

Psychospołeczne konteksty ADHD

Dorota Podgórska-Jachnik

Wstęp

Zaburzenia uwagi rozpoznawane jako ADHD (ang. *attention deficit hyperactivity disorder*) stanowią kategorię zaburzeń (funkcji) psychicznych – i to zaburzeń najczęściej rozpoznawanych wśród populacji najmłodszych [Andrews, i wsp., 1999; Munden, Arcelus, 2008 i in.] – dlatego „psyche” w tytule niniejszego rozdziału pojawia się w sposób oczywisty. Pisząc jednak o aspektach (kontekstach) psychospołecznych, mam na myśli coś więcej, niż samą kategoryzację zaburzenia. Istotne jest tu bowiem różnego rodzaju tło społeczne problemów osób z ADHD, szczególnie dzieci, ze względu na rozwojowy charakter zbieranych przez nie doświadczeń życiowych. Dodajmy, że owe tło społeczne może być znaczącym czynnikiem modyfikującym między innymi stopień ciężkości ujawniających się symptomów, znaczenie przypisywane im przez jednostkę i środowisko, w którym żyje, jak i udzielane i doświadczane wsparcie. W pewnych sytuacjach/kontekstach można założyć, że specyficzna jakość funkcjonowania osoby z ADHD może być nawet jej atutem, co uprawniałoby założenie o sprowadzeniu nadpobudliwości psychoruchowej do rangi cechy różnicy indywidualnej (jak cechy temperamentu, osobowości czy pewne wybitne zdolności), a nie zaburzenia. W świetle aktualnej wiedzy o ADHD, szczególnie o sposobach radzenia sobie z wynikającymi z niego (specjalnymi) potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi dzieci, jest to jednak jeszcze teza zbyt śmiała. Postaram się jednak wykazać w tym rozdziale, między innymi to, że nie ma ona jedynie charakteru spekulatywnego, i ten rodzaj dekonstrukcji może być pochodną wykorzystania w najlepszy możliwy sposób dostępnych zasobów psychospołecznych, zarówno jednostki, jak i jej otoczenia. To zresztą cel poszukiwań badaczy na całym świecie w zakresie optymalizacji wsparcia dla dzieci, uczniów i dorosłych z ADHD.

Korzystając z własnego doświadczenia akademickiego, ale przede wszystkim z doświadczenia praktyków terapeutów oraz doradców nauczycieli z zakresu specjal-

nych potrzeb edukacyjnych¹, spotkałam się z wieloma mitami, uproszczeniami czy też zniekształceniami wiedzy o ADHD, mimo powszechnej świadomości o istnieniu takiego zaburzenia. Można nawet zaryzykować określenie „nadświadomości”, co jest przejawem swoistej „mody na ADHD”, wyrażającej się przypisywaniem w nadmier-ny sposób diagnozie tego zaburzenia odpowiedzialności za większość napotykan-ych trudności wychowawczych. Tak między innymi działa „magia etykiet psychopatolo-gicznych”: rozpoznanie nozologiczne daje poczucie ulgi rodzicom i wychowawcom, którzy znajdują odpowiedź na pytanie „dlaczego mam problemy z wychowaniem dziecka?”. Czasem nawet na tyle usprawiedliwia ich bezradność, że diagnoza zastę-puje właściwe, racjonalne działania wspierające. Już to niepokojące zjawisko samo w sobie jest dowodem na to, jak duże znaczenie w praktyce działań na rzecz dzieci z ADHD ma kontekst psychospołeczny i uzasadnia konieczność jego analizy.

Czynniki psychospołeczne istotne dla zrozumienia problemu ADHD

Na podstawie analizy literatury oraz własnych doświadczeń wśród najważniej-szych czynników psychospołecznych budujący istotny kontekst dla zrozumienia problematyki ADHD wymienić można:

- psychospołeczne uwarunkowania ADHD;
- zmienność symptomów ADHD w zależności od kontekstu sytuacyjnego i społecznego;
- społeczny (środowiskowy czy nawet kulturowy) aspekt diagnozy ADHD, w tym stosowane kryteria i ich restrykcyjność;
- stereotypy i przekonania dotyczące ADHD wśród rodziców, wychowawców i nauczycieli;
- wtórne skutki psychospołeczne ADHD dla jednostki i jej otoczenia, w tym percepcję społeczną dziecka i rodziny, wyrażającą się stygmatyzacją i wy-kłuczeniem społecznym;
- wybrane strategie pomocy, w tym stosowane terapie, uwzględniające w mniejszym lub większym stopniu czynnik środowiskowy.

Dobór tych czynników ma charakter subiektywny, wydaje się jednak obejmo-wać większość istotnych zagadnień przekładających się zarówno na teoretyczne rozumienie problematyki ADHD, jak i na poszukiwanie praktycznych rozwiązań pomocowych.

¹ Tekst piszę z perspektywy psychologa i pedagoga specjalnego – pracownika naukowe-go, ale również konsultantki ds. specjalnych potrzeb edukacyjnych Wojewódzkiego Ośrodka Doskonalenia Nauczycieli. Szczególnie ta druga rola stworzyła wiele okazji nie tylko do szkolenia nauczycieli i Rad Pedagogicznych, ale także konsultacji przypadków dzieci/uczniów ze SPE (w tym z ADHD) w ich naturalnym przedszkolnym czy szkolnym otoczeniu.

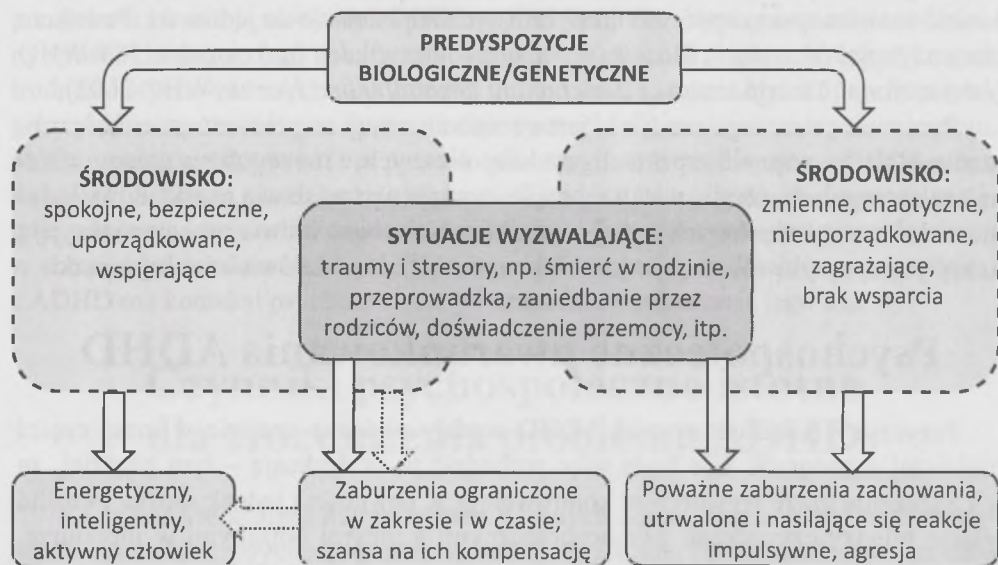
Zaznaczyć przy tym należy, że najszersze ramy teoretyczne zagadnień przedstawionych w tym rozdziale stanowi bio-psycho-społeczne podejście do problematyki ludzkiego funkcjonowania w kontekście zdrowia i jego zaburzeń, ukazujące ich złożoność i wieloaspektowość, ale także holistyczne podejście do jednostki. Podejściu temu najlepiej odpowiada filozofia wyrażona w klasyfikacji funkcjonalnej ICF WHO (*International Classification of Functioning Disability and Health*, WHO 2002),

Ponieważ celem tego rozdziału jest zwrócenie uwagi na problem zmienności obrazów ADHD w różnych aspektach psychospołecznych, a nie regularna monograficzna analiza tego zaburzenia, w dalszej części rozdziału przedstawię przykładowo jedynie niektóre z wymienionych wyżej czynników. Natomiast warto zastosować przyjętą tu krytyczną optykę również podczas lektury innych rozdziałów niniejszej książki.

Psychospołeczne uwarunkowania ADHD

Przyczyny (uwarunkowania) ADHD zostały poddane analizie w innej części niniejszej monografii. Nie będę więc wchodzić tu w dyskusję – tym bardziej, że ich znaczenie może wywoływać kontrowersje. Z pewnością jednak można określić relację między czynnikami psychospołecznymi a innymi opisanymi w literaturze. Pozostając w zgodzie z wieloczynnikową teorią rozwoju, uznaną przez współczesną psychologię, na schemacie (rys. 1) przedstawiono hipotetyczny mechanizm, powodujący skutki funkcjonalne opisywane jako ADHD, z wyszczególnieniem czynników psychospołecznych, które można określić jako czynniki wyzwalające. Schemat ukazuje predyspozycje biologiczne (genetyczne), jako wyjściowe dla problemów funkcjonowania uwagi, jednak ich znaczenie może być różne w zależności od tego, jaki rodzaj stymulacji i jakie wzorce zachowań (także reaktywnych) dostarcza dziecku jego najbliższe, więc zarazem najsilniej oddziałujące otoczenie: czy jest to środowisko spokojne, bezpieczne, uporządkowane i wspierające, czy też zmienne, chaotyczne, nieuporządkowane, stwarzające poczucie zagrożenia oraz nieudzielające wsparcia w zakresie dostrzeganych problemów (jak również w innych obszarach funkcjonowania). Warto zwrócić uwagę, że w pierwszym przypadku nawet duża reaktywność (pobudliwość) może być wartościowana pozytywnie, traktowana jako zasób, mocna strona (odzwierciedlają to potoczne, pozytywnie wspierające charakterystyki dzieci z ADHD: „wulkan energii”, „żywe srebro”, „małe perpetuum mobile”). W rezultacie owej ponadprzeciętnej „źródłowej energii” dziecka z ADHD, skojarzonej z pozytywnym i adekwatnym do jego potrzeb środowiskiem, wyrasta z niego aktywny, energetyczny, inteligentny, ciekawy świata człowiek – i wszystko to należy wartościować pozytywnie. Czasem mogą ujawniać się niewielkie zaburzenia zachowania i uwagi, które w pozytywnym klimacie otoczenia raczej prosto będzie kompensować. W przypadku otoczenia chaotycznego i pozbawionego podstawowego bezpieczeństwa można się spodziewać poważnych zaburzeń zachowania i uwagi, szybko utrwalających się, o nasilonych cechach impulsywności i agresji.

W pętli braku zrozumienia, dezaprobaty, kary – a więc kolejnych zagrożeń ze strony środowiska – sytuacja najczęściej będzie się z czasem tylko pogarszać.

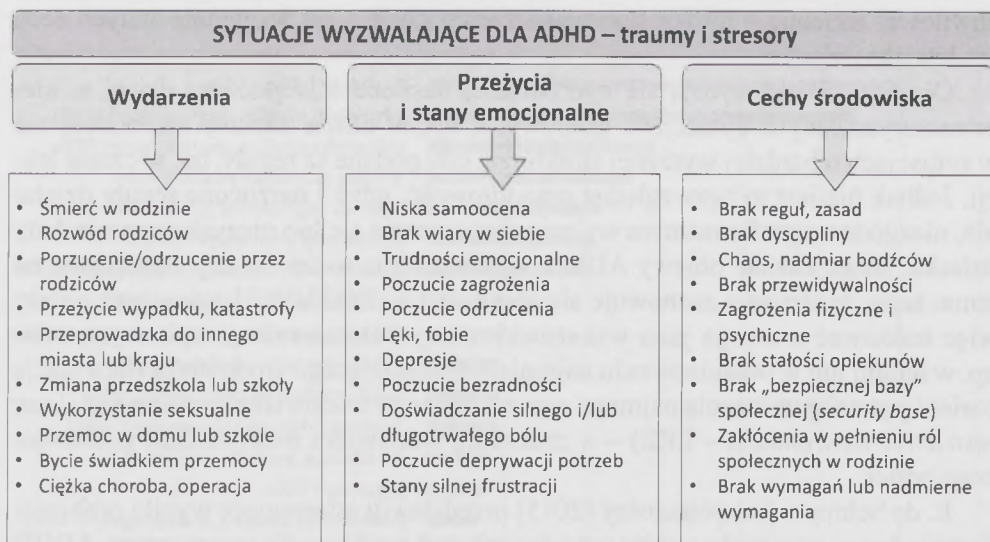


Rysunek 1. Czynniki społeczne (środowiskowe) w etiologii zaburzeń zachowania i uwagi typu ADHD

Źródło: opracowanie własne.

Warto jednak zwrócić uwagę na omawianym schemacie na czynniki psychospołeczne, które zostały określone, jako sytuacje wyzwalające (rys. 1). Mogą przydarzyć się każdemu niezależnie od tego, w jakim środowisku wzrasta, i zgodnie z użytą nazwą, trzeba traktować je jako zdarzenia krytyczne, które wyzwalają problemy emocjonalne, mogące ujawnić się w zachowaniach typowych dla ADHD. Sytuacje wyzwalające będą stanowiły wydarzenia i przeżycia odbierane jako traумы i stresory, i może ich być naprawdę wiele (zob. rys. 2). Czasem zmienne i chaotyczne środowisko samo w sobie może stać się takim właśnie stresorem, a więc i czynnikiem z potencjałem wyzwalania zaburzeń w typie ADHD. Warto więc zauważyć, że o stopniu dostrzeganych zaburzeń decyduje nie jeden czynnik, ale wiele – i to w ich wzajemnej interakcji. Strzałki na schemacie (rys. 1) pokazują kierunki najbardziej prawdopodobnych skutków.

Warto dodać, że w badaniach Piotra Pawlaka (z 2014 r.) zrekonstruowany został całościowy obraz środowiska dziecka z ADHD, ukazujący zarówno jego aspekt materialny (zauważalne gorsze warunki mieszkaniowe, brak własnej przestrzeni dziecka), jak i niematerialny, wychowawczy (np. poczucie bezradności rodziców wobec ADHD, odrzucenie lub nadopiekuńczość, ale także z rodzeństwem, którego rola może mieć charakter kompensacyjny).



Rysunek 2. Przykładowe traumy i stresory w życiu dziecka jak sytuacje wyzwalające w etiologii ADHD

Źródło: opracowanie własne.

Kontekstowa (sytuacyjna) zmienność symptomów ADHD

Kontekst (psycho)społeczny wywiera znaczący wpływ na nasilenie objawów ADHD, które mogą przyjmować nasilenie od łagodnych do ciężkich, znacząco utrudniających codzienne funkcjonowanie. Oznacza to, że nawet osoba ze zdiagnozowanym bez wątpliwości ADHD nie zawsze będzie miała takie same problemy z uwagą. Czasem będą decydować o tym cechy zadania, jak to się dzieje wtedy, gdy np. trzeba wykonywać czynności nudne, nielubiane, niesprawiające satysfakcji. W takich przypadkach wiele osób w szczególny sposób doświadcza trudności ze skupieniem uwagi (także tych bez ADHD), łatwiej się rozprasza, wykazuje nadpobudliwość, choć nie musi się to zdarzać w przypadku innych zadań. Czasem na nasilenie objawów wpływ może mieć sytuacja – otoczenie, osoby, wysycenie sytuacji czynnikami emocjonalnymi, a czasem nawet takie czynniki fizyczne, jak pora dnia czy roku, temperatura otoczenia, hałas, dostęp do świeżego powietrza lub jego brak. Osoba z ADHD będzie się inaczej zachowywać w szkole, w pracy, w domu; inaczej, gdy jest sama lub w niewielkiej grupie – inaczej w grupie dużej; inaczej, gdy czuje się bezpieczna, inaczej w sytuacjach lęku, zagrożenia. W przypadku utrzymujących się zagrożeń można wrócić do analizy zależności przedstawionych w poprzedniej części rozdziału i na rysunkach 1 i 2, warto jednak odróżniać czynniki sytuacyjne,

chwilowe, zmienne – tu określone jako kontekstowe – od względnie stałych cech środowiska dziecka.

Objawy ADHD wydają się być bardziej nasilone u większości dzieci w nieustrukturyzowanych sytuacjach grupowych, np. w czasie zabawy swobodnej niż w sytuacjach o bardziej wyraźnej strukturze, gdy podane są reguły, np. w czasie lekcji. Jednak nie jest to bezwzględna prawidłowość, gdyż i narzucone reguły działania, niezgodne z preferowanym stylem pracy/uczenia się lub niezyskujące aprobaty dziecka, mogą nasilać objawy ADHD. Spostrzeżenia rodziców czy opiekunów na temat tego, że dziecko zachowuje się INACZEJ w RÓŻNYCH sytuacjach należy więc traktować z uwagą jako wskazówki natury behawioralnej, wykorzystywane np. w terapii lub w organizowaniu najmniej ograniczającego środowiska (likwidację barier i potrzebę tworzenia najmniej ograniczającego środowiska społecznego (*least restrictive environment* – LRE) – w znaczeniu środowiska maksymalnie pozbawionego barier.

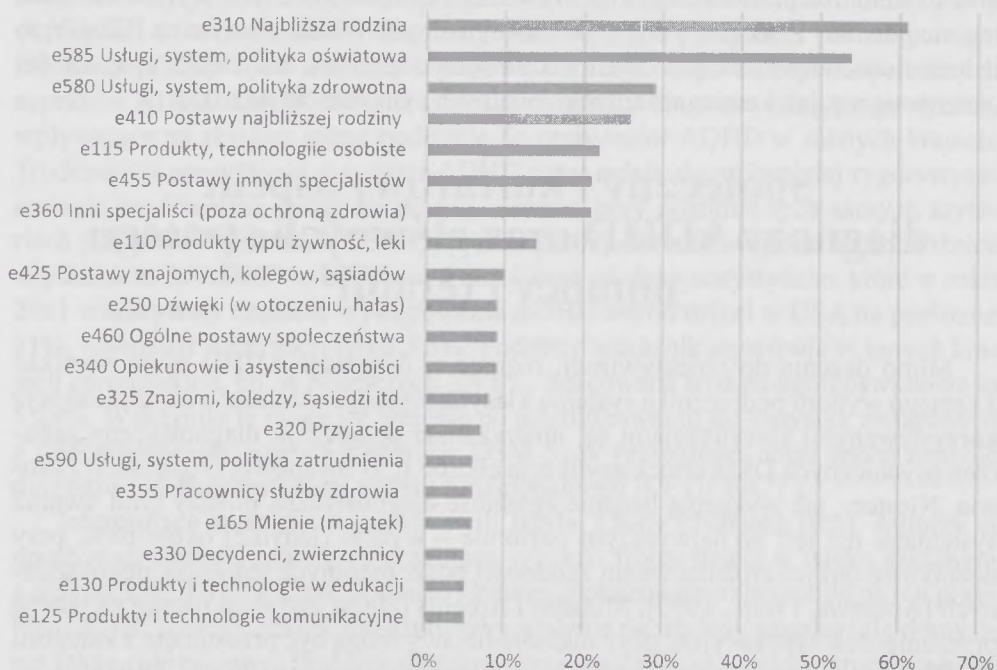
E. de Schipper i współautorzy [2015] przedstawili interesujące wyniki prac międzynarodowej grupy ekspertów pracujących nad profilem diagnostycznym ADHD w kategoriach klasyfikacji funkcjonalnej ICF (ściśle: wersji dla dzieci i młodzieży ICF-CY). Eksperci mieli za zadanie wytypować czynniki istotne dla diagnozy funkcjonalnej ADHD, udzielając odpowiedzi na 6 pytań. Trzy z nich – zgodnie ze strukturą ICF – dotyczyły struktur i funkcji ciała, aktywności i partycypacji oraz indywidualnych czynników osobowych. Trzy pozostałe pytania dotyczyły aspektów psychospołecznych, czyli czynników środowiskowych, w kontekście postrzeganych barier i ułatwień (facylitatorów), jak również indywidualnych czynników osobowych. Warto im się przyjrzeć, gdyż mogą być one wyznacznikami tego, co zostało określone jako kontekst dla ujawniających się symptomów ADHD. Były to pytania o:

- **czynniki środowiskowe – bariery:** *na podstawie twojego doświadczenia z osobami z ADHD, co w ich środowisku i warunkach życia może być dla nich utrudnieniem?*,
- **czynniki środowiskowe – ułatwienia:** *na podstawie twojego doświadczenia z osobami z ADHD, co w ich środowisku i warunkach życia może być dla nich wspierające?*,
- **czynniki osobowe:** *jakie cechy osobowe są ważne dla sposobu, w jaki dbają o swoją kondycję zdrowotną?*

Na podstawie liczby poszczególnych wskazań, opracowałam hierarchię wytypowanych czynników, którą przedstawia rysunek 3.

Pojawienie się na szczycie hierarchii czynników kontekstowych „Najbliższej rodziny” (kod: e310 – ponad 60% wskazań) w świetle dotychczasowych analiz nie dziwi. Natomiast na drugim miejscu z prawie równie wysoką liczbą wskazań znalazł się czynnik „Usługi, systemy i polityka związane z edukacją i szkoleniem” (kod e585 – blisko 55%) [Schipper, i wsp., 2015]. Wynika z tego, że oceny eksperckie wskazują na znaczenie rozwiązań przyjętych w edukacji jako najpoważniejszy poza rodziną czynnik kontekstowy, generujący liczne bariery, ale także posiadający duże

Czynniki środowiskowe wg ICF-CY



Rysunek 3. Hierarchia czynników środowiskowych w diagnozie funkcjonalnej dziecka z ADHD według częstości wskazań ekspertów międzynarodowych opracowujących profil diagnostyczny w kategoriach ICF-CY

Źródło: opracowanie własne² na podstawie [Schipper, i wsp., 2015].

² Na rysunku z powodów technicznych podano skrócone wersje nazw czynników. Ze względu na konieczność zachowania standaryzacji nazw kategorii ICF/ICF-CY poniżej podano kategorie wymienione przez autorów publikacji źródłowej [Schipper, i wsp., 2015] w tłumaczeniu nazw kategorii na język polski, pochodzących z opublikowanej polskiej wersji ICF (2009). W nawiasach znajdują się niezbędne uzupełnienia, pochodzące z opisów dodatkowych zawartych w ICF:

e310 – Najbliższa rodzina,

e585 – Usługi, systemy i polityka związane z edukacją i szkoleniem,

e580 – Usługi, systemy i polityka w zakresie ochrony zdrowia,

e410 – Indywidualne postawy członków najbliższej rodziny,

e115 – Produkty i technologie do użytku osobistego w życiu codziennym,

e455 – Indywidualne postawy innych specjalistów,

e360 – Inni specjaliści (poza systemem ochrony zdrowia),

e110 – Produkty lub substancje przeznaczone do spożycia osobistego (żywność, leki),

e425 – Indywidualne postawy znajomych, rówieśników, kolegów, sąsiadów i członków społeczności lokalnej,

e250 – Dźwięki (w otoczeniu, hałas),

potencjalne zasoby wspierające ucznia z ADHD. Warto zwrócić uwagę, że żaden inny czynnik nie przekracza już tak wysokiego pułapu i choć inne wytypowane kategorie powinny znaleźć się w profilu funkcjonalnym ADHD opartym na ICF-CY, to jednak – umownie mówiąc – dom i szkoła będą odgrywały decydującą rolę, tak dla ujawnienia się, jak i zmienności funkcjonalnych symptomów ADHD.

Społeczny i kulturowy aspekt diagnozy ADHD oraz głównych strategii pomocy i terapii

Mimo dążenia do obiektywizacji różnice w diagnozie ADHD mogą wynikać z samego wyboru podręcznika systemu klasyfikacyjnego. Aktualnie najczęściej wykorzystywanymi klasyfikacjami są: amerykański podręcznik diagnostyczny zaburzeń psychicznych DSM oraz klasyfikacja chorób ICD Światowej Organizacji Zdrowia. Niestety, jak wykazują badania zgodność diagnostyczna między tymi dwoma systemami nie jest na najwyższym poziomie – wynosi (jedynie) około 68%, przy dodatkowo dużym zróżnicowaniu zgodności poszczególnych jednostek nozologicznych [Andrews, i wsp., 1999]. Munden i Arcelus [2008] zwracają uwagę na pewne przesunięcia klasyfikacyjne, gdyż niektóre objawy mogą być przesunięte z kategorii ADHD, np. do kategorii nadrucliwości/nadpobudliwości ruchowej (objaw „często bardzo dużo mówi” w DSM-IV), lub też impulsywności (objaw „często mówi dużo, nie zważając na ograniczenia społeczne” w ICD-10). Według DSM-IV można zakwalifikować znacznie więcej zachowań, kryteria ICD-10 są znacznie bardziej restrykcyjne [Vallée, 2009]. Stąd też skala występowania ADHD według ICD-10 to około 1%, natomiast według DSM-IV – aż 5% [Jensen, za: Vallée 2009]. Zdaniem Vallée: *DSM-IV patologizuje większy zakres dziecięcych zachowań i zwiększa liczbę zachowań, które mogą prowadzić do diagnozy ADHD* [Vallée, 2009, s. 12]. Jeśli do ICD i DSM (klasyfikacji międzynarodowych) dodać systemy diagnostyczne używane lokalnie w różnych krajach (np. we Francji opracowana przez francuskich psychiatrów FCCAMD – *French Classification of Child and Adolescent Mental Disor-*

e460 – Postawy społeczne (ogólne postawy społeczeństwa),

e340 – Opiekunowie i asystenci osobiści,

e325 – Znajomi, rówieśnicy, koledzy, sąsiedzi i członkowie społeczności lokalnej,

e320 – Przyjaciele,

e590 – Usługi, systemy i polityka w zakresie pracy i zatrudnienia,

e355 – Pracownicy służby zdrowia,

e165 – Mienie (majątek),

e330 – Ludzie posiadający władzę, zwierzchnicy (np. decydenci, pracodawcy, kuratorzy, nauczyciele),

e130 – Produkty i technologie stosowane w edukacji,

e125 – Produkty i technologie służące do porozumiewania się.

ders), to okazuje się, że ADHD – jedno z najczęściej diagnozowanych wśród dzieci zaburzeń – przypisywane jest im znacznie bardziej subiektywnie, niż można byłoby oczekiwać, a i same systemy diagnostyczne mogą (powinny być) postrzegane całościowo, jako złożone artefakty kulturowe [tamże]. Zatem do psychospołecznych aspektów ADHD należy również zaliczyć dylematy diagnostyczno-terapeutyczne, wpływające na skrajnie różne podejście do problemów ADHD w różnych krajach. Trudności w precyzyjnej diagnozie ADHD przekładają się na bardziej rygorystyczne bądź też liberalne podejście do niej – nawet przy pozornie tych samych kryteriach (DSM-IV czy obecnie DSM-5). Vallée [2009] zwrócił uwagę na istotne różnice w podejściu do ADHD w USA i we Francji oraz na dane statystyczne, które w roku 2011 wskazywały częstość występowania ADHD wśród dzieci w USA na poziomie 11%, natomiast we Francji tylko 3,5%. Podobny wskaźnik występuje w innych krajach europejskich, np. w Niemczech – 4,8%. Szacowana średnia ogólnoswiatowa to 5,29%. Wskaźniki te mogą się zmienić po ustabilizowaniu się statystyk związanych z wprowadzeniem nowych kryteriów DSM-5. W przyszłości obraz może zmienić diagnozę w wykorzystaniem profilu funkcjonalnego ICF (ICF-CY).

Interesujące zestawienie przedstawili Bayle, Chioy i Narlock [b.r.]. Autorzy ci opracowali stronę internetową ukazującą sylwetki trojga dzieci w wieku szkolnym z diagnozą ADHD – z USA, Niemiec i Francji, pokazując symbolicznie na ich przykładzie, jak kontekst społeczno-kulturowy wpłynie na ich losy szkolne, ale domyślnie także całozyciowe. Problem diagnozy nozologicznej to z jednej strony etykieta (także stygma), z drugiej uruchomienie pewnych określonych, przyjętych w danym kraju działań organizacyjno-terapeutycznych, których rodzaj i jakość z pewnością nie są obojętne dla podlegających im jednostek. Nie myślę tu tylko o rozwiązaniach edukacyjnych, ale np. o medykalizacji terapii ADHD, przez zastosowanie farmakoterapii, często długotrwałej. Okazuje się, że nie tylko populacja dzieci diagnozowanych jako wykazujące ADHD jest w USA dwukrotnie wyższa niż odsetek w krajach europejskich, ale i odsetek dzieci leczonych psychofarmakologicznie – to około 4–5% populacji dziecięcej, przy około 0,05% we Francji i tylko sporadycznym podawaniu psychostymulantów dzieciom w Niemczech [Bayle, i wsp., (b.r.)]. Zdanie zwolenników farmakoterapii wyraża zdanie Hallowella i Rateya: *leki nie zawsze działają, ale kiedy już działają, potrafią czynić cuda* [Hallowell, Ratey, 1994, s. 277]. Autorzy ci podawali, że leki mogą być skuteczne w około 80% [tamże], a od tego czasu minęło już ponad 20 lat, podczas których odkryto przecież nowe psychostymulanty i antydepresanty, które znajdują zastosowanie w terapii ADHD. Nie wszyscy jednak podzielają entuzjastyczne nastawienie do leków. Te i niektóre inne różnice w podejściu do ADHD w USA, Francji i Niemczech przedstawia tabela 1. Zestawienie jest chyba najlepszym dowodem na istnienie poważnych kontrowersji wynikających ze społecznych i kulturowych aspektów diagnozy ADHD.

Mówiąc o kwestii tak znaczących różnic między różnymi krajami, nie można jednak tylko trzymać się hipotezy nadrozpozawalności ADHD w USA, czy też w ogóle: w oparciu o kryteria DSM-IV w porównaniu z ICD-10. Munden i Arcelus

[2008] wskazują na ryzyko pozostawienia bez wsparcia znacznego odsetka dzieci wymagających pomocy, w przypadku trzymania się jedynie kryteriów ICD-10. Tego też nie można wykluczyć.

Warto zauważyć, że podejście do ADHD w różnych krajach powoduje uruchomienie w różnym stopniu działań pomocowych i terapeutycznych, obejmujących również elementy środowiskowe. Widoczna jest przy tym istotna zależność: elementy społeczne (środowiskowe) są tu ekwiwalentem oddziaływań medycznych i behawioralnych. W modelu europejskim widoczne jest, że dostrzeżenie w ADHD aspektów psychospołecznych przekłada się zarówno na wykorzystanie elementów społecznych w terapii dzieci (socjoterapia, coaching), jak i w znaczącym stopniu obejmuje działania adresowane do rodziców środowiska dziecka (poradnictwo, szkolenia, coaching wychowawczy, psychoterapia i terapie uwzględniające kontekst społeczny i środowiskowy kierowane nie tylko do dziecka, ale do rodziców).

Tabela 1. Czynniki społeczno-kulturowe jako wyznaczniki zróżnicowanych rozwiązań systemowych wobec ADHD na tle porównawczym rozwiązań: amerykańskiego, francuskiego i niemieckiego

Aspekt oceny systemu	System rozwiązań w odniesieniu do ADHD wypracowany w różnych krajach		
	USA	Francja	Niemcy
Podstawa diagnozy	DSM-5 wcześniej – poprzednie wersje DSM	ICD-10 oraz <i>French Classification of Child and Adolescent Mental Disorders</i> ; do 1983 r. DSM-III	ICD-10, rzadziej DSM
Częstość występowania	11%	3,5%	4,8%
Podejście teoretyczne do ADHD	ADHD to zaburzenie biologiczne, w związku z czym główna forma terapii ma również podstawę biologiczną	ADHD to stan chorobowy, który ma przyczyny psychospołeczne i sytuacyjne	Kontrowersje dotyczące sposobu diagnozy ADHD zwłaszcza, że kryteria dotyczące stanu są objawowe i obecnie nie opierają się na biologicznych lub genetycznych markerach diagnostycznych (mimo ich uznania); koncentracja na zachowaniu dziecka

Aspekt oceny systemu	System rozwiązań w odniesieniu do ADHD wypracowany w różnych krajach		
	USA	Francja	Niemcy
Odsetek dzieci przyjmujących środki psycho-stymulujące	4–5%	0,05%	Tylko w wyjątkowych przypadkach
Dominująca strategia terapeutyczna	Farmakoterapia powiązana z innymi metodami, głównie behawioralnymi oddziaływaniami interwencyjnymi	Terapie uwzględniające kontekst społeczny i środowiskowy, psychoterapia, terapia behawioralna tak dla dzieci, jak i rodziców	Poradnictwo i szkolenia dla rodziców, interwencje behawioralne, coaching i socjoterapia
Problemy diagnostyczno-terapeutyczne związane z przyjętym podejściem	<ul style="list-style-type: none"> Nadrozpoznowalność Nadmierne wykorzystywanie leków psychostymulujących Ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów (ograniczenia systemu ubezpieczeń) 	<ul style="list-style-type: none"> Długi okres oczekiwania na psychoterapię Długi okres trwania terapii Tylko ok. 1/3 dzieci objętych psychoterapią z powodu niewydolności systemowej 	<ul style="list-style-type: none"> Niejednoznaczność diagnostyczna (rozpoznanawanie ADHD bez spełnienia wszystkich kryteriów ICD lub DSM) Nadrozpoznowalność ADHD u chłopców

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Bayle, i wsp., (b.r.)].

Stereotypy i przekonania dotyczące ADHD

Na temat ADHD krąży wiele mitów: że spowodowane jest spożywaniem cukru, że jest efektem „bezsresowego wychowania”, że z wiekiem wyrasta się z niego – i szereg innych (zob. [Majewska, 2010]). Najbardziej jednak szkodliwym stereotypem jest jednak łączenie ADHD z agresją i budowanie obrazu dziecka, które kopie, gryzie, bije, niszczy, sieje destrukcję. Czasem opinia taka może przybierać bardziej drastyczną postać, jak przewrotnie *jeden ze stereotypów głosi, że dzieci z ADHD to głównie chuligani i bandyci, a ze zdrowym rozsądkiem czy intelektem nie mają zbyt wiele wspólnego*. Oczywiście i takie zachowania mogą być udziałem osób z ADHD, jednak nie wynika to bezpośrednio z tego zaburzenia, lecz najczęściej jest to wtórny skutek niewłaściwego podejścia wychowawczego rodziców i otoczenia wobec napotkanych zachowań problemowych.

Niektórzy badacze społeczni wskazują wręcz na instytucjonalne praktyki dyskursywne prowadzące do tworzenia stereotypowych wizerunków patologicznych zachowań odbiegających od normy w sytuacji nieprzygotowania przedszkola czy

szkóły do pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, a więc także i z ADHD. W rezultacie tego to dyscyplinujące praktyki normalizujące i brak elastyczności nauczycieli przyczyniają się do konstytuowania (obrazu) dziecka – nieudacznika – odbiegającego od normy i podlegającego w związku z tym wykluczeniu. Dyscyplinująca normalizacja polega na próbach nakłaniania do dopasowania się ludzi (choć dotyczy to także innych jednostek społeczeństwa) do pewnego modelu, przyjętego za normatywny. Za normalne uznane zostaje dokładnie to, co jest w stanie dostosować się do owej normy, a nienormalne to – co do takiego dostosowania się jest niezdolne [Foucault, 2014]. Praktyki takie zaobserwowano i zidentyfikowano już w przedszkolach [Gawlicz, 2008]. Helena Ostrowicka, podająca ten przykład jako manifestację foucaultowskiej idei władzy dyscyplinarnej i urzędowania (*gouvernementalité*) dzieciństwa, komentuje: *Kontakt z dzieckiem, które odbiega od koncepcji „dobrego przedszkolaka” uruchomił strategię postępowania z nim i utrzymania istniejącego w przedszkolu porządku instytucjonalnego. Strategie oskarżania, wykluczania, przemocy, kryminalizacji (re)konstruowały status przedszkolaka jako niekompetentnego i nieodpowiedniego* [Ostrowicka, 2015, s. 27].

Zatem należy liczyć się z tym, że to osoby diagnozujące, oceniające zachowania dzieci, mogą nadawać im krzywdzące etykiety, jak również dopasowywać je do pewnych hipotez, także pewnych ześlizgnięć poznawczych, które są konsekwencją niespójnych danych bądź zakłócającego kontekstu informacji. Ciekawym przykładem uprzedzających stereotypów w podejściu do ADHD charakteru stereotypowego były wyniki badań opublikowane w piśmie „Journal of Abnormal Psychology” (1994) dotyczące wpływu cukru na zachowanie dziecka, ściślej wywoływania przez cukier ADHD – co nie jest zgodne z aktualnym stanem wiedzy. W eksperymencie, który objął 35 małych dzieci uznanych przez matki za „wrażliwe na podanie cukru”, dzieciom podzielonym na dwie grupy podawano napoje bez cukru, przy czym rodzicom w jednej grupie powiedziano, że ich dzieci dostały dużą dawkę cukru (choć tak nie było), drugiej grupie powiedziano prawdę. Matki poinformowane o słodzeniu napojów postrzegały swoje dzieci jako znacznie bardziej nadpobudliwe, co dowodzi przede wszystkim roli nastawienia dorosłych na ocenę zachowania dzieci (za: http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/wychowanie/adhd-prawdy-i-mity_37482.html). Co gorsza, te nastawienia i stereotypy mogą prowadzić do stygmatyzacji tak dziecka, jak i jego rodziny. Już obecnie używając określenia ADHD, nauczyciele traktują ten termin jako synonim zakłóconego zachowania dziecka, a nie typu reaktywności, co zamiast neutralnej z punktu widzenia oceny dziecka diagnozy, staje się oceną – i to negatywną, a więc piętnem. Zatem diagnoza ADHD może stygmatyzować, a stygma ta może rozszerzać się na rodziców [Świtaj, 2008] (jako tych, którzy „doprowadzili” do takiego stanu, a więc są odpowiedzialni za „niegrzeczne” zachowanie dziecka – są złymi, niewydolnymi wychowawczo rodzicami, być może tymi, którzy są też odpowiedzialni za chaotyczne środowisko rodzinne, a więc takie, które także należy napiętnować). Przy tym oceny takie stawiane są na wyrost, bez właściwej znajomości prawdziwego środowiska konkretnego dziecka (tak naprawdę

odwiedzanie uczniów w domach przez ich nauczycieli – niegdyś standard w pracy pedagoga, zwłaszcza specjalnego – dziś praktycznie nie istnieje, trudno więc oceniać to środowisko w kontekście faktycznego wpływu wychowawczego). Założenia takie jednak nadal są tworzone³ i niestety trudno pozbyć się tego oceniającego sposobu myślenia o otoczeniu dziecka z ADHD.

Tymczasem możliwe jest diametralnie inne, niepatologizujące podejście do ADHD, którego można i trzeba się nauczyć. Dobrym przykładem takiego całkowicie innego spojrzenia, jest fragment dyskusji z forum internetowego poświęconego ADHD, gdy uczestnicząca w niej matka, poproszona przez moderatorkę internetowej dyskusji „*Proszę napisać coś sympatycznego o swoim dziecku. Wymienić jego 3 pozytywne cechy*” – odpowiada: „*Cechy pozytywne ... bystrość, czynność, empatia, opiekuńczość względem zwierząt (dwie kocie znajduj w domu), poczucie humoru... mogłabym wymieniać i wymieniać*” (<http://www.goldenline.pl/grupy/Pozostale/adhd/adhd-owiec-musi-sie-spakowac,405140/s/2>). W ten sposób koło myślenia o ADHD zamyka się, gdyż można znowu wrócić do wykresu na rysunku 1, jednak nie chodzi w tym momencie o odpowiedź (interpretację zachowań), ale o pytanie – sposób podejścia do ADHD generujący różne spojrzenia i albo sprzyjający (negatywnym) stereotypom, albo też niepozwalający na ich uruchomienie się. W tym aspekcie za bardzo wartościowy należy uznać poradnik Beaty Chrzanowskiej i Joanny Święcickiej [2011], gdyż nastawiony jest na takie właśnie wyzwalanie pozytywnego myślenia o ADHD w miejsce negatywnych stereotypów społecznych.

Podsumowanie

W niniejszym rozdziale zgromadzono przykłady dotyczące znaczącego powiązania czynników psychospołecznych z zaburzeniem określanym jako ADHD. Są to zarówno czynniki przyczynowe, kontekstowe, jak i dotyczące psychospołecznych skutków (diagnozy) ADHD. Na poziomie konkretnych losów można byłoby z pewnością prześledzić jeszcze pewne skutki o charakterze całościowym, wymaga to jednak odrębnych badań (np. na wzór badań Gindrycha [2011], czy Pawlaka [2014]). Natomiast już i te zgromadzone argumenty ukazują ADHD jako złożone psycho-społeczne zjawisko, będące nie tylko zaburzeniem o biologicznych uwarunkowaniach, ale także artefaktem społecznym. Wymaga to ostrożności i refleksyjności w podejściu do problemu, szczególnie na etapie diagnozy oraz decyzji dotyczących terapii. Z pewnością także rola psycho-społeczna odgrywana przez samą etykietę ADHD z czasem będzie zmieniać zakres stosowalności tego terminu, co już się obserwuje w postaci trendu do używania bardziej precyzyjnych opisów funkcjonalnych (np. nadpobudliwość w sferze poznawczej, emocjonalnej, ruchowej) niż diagnozy nozologicznej.

³ Zebrane w tym akapicie refleksje pochodzą z rozmów i obserwacji dokonywanych w związku z wykonywaniem zadań nauczyciela-konsultanta WODN.

Bibliografia

- Andrews, G., Slade, T., Peters L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *The British Journal of Psychiatry*, 174: 3–5.
- Bayle, M., Chioy, A., Narlock, C. A global comparison of diagnosis and treatment [online]. Portal internetowy: Is ADHD an American Diseases?, <http://isadhdanamericandisease.weebly.com/> [dostęp: 5.03.2017].
- Chrzanowska, B., Świącicka, J. (2011). *Oswoić ADHD. Przewodnik dla rodziców i nauczycieli dzieci nadpobudliwych ruchowo*. Wyd. 2. Warszawa: Difin.
- Foucault, M. (2014). *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gawlicz, K. (2008). Konstruowanie nieudacznika. Praktyki normalizacji i wykluczenia w przedszkolu. *Zeszyty Etnologii Wrocławskiej*, 1/10, 37–54.
- Gindrich, P. (2011). *Psychospołeczne korelaty wyuczonej bezradności młodzieży gimnazjalnej z trudnościami w uczeniu się i zaburzeniami towarzyszącymi*. Lublin: UMCS.
- Hallowell, E.M., Ratey, J.J. (1994). *W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i u dorosłych*. Poznań: Media Rodzina.
- ICF WHO (2002). *International Classification of Functioning Disability and Health*. Geneva: WHO.
- Majewska, M. (2010). ADHD – prawdy i mity [online]. Portal internetowy: Poradnik Zdrowie, http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/wychowanie/adhd-prawdy-i-mity_37482.html [dostęp: 6.03.2017].
- Munden, A., Arcelus, J. (2008). *ADHD: Nadpobudliwość ruchowa. Poradnik dla rodziców, nauczycieli, lekarzy terapeutów*. Tłum. E. Negowska-Drachal. Warszawa: Wydawnictwo Bellona.
- Ostrowicka, H. (2015). *Urządzenie młodzieży. Studium analityczno-krytyczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pawlak, P. (2014). *Dzieci z ADHD i ich rodzeństwo*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Schipper, E. de, Mahdi, S., Coghill, D., Vries, P.J. de, Shur-Fen Gau, S., Granlund, M., Holtmann, M., Karande, S., Levy, F., Almodayfer, O., Rohde, L., Tannock, R., Bölte, S. (2015). Towards an ICF core set for ADHD: a worldwide expert survey on ability and disability. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(12): 1509–1521.
- Świtaj, P. (2008). *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: IPIŃ.
- Vallée, M. (2009). ADHD: biological disease or psychosocial disorder? Accounting for the French-American Divergence in Ritalin Consumption, University of California, Berkeley [online], <http://www.irl.berkeley.edu/culture/papers/vallee09.pdf> [dostęp: 15.03.2017].