinetyczny” oraz „zespół nadpobudliwości psychoruchowej”. Danuta Stomma (1987: 329–330), posługując się nimi w zakresie opracowań psychiatrycznych, poszerza zakres kluczowych objawów składających się na ten zespół, wymieniając:

- zaburzenia uwagi, polegające przede wszystkim na słabej koncentracji i rozpraszalności;
- nadpobudliwość emocjonalna, wyrażająca się znaczną impulsywnością, labilnością i drażliwością.

Objawom tym autorka przyporządkowuje następujące stany i zachowania, oddające istotę zaburzenia:

- nadmierna aktywność ruchowa;
- impulsywność;
- zaburzenia uwagi, niepokój;
- źle zorganizowana aktywność;
- zmienność zachowania;

- przeszkadzanie innym, m
- niewypełnianie poleceń
- zaburzenia kontaktu – n
- niski próg frustracji, wyt
- niska samoocena;
- zachowania antyspołeczne

Terminem „zespół hiperkinetyczny” (1989: 128–129), która uznaje za USZKODZENIEM MÓZGU. A

Niewątpliwie najc...
SPÓŁ HIPERKINETYCZNY
wzmożenie napędu psy
zaburzenie związane z c
order with hiperactivity
ność; odpowiada to ściśli
HIPERKINETYCZNY [wy

H. Sulestrowska odwo...
rykańskiego Towarzystwa I
składowych objawów:

- 1) zaburzenia uwagi,
- 2) impulsywność,
- 3) nadruchliwość.

Na podstawie tej same...
i Christel Schweizer sformu

HIPERKINETYCZNY
najistotniejsze cechy to
się. We wczesnym dziec
zorganizowana i źle ukie
w okresie adolescencji p
cymi symptomami są n
Pojawiają się też opóźni
nia i ograniczenia w kor

Współcześnie w litera...
wami:

- 1) „ZESPÓŁ NADPOBUDLIW...
TRACJI UWAGI (DEFICYT...
cej z 1994 roku, wersj...
trycznego (DSM-IV ora...
jako tłumaczenie pojęci...
też w przyjętym powsze

- przeszkadzanie innym, niemożność usiedzenia na miejscu;
- niewypełnianie poleceń rodziców;
- zaburzenia kontaktu – negatywizm i upór;
- niski próg frustracji, wybuchy złości;
- niska samoocena;
- zachowania antyspołeczne.

Terminem „zespół hiperkinetyczny” posługuje się także Halina Sulestrowska (1989: 128–129), która uznaje to zaburzenie za spowodowane ORGANICZNYM USZKODZENIEM MÓZGU. Autorka pisze:

Niewątpliwie najczęstszą postacią lekkiej ENCEFALOPATHII stanowi tzw. ZESPÓŁ HIPERKINETYCZNY [wyróż. – W.B.], w którym dominującym objawem jest wzmożenie napędu psychoruchowego [...] Szczególną formą tego zaburzenia jest zaburzenie związane z deficytem uwagi, z nadruchliwością (*attention deficit disorder with hiperactivity*), kiedy to występuje jeszcze trzeci składnik – impulsywność; odpowiada to ściśle szeroko stosowanemu dotychczas rozpoznaniu: ZESPÓŁ HIPERKINETYCZNY [wyróż. – W.B.].

H. Sulestrowska odwołuje się do pochodzącej z 1980 roku Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-III), wymieniając za nią triadę składowych objawów:

- 1) zaburzenia uwagi,
- 2) impulsywność,
- 3) nadruchliwość.

Na podstawie tej samej klasyfikacji w końcu lat 90. XX wieku Jirina Prekop i Christel Schweizer sformułowali następującą definicję:

HIPERKINETYCZNY SYNDROM WIEKU DZIECIĘCEGO – zaburzenia, których najistotniejsze cechy to nieumiejętność dłuższego skupienia uwagi i rozpraszanie się. We wczesnym dzieciństwie widocznym objawem jest niepohamowana, mało zorganizowana i źle ukierunkowana ekstremalna nadaktywność, w miejsce której w okresie adolescencji pojawić się może obniżona aktywność. Często występującymi symptomami są również impulsywność, wahania nastroju, agresywność. Pojawiają się też opóźnienia w rozwoju poszczególnych sprawności oraz zakłócenia i ograniczenia w kontaktach międzyludzkich (Prekop, Schweizer, 1997: 131).

Współcześnie w literaturze tematu autorzy posługują się poniższymi nazwami:

- 1) „ZESPÓŁ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ Z ZABURZENIAMI KONCENTRACJI UWAGI (DEFICYTEM UWAGI)” – termin oparty na czwartej, pochodzącej z 1994 roku, wersji Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV oraz pochodzącej z 2004 roku poprawki – DSM-IV TR), jako tłumaczenie pojęcia *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, stosowany też w przyjętym powszechnie skrócie ADHD;

2) „ZESPÓŁ HIPERKINETYCZNY” (zaburzenia hiperkinetyczne) – nazwa jednostki nozologicznej zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia w 1992 roku w międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-10), jako tłumaczenie terminu *Hyperkinetic Disorder* (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999: 11).

W obu uznanych i stosowanych terminach sprecyzowania wymagają, na użytek jednoznaczności rozumienia istoty problemu, pojęcia „deficyt uwagi”, „hiperaktywność” oraz „impulsywność”.

Według Juliana Elliota i Maurice’a Place’a (2000: 64–65), zajmujących się problematyką ADHD, za:

- DEFICYT (zaburzenie) UWAGI uznawać będziemy taki wzorzec zachowania, w którym u dziecka obserwuje się jedynie krótkie okresy koncentracji na zadaniach narzuconych przez dorosłych, a w czasie zabawy – częste i nagłe zmiany formy aktywności. (Tę cechę zachowania coraz częściej uznaje się za istotę problemu nadpobudliwości psychoruchowej);
- HIPERAKTYWNOŚĆ (nadaktywność, nadruchliwość) przyjmujemy wykonywanie czynności w przyspieszonym tempie, co traktowane jest jako wzrost aktywności fizycznej;
- IMPULSYWNOŚĆ uznamy działaniem pod wpływem chwilowego pragnienia lub zachcianki bez zwracania uwagi na konsekwencje. Zachowanie takie może być w niektórych przypadkach niebezpieczne, zazwyczaj jednak oznacza łamanie zasad bez myślenia o tym, co się w rezultacie wydarzy.

Polscy badacze ADHD, reprezentowani przez Tomasza Wolańczyka, Artura Kołakowskiego i Magdaleny Skotnicką (1999: 14–16), proponują dość skomplikowane rozwiązanie definicyjne:

Nadpobudliwość psychoruchowa, rozumiana medycznie, oznacza zespół nadpobudliwości psychoruchowej, czyli zespół hiperkinetyczny, będący schorzeniem mającym charakterystyczne objawy i wymagającym odpowiedniego leczenia (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999: 14).

Powyższe ujęcie zostaje poszerzone o wyjaśnienie:

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem, które ma dokładnie określone kryteria konieczne do jego rozpoznania. Nie zawsze pokrywają się one z potocznym rozumieniem tego terminu. Dziecko nadpobudliwe jest nieuważne, impulsywne i nadpobudliwe zawsze lub prawie zawsze. W zależności od wymagań i tolerancji otoczenia objawy mogą być mniej lub bardziej przeszkadzające i utrudniające życie dziecka i jego otoczenia (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999: 16).

W psychologicznym modelu ADHD opracowanym przez R. Barkleya, jako skutek utraty zdolności hamowania zachowania i samokontroli, odnajdujemy

zakłócenia w pracy mózgu
rządzone im konsekwencje

Tabela 1. ADHD: model psychologiczny

Rodzaj dysfunkcji
Pamięć operacyjna niewerbalna
Internalizacja monologów (mowa wewnętrzna)
Autoregulacja emocji, motywy pobudzenia
Rekonstrukcja (umiejętność rozkładania zaobserwowanych zachowań na czynniki i tworzenie nowych kombinacji składających się do osiągnięcia obranego celu)

Źródło: Wolańczyk i in., 2005: 16.

Najbardziej obszerną w literaturze jest definicja ADHD proponowana przez Barkleya (1997), która opiera się na koncepcji impulsywności i niecierpliwości. Wskazuje na konieczność poszerzenia definicji ADHD o funkcje wykonawcze. W swojej definicji opisowej autor zwraca uwagę na rolę problemów istoty ADHD.

zakłócenia w pracy mózgu powodujące pewne rodzaje dysfunkcji oraz przyporządkowane im konsekwencje (za: Wolańczyk i in., 2005: 16).

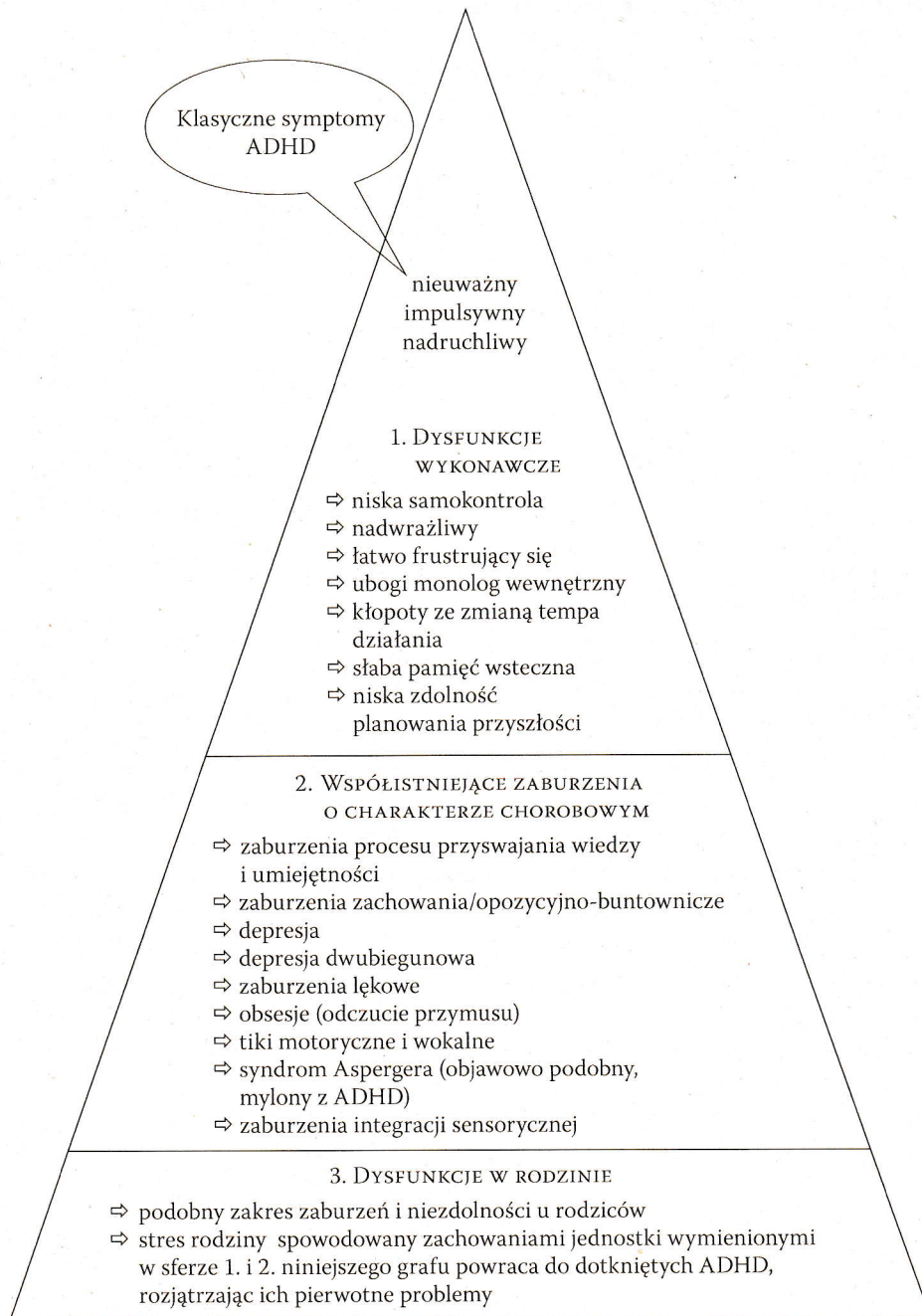
Tabela 1. ADHD: model psychologiczny według Barkleya

Rodzaj dysfunkcji	Konsekwencje
Pamięć operacyjna niewerbalna	Gorsze poczucie upływu czasu Niepamięć wydarzeń Niezdolność do refleksji nad zdarzeniami Niezdolność do wybiegania myślami naprzód (przewidywania)
Internalizacja monologów (mowa wewnętrzna) Autoregulacja emocji, motywacji i poziomu pobudzenia	Niezdolność do przestrzegania ustalonych zasad Upośledzenie zdolności do instruowania samego siebie i zadawania sobie pytań Okazywanie emocji: brak zdolności ich ukrywania Upośledzenie autoregulacji pobudzenia i motywacji
Rekonstrukcja (umiejętność rozkładania zaobserwowanych zachowań na czynniki i tworzenie z nich nowych kombinacji składających się na nowe zachowania, które skuteczniej przyczyniają się do osiągnięcia obranego celu)	Upośledzenie zdolności analizowania zachowań i tworzenia nowych Niezdolność do rozwiązywania problemów

Źródło: Wolańczyk i in., 2005: 16.

Najbardziej obszerną, choć odmienną od wymienionych, formę przedstawienia definicji ADHD proponuje Martin Kutscher (2002). Autor, uznając nadruchliwość, impulsywność i zaburzenia uwagi za „szczyt góry lodowej”, sugeruje konieczność poszerzenia definicji syndromu ADHD o wyszczególnienie DYSFUNKCJI WYKONAWCZYCH, wiążących się z całokształtem problemu. Tradycyjną definicję opisową autor zastępuje grafem, wskazującym zsumowaną z mnogości problemów istotę ADHD.

Rysunek 1. Spektrum problemów objawianych przez ludzi z ADHD według Kutschera



Źródło: Kutscher, 2002 (e-book: strona nieoznaczona).

Wraz z ewaluowaniem chowej zmieniały się poglą

W latach 50., 60. i 70. typu uznawało MIKROUSZ wśród nich: F.W. Graichen, tego stanowiska, wyklucz Michael Rutter, L. Dubey o

Przełom lat 60. i 70. prz ływania nadpobudliwości p dzenie D. Feingolda o pow DZIECI PRODUKTÓW ZAWI LUB NATURALNE SALICYL wynikami badań, pojawiła FINOWANEGO CUKRU, wy (Wolańczyk, Kołakowski, S

Badania prowadzone w funkcjonowaniem ośrodko chicznego u dzieci, za któr Halina Spionek wskazuje tu zespół zaburzeń za nerwicę u 95% badanych nieprawidł

H. Nartowska (1986: 4 nia pochodzenia nadpobud przyczyn tego zespołu wym

1. TYP UKŁADU NERWOWE łe cechy układu nerwow POBUDZANIA I HAMOW których jest typ układu je takie, którego komórki bodźca, powodując zjaw Dziecko takie ma zabur i hamowania (brak zdol

1 Za aspekt typologiczny Nartowską typ układu nerwowego.

Wraz z ewaluowaniem zakresu definicji i istoty nadpobudliwości psychoruchowej zmieniały się poglądy na przyczyny powstawania ADHD.

1.2. Etiologia nadpobudliwości psychoruchowej

W latach 50., 60. i 70. XX wieku wielu badaczy za przyczynę zaburzeń tego typu uznawało MIKROUSZKODZENIA OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO – wśród nich: F.W. Graichen, James F. Gardner, Klaus Minde i inni. Przeciwnikami tego stanowiska, wykluczającymi mikrouszkodzenia jako podłoża ADHD, byli Michael Rutter, L. Dubey oraz Ronald L. Trites (za: Stomma, 1987: 329).

Przełom lat 60. i 70. przyniósł też, obaloną w dużych badaniach teorię, wywoływania nadpobudliwości przez PRZEWLEKŁE ZATRUCIE OŁOWIEM oraz stwierdzenie D. Feingolda o powstawaniu ADHD jako SKUTKU SPOŻYWANIA PRZEZ DZIECI PRODUKTÓW ZAWIERAJĄCYCH KOLOROWE BARWNIKI, KONSERWANTY LUB NATURALNE SALICYLANY. Na krótko w tymże okresie, nieuzasadniona wynikami badań, pojawiła się również opinia o SZKODLIWYM DZIAŁANIU RAFINOWANEGO CUKRU, wywołującym zespół nadpobudliwości psychoruchowej (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999: 18–20).

Badania prowadzone w połowie lat 80. donosiły o istotnej korelacji pomiędzy funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego a zaburzeniami stanu psychicznego u dzieci, za które uznawano także nadpobudliwość psychoruchową. Halina Spionek wskazuje tu badania Jadwigi Gromskiej (1967), która (uznając ten zespół zaburzeń za nerwicę ruchową) przebadła dużą grupę dzieci, stwierdzając u 95% badanych nieprawidłowy zapis EEG (za: Spionek, 1985: 266).

H. Nartowska (1986: 41–65), uznając dużą trudność trafnego rozgraniczenia pochodzenia nadpobudliwości na aspekt patologiczny i typologiczny¹, wśród przyczyn tego zespołu wymienia:

1. TYP UKŁADU NERWOWEGO – istotne są tu trzy podstawowe i względnie stałe cechy układu nerwowego: SIŁA, RÓWNOWAGA I RUCHLIWOŚĆ PROCESÓW POBUDZANIA I HAMOWANIA W KORZE MÓZGOWEJ, wynikiem kombinacji których jest typ układu nerwowego. Za dziecko nadpobudliwe autorka uznaje takie, którego komórki nerwowe „nie wytrzymują” długotrwałości lub siły bodźca, powodując zjawisko hamowania obronnego organizmu (wyczerpanie). Dziecko takie ma zaburzoną równowagę pomiędzy procesami pobudzenia i hamowania (brak zdolności samokontroli) oraz posiada w typie układu ner-

¹ Za aspekt typologiczny Nartowska uznaje skłonność do uznania nadpobudliwości za pochodną typu układu nerwowego.

wowego małą ruchliwość (brak swobodnego i szybkiego dostosowywania się do zmieniających się warunków zewnętrznych).

2. ZABURZENIA FUNKCJI OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO – istotę stanowi tu współwystępowanie z nadpobudliwością innych zaburzeń rozwojowych, spowodowanych USZKODZENIEM MÓZGU DZIECKA W OKRESIE PŁODOWYM, np. w wyniku zakażeń wirusowych, zatruc czy niewłaściwego odżywiania matki, urazów mechanicznych, szczególnie w okresie pierwszych trzech miesięcy, kiedy formuje się układ nerwowy dziecka, w CZASIE PORODU (urazy mechaniczne i niedotlenienie dziecka) lub PO URODZENIU (na skutek przebycia chorób mózgu lub w wyniku urazów mechanicznych). Poza już wymienionymi w tej grupie czynnikami H. Nartowska wymienia też NIEPRAWIDŁOWOŚCI W BUDOWIE KOMÓRKI ROZRODCZEJ JAKO PRZYCZYNĘ USZKODZEŃ MÓZGU. Do czynników uszkadzających komórkę rozrodczą zalicza ALKOHOLIZM RODZICÓW ORAZ CHOROBY WENERYCZNE².
3. CZYNNIKI SPOŁECZNO-WYCHOWAWCZE zaburzające równowagę procesów nerwowych u dzieci. Do czynników tych autorka zalicza NIEKORZYSTNY WPŁYW szeroko pojętego ŚRODOWISKA ORAZ NIEKONSEKWENTNE LUB RYGORYSTYCZNE WYCHOWANIE RODZINNE I SZKOLNE. Nartowska akcentuje fakt, że na dziecko działa atmosfera domu rodzinnego, będąca pochodną charakterów, usposobień i zachowania domowników oraz relacji pomiędzy nimi.

W podobny sposób etiologię zespołu hiperkinetycznego ujmuje H. Sulestrowska (1989: 129) oraz D. Stomma (1987: 330).

W literaturze w latach od 60. do 80. XX wieku pojawiał się pogląd o istotnym znaczeniu CZYNNIKÓW GENETYCZNYCH w pochodzeniu omawianych zaburzeń, jednak bez jakichkolwiek przybliżeń. Przełom w tym zakresie przyniosły lata 90. oraz pierwsze lata XXI wieku, kiedy to w wielu ośrodkach naukowych na świecie zakończono badania nad zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Kluczową rolę odegrały badania rodziców dzieci z ADHD przeprowadzone na Uniwersytecie w Kolorado w Stanach Zjednoczonych, z których wynika, że w 50% przypadków wystąpienia zespołu nadpobudliwości u dziecka jedno z rodziców miało lub ma zespół hiperkinetyczny. To spostrzeżenie skłoniło naukowców do wysunięcia hipotezy, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej jest zaburzeniem przekazywanym z pokolenia na pokolenie, czyli uwarunkowanym genetycznie, co potwierdziły dalsze badania na bliźniętach. Założono, że jeśli ADHD ma rzeczywiście podłoże genetyczne, to częstość tego zaburzenia u obu bliźniąt powinna być większa wśród par jednojajowych w porównaniu z bliźnięta-

2 Nartowska przeprowadziła w latach 70. ubiegłego wieku badania nad dziećmi nadpobudliwymi w wieku 7–10 lat. U 81% badanych zaistniały czynniki uszkadzające u dziecka ośrodkowy układ nerwowy, a u 83% stwierdzono fragmentaryczne zaburzenia rozwojowe, współistniejące z nadpobudliwością.

mi dwujajowymi. W badaniach nad ADHD u drugiego bliźniaka u dwujajowych (Wolańczyk 2000) u początku lat 2000 badania K. McGue'a wskazały 81% zbieżności genetycznych, 29% u dizygotycznych bliźniąt wcześniej w Kolorado (za: Sulestrowska 2000).

Literatura anglojęzyczna w tym zakresie ku poszerza wiedzę o genetyce ADHD, sugerując, że istotą dziedziczenia są zaburzenia w równowadze chemicznej równowagi dwóch systemów – neurotransmiterami lub hormonami. Badania (Castellanos, Rapoport, 1995; Castellanos, Rapoport, 1995) sugerują, że w roli w zespole nadpobudliwości psychoruchowej może odegrać niedobór noradrenaliny, przeciwdziałania mu. Nadmiar noradrenaliny w stanie permanentnego pobudzenia, odpowiedzialna za stan gotowości do działania z otoczenia, a także za stałą uwagę na jednym wybranym bodźcu.

Szerokie badania nad wrodzonymi zaburzeniami u osób dotkniętych ADHD przeprowadzono z National Institute of Mental Health w Bostonie (National Institute of Massachusetts Medical Center). Wyniki z ZABURZONA RÓWNOWAGA POKOLENIA, sugerują, że kontrolerem sygnałów w organizmie gen DAT1 – u osób z ADHD. Według szacunków R. Barkley (Barkley, 2006: 227; Wolańczyk 2000).

W wyniku badań prowadzonych przez Jamesa M. Swansona, odkryto, że nadpobudliwość psychoruchowa jest związana z trzema genami neurotransmiterów – dopaminowym – DRD4. Jedna z kopii genu DRD4 może być 7 lub siedem razy – większa liczba kopii genu DRD4 – minę i mniej zahamowań w zachowaniu. Wyniki z siedmiokrotnym powtórzeniem badania sugerują, że częstość występowania ADHD jest siedmiokrotnie większa u osób z ADHD (Leutwyler 2000).

mi dwujajowymi. W badaniach wykazano, że prawdopodobieństwo wystąpienia ADHD u drugiego bliźniaka jest 11–18 razy większe u bliźniąt jednojajowych niż u dwujajowych (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka, 1999: 19). Prowadzone na początku lat 2000 badania Dianne K. Sherman, Williama G. Iacono i Matthew K. McGue'a wskazały 81% zgodność zachorowania na ADHD bliźniąt monozygotycznych, 29% u dizygotycznych, potwierdzając wyniki badań prowadzonych wcześniej w Kolorado (za: Słopień i in., 2006: 20).

Literatura anglojęzyczna schyłku lat 90. XX wieku oraz początku nowego wieku poszerza wiedzę o genetycznej etiologii ADHD. Wielu badaczy zgodnie uznaje, że istotą dziedziczenia są genetycznie transmitowane mechanizmy zakłócania chemicznej równowagi dwóch NEUROPRZEKAŹNIKÓW, zwanych również neurotransmiterami lub hormonami mózgu, łączących komórki mózgu (m.in. Benson, 1995; Castellanos, Rapoport, 1996, 2001). Mowa tu o NORADRENALINIE, której rola w zespole nadpobudliwości nie została do końca wyjaśniona jednak zakłada się, że pozwala na szybkie rozpoznanie zagrażającego organizmowi bodźca. Niedobór noradrenaliny prawdopodobnie powoduje nierozpoznanie bodźca informującego o zagrożeniu, co z kolei nie uruchamia gotowości organizmu do przeciwdziałania mu. Nadmiar hormonu zaś sprawia, że organizm pozostaje w stanie permanentnego pobudzenia. Drugim z neurotransmiterów jest DOPAMINA, odpowiadająca za stan gotowości do odbioru i przetwarzania danej informacji z otoczenia, a także za stałą zdolność naszego umysłu do koncentrowania się na jednym wybranym bodźcu.

Szerokie badania nad wydzielaniem wymienionych wyżej neurotransmiterów u osób dotkniętych ADHD prowadzili w połowie lat 90. Allan Zametkin z National Institute of Mental Health w USA oraz Russell A. Barkley z University of Massachusetts Medical Center. Stwierdzili oni, że u osób z ADHD istnieje ZABURZONA RÓWNOWAGA POMIĘDZY NORADRENALINĄ I DOPAMINĄ. Ustalono ponadto, że kontrolerem systemu wydzielania dopaminy jest w ludzkim organizmie gen DAT1 – u osób z ADHD częściej występuje zmiana w tym genie. Według szacunków R. Barkleya częstość dziedziczenia zespołu ADHD sięga 80% (Barkley, 2006: 227; Wolańczyk i in., 2005: 13).

W wyniku badań prowadzonych w tym samym czasie przez zespół biologów molekularnych i genetyków z University of Toronto, pod kierownictwem Jamesa M. Swansona, odkryto związek omówionych wyżej zaburzeń wydzielania neuroprzeekaźników z trzema genami kodującymi receptory dopaminy. Badacze wyodrębnili i zbadali tzw. GEN POSZUKIWANIA NOWOŚCI, który koduje receptor dopaminowy – DRD4. Jedna sekwencja zasad powtarza się w nim dwa, cztery lub siedem razy – większa liczba powtórzeń wskazuje szybszą reakcję na dopaminę i mniej zahamowań w zachowaniu. Naukowcy stwierdzili, że odmianę genu z siedmiokrotnym powtórzeniem sekwencji NIEPROPORCJONALNIE CZĘSTO spotyka się u osób z ADHD (Leutwyler, 1996: 6–7).

W sprawie jednoznacznego wskazania „genetycznego winowajcy ADHD” opinie naukowców są zbieżne – uznaje się, że zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest dziedziczony wielogenowo, choć od 2002 roku akcentuje się jednak ustalony w wynikach prowadzonych ustawicznie badań ścisły związek jednej z 56 kombinacji genu DRD4 – zwanej sekwencją 7R – z występowaniem ADHD oraz duże powinowactwo dopaminy do receptora D5 (Słopień i in., 2006: 22–23). Marginalne znaczenie dla ustalenia pochodzenia ADHD ma koncepcja francuskich naukowców z Uniwersytetu w Bordeaux, wiążąca biochemiczną etiologię nadpobudliwości ze stresami doświadczanymi we wczesnym dzieciństwie i w życiu płodowym. Neurochemiczną bazą tej sytuacji jest wydzielanie KORTYKOSTERONU przez organizm ludzki i zwierzęcy (eksperyment prowadzony na szczurzykach) w wyniku stresu. Zbyt wysoki poziom tego hormonu, spowodowany długotrwałym stresem, powoduje zanik wrażliwości receptorów w mózgu (Jon, 1996).

Obok „neurochemicznej” etiologii istnieją jeszcze, wykryte w ostatnim piętnastolecu XX wieku, nieprawidłowości strukturalne w ośrodkowym układzie nerwowym osób z ADHD (Leutwyler, 1996: 7).

Badania porównawcze przeprowadzone przez Francisco X. Castellanos z National Institute of Mental Health (2001) udowodniły, że przednia część prawego płata czołowego mózgu u ludzi z ADHD bywa średnio o 5% mniejsza niż u zdrowych, co powoduje brak kontroli nad zachowaniami impulsywnymi.

Julie B. Schweitzer z Emory Univeristy (za: Leutwyler, 1996: 7), na podstawie przeprowadzonych za pomocą pozytonowej tomografii emisyjnej badań, stwierdziła wzmożony przepływ krwi w zakręcie skroniowym osób z ADHD, wykonujących zadania eksperymentalne związane z uczeniem się. U osób tych zauważono aktywność w rejonach mózgu odpowiedzialnych za funkcje wzrokowe, choć eksperyment nie miał związku z materiałem wzrokowym. Podobnej aktywności mózgu nie wykazywały badania w grupie kontrolnej.

T. Wolańczyk, A. Kołakowski i M. Skotnicka (1999: 20) stwierdzają nieprawidłowości w pracy kory przedczołowej mózgu, struktur podkorowych, spoidła wielkiego oraz mózdzku. Występujące w tych rejonach u osób z ADHD specyficzne wzorce przetwarzania informacji wydają się odpowiedzialne za powstawanie opisywanych objawów u jednostek nadpobudliwych.

Poza genetyczną i neurochemiczną koncepcją przyczyn ADHD istnieje mistyczno-etnograficzna teoria J. Prekop i Ch. Schweizer (1997: 37), traktująca jako podłoże hiperaktywności CYWILIZACJĘ i POSTĘP TECHNICZNY, które naruszają prawa natury. Autorki uznają niespokojne zachowania dzieci za sygnał, wysyłany „[...] z innego świata uporządkowanego według boskich reguł, mówiący o braku warunków pozwalających im przeżyć szczęśliwe dzieciństwo” (Prekop, Schweizer, 1997: 37). Takie dzieciństwo może, ich zdaniem, zagwarantować właściwie

ukształtowany, przez podd...
com, „zmysł ciała”. Za ów z...

- [...] kompleks doznań, na
– dotyk (ucisk, temperat
– ruch,
– równowaga (orientac

Zmysł ciała poddany j
biegunach:

- na biegunie nastawiony
- (funkcja przyjmująca);
- na biegunie aktywnie re
- jąca).

Oba bieguny muszą by
lizować następujące zadani

- odbieranie bodźców, zd
- nnych i dawania pierwszeń
- odróżnienie kontaktu z c
- dopasowywanie się do n
- dywania;
- planowanie – dozowanie
- odbieranie określonego k

Wypełniając wymienio
rek, SENSOMOTORYCZNYM
dziecka. Zakłócenie w wyp
aktywności.

Historia powstania tej
nia: dlaczego fenomen nad
Z jakiego powodu to zabur
skiem, a teraz staje się cora

Hipoteza postawiona p
powanie nadruchliwości z
fundamentu w naszym krę
lat 60. minionego stulecia. E
nich dzieci z Sumatry, Peru

- 3 Prekop i Schweizer przepro
minut litery „u” w równych
wielokrotnej analizie przestr
rzeniach psychomotoryczny
badania (liczba rzędów napi

ukształtowany, przez poddawanie dziecka w toku rozwoju różnorodnym bodźcom, „zmysł ciała”. Za ów zmysł J. Prekop i Ch. Schweizer (1997: 38–53) uznają

[...] kompleks doznań, na który składają się:

- dotyk (ucisk, temperatura, ból),
- ruch,
- równowaga (orientacja w przestrzeni, utrzymanie właściwej pozycji ciała).

Zmysł ciała poddany jest, w opinii badaczek, prawu polaryzacji na dwóch biegunach:

- na biegunie nastawionym na ODBIERANIE BODŹCÓW płynących z zewnątrz (funkcja przyjmująca);
- na biegunie aktywnie reagującym na DOZNAWANE BODŹCE (funkcja realizująca).

Oba bieguny muszą być zrównoważone, dzięki czemu zmysł ciała może realizować następujące zadania:

- odbieranie bodźców, zdolność selekcji bodźców, tzn. hamowania mniej ważnych i dawania pierwszeństwa istotniejszym;
- odróżnienie kontaktu z człowiekiem od kontaktu z przedmiotem;
- dopasowywanie się do ruchów innych osób, także umiejętność ich przewidywania;
- planowanie – dozowanie siły i nacisku, powtarzanie faz wysiłku i odprężenia, odbieranie określonego kierunku ruchu i trzymanie się go.

Wypełniając wymienione wyżej zadania, zmysł ciała staje się, według autorek, SENSOMOTORYCZNYM FUNDAMENTEM spokoju i poczucia bezpieczeństwa dziecka. Zakłócenie w wypełnianiu któregośkolwiek z zadań jest podłożem hiperaktywności.

Historia powstania tej teorii łączy się z poszukiwaniem odpowiedzi na pytania: dlaczego fenomen nadruchliwości nie występuje w krajach Trzeciego Świata? Z jakiego powodu to zaburzenie było niegdyś w Europie bardzo rzadkim zjawiskiem, a teraz staje się coraz częstszym?

Hipoteza postawiona przez J. Prekop i Ch. Schweizer zakładała współwystępowanie nadruchliwości z brakiem możliwości rozwijania sensomotorycznego fundamentu w naszym kręgu kulturowym, uznając to zjawisko za narastające od lat 60. minionego stulecia. Badania porównawcze przeprowadzone wśród 5–6-letnich dzieci z Sumatry, Peru i Niemiec hipotezę tę potwierdziły³. Dzieci z krajów

3 Prekop i Schweizer przeprowadziły eksperyment polegający na rysowaniu w ciągu dwóch minut litery „u” w równych rzędach. W czasie wykonywania tej czynności dziecko dokonuje wielokrotnej analizy przestrzennej oraz musi skoncentrować uwagę na zadaniu. Przy zaburzeniach psychomotorycznych zadanie jest trudne do wykonania, więc tym samym wynik badania (liczba rzędów napisanych liter) jest gorszy.

Trzeciego Świata wyprzedziły pod względem umiejętności psychomotorycznych swoich rówieśników z Europy. Autorki twierdzą, że

[...] ich przewaga spowodowana jest tym, że jeszcze przed urodzeniem ćwiczyły łączenie motoryki z doznaniem – ich matki pracowały fizycznie aż do samego porodu. Także później w chuście matki dziecko musiało dopasować się do jej ruchów. [...] Po opuszczeniu chusty uczyło się posługiwać swoimi sensomotorycznymi zdolnościami i przyzwyczajając się do współżycia z otaczającą je przyrodą i naturalnymi przedmiotami. [...] Z etapu zabawy płynnie przechodziło do etapu fizycznej pracy (Prekop, Schweizer, 1997: 111).

Zbliżone do teorii Jiriny Prekop i Christel Schweizer stanowisko zajmują Gordon Serfontein (1999) oraz Carol S. Kranowitz (2003, 2006). Badacze, traktując dysfunkcje integracji sensomotorycznej za podłoże ADHD, wyróżniają wśród nich:

- nadwrażliwość dotykową lub niedowrażliwość dotykową;
- nadruchliwość lub hyporuchliwość;
- zaburzenia koordynacji ruchowej.

Nowatorską, nieopartą żadnymi badaniami naukowymi, teorię istnienia ADHD prezentuje holenderska terapeutka Carolina Hehenkamp (2005), nazywając dzieci dotknięte tego typu zachowaniami „dziećmi nowych czasów” lub (na podstawie teorii kolorów życia N.A. Tappe) „dziećmi Indygo”. Autorka konstatuje, że ADHD jest wyrazem sprzeciwu lub biernego oporu wobec utrwalonego w naszym społeczeństwie sposobu myślenia o „normalności”, bez przybliżenia kryteriów, czym ona właściwie jest. Dzieciom z ADHD Hehenkamp przypisuje paranormalne zdolności (nieograniczoność, niezwykłą intuicję) oraz pokojową misję do spełnienia w dzisiejszym, chaotycznym świecie. Podobny pogląd na temat etiologii ADHD odnajdujemy również u Simone Harland (2003), która w swoich publikacjach nazywa dzieci z ADHD dziećmi Indygo, akceptując jednocześnie teorię pochodzenia ADHD przedstawioną przez C. Hehenkamp.

1.3. Objawy nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi

Literatura tematu od lat 70. i 80. ubiegłego stulecia do chwili obecnej przynosi różne klasyfikacje objawów ADHD. Za kryterium dokonywanych podziałów przyjmuje się wiek dziecka, sfery ludzkiej aktywności, „pierwotność” lub „wtórność” objawów, czy dominujący w zespole nadpobudliwości psychoruchowej rodzaj zaburzeń.

Zdaniem H. Nartowskiej (1986), objawy nadpobudliwości psychoruchowej zmieniają się wraz z wiekiem dziecka. Określając przyczynę takiego stanu, autor-

ka stwierdza, że zmiany w objawach ADHD mogą być uwarunkowane zarówno zmianami w zachowaniu dziecka, jak i zmianami w zachowaniu dorosłych. Na podstawie poglądów H. Nartowskiej (1986) autorka przedstawia psychoruchowej w związku z różnicowaniem symptomów.

Tabela 2. Objawy nadpobudliwości psychoruchowej w różnym wieku rozwojowym według Nartowskiej (1986)

Wiek dziecka	Rodzaj zachowania	Znaczna (nadmierna) ruchliwość	Zmiany w zachowaniu
Do 3 lat		norma	norma
4–7 lat		objaw	objaw
7–10 lat		objaw	objaw

Źródło: opracowanie własne na podstawie Nartowskiej (1986)

Ustąpienie pewnych objawów ADHD może być tylko wtedy dowodem poprawy, jeśli nie pojawią się nowe lub nie nasiliły te, które w tym czasie były wyżej wymienionych form zachowania psychoruchowej, autorka akcentuje, że zmiany w zachowaniu psychoruchowej w postaci nadruchliwości w postaci objawów nadpobudliwości w różnych warunkach mogą przejawiać się w różny sposób. Wzrost objawów nadpobudliwości w wieku 7–8 lat, są męczące i trudne do zniesienia, możliwe do zaobserwowania w szkole.

D. Stomma (1987: 330), powołując się na badania z lat 70., wymienia następujące objawy nadpobudliwości psychoruchowej.

ka stwierdza, że zmiany w objawach obserwowane na przestrzeni kilku lat mogą być uwarunkowane zarówno nieprawidłowym procesem wychowawczym, jak i zmianami w zachowaniu dziecka związanymi z okresami rozwojowymi.

Na podstawie poglądów H. Nartowskiej na temat objawów nadpobudliwości psychoruchowej w związku z wiekiem rozwojowym można dokonać zwięzłego zróżnicowania symptomów.

Tabela 2. Objawy nadpobudliwości psychoruchowej charakterystyczne dla wieku rozwojowego według Nartowskiej

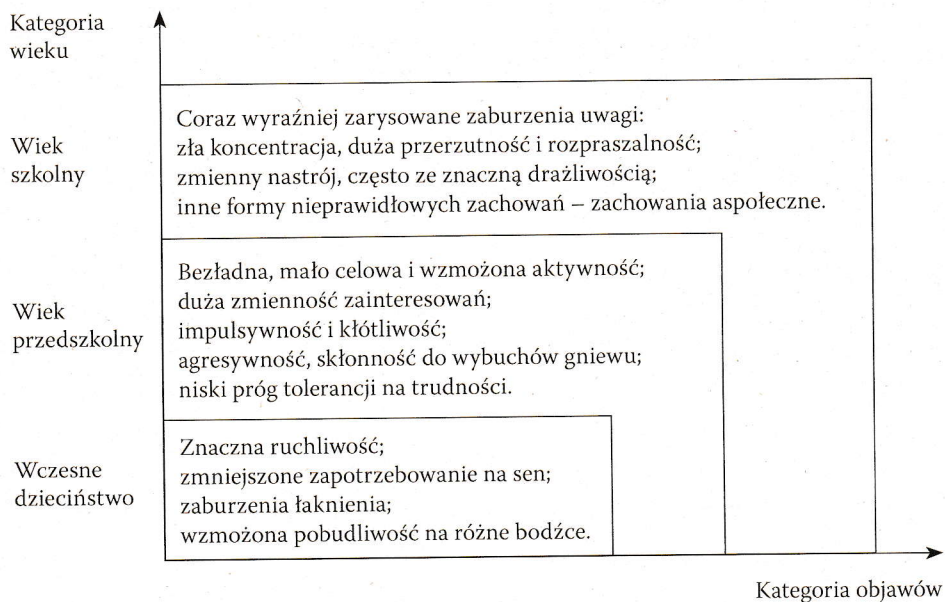
Wiek dziecka \ Rodzaj zachowania	Znaczna (nadmierna) ruchliwość	Zmienność uczuciowa	Częsta zmiana przedmiotu uwagi	Nadmierna gadatliwość	Krzykliwość, płaczliwość	Wzmoczenie odruchu orientacyjnego
Do 3 lat	norma	norma	norma	objaw	objaw	objaw
4-7 lat	objaw	objaw	norma	objaw	objaw	objaw
7-10 lat	objaw	objaw	objaw	objaw	objaw	objaw

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Nartowska, 1986.

Ustąpienie pewnych objawów jest, zdaniem H. Nartowskiej (1972: 23-27), tylko wtedy dowodem poprawy stanu dziecka, gdy na ich miejsce nie pojawiły się nowe lub nie nasiliły te, które w poprzednim okresie były mniej wyraźne. Obok wyżej wymienionych form zachowania, typowych dla nadpobudliwości psychoruchowej, autorka akcentuje wystąpienie w przedziale 7-10 lat życia zawężonej formy nadruchliwości w postaci RUCHÓW MANIPULACYJNYCH, które w niekorzystnych warunkach mogą przekształcić się w RUCHY PRZYMUSOWE, uznane już za objaw nerwicy. Innymi objawami uwidaczniającymi się w tym wieku, a precyzyjniej w wieku 7-8 lat, są MĘCZLIWOŚĆ ORAZ WAHANIA MOBILIZACJI I WYDAJNOŚCI PRACY, możliwe do zaobserwowania z chwilą podjęcia przez dziecko nauki szkolnej.

D. Stomma (1987: 330), powołując się na analizę ogólnoswiatowej literatury lat 70., wymienia następujące objawy, również rozdzielając je na kategorie wiekowe.

Rysunek 2. Zestawienie objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z podziałem na kategorie wiekowe według Stommy



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Stomma, 1987: 330–333.

Teresa Opolska i Elżbieta Potempska (1999: 19) zestawiły objawy nadpobudliwości psychoruchowej, kierując się kryterium sfer aktywności ludzkiej, której dotknęło zaburzenie. Wyróżniły trzy sfery, przyporządkowując im poszczególne objawy:

- sferę ruchową – wyraźny niepokój ruchowy w zakresie dużej i małej motoryki, niemożność pozostawania w bezruchu, machanie rękoma, podskakiwanie, ciągle zajmowanie się rzeczami, które leżą w zasięgu rąk lub nóg;
- sferę poznawczą – trudności w skupieniu i utrzymaniu uwagi, wzmożony odruch orientacyjny, pochopność i pobieżność myślenia, przerzutność uwagi z obiektu na obiekt;
- sferę emocjonalną – nieopanowane, często bardzo silne reakcje emocjonalne, wzmożona ekspresja uczuć oraz zwiększona wrażliwość emocjonalna na bodźce z otoczenia.

Lata 90. XX wieku przyniosły usystematyzowanie objawów nadpobudliwości w postaci medycznych klasyfikacji. Pierwszą z nich stała się Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, opracowana pierwotnie w 1994 roku, uaktualniona w 2004 roku, przyjęła nazwę DSM-IV TR. Drugą natomiast jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, utworzona przez Światową Organizację Zdrowia w 1992 roku.

Klasyfikacje te (patrz: zespół nadpobudliwości psychoruchowej, jednak różnią się z tym, że cja DSM-IV TR nie wymaga uwagi, nadpobudliwości i impulsywności. Na jej podstawie

1. **PODTYP Z PRZEWAGĄ NADPUBUDLIWOŚCI** – przy występowaniu tych kryteriów zaburzenia nadpobudliwości i impulsywności, nie powodując niepokoju dorosłych. Wzrostka o tym typie ADHD z gorszymi wynikami.
2. **PODTYP Z PRZEWAGĄ IMPULSYWNOŚCI** – przy występowaniu tych kryteriów muszą występować kryteria ADHD, szczególnie „srebra”, „wiercipięty” czy „niecierpliwy”. W pracy, potrafi jednak skupić się na zadaniu, mimo że go zmniejszenia intensywności z tym typem ADHD jest
3. **TYP MIESZANY** – kryteria nadpobudliwości i impulsywności współwystępują. Nie dowodzą, że zmiana w miesiącu, powoduje stwierdzenie.

Klasyfikacja ICD-10 w czasie trzech głównych grup objawów nadpobudliwości ruchowej oraz

Drugim, znacząco różniącym się od DSM-IV TR jest kryterium w DSM-IV TR współwystępowania zaburzeń zachowania i nadpobudliwości. Natomiast rozpoznania „hiperaktywność” jest różną od ADHD jednostką

W literaturze popularnej i często nieformalnej klasyfikacji ADHD. J. Ratey (2004: 184) wymienia kilka odmian klasyfikacji uznając objawy ADHD. Wiele firm produkujących suplementy reklamujących je stronach internetowych są podtypy ADHD przyporządkowane, wyróżnione przez Douglasa

Klasyfikacje te (patrz: załączniki 1 i 2) wyczerpująco wymieniają objawy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Obie podają te same objawy, jednak różnią się zasadniczo w dwóch aspektach. Po pierwsze, klasyfikacja DSM-IV TR nie wymaga współwystępowania w tym samym czasie zaburzeń uwagi, nadruchliwości i impulsywności, dopuszczając tym samym istnienie podtypów ADHD. Na jej podstawie wyróżnia się:

1. **PODTYP Z PRZEWAGĄ ZABURZEŃ KONCENTRACJI UWAGI** – przy występujących kryteriach zaburzeń koncentracji uwagi nie muszą występować kryteria nadruchliwości i impulsywności; dziecko siedzi spokojnie w ławce, nie wzbudząc niepokoju dorosłych, nie potrafi jednak skupić uwagi na zadaniach. Jednostki o tym typie ADHD często są uznawane za mało zdolne, kończą szkołę z gorszymi wynikami.
2. **PODTYP Z PRZEWAGĄ NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ I IMPULSYWNOŚCI** – przy występujących kryteriach nadruchliwości i impulsywności nie muszą występować kryteria zaburzeń koncentracji uwagi; osobnik z tym typem ADHD, szczególnie w młodszym wieku szkolnym, zyskuje miana „żywego srebra”, „wiercipięty” czy „małego pershinga”. Odpowiednio zmotywowany do pracy, potrafi jednak skupić uwagę na zadaniu. Okresem zaniku (lub wyraźnego zmniejszenia intensywności) objawów nadpobudliwości ruchowej u osób z tym typem ADHD jest okres dorostania i dorosłości.
3. **TYP MIESZANY** – kryteria zaburzeń koncentracji uwagi oraz hiperaktywności i impulsywności współwystępują z różnym nasileniem w różnym czasie; badania dowodzą, że zmiana nasilenia pojedynczych objawów następuje co kilkanaście miesięcy, powodując zaistnienie innego podtypu ADHD niż uprzednio stwierdzony.

Klasyfikacja ICD-10 wymaga natomiast współwystępowania w tym samym czasie trzech głównych grup objawów – zaburzeń koncentracji uwagi, nadmiernej pobudliwości ruchowej oraz impulsywności.

Drugim, znacząco różniącym wymienione klasyfikacje aspektem jest dopuszczenie w DSM-IV TR współistnienia z ADHD zaburzeń zachowania. Stwierdzenie zaburzeń zachowania łącznie z objawami ADHD w świetle ICD-10 wymagałoby natomiast rozpoznania „hiperkinetycznych zaburzeń zachowania”, stanowiących różną od ADHD jednostkę nozologiczną (Wolańczyk i in., 2005: 11).

W literaturze popularnonaukowej prezentowane są również pozamedyczne i często nieformalne klasyfikacje podtypów ADHD. Edward M. Hallowell i John J. Ratey (2004: 184) wymieniają na przykład 13 podtypów. Za kryterium swojej klasyfikacji uznają objawy „klasyczne” oraz wtórne, takie jak mania czy depresja. Wiele firm produkujących farmaceutyki związane z leczeniem ADHD podaje na reklamujących je stronach internetowych własne klasyfikacje. Jedną z ciekawszych są podtypy ADHD przyporządkowane postaciom z opowieści o Kubusiu Puchatku, wyróżnione przez Douglasa L. Cowana i Daniela G. Amena (2003). Kryterium

ich klasyfikacji stanowi złe funkcjonowanie, różnych w poszczególnych typach ADHD, obszarów mózgowia, od czego uzależniają podawanie odmiennych farmaceutyków. Wśród tak klasyfikowanych typów ADHD autorzy wyróżniają:

- typ Tygryśka, odpowiadający klasycznie pojmowanemu ADHD, które charakteryzuje nieuwaga, impulsywność, hiperaktywność, dezorganizacja życiowa i poczucie niepokoju. W tym typie obserwuje się w badaniach neuroobrazowych stale obniżoną aktywność kory przedczołowej;
- typ Kubusia Puchatka, któremu odpowiada wyróżniony przez DSM-IV TR podtyp z przewagą zaburzeń koncentracji uwagi. Autorzy poszerzają objawy tego typu ADHD o niską motywację do działania, powolny sposób poruszania się, spóźnialstwo i ospałość. Typ ten charakteryzuje się obserwowanym w czasie wykonywania czynności szybkim spadkiem aktywności kory przedczołowej w porównaniu ze stanem aktywności towarzyszącym momentowi podejmowania czynności;
- typ Królika charakteryzujący się kłopotami z przenoszeniem uwagi z jednej aktywności lub rzeczy na inną, kompulsywną obowiązkowością, permanentnym zamartwianiem się z błahych powodów, opozycyjnością oraz skłonnością do konfliktów z dorosłymi. W typie tym obserwuje się stałą nadaktywność przedniej części mózgowia;
- typ Prosiaczka opisywany takimi cechami, jak: lękliwość, słowotok, odczucie przymusu dotykania wszystkiego, bardzo słaba przerzutność uwagi oraz ciągłe uczucie niepokoju. W tym typie również obserwuje się permanentną nadaktywność przedniej części mózgowia;
- typ Osiołka, spełniający kryteria podtypu z przewagą zaburzeń uwagi wyróżnionego w DSM-IV TR z jednocześnie objawianymi cechami depresji – przygnębieniem, apatycznością, niskim poziomem energii życiowej oraz poczuciem bezwartościowości. Tu obserwuje się nadaktywność układu limbicznego z jednoczesną niedoczynnością kory przedczołowej.

Zestawianie objawów syndromu ADHD według różnych klasyfikacji nie wyjaśnia ostatecznie wszystkich zachowań obserwowanych u dzieci dotkniętych tym zaburzeniem. Podobnie jak w innych chorobach lub zaburzeniach, mogą nastąpić określone powikłania, które w przypadku ADHD często są mylone z właściwym obrazem nadpobudliwości psychoruchowej.

1.4. Powikłania nadpobudliwości psychoruchowej

Rozwój dziecka jest uzależniony nie tylko od jego cech wrodzonych, ale również od sposobu reagowania środowiska na jego zachowanie. Dzieci nadpobudliwe częściej niż zdrowi koledzy doznają odrzucenia społecznego, są karane lub

ponoszą porażki, starając się na tym tle poczuć własne miejsce w środowisku społecznym.

H. Nartowska (1972: 17) budliwych jako następstwo z braku umiejętności zrównoważenia ich przyczyną. Obserwowane w tym czasie nieadekwatne i agresywne działania, płaczliwość, wzmocnieniem nasilonej aktywności. Autorka stwierdza również, że bywają dokuczliwe, są niezdolne do podporządkowania się koleżeńskiemu cierpliwość.

Za zjawisko typowe dla ADHD (charakteryzujący się stawianiem bezkrytycznym uleganiem rycerzom) CYJONALNE, objawiające się niezdolnością do, niezorganizowanym działaniem.

Wymieniony wyżej zespół objawów, obserwowany u dzieci z ADHD, w sobie i w to, że inni ich lubią. Place (2000: 68–69), powołując się na badania, wskazuje na zwiększone ryzyko niepowodzeń na świecie (Ferguson, 1999), wskazując na zwiększone ryzyko niepowodzeń i akademickiego u dzieci z ADHD. W innych zaburzeniach psychicznych, takich jak depresja, na Skotnicka (1999: 38–40) również wskazują na następujące powikłania: nadpobudliwości psychoruchowej lub życiu dorosłym:

- słabsze osiągnięcia szkolne i niższa sprawność intelektualna;
- ukształtowanie osobowości i trudności w nawiązaniu dojrzałości;
- rzucenia przez środowisko;
- uzależnienie od alkoholu i narkotyków;
- niepowodzeniami (por. R. Nartowska, 1972);
- kłopoty z utrzymaniem stałego związku;
- wtórne problemy emocjonalne;
- depresja spowodowana wczesnym dojrzeniem;
- możliwość popełnienia samobójstwa;
- rozwód.

ponoszą porażki, starając się sprostać stawianym im zadaniom. Kształtujące się na tym tle poczucie własnej, niskiej wartości utrudnia im znacząco funkcjonowanie w środowisku społecznym, wywołuje też często naganne zachowania.

H. Nartowska (1972: 17) klasyfikuje wzmożone reakcje ruchowe dzieci nadpobudliwych jako następstwo nadmiernej pobudliwości emocjonalnej, wynikającej z braku umiejętności zrównoważenia stosunku między reakcjami emocjonalnymi a ich przyczyną. Obserwowalnym zachowaniem są wtedy wybuchy złości, impulsywne działanie, płaczliwość lub obrażanie się, z jednoczesnym współwystępowaniem nasilonej aktywności ruchowej. Powołując się na opinie wielu badaczy, autorka stwierdza również, że dzieci nadpobudliwe są skłonne do bijatyk, często bywają dokuczliwe, są niezdyscyplinowane, przejawiają też znaczną niechęć do podporządkowania się kolegom, są niewytrwałe w zabawie i pracy, łatwo się niecierpliwią.

Za zjawisko typowe dla nich autorka uznaje INFANTYLIZM UCZUCIOWY (charakteryzujący się stawianiem niespodziewanego oporu przy jednoczesnym bezkrytycznym uleganiu różnym wpływom) oraz NIEZRÓWNOWAŻENIE EMOCJONALNE, objawiające się mniejszą odpornością na sytuacje trudne, utratą zapału, niezorganizowanym działaniem oraz porzucaniem rozpoczętych zadań.

Wymieniony wyżej zestaw zachowań nie ułatwia regulowania stosunków pomiędzy dziećmi z ADHD a ich otoczeniem. Nie sprzyja budowaniu ich wiary w siebie i w to, że inni ich lubią i chętnie z nimi przebywają. Julian Eliot i Maurice Place (2000: 68–69), powołując się na badania prowadzone przez wielu naukowców na świecie (Ferguson, 1993; Schachar, Tannock, 1995; McArdle i in., 1995), wskazują na zwiększone ryzyko osłabienia rozwoju społecznego, emocjonalnego i akademickiego u dzieci z ADHD oraz prawdopodobieństwo wystąpienia u nich innych zaburzeń psychicznych. Tomasz Wolańczyk, Artur Kołakowski, Magdalena Skotnicka (1999: 38–40) oraz Fintan J. O'Regan (2005a: 21–24, 2005b: 25–83), wskazują na następujące problemy, stanowiące powikłania (skutki) zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, pojawiające się w dzieciństwie, okresie adolescencji lub życiu dorosłym:

- słabsze osiągnięcia szkolne, osiągnięcie niższego (niż możliwe, biorąc pod uwagę sprawność intelektualną) wykształcenia;
- ukształtowanie osobowości antyspołecznej, której podłożem jest poczucie odrzucenia przez środowisko;
- uzależnienie od alkoholu, narkotyków, papierosów jako wynik ucieczki przed niepowodzeniami (por. Rodriguez, Span, 2008);
- kłopoty z utrzymaniem się w szkole z powodu łamania panujących tam zasad;
- wtórne problemy emocjonalne, zaburzenia zachowania;
- depresja spowodowana wyalienowaniem ze środowiska rówieśniczego w okresie dojrzewania;
- możliwość popełnienia samobójstwa;
- rozwód.

Zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań nie jest tożsame z pewnością ich wystąpienia, na co zwracają uwagę autorzy. Podobnie jak w innych jednostkach nozologicznych, do powikłań nie dochodzi, jeśli stosuje się odpowiednią terapię, która w przypadku dzieci cierpiących na ADHD powinna przybierać charakter szczególnego wsparcia i specyficznej ochrony.

Analogiczne do powyższych powikłania ADHD można odnaleźć w pracy M. Kutschera *The ADHD e-BOOK: Living as if There is No Tomorrow* (2002). Autor pod pojęciem cieni syndromów (*shadow syndromes*) przedstawia jako współistniejące z ADHD zaburzenia o różnym charakterze. Zdaniem M. Kutschera, należą do nich w pierwszej kolejności:

- zaburzenia procesu przyswajania wiedzy i umiejętności – uczeń nie wykorzystuje w pełni swoich możliwości intelektualnych w związku z niemożnością skupienia uwagi, szczególnie na czymś, co go nie interesuje; 20–30% pacjentów z ADHD przejawia te zaburzenia;
- zaburzenia zachowania oraz zachowania opozycyjno-buntownicze – 50% dzieci z ADHD kłamie, przeklina, zabiera cudze rzeczy, obwinia innych za własne niepowodzenia, łatwo wpada w konflikt, przejawia agresję.

Rozwijając wątek zaburzeń zachowania oraz zachowań opozycyjno-buntowniczych, M. Kutscher dokonuje podziału ludzi dotkniętych tymi problemami na:

- dzieci określane mianem „przeciwstawiającego się, niechętnego do podejmowania nawet intrygujących zadań, buntownika”;
- dzieci agresywnie przewodzące innym, łamiące wszelkie uznane zasady i prawo, brutalnie ingerujące w życie innych, znęcające się nad zwierzętami i ludźmi;
- osoby z antyspołeczną osobowością, naruszające prawa innych, czego skutkiem bywa ograniczenie wolności.

Wśród zaburzeń o charakterze chorobowym, współwystępujących z ADHD, M. Kutscher wymienia następujące:

- depresja – występuje u około 10–30% dzieci z ADHD i 47% dorosłych z tym zespołem; symptomami depresji są smutek, utrata radości i pogody ducha, głęboka i utajona irytacja, symptomy wegetatywne – zaburzenia snu i łaknienia, zwiększony samokrytycyzm i szybkie wycofywanie się z podjętej aktywności; dorośli radzą sobie z depresją szybciej w przeciwieństwie do dzieci, u których ten stan może trwać wiele lat;
- depresja dwubiegunowa – występuje u 20% dzieci; jej symptomami są strach przed rozdzieleniem z innymi, częste pouczenie innych, ekstremalna irytacja, furia i inne przejawy niepohamowanego gniewu trwające godzinami, zachowania nastawione na jeden cel, niska potrzeba snu, brutalne, „krwawe” sny, nadpobudliwość seksualna, ekstremalny strach przed śmiercią, nadwrażliwość na bodźce, obsesyjne podejrzania, nietolerancja ciepła, niepohamowana chęć zjadania słodczy, moczenie nocne, halucynacje, możliwe tendencje samobójcze; wymienione symptomy widoczne są najczęściej jedynie na terenie domu;

depresja dwubiegunowa jest t
gunowych, w których obok ep
ne (por. Sachs, Thase, 2003: 1-
- zaburzenia lękowe – u 30% dzi
go połowa nie zgłasza ich swo
sowane, ospałe lub napięte
czego skutkiem mogą być atak
- obsesje (odczucie przymusu)
nym ADHD;
- tiki motoryczne i wokalne –
z tikami motorycznymi i woka
- syndrom Aspergera – może by
nozologicznym jednak nie ws
nie całościowe, alternatywę do
takich społecznych zachowań
komunikacyjne, unikanie kont
mi ludźmi, ograniczenie się do
zachowania – nieustępliwość,
schematyczne myślenie, nadwr
- zaburzenia integracji sensory
przez zmysły otrzymanej info
próg wrażliwości, wysoka rece
ska receptywność); dziecko ni
koordynacji traktowany jest jak

R. Barkley (1997), w wyniku
nał zestawienia zachowań związa
w okresie dojrzewania, porównują
wieku. Zaburzenia owej samokon
dromu ADHD. Autor stwierdza,
zdrowe kłóć się z dorosłymi oraz
miast „obwiniają innych za własne

Wśród powikłań ADHD wyr
padki komunikacyjne i urazy me
o swoje zdrowie w życiu dorosłym

W rozdziale przedstawiono o
finicji i nazw dla określenia nadpo
Ukazano także (ewoluujące w czas
najbardziej znaczące miejsce wśró
tyczne pochodzenie ADHD, na tle
syndromem, równowaga wydziela
od rodzaju zakłóceń wydzielenia t

- depresja dwubiegunowa jest także zaliczana do zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, w których obok epizodów depresji wymienia się epizody maniakalne (por. Sachs, Thase, 2003: 1–14);
- zaburzenia lękowe – u 30% dzieci z ADHD występują zaburzenia lękowe, z czego połowa nie zgłasza ich swoim rodzicom; dzieci wydają się załamane, zestresowane, ospałe lub napięte – nie w pełni lub gwałtownie reagujące na bodźce, czego skutkiem mogą być ataki paniki;
- obsesje (odczucie przymusu) – dotyczy około 1/3 pacjentów ze zdiagnozowanym ADHD;
- tiki motoryczne i wokalne – dotyczą 7% dzieci z ADHD, ale 60% pacjentów z tikami motorycznymi i wokalnymi cierpi na ADHD;
- syndrom Aspergera – może być kojarzony z objawami ADHD (w rozpoznaniu nozologicznym jednak nie współwystępuje z ADHD, stanowi, jako zaburzenie całościowe, alternatywę do ADHD). Cechą tego syndromu jest zatracanie takich społecznych zachowań, jak: mowa ciała, ironia lub inne „podteksty” komunikacyjne, unikanie kontaktu wzrokowego i nawiązywania relacji z innymi ludźmi, ograniczenie się do zainteresowań encyklopedycznych, nietypowe zachowania – nieustępliwość, pouczanie innych, monotony głos, konkretne, schematyczne myślenie, nadwrażliwość na pewne bodźce, nietypowe ruchy;
- zaburzenia integracji sensorycznej – jest to niezdolność do przetwarzania przez zmysły otrzymanej informacji; dziecko może być nadwrażliwe (niski próg wrażliwości, wysoka receptywność) lub niedowrażliwe (wysoki próg i niska receptywność); dziecko nie koordynuje reakcji na dany bodziec, brak tej koordynacji traktowany jest jako syndrom ADHD lub z nim współwystępuje.

R. Barkley (1997), w wyniku przeprowadzenia ośmioletnich badań, dokonał zestawienia zachowań związanych z naturą samokontroli u dzieci z ADHD w okresie dojrzewania, porównując wyniki z dziećmi „typowymi” w tym samym wieku. Zaburzenia owej samokontroli traktuje jako skutki (objawy wtórne) syndromu ADHD. Autor stwierdza, że dzieci z ADHD ponad pięć razy częściej niż zdrowe kłócą się z dorosłymi oraz wykazują drażliwość, cztery razy częściej natomiast „obwiniają innych za własne pomyłki”, kłamią i kradną.

Wśród powikłań ADHD wymienia się także doznawane bardzo często wypadki komunikacyjne i urazy mechaniczne, otyłość oraz brak dostatecznej troski o swoje zdrowie w życiu dorosłym (Kořakowski i in., 2006: 68–72).

W rozdziale przedstawiono okoliczności powstania obecnie używanych definicji i nazw dla określenia nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Ukazano także (ewoluujące w czasie) poglądy na etiologię syndromu, ustalając, że najbardziej znaczące miejsce wśród nich zajmuje udowodnione w badaniach, genetyczne pochodzenie ADHD, na tle którego zostaje zaburzona, u osób dotkniętych syndromem, równowaga wydzielania dopaminy i noradrenaliny. W zależności od rodzaju zakłóceń wydzielania tych neuroprzekaźników powstają wymienione

w Klasyfikacji DSM-IV TR podtypy ADHD: podtyp z przewagą zaburzeń uwagi bez hiperaktywności, podtyp nadaktywny ruchowo i impulsywny bez deficytu uwagi oraz mieszany, dający zmieniające się w czasie nasilenie występowania pojedynczych objawów syndromu, wymienionych w poprzednich podtypach.

Omówione w rozdziale stanowiska naukowców prezentują także, ujmowane jako powikłania lub też zaburzenia współwystępujące z nadpobudliwością psychoruchową, zachowania osób cierpiących na ADHD. Pomimo zróżnicowania poglądów na pochodzenie lub istotę syndromu wszyscy badacze zgodnie podkreślają konieczność podjęcia interwencji terapeutycznej, której celem stanie się zmiana niepożądanych zachowań. Przed podjęciem jakiegokolwiek metody leczenia należy przeprowadzić jednak dokładny proces diagnozowania.

Diag
a di

Wszyscy badacze problem
nie syndromu jest trudne, pon
dziecka i doświadczeniu lekarza
Skotnicka, 1999: 62). Wykonyw
dążą jedynie do wykluczenia ir
liwością. Lekarz stawiający ro
pytania: CZY FUNKCJONOWANI
W DOMU JEST TAK BARDZO O
PODEJRZEWAĆ, IŻ JEST NADPO
KONCENTRACJI? CZY NIE SĄ T
LUB SKUTKI NIEWŁAŚCIWEGO

W przypadku diagnozow
istotne jest ustalenie (wskazan
nych za charakterystyczne dla
stwierdza, że pełna diagnoza po
nego. W jego skład, obok pedia
którego zadaniem w zakresie di
1) możliwie dokładna charakt
WSKAŹNIKAMI GŁÓWNYCH
2) możliwie dokładna charakte
NIA GŁÓWNYCH PROCESÓW
intelektualnych, emocjonaln
procesów wykonawczych) i c
3) wyjaśnienie mechanizmów
przebieg procesów regulacyj
Głównym celem podejmow
jest ustalenie, czy u badanego