

ZABURZENIA SAMOKONTROLI U DZIECI Z ZESPOŁEM NADPOBUDLIWOŚCI PSYCHORUCHOWEJ¹

Małgorzata Święcicka*
Wydział Psychologii
Uniwersytet Warszawski

DYSFUNCTION OF SELF-CONTROL IN CHILDREN WITH ADHD

Summary. The recent studies in neuropsychology and clinical psychology suggest that the essential dysfunction in ADHD is a deficit of executive functions: behavioural inhibition, working memory and planning. Executive functions are basic instruments of self-control and depend on the activity of prefrontal cortex. Executive functions deficits are responsible for typical symptoms of ADHD like difficulties in organization of activity, impulsiveness and difficulties in modulation of emotional reactions. This article shows the necessity to consider also the higher, personality, level of self-control in diagnosis and treatment of ADHD children. Self-image, self-esteem, accepted values, and other personality components if correctly developed can compensate to some degree the difficulties in self-control due to executive functions deficits.

Wprowadzenie

Zaburzenie określane w tradycji polskiej psychologii klinicznej jako zespół nadpobudliwości psychoruchowej (Spionek, 1973; Nartowska, 1982), we współczesnych klasyfikacjach medycznych jest określany jako zespół hiperkinetyczny (ICD-10) lub zespół deficytu uwagi z nadaktywnością, co jest tłumaczeniem anglojęzycznego określenia *Attention Deficit Hiperactivity Disorder* w skrócie *ADHD* (DSM-IV). Zawarte w medycznych klasyfikacjach kryteria diagnostyczne wskazują na istnienie dwóch komponentów tego zaburzenia: deficytu uwagi objawiającego się podatnością na rozproszenie, unikaniem zadań wymagających wysiłku umysłowego, trudnościami w organizacji pracy; oraz komponentu nadaktywności/impulsywności wyrażającego się w nadmiernej, niedostosowanej do sytuacji ruchliwości i skłonności do natychmiastowego, nieprzemyślanego, impulsywnego działania. Oba komponenty zaburzenia mogą ze sobą współwystępować w tym samym nasileniu, tworząc mieszany typ nadpobudliwości psychoruchowej, bądź jeden z komponentów może wyraźnie dominować nad drugim, dając obraz podtypu: z przewagą deficytu uwagi bądź z przewagą nadaktywności/impulsywności. Medyczne rozpoznanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej stawiane jest, jeżeli dziecko wykazuje odpowiednio duże nasilenie objawów, jeżeli pojawiły się one przed siódmym rokiem życia i utrzymują się

¹ Praca finansowana z funduszu Wydziału Psychologii BST 773/30.

* Adres do korespondencji: e-mail: swiecicka@post.pl

dłużej niż sześć miesięcy oraz występują w różnych sytuacjach życiowych na przykład w domu i szkole (por. Wolańczyk i wsp., 1999).

Psycholog nie jest obowiązany do stawiania diagnozy klasyfikacyjnej, jego zadaniem jest zrozumienie mechanizmów psychologicznych, uruchamiających obserwowane objawy oraz psychologicznych skutków przez te objawy wywoływanych. Diagnoza psychologiczna jest niezwykle istotnym uzupełnieniem diagnozy medycznej i powinna stanowić punkt wyjścia do udzielenia pomocy psychologicznej zaburzonemu dziecku i jego rodzinie. W przypadku dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej istotne dla zrozumienia problemów psychologicznych tych dzieci jest integrowanie wiedzy z zakresu psychologii klinicznej dziecka i neuropsychologii. Z badań prowadzonych ostatnio w obu tych dziedzinach wynika, że istotę zaburzenia u dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej stanowi niesprawność mechanizmów samokontroli zachowania.

Obserwacje kliniczne wskazują, że dzieci z nadpobudliwością psychoruchową to te dzieci, które nie są w stanie dostosować swojego zachowania do sytuacji. Tak rozumiane trudności w kontroli zachowania są czynnikiem wspólnym dla różnych obserwowanych u nich objawów. Nadruchliwość tych dzieci nie tyle polega na większej niż u innych dzieci ruchliwości (wśród dzieci nieprzejawiających nadpobudliwości zdarzają się równie ruchliwe), ale na tym, że nie potrafią jej opanować, kiedy to jest potrzebne, nie mają nad nią kontroli. Podobnie, istotą deficytów uwagi w tym zaburzeniu nie są zaburzenia procesów poznawczych (są wśród tych dzieci bardzo sprawne intelektualnie), ale trudności w ich kontroli. Dzieci nadpobudliwe mają problem w uaktywnianiu odpowiednich do wymagań sytuacji procesów poznawczych, odpowiednim ich ukierunkowaniu i właściwym do potrzeb regulowaniu wysiłku intelektualnego.

Doświadczenia kliniczne wskazują, że dzieci z nadpobudliwością mają także znaczne trudności w kontroli emocji (Święcicka, 2001). Trudności te nie zostały uwzględnione *explicite* w medycznych kryteriach zaburzenia, ale powinny stanowić ważny element diagnozy psychologicznej. To, co łączy dzieci nadpobudliwe w zakresie funkcjonowania emocjonalnego, to nie treść przeżywanych emocji, ale sposób ich przeżywania i wyrażania. Wśród dzieci nadpobudliwych są dzieci lękowe, agresywne, radosne, ale wszystkie one charakteryzują się trudnościami w dostosowaniu reakcji emocjonalnej do sytuacji. Ich reakcje są zbyt intensywne, długotrwałe, wyrażane w sposób niezgodny z wymaganiami społecznymi. Ponadto u dzieci tych występują jeszcze innego typu problemy emocjonalne: trudności we wzbudzaniu emocji, uruchamiających motywację zadaniową. Tak więc, dzieci te nie potrafią uruchomić mechanizmów kontrolujących przebieg automatycznie uruchomionych procesów emocjonalnych i nie potrafią w sposób kontrolowany wzbudzić w sobie emocji, kiedy sytuacja tego wymaga.

Samokontrola (niektórzy autorzy używają tu określenia samoregulacja – por. Barkley, 1997) opiera się na zdolności do uruchamiania takich mechanizmów psychologicznych, które umożliwiają dostosowanie zachowania do wymogów sytuacji, a zwłaszcza do realizacji bardziej odległych celów. Procesy samokontroli zachowania przebiegają na różnych poziomach funkcjonowania psychicznego. W przypadku dzieci z nadpobudliwością psychoruchową przedmiotem zainteresowania badaczy był poziom tzw. funkcji wykonawczych, uważanych za podstawowe narzędzia samokontroli oraz poziom mechanizmów osobowościowych.

Nieprawidłowości w zakresie funkcji wykonawczych u dzieci z nadpobudliwością psychoruchową – zaburzenia narzędzi samokontroli

Konstrukt funkcji wykonawczych został wprowadzony przez neuropsychologów jako użyteczny przy wyjaśnianiu zaburzeń obserwowanych u tzw. „pacjentów czołowych”. Począwszy od klasycznych prac A. R. Łurii (1976), opisywano specyficzne objawy występujące u osób z uszkodzonymi okolicami czołowymi mózgu, polegające na trudnościach w organizowaniu i kontrolowaniu zachowania ukierunkowanego na cel. Postawiono tezę, że mózg człowieka jest wyposażony w funkcje wyspecjalizowane w tego rodzaju kontroli i zaproponowano dla nich określenie *funkcje wykonawcze (executive function)*. Podobny wzorec objawów, jak u pacjentów z uszkodzeniami okolic czołowych, opisywany jest w psychologii klinicznej i psychiatrii jako charakterystyczny dla pewnych zespołów psychopatologicznych. Między innymi narzucały się analogie między zachowaniami pacjentów „czołowych” a objawami zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, co zainspirowało wiele badań poszukujących deficytów funkcji wykonawczych w tej grupie dzieci (Grodzinsky, Barkley, 1999; Gorenstein i wsp., 1989; Pennington, Ozonoff, 1996; Tannok, 1998). Konstrukt funkcji wykonawczych stanowi także centralne pojęcie w najbardziej obecnie popularnej i inspirującej wielu badaczy neuropsychologicznej teorii nadpobudliwości psychoruchowej, sformułowanej przez R. A. Barkleya (Barkley, 1997, 1998; Borkowska 1999). Badania neurobiologiczne dzieci z ADHD wskazują na istnienie nieprawidłowości między innymi w obszarze kory czołowej (Tannok, 1998), co dodatkowo uzasadnia sensowność poszukiwania deficytów w konstytucjonalnie uwarunkowanych mechanizmach kontroli zachowania tych dzieci.

Nie zostało precyzyjnie zdefiniowane, czym są funkcje wykonawcze, nie stworzono też powszechnie uznawanej i kompletnej ich listy. Najczęściej wymieniane w literaturze i najbardziej użyteczne z punktu widzenia rozumienia zachowań dzieci z nadpobudliwością psychoruchową (por. Barkley, 1997; Pennington, Ozonoff, 1996; Tannok, 1998) wydają się następujące funkcje wykonawcze:

- Hamowanie zachowania umożliwiające powstrzymanie się od natychmiastowej nawykowej, automatycznej reakcji. Dzięki hamowaniu reakcja ostatecznie realizowana ma szansę zostać przygotowana zgodnie z wymaganiami sytuacji.
- Pamięć operacyjna, czyli zdolność do wywołania z pamięci informacji niezbędnych do bieżącego działania. Umożliwia korzystanie z przeszłych doświadczeń w sposób elastyczny, dostosowany do bieżących potrzeb.
- Planowanie, czyli zdolność do tworzenia uporządkowanej sekwencji działań, która umożliwia realizację odległego celu.

Konfrontując wiedzę dotyczącą funkcji wykonawczych z obserwacjami klinicznymi dzieci z nadpobudliwością psychoruchową, można próbować wyjaśniać takie występujące u nich objawy, jak:

- zachowania impulsywne,
- trudności w organizacji działania,
- trudności w modulowaniu napięcia emocjonalnego.

Zachowania impulsywne. Zachowania impulsywne są związane przede wszystkim z deficytem w zakresie hamowania zachowania. Zdolność do hamowania zachowania uważana

jest za podstawową funkcję wykonawczą, umożliwiającą zaistnienie innych mechanizmów kontrolujących zachowanie poprzez stworzenie okresu odroczenia między zadziałaniem bodźca a uruchomieniem reakcji. Podczas okresu odroczenia mają szansę zajść procesy przygotowujące reakcję, dostosowujące ją do wymagań sytuacji. Hamowanie zachowania w rozumieniu Barkleya (Barkley, 1997) umożliwia powstrzymanie się od natychmiastowej reakcji na bodziec, przerwanie rozpoczętej reakcji, jeżeli okazuje się ona nieskuteczna oraz ochronę procesu przygotowywania reakcji przed zakłócającym wpływem bodźców niezwiązanych z wykonywanym działaniem.

Wynikający z deficytu hamowania zbyt krótki okres odroczenia między zadziałaniem bodźca a reakcją, charakteryzujący dzieci z ADHD, sprzyja pojawianiu się reakcji automatycznych, nawykowych, przynoszących natychmiastową gratyfikację. Brakuje czasu na uruchomienie procesów poznawczych, które pozwoliłyby na realistyczną ocenę sytuacji i wybór adekwatnego do niej wzorca zachowania. Dlatego zachowania dzieci z nadpobudliwością są nieprzemyślane, nieprzewidywalne, gwałtowne.

Trudności w organizacji działania. Rodzice dzieci z nadpobudliwością psychoruchową, opisując niepokojące zachowania swoich dzieci opowiadają ze zdumieniem o tym, jak ich dziecko na przykład potrafi włożyć jedną skarpetkę, a potem przez pół godziny siedzieć, zapominając, że trzeba włożyć drugą; zakłada podkoszulek nie zdejmując piżamy; wychodzi do szkoły, zapominając wziąć tornistra. Rodziców niepokoi też, że ich dzieci często się nudzą, nie mogą sobie znaleźć zajęcia, jedyne co chcą robić, to grać na komputerze albo oglądać TV. Nie są w stanie także samodzielnie zorganizować sobie pracy szkolnej, wymagają obecności i wsparcia ze strony dorosłych, żeby skoncentrować się na odrabianiu lekcji (por. Świącicka, 2001). Z relacji rodziców i obserwacji psychologicznych wynika, że dzieci te niechętnie podejmują zabawy tematyczne, a jeśli je podejmują, to są to zabawy chaotyczne, pełne zmieniających się wątków, niezrealizowanych do końca pomysłów (por. Pisula, 2002). Te obserwacje wskazują, że dzieci nie potrafią zorganizować sobie samodzielnie działania, potrzebują zewnętrznego źródła nadającego strukturę ich działaniu, jak komputer czy telewizja albo osoba dorosła. Odwołując się do funkcji wykonawczych, można tłumaczyć opisane zachowania niesprawnością pamięci operacyjnej, powodującą trudności w przywoływaniu odpowiednich do bieżącej sytuacji zasobów pamięci i koordynacji ich na potrzeby aktualnego działania oraz niewystarczającymi zdolnościami do tworzenia uporządkowanej sekwencji działań. Dzieci te nie mają wystarczającej kontroli nad przebiegiem swoich procesów poznawczych, ich myśli „błądzą” gdzieś pozbawione kierunku i celu. Nie są w stanie także powiązać pojawiających się w ich głowach pomysłów działań w sensowną strukturę doprowadzającą do realizacji planu.

Trudności w modulowaniu napięcia emocjonalnego. Jak już zostało powiedziane wyżej, funkcjonowanie emocjonalne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej charakteryzuje z jednej strony nadmierna łatwość powstawania automatycznych reakcji emocjonalnych, które osiągają nadmierne, nieprzystosowawcze natężenie, a z drugiej strony trudności we wzbudzeniu w sposób dowolny emocji, ułatwiających realizację mało atrakcyjnych zadań. Jedną i drugą trudność można wyjaśniać, odwołując się do nieprawidłowości w zakresie funkcji wykonawczych.

Powstrzymanie się od natychmiastowej, narzucającej się reakcji emocjonalnej wymaga, aby zadziałało hamowanie zachowania. Okres odroczenia jest niezbędny dla uru-

chomienia procesów poznawczych, potrzebnych do dokonania bardziej dokładnej oceny znaczenia bodźca emocjonalnego. Można to zilustrować, oczywiście znacznie upraszczając, takim przykładem: w wyniku zaangażowania procesów oceny poznawczej, sytuacja, która w pierwszej chwili robiła wrażenie zagrażającej, wywoływała strach, który uruchamiał reakcje obronne, może zostać uznana za sytuację niezagrażającą, wzbudzającą zainteresowanie i zachowania eksploracyjne. Można przypuszczać, że obserwowane u dzieci z nadpobudliwością psychoruchową nadmiernie częste i intensywne występowanie zachowań agresywno-obronnych, jest spowodowane pochopnym nadawaniem zagrażającego znaczenia sytuacjom, które przy bardziej wnikliwym opracowaniu poznawczym, zostałyby ocenione inaczej. Tak więc trudności w uruchamianiu hamowania zachowania oraz pamięci operacyjnej mogą mieć bardzo istotne znaczenie dla regulowania napięcia emocjonalnego i charakteru zachowań, pojawiających się w sytuacjach wywołujących emocje.

Wzbudzenie w sobie motywacji do działania, które nie jest dla dziecka atrakcyjne, nie daje natychmiastowej gratyfikacji, jak na przykład odrabianie lekcji czy sprzątanie pokoju, także wymaga sprawnego działania funkcji wykonawczych. Konieczne jest posiadanie zdolności do tworzenia planu działania i przewidywania dalekosiężnych konsekwencji swoich działań. Co więcej, trzeba stale podtrzymywać w sobie napięcie emocjonalne o treści i natężeniu sprzyjającym utrzymaniu motywacji podczas całego okresu realizacji planu. Wymaga to między innymi sprawnego i elastycznego przeszukiwania pamięci w celu przywołania takich doświadczeń, które wiążą się ze sprzyjającymi dla działania emocjami.

Osobowościowe mechanizmy samokontroli

Funkcje wykonawcze są narzędziami niezbędnymi dla sprawnego wykorzystywania wcześniejszych, zapisanych w pamięci człowieka doświadczeń na potrzeby aktualnego działania, jednak efekt ich działania w postaci jakości samokontroli zachowania zależy także od treści zapisanych doświadczeń. Podany wyżej przykład nadmiernie częstego występowania u dzieci z nadpobudliwością psychoruchową zachowań agresywno-obronnych jest z jednej strony przykładem niesprawności funkcji hamowania zachowania i pamięci operacyjnej, ale z drugiej strony obrazuje tendencję do oczekiwania zagrożenia, która może wynikać ze specyfiki doświadczeń życiowych będących udziałem tych dzieci. System przekonań i wynikające z niego oczekiwania dotyczące samego siebie i otaczającej rzeczywistości, a także system dążeń i uznawanych wartości stanowią, zgodnie z podejściem poznawczym, komponenty osobowości (Chłopkiewicz, 1978; Kofta, Doliński, 2000).

Osobowość stanowi wyższy, nadrzędny w stosunku do funkcji wykonawczych poziom samokontroli. Jeżeli poziom wykonawczy jest sprawny, to przebieg procesów samokontroli zależy przede wszystkim od jakości mechanizmów osobowościowych. Natomiast przy niesprawności funkcji wykonawczych, jaka zachodzi u dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, sprawa jest bardziej skomplikowana. Pojawiają się dwa podstawowe problemy: po pierwsze, jeżeli u dziecka zostały ukształtowane sprzyjające samokontroli mechanizmy osobowościowe, to ze względu na zaburzenie funkcji wykonawczych mają one utrudniony i ograniczony wpływ na zachowanie; po drugie, ze względu na specyfikę zachowań, wyrażającą się w nadruchliwości, impulsywności, dekoncentracji – dzieci te

gromadzą doświadczenia niesprzyjające tworzeniu się prawidłowych osobowościowych mechanizmów samokontroli.

Doświadczenia kliniczne (Świącicka, 2001), a także wyniki badań (Pisula, 2002; Świącicka 2002; Woźniak, 2002) wskazują, że przy wyjaśnianiu problemów dzieci z nadpobudliwością psychoruchową, a także przy planowaniu oddziaływań terapeutycznych wobec tych dzieci, należy brać pod uwagę poziom osobowościowych mechanizmów samokontroli. Łatwość wzbudzania motywacji poznawczej, poczucie własnej wartości, dążenie do nawiązywania kontaktów społecznych, stanowią takie właściwości osobowości, które sprzyjają uruchamianiu samokontroli mimo trudności spowodowanych niesprawnością narzędzi potrzebnych do jej realizacji. Uruchomienie samokontroli dla realizacji dążeń i wartości wymaga wysiłku ze strony dziecka, dlatego potrzebuje ono wsparcia ze strony dorosłych, polegającego na przykład na pomocy w tworzeniu strategii działania, ułatwiających kompensowanie zaburzonych funkcji.

Rolą dorosłych, rodziców, nauczycieli, terapeutów jest dbanie o to, żeby zminimalizować niekorzystne doświadczenia zbierane przez dzieci z nadpobudliwością. Ze względu na specyfikę swoich zachowań dzieci te doświadczają w nadmiarze: niekompetencji i nieadekwatności, spowodowanych niezdolnością dostosowania swoich działań do wymagań sytuacji i oczekiwań otoczenia. Ich udziałem są kary, odrzucenia będące wynikiem reakcji otoczenia na niezgodne z wymaganiami, drażniące innych, zachowania; a także, co bardzo ważne – niemożność porozumienia się z partnerami interakcji, wynikające z trudności we wzajemnym dostosowaniu zachowań dziecka nadpobudliwego i osób, z którymi jest w kontakcie. Zapewnienie dzieciom okazji do doświadczenia bycia kompetentnym, akceptowanym, rozumianym, a więc doświadczenia poczucia kontroli nad swoim działaniem, nad otoczeniem fizycznym i społecznym, może być niezwykle cenne dla ukształtowania się osobowościowych mechanizmów samokontroli, które będą przynajmniej w jakimś zakresie kompensować niesprawność funkcji wykonawczych.

LITERATURA CYTOWANA

- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R. A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Borkowska, A. (1999). Nadpobudliwość psychoruchowa w neuropsychologicznej koncepcji Russela A. Barkleya. W: A. Herzyk, A. Borkowska (red.) *Neuropsychologia emocji*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Chłopkiewicz, M. (1978). Zaburzenia zachowania dzieci zahamowanych jako wyraz patologii osobowości. *Zeszyty Naukowe Instytutu Psychologii UW*, zeszyt 7, 12-19.
- Gorenstein, E. E., Mammato, C. A., Sandy, J. M. (1989). Performance of inattentive-overactive children on selected measures of prefrontal-type function. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 4, 619-632.

- Grodzinsky, G. M., Barkley, R. A. (1999). Predictive power of frontal lobe tests in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder. *The Clinical Neuropsychologist*, 13, 1, 12-21.
- Kofta, M., Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2. Gdańsk: GWP.
- Luria A. R., (1976). *Podstawy neuropsychologii*. Warszawa: PWN.
- Nartowska, H. (1982). *Wychowanie dziecka nadpobudliwego psychoruchowo*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Pennington, B. F., Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 1, 51-87.
- Pisula, A. (2002). *Jak można rozumieć nadpobudliwe zachowania nadpobudliwego dziecka? Wpływ sytuacji na uruchamianie hamowania behawioralnego u dzieci nadpobudliwych*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Świącickiej. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Spionek, H. (1973). *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa: PWN.
- Świącicka, M. (2001). Diagnostyka i terapia dzieci mających trudności szkolne związane z zaburzeniami uwagi. W: M. Świącicka (red.) *Pomoc psychologiczna dziecku z zaburzeniami rozwoju i jego rodzinie* (s. 38-46). Warszawa: CMPPP.
- Świącicka, M. (2002). Trudności w interakcjach społecznych dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej. Analiza kontaktu dziecko – terapeuta podczas indywidualnej psychoterapii. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna Dzieci i Młodzieży*, 2, 1, 17-26.
- Tannock, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 65-99.
- Wolańczyk, T., Kołakowski, A., Skotnicka, A. (1999). *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci*. Lublin: Wydawnictwo BiFolium.
- Woźniak, M. (2002). *Psychologiczne uwarunkowania sukcesów i niepowodzeń w nauce u uczniów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Kościelskiej. Warszawa: Wydział Psychologii UW.