

*Robert Opora**

Zaburzenia uwagi a niedostosowanie społeczne

Zarys problematyki badawczej

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (*attention deficit/hyperactivity disorder* – ADHD; American Psychiatric Association, 1994) jest zaburzeniem diagnozowanym wobec osób cechujących się nieodpowiednim w stosunku do rozwoju poziomem nieuwagi, impulsywności oraz/lub nadpobudliwości. ADHD jest zaburzeniem przewlekłym, którego objawy nie ustępują samoistnie i mogą utrzymywać się przez całe życie (Barkley, 1998). Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi wg DSM-IV, aby zdiagnozować to zaburzenie, muszą wystąpić u danej osoby określone objawy z odpowiednią częstotliwością. Objawy te zostały sklasyfikowane na dwóch listach: pierwsza dotyczy objawów zaburzeń koncentracji uwagi, natomiast druga nadpobudliwości i impulsywności. W celu rozpoznania ADHD konieczne jest rozpoznanie przynajmniej 6 z 9 objawów zaburzeń koncentracji uwagi i/lub 6 z 9 objawów nadpobudliwości – impulsywności. Objawy te powinny wystąpić w dwóch lub więcej kontekstach sytuacyjnych, a także wpływać niekorzystnie na funkcjonowanie w codziennym życiu danej osoby. Dodatkowo muszą one odbiegać od normy charakterystycznej dla danego etapu rozwojowego, trwać przynajmniej przez sześć miesięcy i pojawić się przed siódmym rokiem życia.

W klasyfikacji DSM-IV zostały wyróżnione dwie kategorie w zależności od pojawiających się symptomów u dziecka, są to zaburzenia koncentracji uwagi oraz nadpobudliwość psychoruchowa. W związku z tym możemy wyróżnić trzy podtypy ADHD: podtyp z dominującym brakiem koncentracji uwagi; podtyp z dominującą nadpobudliwością psychoruchową; podtyp mieszany stanowiący klasyczny obraz ADHD, w którym obserwujemy objawy wskazujące na trudności z koncentracją uwagi oraz nadpobudliwość psychoruchową.

Dzieci, u których występują zaburzenia koncentracji uwagi bez nadpobudliwości, są w mniejszym stopniu narażone na wejście na drogę przestępczą, gdyż nie

* Dr hab. Robert Opora, Uniwersytet Gdański

przejawiają one nadmiernej aktywności, są ciche, spokojne i niezorganizowane. Osoby o tym podtypie ADHD, jeśli nie otrzymają pomocy, w większym stopniu są zagrożone depresją i zaburzeniami lękowymi niż dzieci z podtypem o dominującej nadpobudliwości psychoruchowej (Lahey, Carlson, 1991). Dzieci cechujące się nadpobudliwością i nadmierną impulsywnością częściej naruszają normy prawne i obyczajowe niż dzieci hipokinetyczne.

Osoby z zespołem ADHD narażone są na ryzyko pojawienia się objawów wtórnych lub współwystępujących (Jensen, Martin, Cantwell, 1997). ADHD może współwystępować z innymi zaburzeniami i problemami, takimi jak zaburzenia zachowania, zaburzenia lękowe. Zdaniem Barkleya (1990) około połowa dzieci przejawia skłonność do buntu, uporów i agresji. W niektórych przypadkach, jeśli symptomy te trwają dłużej, diagnozujemy zaburzenia opozycyjno-buntownicze. Dzieci te cechują się kwestionowaniem autorytetów i nieposłuszeństwem wobec rodziców i nauczycieli. Nie tylko wykazują skłonności do nieprzestrzegania reguł, lecz także złośliwie naruszają powszechnie przyjęte normy. U dzieci z ADHD od 20–30% obserwujemy wtórne objawy zaburzeń zachowania (Kazdin, Weisz, 2006). Pojawienie się zachowań opozycyjno-buntowniczych i zaburzeń zachowania przyczynia się do częstszego reagowania u tych dzieci lękiem i obniżonym nastrojem. Uwzględniając fakt, że dzieci z ADHD mają trudności z poznawczym przetwarzaniem informacji, dodatkowo podwyższony lęk zakłóca to przetwarzanie. W takiej sytuacji pojawia się zwiększona gotowość do wykorzystywania zniekształceń poznawczych. Na przykład katastrofizacji, czyli reagowania na neutralny bodziec jako zagrażający.

Współwystępowanie ADHD z zaburzeniem opozycyjno-buntowniczym może sprawiać kłopoty wychowawcze, gdyż wówczas występują problemy z odróżnieniem aktów złej woli od niezamierzonych skutków niepowodzeń. Natomiast dzieci z ADHD, u których doszło do wykształcenia się zaburzeń zachowania, zazwyczaj sprawiają swoim wychowawcom jeszcze większe problemy, a praca z nimi stanowi próbę cierpliwości dla opiekunów. Wykazują skłonności do łamania norm społeczno-obyczajowych i prawnych.

Dodatkowo dzieci z ADHD napotykają wiele trudności interpersonalnych, a także pojawiają się u nich problemy w relacji z rodzicami. Rodzice często czują się sfrustrowani, zaniepokojeni i zdenerwowani tym, że dotychczasowe metody wychowawcze, które są stosowane wobec innych dzieci, nie przynoszą skutków wobec ich dzieci. Rodzicom wydaje się, że ich dzieci nie dostrzegają konsekwencji niewłaściwego zachowania, a także sugerują, że są niewyuczalne mimo stosowanych wobec nich kar.

Czapów wskazywał na trzy stadia rozwoju niedostosowania społecznego, gdzie pierwszym etapem jest poczucie odrzucenia emocjonalnego (Czapów, 1978). Ze względu na uciążliwość objawów dzieci z ADHD mogą doświadczać częściej tego stadium ze strony swoich rodziców. Następnie pojawiają się zachowania opozycyjno-buntownicze, wówczas rodzice także mogą w mniejszym stopniu doceniać

wysiłek ich dzieci, być mniej skłonni do nagradzania ich, bardziej negatywnie i dyrektywnie nastawieni oraz silniej koncentrować się na kontrolnej funkcji ich wychowania (Rice, Richmond, 1997). W ten sposób dochodzi do utrwalenia się wrogich reakcji wobec autorytetów, czyli drugiego stadium niedostosowania społecznego. Trzecim stadium niedostosowania społecznego jest autonomizowanie się działalności antyspołecznej, kiedy dziecko odczuwa przyjemność z zachowań nieakceptowanych społecznie, w których zazwyczaj jest dobrze wyćwiczone. Na tym etapie dziecko z ADHD buduje swoje poczucie wartości na podstawie czegoś, w czym jest dobre, tj. naruszając normy prawne i obyczajowe.

Alternatywna koncepcja sugeruje, że deficyty w samoregulacji u dzieci z ADHD mogą być związane z brakiem bezpiecznego przywiązania między dzieckiem a rodzicem (Klassen i in., 1999). Przywiązanie to charakteryzuje się licznymi konfliktami między dzieckiem i rodzicami. Uznaje się, że matczyne reagowanie zsynchronizowane z potrzebami dziecka jest predyktorem bezpiecznego przywiązania (Harrison, Manocha, Rubia, 2004).

Clarke, Ungerer, Chahoud i współpracownicy (2002) dostrzegli stały związek między brakiem poczucia bezpieczeństwa a dziećmi z ADHD. Sugerują oni, że dzieci z ADHD cechują się ambiwalentnym wzorcem lub zdeorganizowanym wzorcem przywiązania.

Czynniki zewnętrzne mogą pogłębiać trudności dzieci z ADHD lub pomagać im w poradzeniu sobie z pojawiającymi się problemami. Tak więc ani rodzice, ani szkoła, ani rówieśnicy nie stanowią czynnika wywołującego ADHD, lecz mogą pogłębiać bezpośrednie skutki syndromu. Dlatego też ważny jest przyjęty przez rodzica styl wychowawczy, styl nauczania przyjęty przez nauczyciela oraz jakość grupy rówieśniczej, z którą się to dziecko identyfikuje. Dzieci z ADHD tak samo jak dzieci z innymi zaburzeniami emocjonalnymi czy zachowania nie stanowią jednolitej grupy. Każde z nich posiada swoje własne cechy indywidualne, uzdolnienia, plany i marzenia. Ponadto każde z nich znajduje się w odrębnym kontekście społecznym, rodzinie, szkole i grupie rówieśniczej czy dzielnicy miasta. Wszystkie te dodatkowe właściwości dziecka i jego środowiska mogą mu pomóc w poradzeniu sobie z pojawiającymi się trudnościami wynikającymi z ADHD lub pogłębiać jego dysfunkcję.

Obserwuje się, że ADHD występuje częściej u dzieci, których jeden lub oboje rodzice również cierpią na to zaburzenie. W związku z tym trudności w prawidłowym wychowaniu dziecka mogą wynikać także z obciążenia własnymi problemami rodzica (Reinecke, 2005).

Dzieci z ADHD narażone są na większe ryzyko stania się niedostosowanymi społecznie, lecz nie wszystkie muszą tego doświadczyć. Pierwotne objawy ADHD mogą wykazywać różnego stopnia nasilenie w zależności od różnych okoliczności (Zentall, 1985). Objawy ADHD częściej pojawiają się w sytuacjach znanych, nudnych, często powtarzanych. Rzadziej natomiast w sytuacjach aktywizujących i stymulujących dziecko (Barkley 1977). Dodatkowym elementem nasilającym objawy ADHD

jest sytuacja, w której narzucamy dziecku zbyt wiele reguł postępowania i formułujemy wysokie wymagania. Ze względu na trudności z samoregulacją własnego zachowania sytuacje wymagające interakcji społecznych są bardziej kłopotliwe dla dzieci z ADHD niż sytuacje spotkań na osobności. Zdaniem Douglasa (1983) zbyt późne reagowanie na pojawiające się problemy u dziecka również powoduje nasilenie się objawów. Tak więc wpływ sytuacyjny ma istotne znaczenie na poziom efektywności i precyzji wykonywanych zadań przez dzieci z ADHD. Dlatego u tego samego dziecka możemy dostrzec rozbieżności co do jego funkcjonowania w zależności od sytuacji, w jakiej się ono znajduje. Jeśli dziecko z ADHD nie otrzyma odpowiedniej specjalistycznej pomocy, to może dojść do negatywnych konsekwencji psychospołecznych. Osoby z ADHD częściej zachowują się agresywnie, częściej doświadczają niepowodzeń szkolnych, częściej sięgają po środki odurzające, naruszają normy obyczajowe i prawne (Kazdin, Weisz, 2006). Pojawiające się objawy niedostosowania społecznego w tym przypadku są wtórne do pierwotnych objawów diagnostycznych. Niedostosowanie społeczne u dzieci z ADHD może stopniowo ewoluować i na początku we wczesnym dzieciństwie obserwujemy zachowania opozycyjno-buntownicze (Jensen i in. 1997), następnie jeśli rozwój niedostosowania społecznego nie zostanie zahamowany, obserwujemy zaburzenia zachowania (Barkeley i in., 1991). Dalszym ciągiem tego łańcuszka jest niedostosowanie społeczne, a za końcowe ogniwo należy uznać przestępczość nieletnich (Urban, 2000).

Aby zapobiec rozwojowi niedostosowania społecznego u dzieci z ADHD, należy skoncentrować się w pracy z tymi osobami na takich objawach jak impulsywność, słabe umiejętności organizacyjne oraz należy pamiętać, aby wydawane polecenia były zrozumiałe i składały się z krótkich twierdzeń. Zdaniem Rice i Richmond (1997) najbardziej obiecującymi interwencjami są te, które angażują do pracy cały system rodzinny oraz te, które wiążą zastosowanie środków farmakologicznych z niefarmakologicznymi interwencjami. Do niefarmakologicznych interwencji wobec osób z ADHD zaliczamy m.in.: poznawczo-behawioralną terapię oraz alternatywne interwencje, do których włączamy stosowanie diety, treningi relaksacyjne, medytacje (Arnold 2001; Chan 2002; Pelham, Wheeler, Chronis, 1998).

Ze względu na specyficzne właściwości dzieci z ADHD osoby decydujące się na pracę z nimi powinny posiadać pewnego rodzaju predyspozycje. Praca z tymi dziećmi jest sporym wyzwaniem dla pedagoga, nauczyciela i innych dorosłych. Dzieci z ADHD ze względu na potrzebę dużej stymulacji zmuszają swoich opiekunów i wychowawców do ciągłego rozwoju własnej kreatywności i doskonalenia umiejętności zawodowych. Dzieci z ADHD potrzebują częstej zmiany form pracy, aktywizującej ich podczas edukacji. Praca z dzieckiem z ADHD wymaga także dość szybkiego tempa, za którym nie każdy dorosły jest w stanie nadążyć. Nauczyciele pracujący z tymi dziećmi powinni cechować się otwartością na poznawanie nowych strategii i technik uczenia. Powinni być energiczni i przejawiać duże zainteresowanie swoją pracą oraz wykazywać zaangażowanie w pracę z tymi dziećmi.

Ze względu na posiadane aspekty biologiczne, psychologiczne i społeczne zespół ADHD wymaga interdyscyplinarnych interwencji specjalistycznych. ADHD nie jest konsekwencją lenistwa, braku gotowości szkolnej, ani także nie wynika z błędów wychowawczych rodziców. Jest to neurologiczne zaburzenie, w związku z tym nie zależy od woli dziecka, a także nie można nikogo obciążyć winą za pojawienie się ADHD u dziecka. Dzieci z ADHD wymagają szczególnego traktowania ze strony osób najbliższych oraz osób z dalszych kręgów społecznych, np. nauczycieli.

ADHD pojawia się we wczesnym dzieciństwie i u większości nasilenie objawów trwa do okresu dojrzewania. U około połowy utrzymują się jeszcze w dorosłym życiu (Cantwell, 1985). Objawy kliniczne pozostają te same, zmieniają się jedynie rodzaje problemów z nich wynikających. Mimo wielu trudności, jakie napotykają osoby z ADHD, podaje się, że jedna trzecia, do połowy dorosłych, u których w dzieciństwie obserwowano objawy ADHD, radzi sobie w dorosłym życiu. Wybierają oni zawody, gdzie objawy ADHD są funkcjonalne, czyli takie, gdzie jest duża zmienność, wymagana jest duża aktywność i dynamika fizyczna. Mimo wszystko posiadanie ADHD powoduje, że osoby takie w większym stopniu narażone są na wejście na drogę przestępczą, gdyż często mają problemy z podążaniem oczekiwaniom innych, tracą pracę lub z niej rezygnują, a u części rozwijają się antyspołeczne zaburzenia osobowości (Kazdin, Weisz, 2006).

Świadomość posiadania przez dziecko ADHD daje podstawy do stosowania odpowiednich środków, których w normalnych warunkach się nie podejmuje. Z drugiej strony, jak zazwyczaj w diagnozach tego rodzaju, pojawia się niebezpieczeństwo stygmatyzowania dziecka. Niektórzy nauczyciele i rodzice zniechęcają się do pracy z takim dzieckiem, używając diagnozy jako wymówki i myśląc, że podopiecznemu już nic nie pomoże. W wyniku niewiedzy nie zdają sobie sprawy z tego, że trudności wynikające z ADHD mogą być złagodzone przez wprowadzenie określonych zmian w szkole i w domu.

Planując interwencje poznawczo-behawioralne nakierowane na dziecko i jego rodzinę, można zapobiec wtórnym komplikacjom behawioralnym, szkolnym, rodzinnym, a także społecznym. Dzięki udzielonej pomocy osoby te modyfikują swoje przekonania na temat ADHD, doświadczają ulgi i nadziei, która zwiększa prawdopodobieństwo wywiązywania się z otrzymanych od profesjonalisty wskazówek.

Przypisywanie winy za nieustannie pojawiające się trudności, które wystąpiły jako konsekwencja ADHD oraz niewiedza o jego obecności, mogą wpływać na inne obszary funkcjonowania psychospołecznego człowieka, takie jak: samoocena, obniżony nastrój, niepokój. W wyniku nierozpoznanego ADHD dochodzi do powtarzających się doświadczeń niepowodzenia w czasie dzieciństwa i te doświadczenia mogą wpływać na inne psychospołeczne obszary funkcjonowania. W okresie dzieciństwa rodzice i nauczyciele doszukują się przyczyn nieuwagi i braku organizacji oraz słabych osiągnięć w nauce częściej w intencjonalnym nieposłuszeństwie, lenistwie, głupocie, depresji czy braku motywacji (Rucklidge, Kaplan,

2000). Rucklidge i Kaplan (1997) dostrzegli istotny związek pomiędzy stylem atrybucji a psychospołecznym funkcjonowaniem, zwłaszcza w takich obszarach, jak: samoocena, depresja i niepokój. W badaniach nad chłopcami z ADHD zaobserwowali, że częściej przyjmują oni nieadaptacyjny styl atrybucji, co w konsekwencji prowadzi do obniżonego poziomu samooceny oraz obniżonego nastroju. W takiej sytuacji w pracy psychokorekcyjnej z osobami z ADHD należałoby skoncentrować się na zmianie stosowanego stylu atrybucji. Na styl atrybucji, jakim posługuje się dziecko, mogą wpłynąć odpowiednie interwencje poznawczo-behawioralne (Seligmann, 1997), także zastosowanie leków stymulujących (Milich, Carlson, Pelham, Licht, 1991).

Ze względu na możliwość pojawienia się wielu wtórnych objawów u dziecka z ADHD okres, w którym rozpoznano ADHD, ma wpływ na psychospołeczny poziom jego funkcjonowania. Można wnioskować, że najbardziej zaniedbaną grupą osób z ADHD są te, u których rozpoznano ADHD dopiero po okresie dzieciństwa. Późne zdiagnozowanie tych osób ma kliniczne konsekwencje. Dzieci z ADHD doświadczają wielu porażek, dlatego może się u nich rozwinąć niższa samoocena. Z upływem czasu może także dojść do zjawiska wyuczonej bezradności, co będzie powodowało niedocenywanie swoich możliwości nawet wówczas, kiedy będzie istniało duże prawdopodobieństwo powodzenia realizacji jakiegoś zadania. Takie funkcjonowanie jest efektem ukształtowania się u dziecka zniekształconych wzorców myślenia. Wzorce te dodatkowo komplikują sytuację, w jakiej się ono znalazło. Wówczas dzieci w sytuacji zadaniowej mogą myśleć: „Nie potrafię nigdy niczego zrobić, muszę oszukiwać, kraść, bo uczciwie nic mi się nie udaje osiągnąć”. W takiej sytuacji techniki poznawczej restrukturyzacji mogą być pomocne w zmianie dotychczasowego, zniekształconego myślenia. Zmiana myślenia powinna zmniejszyć objawy niedostosowania społecznego, tj. ich siłę i częstość występowania.

Badania własne

Celem podjętych badań jest opisanie zależności między poziomem zaburzeń uwagi a zachowaniami niedostosowanymi i agresywnymi u nieletnich pozostających pod nadzorem kuratora. W badaniu uczestniczyło 104 nieletnich w wieku 13 lat, wobec których zastosowano nadzór kuratora w 2007 roku. Badanie składało się z dwóch pomiarów, pierwszego w 2007 roku i drugiego w 2008 roku. Podczas każdego pomiaru zastosowane zostały skale „zaburzeń uwagi”, „zachowań agresywnych” i „zachowań niedostosowanych” z Kwestionariusza Zachowań Problemowych autorstwa Achenbacha. Porównanie wyników uzyskanych na skali „zaburzenia uwagi” z pierwszego pomiaru z wynikami z drugiego pomiaru pozwoliły na wyodrębnienie trzech grup nieletnich, tj. nieletnich, u których poziom zaburzeń uwagi pozostał bez zmian; nieletnich, u których poziom zaburzeń uwagi poprawił

się; nieletnich, u których poziom zaburzeń uwagi nasilił się. Za zmianę poziomu objawów zaburzeń uwagi uznałem każdą zmianę zachodzącą na tej skali w wynikach standardowych.

W związku z tym sformułowałem następujące pytania badawcze:

1. Jaki procent nieletnich otrzymujących nadzór kuratora sądowego uzyskuje przedział kliniczny w zakresie zaburzeń uwagi?

2. Czy spadkowi poziomu zaburzeń uwagi towarzyszy spadek poziomu zachowań agresywnych i niedostosowanych?

3. Czy wzrostowi poziomu zaburzeń zachowania towarzyszy wzrost zachowań agresywnych i niedostosowanych?

Ponieważ trudno jest sformułować przypuszczenie co do procentu nieletnich mających nadzór kuratora, pozostających w przedziale klinicznym w zakresie zaburzeń uwagi, pominąłem w tym przypadku stawianie hipotezy. Natomiast w pozostałych hipotezach będących odpowiedzią na sformułowane pytania badawcze zakładałem, że:

- Spadkowi poziomu objawów zaburzeń uwagi towarzyszy spadek zachowań agresywnych i niedostosowanych.

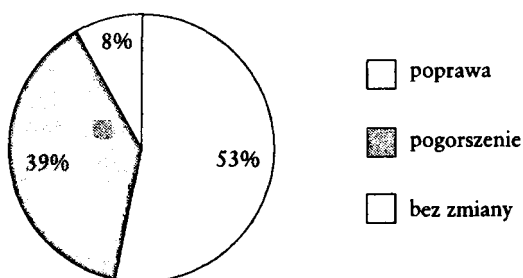
- Wzrostowi poziomu objawów zaburzeń uwagi towarzyszy wzrost zachowań agresywnych i niedostosowanych.

Prezentacja wyników

Wśród nieletnich pozostających pod nadzorem kuratora sądowego 25% posiada zaburzenia uwagi na poziomie klinicznym (patologii). Nie jest to jednoznaczne rozpoznanie ADHD, lecz pozwala na postawienie takiej hipotezy, która wymaga dokładniejszego zweryfikowania. Nieletni ci nie potrafią się skoncentrować i mają trudności z utrzymaniem uwagi przez dłuższy czas. Nie wywiązują się ze zleconych zadań. Nie kończą rozpoczętych wcześniej czynności. Nie potrafią usiedzieć w miejscu, są niespokojni, nadrucliwi. Są nieuważni i łatwo się rozpraszają. Mają trudności z wykonywaniem poleceń. Pracują poniżej swoich możliwości, nie wykorzystując posiadanych potencjałów. Przez to nie osiągają tyle, ile by mogli. Zadania wykonują niedokładnie i pobieżnie. Niektórzy z nich mogą przesadnie marzyć i pograżać się we własnych myślach. Są impulsywni i działają bez zastanowienia. Także są nerwowi, przewrażliwieni i spięci. Mają trudności w nauce. Cechują się apatią i niską motywacją do podejmowania zadań szkolnych. Mogą robić wrażenie młodszych niż są w rzeczywistości.

W związku z tym, iż dla pracy pedagoga ważne jest rozpoznanie pojawiających się tendencji na poziomie wymiarów, a objawy zaburzenia uwagi stanowią pewne kontinuum, czyli mogą mieć różne nasilenie, dalszej analizie poddałem zachodzące zmiany w zakresie wyników standardowych. Ograniczenie się jedynie do przedziału

normy i klinicznego spowodowałoby niepotrzebną redukcję wartości danych statystycznych, gdyż może być tak, że podopieczny pozostający pod nadzorem kuratora sądowego na początku znajdował się w górnej granicy przedziału klinicznego, a w momencie drugiego pomiaru został umiejscowiony w dolnej granicy przedziału klinicznego. Dla lekarza w dalszym ciągu jest on chory, jednak w perspektywie pedagogiki zaszedł pozytywny efekt wskazujący na pewną tendencję.



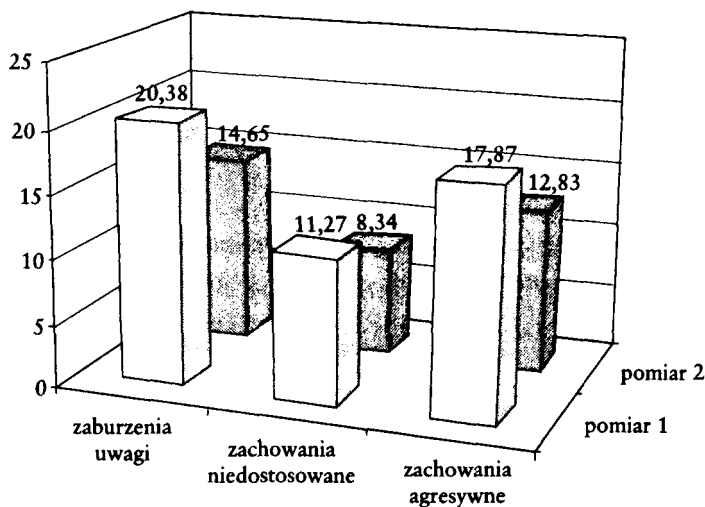
Wykres 1. Zmiany w zakresie poziomu zaburzeń uwagi uzyskane po drugim pomiarze

Tabela 1. Istotność różnic w momencie orzeczenia nadzoru między wyodrębnionymi grupami nieletnich na podstawie poprawy lub pogorszenia się wyników na skali zaburzeń uwagi dla badanych skal

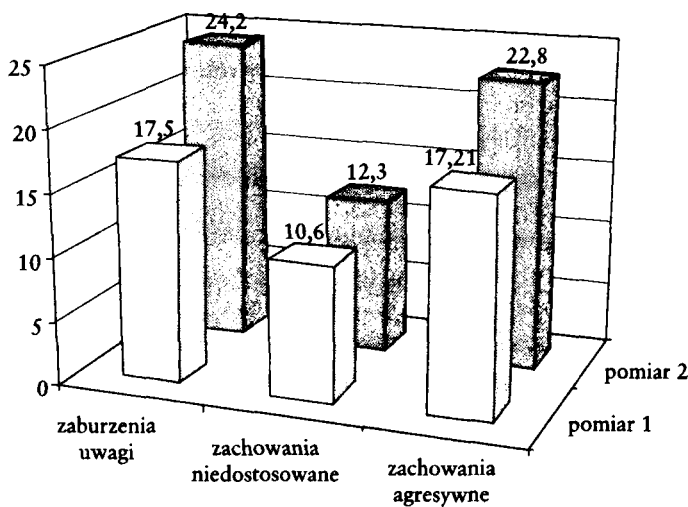
Pomiar 1	Suma rang poprawiony	Suma rang pogorszony	U	Z	poziom p
1 zaburzenia uwagi	2881	1775	914	1,58	0,114
1 zachowania niedostosowane	2778	1878	1017	0,82	0,413
1 zachowania agresywne	2661	1995	1121	-0,05	0,962

Tabela 2. Istotność różnic po upływie roku nadzoru między wyodrębnionymi grupami nieletnich na podstawie poprawy lub pogorszenia się wyników na skali zaburzeń uwagi dla badanych skal

Pomiar 2	Suma rang poprawiony	Suma rang pogorszony	U	Z	poziom p
2 zaburzenia uwagi	1975	2681	435	-5,13	0,000
2 zachowania niedostosowane	2277	2379	737	-2,89	0,004
2 zachowania agresywne	2147	2509	607	-3,86	0,000



Wykres 2. Profil średnich w grupie nieletnich, u których zmniejszyły się zaburzenia uwagi po roku



Wykres 3. Profil średnich w grupie nieletnich, u których zwiększyły się zaburzenia uwagi po roku

Po upływie pełnego roku kalendarzowego od momentu orzeczenia nadzoru kuratora sądowego u 53% nieletnich zmniejszył się poziom zaburzeń uwagi. U 39% zaburzenia te nasiliły się, a u 8% pozostały bez zmian.

W momencie otrzymania nadzoru kuratora sądowego wyodrębnione grupy nieletnich „poprawionych” i „pogorszonych” na wymiarze zaburzeń uwagi nie różniły się istotnie statystycznie w zakresie badanych zmiennych, tj. zaburzeń uwagi,

zachowań agresywnych i zachowań niedostosowanych. Natomiast po upływie roku grupy te różniły się istotnie względem badanych zmiennych.

Analizie poddane zostały nie tylko wyodrębnione grupy względem siebie, lecz także porównano uzyskane wyniki z pierwszego pomiaru (moment orzeczenia nadzoru kuratora) z wynikami z drugiego pomiaru (po upływie roku).

Po upływie roku w obu wyodrębnionych grupach zaistniałe zmiany mają charakter istotny statystycznie. Jedynie różnią się one kierunkiem tych zmian. W grupie nieletnich, u których zmniejszyła się ilość objawów związanych z zaburzeniami koncentracji uwagi, obniżył się także poziom zachowań niedostosowanych i agresywnych. Natomiast w grupie nieletnich, w której wzrósł poziom zaburzeń uwagi po upływie roku, wzrósł także poziom zachowań niedostosowanych i agresywnych. Na powyższych wykresach można dostrzec, że zmianie zaburzeń uwagi towarzyszą zmiany zachowań niedostosowanych i agresywnych, lecz niestety z tego rodzaju badań nie można wnioskować o związku przyczynowym. Jednak na podstawie istniejącej wiedzy można z dużym stopniem prawdopodobieństwa zakładać, że to zaburzenia uwagi stanowią źródło zachowań agresywnych i niedostosowanych. Jednocześnie z wykresów można dostrzec, że na zmianę zaburzeń uwagi bardziej wrażliwe są zachowania agresywne niż zachowania niedostosowane, gdyż różnica między pomiarem pierwszym a drugim w przypadku zachowań niedostosowanych jest mniejsza niż w przypadku zachowań agresywnych.

Podsumowanie

Ze względu na istniejącą zależność między zaburzeniami uwagi a zachowaniami agresywnymi i niedostosowanymi, oddziaływania terapeutyczne wobec dzieci z ADHD powinny być podejmowane w ramach wczesnej interwencji profilaktycznej, a nie dopiero wówczas, kiedy dojdzie do niedostosowania społecznego. Istnieje konieczność jak najwcześniejszego rozpoznania tych dzieci i zaprojektowania indywidualnej strategii pracy z nimi. Wielu wtórnych problemów można uniknąć lub wyeliminować przy odpowiednio wczesnym i umiejętnym postępowaniu rodziców, nauczycieli, kuratorów sądowych, lekarzy i innych osób z najbliższego otoczenia dziecka. Dziecko z ADHD pozostawione samo sobie będzie doświadczało kumulowania się negatywnych czynników psychospołecznych, tym samym pogarszając swoje prospołeczne rokowania. Zaprezentowane badania wskazują, że spośród nieletnich w wieku 13 lat około 25% posiada zaburzenia uwagi w przedziale klinicznym. Oznacza to, że wymagają oni oddziaływań resocjalizacyjnych ze szczególnym naciskiem na funkcję terapeutyczną. Odpowiednia pomoc tym nieletnim nakierowana na pokonywanie trudności wynikających z objawów ADHD powinna istotnie przyczynić się do spadku zachowań agresywnych i niedostosowanych. Uzyskane wyniki wskazują na wzajemny związek indywidualnych trudności z pojawiającymi się konfliktami społecznymi.

Uwzględniając specyfikę zaburzenia, jego trwałość, uporczywość i współwystępowanie z innymi zaburzeniami zespół ten wymaga wielokierunkowych interwencji. Ze względu na wiele różnorodnych trudności pojawiających się u dzieci z ADHD istnieje konieczność stosowania zmodyfikowanych strategii nakierowanych na określone aspekty pojawiających się trudności.

Streszczenie

W społeczeństwie istnieje wiele uprzedzeń dotyczących AD/HD. Artykuł zawiera fakty i dowody wynikające z badań naukowych. Wynika z nich, że niedostosowanie społeczne bardzo często jest powikłaniem zaburzeń uwagi. Jednak nie oznacza to, że dziecko z zaburzeniami uwagi musi stać się niedostosowane społecznie. Artykuł opisuje istniejący związek między zaburzeniami uwagi a niedostosowaniem społecznym. Zwłaszcza koncentruje się na czynnikach ryzyka związanych z zaburzeniami uwagi oraz czynnikami chroniącymi dziecko przed stanem się niedostosowanym społecznie. Zaprezentowane w publikacji badania bazują na 108-osobowej grupie nieletnich pozostających pod nadzorem kuratora sądowego. Celem podjętych badań było dokonanie oceny częstości występowania zaburzeń uwagi u dzieci niedostosowanych społecznie. Uzyskane wyniki z badań opisują również związek między zaburzeniami uwagi i zaburzeniami eksternalizacyjnymi. W podsumowaniu zostały sformułowane zasady pozwalające na zapobieganie pojawieniu się niedostosowania społecznego u dzieci z zaburzeniami uwagi.

Abstract

Association between the attention deficits and delinquency

In the society we can find a lot of prejudices concerning AD/HD. The article contains facts and evidence based on research presenting that the delinquency is very often a distant complication of attention deficits but it doesn't mean that a child with attention deficits has to be delinquent. The article describes the association between the attention deficits and delinquency. There are presented some risk factors coming from the attention deficits and protective factors which let the child follow the social norms. The research was based on 108 delinquent juveniles staying under the probation supervision. The purpose of the research was to evaluate the frequency of the attention deficits among delinquent juveniles staying under supervision. The research findings concern also the association between the attention deficit and external behavioural disorders. In the summary several conditions are described which are important to protect children with attention deficit from delinquency.

Bibliografia

- Arnold L.E. (2001). Alternative treatments for adults with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Annals of the New York Academy of Science*, nr 931, s. 310–341.
- Barkley R.A. (1998). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder-A Handbook of Diagnosis and Treatment*, wyd. 2. Nowy Jork: Guilford.

- Barkley R.A. i in. (1991). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, nr 30, s. 752–761.
- Barkley R.A. i in. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8 year prospective follow-up study. *Journal of the American academy of Child and Adolescent psychiatry*, nr 29, s. 546–557.
- Barkley R.A. (1977). The effects of methylphenidate on various measures of activity level and attention in hyperkinetic children. *Journal of Abnormal child Psychology*, nr 5, s. 351–369.
- Cantwell D.P. (1985). Hyperactive children have grown up: What have we learned about what happens to them? *Archives of General Psychiatry*, nr 42.
- Chan E. (2002). The role of complementary and alternative medicine in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, nr 23, s. 37–45.
- Clarke L., Ungerer J., Chahoud K., Johnson S., Stiefel I. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychiatry and Psychology*, nr 7, s. 179–198.
- Czapów Cz. (1978). *Wychowanie resocjalizujące. Elementy metodyki i diagnostyki*. Warszawa: PWN.
- Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Wyd. 4 (DSM-IV). (1994) Washington: American Psychiatric Association.
- Douglas V.I. (1983). Attention and cognitive problems. W: M. Rutter (red.). *Developmental Neuropsychiatry*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Harrison L.J., Manocha R., Rubia K. (2004). Sahaja Yoga Meditation as a Family Treatment Programme for Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. London: Thousand Oaks and New Delhi, nr 9(4), s. 479–497.
- Jensen P.S., Martin D., Cantwell D.P. (1997). Comorbidity of ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, nr 36, s. 1065–1079.
- Kazdin A.E., Weisz J.R. (2006). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Klassen A., Miller A., Raina P., Lee S.K., Olsen L. (1999). Attention-deficit hyperactivity disorder in children and youth: a quantitative systematic review of the efficacy of different management strategies. *Canadian Journal of Psychiatry*, nr 44(10), s. 1007–1016.
- Lahey B., Carlson C. (1991). Validity of the diagnostic category of Attention Deficit Disorder without Hyperactivity: A review of the literature. *Journal of Learning Disabilities*, nr 24, s. 174.
- Milich, R., Carlson, C.L., Pelham, W.E., & Licht, B.G. (1991). Effects of methylphenidate on the persistence of ADHD boys following failure experiences. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 519–536.
- Pelham, W., Wheeler, T., & Chronis, A. (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, nr 27, 190–205.
- Reinecke M.A., Clark D.A. (2005). *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: GWP.
- Rice D., Richmond C. (1997). Attention deficit-hyperactivity disorder and the family. W: J. Bailey, D. Rice (red.). *Attention deficit/hyperactivity disorder: Medical, psychological and educational perspectives* (s. 88–107). Sydney: Australian Association of Special Education.
- Rucklidge J.J. and Kaplan B.J. (2000). Attributions and perceptions of childhood in women with ADHD symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, nr 56, s. 711–722.
- Rucklidge J.J., Kaplan, B.J. (1997). Psychological functioning in women identified in adulthood with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, nr 2, 167–176.
- Seligman M.E.P. (1997). *Optymistyczne dziecko. Jak wychowywać dzieci aby nauczyć je optymizmu i dawania sobie ze wszystkim rady*. Poznań: Media Rodzina.
- Urban B. (2000). *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zentall S. (1985) *A context for hyperactivity*. W: K.D. Gadox, I. Bialer (red.). *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*. Greenwich: Connecticut. JAI Press, nr 3/2006.