

ELŻBIETA SZABELSKA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid./0000-0002-9287-0366>

Charakter zaburzeń językowych w ADHD

Characteristics of language disorders in ADHD

STRESZCZENIE

Literatura językoznawcza wciąż nie notuje wielu badań i analiz dotyczących nabywania mowy przez dzieci nadpobudliwe. Okazuje się jednak, że proces ten przebiega nieco inaczej w odniesieniu do opisywanych przez aktualne źródła norm. Celem niniejszego artykułu jest zatem ogólne nakreślenie charakterystyki tego procesu i podkreślenie potrzeby prowadzenia dalszych, szerszych badań, których wyniki pozwolą umiejscowić w klasyfikacjach logopedycznych zaburzenia mowy występujące w zespole hiperkinetycznym. Wyniki przeprowadzonych dotychczas badań językoznawczych, wraz z danymi z analiz psychologicznych i pedagogicznych, wskazują, że pochylenie się nad tą tematyką może stanowić przyczynek do zmian systemowych ułatwiających edukację uczniów z diagnozą ADHD. Zmiany wynikające z uwzględnienia możliwości językowych tych uczniów, mogłyby w dalszej perspektywie wpłynąć na polepszenie jakości ich życia społecznego i zawodowego.

Słowa kluczowe: ADHD, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, rozwój mowy, system edukacyjny

SUMMARY

The linguistic literature still does not contain sufficient research and analysis on the acquisition of speech by hyperactive children. However, this process proves to be slightly different in relation to the standards described by the current sources. The aim of this article is therefore to outline the characteristics of this process and to emphasize the need for further, wider research, the results of which will allow to locate speech disorders occurring in hyperkinetic syndrome in speech therapy classifications. The results of the linguistic research carried out so far, combined with the data available from psychological and pedagogical analyzes, indicate that focusing on this subject may con-

tribute to systemic changes that could facilitate the education of students diagnosed with ADHD. Taking into account the linguistic abilities of these students in their learning process could, in the longer term, improve the quality of their social and professional life.

Keywords: ADHD, attention deficit hyperactivity disorder, speech development, educational system

WPROWADZENIE

Zaburzenia hiperkinetyczne, jak jednostkę tę nazywa Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ICD-10 2000), bądź zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością – za kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5 (DSM-5 2015) – to zespół objawów szeroko omawianych zarówno w pracach naukowo-badawczych, jak i codziennej praktyce terapeutycznej. ADHD, z obszaru doświadczeń pedagogów, psychologów i psychiatrów, stopniowo dociera także do kręgu zainteresowań logopedów. W kontekście rozważań nad naturą zaburzeń językowych w przebiegu ADHD nie można pominąć szeroko pojętej natury samej logopedii. Jak pisze Mirosław Michalik: „polska logopedia miała i ma charakter programowo interdyscyplinarny” (Michalik 2015, 17). Stąd też pojawiło się językoznawcze zainteresowanie zespołem hiperkinetycznym, który został wielokrotnie opisany na gruncie nauk medycznych i społecznych, a opis językoznawczy może pomóc w poszerzeniu całościowej wiedzy o zespole i w jego wielopłaszczyznowej charakterystyce.

Śledząc doniesienia na temat etiologii zespołu hiperkinetycznego nie można pominąć faktu, że podłoże neurologiczne, a przede wszystkim konkretne umiejscowienie zaburzeń anatomiczno-funkcjonalnych ośrodkowego układu nerwowego, z wysokim prawdopodobieństwem znajdzie odbicie w tempie nabywania bądź poziomie realizowania się poszczególnych podsystemów języka. Tak postawiona hipoteza daje możliwość prowadzenia badań pod kątem językoznawczym, co jednak wciąż stanowi novum jeżeli chodzi o opis możliwości uczniów nadpobudliwych.

ETIOLOGIA

Dzięki szerokim badaniom na gruncie medycznym wiadomo, że ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym, a jego podłoże jest heterogeniczne. Oznacza to, że etiologicznie może występować tu zróżnicowane podłoże, a kompilacja przyczyn może manifestować się w postaci różnego stopnia nasilenia objawów. Współczesna nauka nie potrafi w sposób jednoznaczny określić jednej konkretnej przyczyny warunkującej pojawienie się zespołu nadpobudliwości psychor-

chowej z deficytem uwagi, jednak istnieją pewne czynniki etiologiczne, które są obecnie najczęściej uznawane za pierwotne dla tego zaburzenia.

Najistotniejszym ustaleniem badawczym wydaje się być obecnie podkreślane wielokrotnie i w różnorodnych kontekstach badawczych biologiczne pochodzenie objawów. Dzięki wysokiemu poziomowi badań neuroobrazowych możliwe jest współcześnie dokładne prześledzenie zmian anatomicznych i funkcjonalnych występujących w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, których obecność w przypadku pacjentów z ADHD, można było z dużą dozą prawdopodobieństwa przewidzieć na podstawie objawów obserwowanych u nich na co dzień. Przegląd badań na temat biologicznego podłoża zespołu hiperkinetycznego wskazuje na szereg zmian anatomicznych przede wszystkim w zakresie ogólnej wielkości mózgu, wymiarów struktur korowych i podkorowych, wielkości i kształtu elementów substancji białej oraz wielkości mózdzku (Borkowska 2008). Podkreślić należy jednak, że zmiany te w większości przypadków są dość niewielkie, co może utrudniać bezsprzeczne powiązanie ich z hiperaktywnością. Badania neuroanatomiczne (z zastosowaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego) pacjentów z ADHD są jednak na tyle liczne i bogate, a ich wyniki na tyle powtarzalne, że badacze etiologii zaburzenia jednoznacznie przypisują zespołowi komponentę biologiczną, jaką są zmiany anatomiczne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Aneta Borkowska podkreśla jednak, że mnogość badań i publikacji na temat zmniejszenia wielkości poszczególnych jednostek anatomicznych implikować może błędną interpretację w zakresie objawów nadpobudliwości. Zmiany anatomiczne nie muszą bowiem stanowić bezpośredniego źródła dysfunkcji zachowania ze względu na to, iż nie zawsze będą przekładały się na zmiany funkcjonalne (Borkowska 2008).

Literatura przedmiotu licznie przywołuje także wyniki badań neurofunkcjonalnych w ADHD (za: Borkowska 2008). Szczególnie mocno zarysowują się doniesienia mówiące o zmianach w funkcjonowaniu płatów czołowych. Podstawą dla nich stało się zauważenie podobieństwa w zachowaniu osób nadpobudliwych psychoruchowo i osób po uszkodzeniach w obrębie płatów czołowych. Zaburzenia funkcjonalne zostały dowiedzione także w zakresie struktur podkorowych mózgu, a to za sprawą poznania pełnej charakterystyki objawów ADHD i powiązania ich z dysfunkcjami w systemach regulacyjnych czynności motorycznych i wzbudzenia, czyli pobudzenia kory mózgowej, które niezbędne jest dla przebiegu wielu procesów. Kolejne badania wykazały zatem, że zróżnicowanie obrazu zespołu na postaci (zgodnie z DSM-5 wyróżnia się: postać z przewagą nieuwagi, postać z przewagą nadaktywności i impulsywności oraz postać złożoną) nie jest wynikiem jedynie różnic w obserwowanych u pacjenta objawach, ale także różnic neurofunkcjonalnych. Szereg badań dowodzi także istnienia zaburzeń funkcjonalnych w obrębie płatów skroniowych, których aktywność jest związa-

na z procesami uwagi i aktywności (część przysrodkowa), a w przypadku patologii części lewej układu skroniowo-limbicznego – z deficytami językowymi. Zaburzenia ujawniły się także w badaniach aktywności płatów ciemieniowych, które przekładają się na pojawienie się objawów nieuwagi, wzmożonego pobudzenia oraz pomijania stronnego.

Pomimo wielości badań, wskazujących bezpośrednio na biologiczne pochodzenie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, podkreślane jest obecnie stanowisko, głoszące, że nieprawidłowości neurostrukturalne oraz neurofunkcjonalne wynikają z szerokich zaburzeń wielu obszarów i sieci neuronalnych. Etiologia zespołu hiperkinetycznego nie może w związku z tym być ograniczona jedynie do konkretnego miejsca w obrębie mózgu (za: Pikusa, Jończyk 2015).

SYMPTOMATOLOGIA

Klasyfikacje medyczne, zarówno DSM-5 jak i ICD-10, podkreślają, że dla postawienia diagnozy zespołu należy stwierdzić objawy z zakresu nieuwagi/braku uwagi oraz nadaktywności/nadmiernej aktywności i impulsywności. Obie klasyfikacje zaznaczają dodatkowo, że objawy te muszą utrzymywać się w czasie, pojawiać się w różnorodnych sytuacjach, nie mogą wynikać z występowania innego zaburzenia lub innej jednostki chorobowej, ich początek musi być dość wczesny (7. rok życia zgodnie z ICD-10 lub 12. rok życia zgodnie z DSM-5; podczas gdy w DSM-4 początek obserwowania objawów był lokowany przed 7. rokiem życia), a całość doświadczanych przez pacjenta trudności ma charakter przewlekły i znacząco wpływa na jego codzienne funkcjonowanie (ICD-10 2000; DSM-5 2015).

W kontekście niniejszych rozważań bardzo istotne wydaje się podkreślenie wielu trudności, jakich doświadczają uczniowie nadpobudliwi w związku z pojawianiem się powyższych objawów, które bezsprzecznie silnie wpływają na codzienne funkcjonowanie w szkole i w szeroko pojętym społeczeństwie. Wiedząc, że objawy ADHD mogą być widoczne już przed ukończeniem 7. roku życia, okazuje się, że dziecko wstępujące w wiek szkolny prezentuje zachowania (będące objawami, a nie zachowaniami celowymi), które na etapie przedszkolnym być może uznawane były za akceptowalne, a na wyższym stopniu edukacji powodują już nieprzystawanie zarówno edukacyjne, jak i społeczne względem rówieśników. W ogólnej świadomości rozpowszechniona jest ponadto opinia mówiąca, że objawy zespołu hiperkinetycznego są związane jedynie z dzieciństwem. Badania dowodzą bowiem, że po 14. roku życia struktury mózgowie ulegają stopniowemu dojrzewaniu, co wpływa na regulację ilości wydzielanych neurotransmiterów (Sadowska, Choińska 2006). W wielu przypadkach wpływa to na powolne ustę-

powanie podstawowych objawów ADHD. Zgodnie z obserwacjami kilka procent pacjentów nie doświadczy jednak zmniejszenia poziomu nadpobudliwości z impulsywnością i zaburzeń koncentracji, a będzie on nawet utrzymywał się na podobnym poziomie przez całe życie (Kołakowski, Wolańczyk, Bryńska, Pisula 2005).

Podstawowa triada objawów nie stanowi jednak jedyne źródła codziennych trudności pacjentów z ADHD. W przebiegu zespołu hiperkinetycznego obserwuje się bowiem wiele problemów wtórnych w postaci zaburzeń i trudności współwystępujących, które dodatkowo komplikują życie osoby nadpobudliwej. O ile więc poziom występowania podstawowych objawów ADHD może ulegać zmniejszeniu w toku dorastania, o tyle problemy współwystępujące są wielokrotnie tymi, które będą definiować każdy kolejny dzień osoby z diagnozą ADHD. Problemy te systematycznie pojawiają się w różnych sytuacjach i różnorodnym otoczeniu. W domu powodują konflikty rodzinne, niezrozumienie przez współdomowników, budzą frustrację. W szkole przekładają się na trudności edukacyjne, problemy z przystosowaniem się do obowiązujących zasad. W środowisku rówieśniczym wiążą się z trudnościami w nawiązywaniu kontaktów, w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji, z odrzuceniem przez otoczenie, a nawet izolacją. W przypadku osób dorosłych wiążą się natomiast z problemami z utrzymaniem pracy, niedotrzymywaniem terminów, nałogami, a nawet kłopotami z prawem.

Problemem współwystępującym z zespołem hiperkinetycznym, który jest najczęściej zgłaszanym przez rodziców, są szeroko pojęte niepowodzenia szkolne. Chodzi tu zarówno o trudności w nauce, jak i podejmowanie zadań i postaw zgodnych z rolą ucznia i kolegi. Uczniowie nadpobudliwi bardzo często osiągają niższy poziom edukacji niż ich neurotypowi rówieśnicy. Dzieje się tak nie ze względu na niższą inteligencję, ale właśnie przez szereg trudności współtowarzyszących codziennej egzystencji z zaburzeniami aktywności, impulsywności i kontroli uwagi. Niejednokrotnie uczniowie z ADHD, bez pomocy rodziców, nauczycieli, terapeutów, a niekiedy i farmakologii, nie są w stanie samodzielnie podjąć i utrzymać wysiłku edukacyjnego.

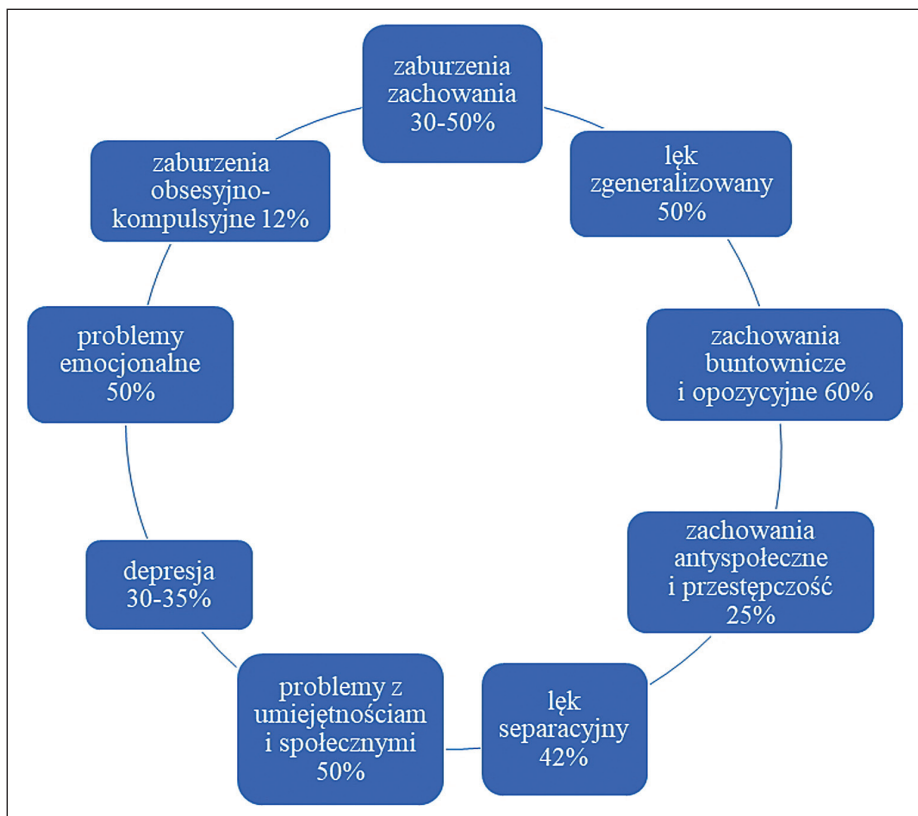
Światowe badania szacują częstotliwość współwystępowania trudności szkolnych z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi na poziomie 9%–45%, w zależności od tego, jakie kryteria diagnostyczne zostały przyjęte w analizach (Woźniak 2003). Badania były prowadzone także w kierunku określenia stopnia współwystępowania zespołu hiperkinetycznego i dysleksji. Dycman i Ackerman wykazali w roku 1991, że u 25–40% pacjentów z diagnozą ADHD pojawiają się także objawy dysleksji, a u 15–40% osób z diagnozą dysleksji rozwojowej pojawiają się objawy nadpobudliwości psychoruchowej (Lipowska 2011). Należy wspomnieć także o badaniach Małgorzaty Lipowskiej (2011) zestawiających ADHD i dysleksję w aspekcie pojawiających się deficytów

pamięci. Badaniom poddała autorka uczniów klas IV–VI w czterech podgrupach: z podwójną diagnozą, wyłącznie z dysleksją, wyłącznie z ADHD oraz bez zaburzeń rozwoju. Każda z wymienionych grup liczyła po 60 uczniów. Analiza pozyskanych danych wykazała, że u uczniów z postawioną diagnozą, a więc uczniów z dysleksją i/lub z ADHD, występują deficyty pamięci werbalnej, wzrokowej oraz wzrokowo-przestrzennej. Należy także podkreślić, że poziom deficytów był istotnie wyższy w przypadku uczniów ze współwystępującym ADHD i dysleksją. Deficyty takie nie stanowiły problemu w przypadku uczniów bez zaburzeń rozwoju.

Dzieci i młodzież z ADHD doświadczają zatem na co dzień wielu dodatkowych problemów szkolnych, które w mniejszym lub większym stopniu wynikają i wiążą się z podstawową triadą objawów zespołu. Niektórymi spośród takich trudności są: kłopoty z „zabranieniem się” do pracy i rozpoczęciem jej; zapominanie poleceń i mylenie ich; trudności z organizacją pracy; odkładanie wykonania zadań do ostatniego możliwego momentu; ogólne unikanie obowiązków; zbyt wolne tempo pracy lub też praca zbyt szybka i niedokładna; zaburzenia motywacyjne; problemy z kończeniem rozpoczętych zadań; rozpraszenie się i inne (O’Regan 2005).

Sfera edukacyjna nie jest jedyną, która obejmuje problemy uczniów z zespołem hiperkinetycznym. Szereg trudności dotyczy codzienności, w której, jak wynika z badań Mieczysława Dudka (2009), doświadczają problemów przystosowawczych, wykazują skłonności do zachowań agresywnych, przez co są odrzucani lub izolowani, a ich pozycja wśród rówieśników jest stosunkowo niska. Zaburzenia wtórne, nakładające się na objawy podstawowe, dodatkowo utrudniają dzieciom codzienne funkcjonowanie. Wielość zaburzeń współwystępujących z ADHD przedstawia schemat 1. Szczególnie podkreślić należy także, że brak specjalistycznej pomocy lekarskiej i terapeutycznej potęguje zarówno niepowodzenia szkolne, jak i negatywne doświadczenia emocjonalne i społeczne, a wypracowane w ten sposób nieprawidłowe schematy zachowań mogą być przenoszone na okres dojrzewania i następnie na dorosłość, powodując nieprzystosowanie do efektywnej racy zawodowej (Fredriksen et al. 2014).

Na problematykę tę należy także spojrzeć z perspektywy pedagogów. Badania poczynione przez Wandę Baranowską (2010) dotyczyły nauczycielskiej percepcji ucznia nadpobudliwego, subiektywnych odczuć stanu funkcjonowania szkolnego takiego ucznia, a nawet zależności między tymi zmiennymi. Autorka stwierdziła w swych analizach, że nauczyciele, mając niski stan wiedzy na temat ADHD i źródeł trudności szkolnych uczniów nadpobudliwych, stawiają im nierealne wręcz wymagania, które w perspektywie przyczyniają się do pogłębiania niepowodzeń. Ankietowani nauczyciele wielokrotnie określali swoich nadpo-



Schemat 1. Zaburzenia wtórne występujące w przebiegu ADHD (na podst.: Hanć 2009; Cooper, Ideus 2001)

budliwych uczniów niezdolnymi do osiągnięcia sukcesu edukacyjnego. Ankietowani uczniowie z ADHD podkreślali natomiast swój niski poziom motywacji do nauki i przeciętny poziom lęku szkolnego. Podobne wnioski wynikały z analiz Katarzyny Herdy-Płonki (2012), która poszerzyła grupę badaną o rodziny uczniów hiperkinetycznych. Autorka wywnioskowała, że w wielu przypadkach wiedza na temat ADHD, pomimo bogactwa literatury, jest w rodzinach nikła, a świadomość i poglądy wielokrotnie nie są dostosowane do potrzeb dzieci z nadpobudliwością.

METODA BADAŃ

Niniejsze badania oparte zostały na zestawie prób do badania funkcjonowania językowego dzieci z ADHD. Poziom zadań miał w założeniu nie odbiegać od poziomu zadań dla dzieci neurotypowych, co pozwoliło przeprowadzić te same

próby również na grupie kontrolnej, a następnie zestawić uzyskane w obu grupach wyniki. Narzędzie badawcze oparto na wyróżnionych przez S. Grabiasa trzech rodzajach kompetencji uczestniczących w procesie komunikacji: kompetencji językowej, kompetencji komunikacyjnej i kompetencji kulturowej (Grabias 1997). To właśnie kompetencje wyznaczają kolejność prób badawczych, a ogólna struktura narzędzia badawczego wraz z poszczególnymi zadaniami obejmuje:

I. Kompetencja językowa

- A. wymowa – nazywanie obrazków do badania wymowy dzieci w wieku szkolnym pochodzących z *Logopedycznego Testu Przesiewowego* (Grabias, Kurkowski, Woźniak 2007) w celu zbadania wymowy i wykrycia występujących wad wymowy;
- B. słownictwo – nazywanie obrazków pochodzących z *AFA-Skali* (Pałuch, Drewniak-Wołosz, Mikosza 2012), *Całościowego badania logopedycznego z materiałem obrazkowym* (Emiluta-Rozya 2013) oraz specjalnie dobranych darmowych grafik w celu zbadania zasobu leksykalnego w zakresie poszczególnych części mowy (rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki, przysłowki, liczebniki, zaimki osobowe);
- C. konstrukcje
 1. zadanie kończenia zdań, którego celem jest zbadanie umiejętności kończenia przeczytanych lub usłyszanych zdań, z użyciem poprawnej formy gramatycznej podanej części mowy (rzeczowniki, czasowniki, wyrażenie przyimkowe);
 2. zadanie wyszukiwania i poprawiania błędów, którego celem jest zbadanie umiejętności określania poprawności gramatycznej przeczytanych lub usłyszanych zdań oraz zdolności poprawiania zdań niepoprawnych gramatycznie;
 3. zadanie budowania zdań z wyrazów podanych w formie podstawowej, którego celem jest badanie sposobu tworzenia konstrukcji składniowych;

II. Kompetencja komunikacyjna

- A. historyjka obrazkowa – badanie sposobu tworzenia narracji na podstawie historyjki obrazkowej;
- B. obrazki sytuacyjne – badanie sposobu budowania wypowiedzi zgodnie z regułami interakcyjnymi zawartymi w kompetencji komunikacyjnej;
- C. komiksy – zadanie wyszukiwania i poprawiania błędnych wypowiedzi, którego celem jest zbadanie sposobu budowania wypowiedzi zgodnie z regułami interakcji;

III. Kompetencja kulturowa

- A. pamięć tekstu (opis zamku) – badanie renarracji w oparciu o słuchową pamięć tekstu oraz badanie rozumienia i tworzenia tekstu na podbudowie własnej wiedzy o kulturze;
- B. opis święta – badanie sposobu tworzenia narracji na podstawie własnej wiedzy o kulturze;
- C. opowiadanie bajki – badanie sposobu tworzenia opowiadania na podstawie własnej wiedzy o kulturze.

Ten sposób ustrukturyzowania zadań, ich dobór i kolejność, pozwoliły przedśledzić poziom funkcjonowania językowego dziecka na płaszczyznach wyznaczonych kompetencjami.

Podsumowując, zastosowane narzędzie badawcze jest zestawem zadań, które reprezentują różnorodne płaszczyzny opisu języka. Otrzymane w ten sposób dane, po dogłębnej analizie ilościowej i jakościowej, pozwoliły dokonać opisu rozwoju językowego dzieci nadpobudliwych i zestawzić uzyskane wyniki z wynikami dzieci w normie rozwojowej.

Przebieg każdego jednostkowego badania był nagrywany na dyktafon, a otrzymane nagrania zostały w jednakowy sposób spisane i ocenione. Ocena badania była przede wszystkim jakościowa, zaś przyznawane punkty służyły głównie porównaniu poszczególnych zadań i całości uzyskanego materiału w obu grupach.

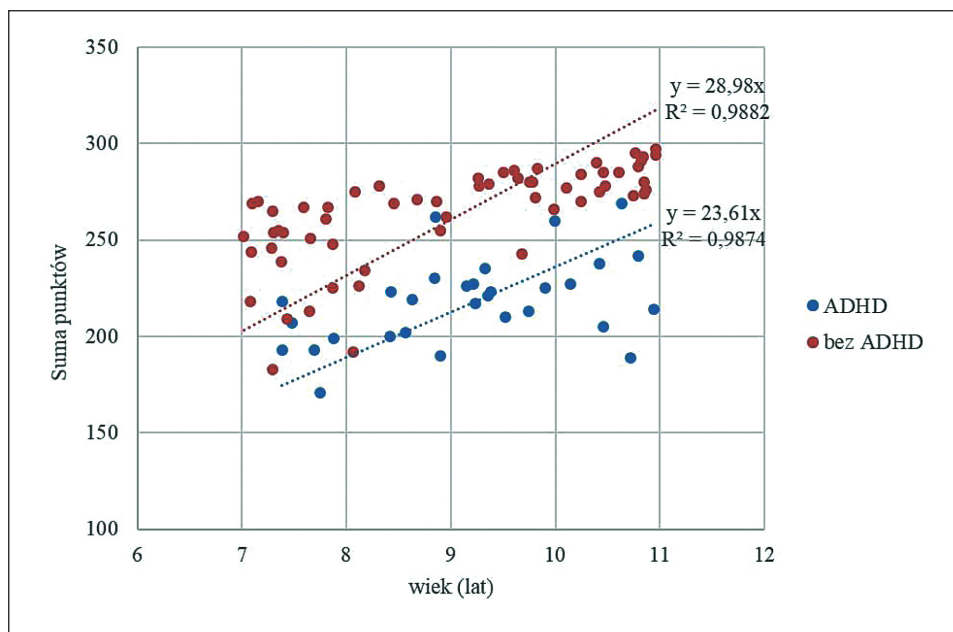
GRUPY PODDANE BADANIU

W badania włączonych zostało dziewięćdziesięcioro uczniów klas 1–4 szkoły podstawowej, będących w wieku od początku siódmego do końca dziesiątego roku życia. Grupa pierwsza obejmowała trzydzieścioro uczniów z diagnozą ADHD. Byli to w większości chłopcy, co wiąże się ze znacznie wyższą częstotliwością występowania zespołu hiperkinetycznego wśród chłopców (3–4 razy częściej niż wśród dziewczynek) (Kamińska 2010). Dziewczynki z diagnozą zespołu hiperkinetycznego stanowiły w niniejszych badaniach jedynie 6,(6)% grupy pierwszej. Grupę drugą (kontrolną) stanowiło natomiast sześćdziesięcioro uczniów neurotypowych.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi nie stoi obecnie w centrum zainteresowań badawczych logopedów i językoznawców. Naukowcy nieczęsto pochylają się nad rozważaniami dotyczącymi funkcjonowania języko-

wego dzieci hiperaktywnych, pomimo że zespół sam w sobie jest bogato opisywany pod względem etiologii i symptomatologii, a także jego konsekwencji społecznych i edukacyjnych. W obszarze tym odnajdujemy natomiast przede wszystkim szereg interesujących badań i obserwacji z zakresu psychologii, neuropsychologii, pedagogiki czy neurologii. Doniesienia te, jak i coraz wyższa statystyka rozpoznawalności ADHD wśród współczesnych uczniów, przyczyniły się do wzrostu zainteresowania autorki niniejszego artykułu zespołem hiperkinetycznym pod względem logopedycznym. Dotychczasowe badania własne wskazują ponadto na potrzebę podjęcia dyskusji nad naturą zaburzeń językowych, a dokładniej nad specyficznym dla dzieci nadpobudliwych typem rozwoju języka na różnych jego poziomach.



Wykres 1. Rozkład jednostkowy sum punktów uzyskanych w badaniu logopedycznym z uwzględnieniem wieku i podziału na grupy

Badania o charakterze językoznawczym prowadzone przez autorkę na różnych poziomach opisu języka już od roku 2010 w analizach ilościowych i jakościowych wykazały wielokrotnie uogólnione obniżenie umiejętności językowych występujące wśród uczniów nadpobudliwych. Zaburzenia były obserwowane zarówno na poziomie kompetencji językowej, jak i komunikacyjnej i kulturowej oraz wiążących się z nimi umiejętności realizacyjnych. W związku z obniżoną koncentracją uwagi zaburzona była także percepcja. Badania o najszerszym

zakresie (prowadzone w latach 2016–2021 i obejmujące trzy rodzaje kompetencji, a w ich zakresie: wymowę, leksykę, rozumienie i tworzenie konstrukcji gramatycznych, narrację, renarrację, tworzenie opisów i opowiadań) wykazały, że błędy pojawiające się w zadaniach proponowanych uczniom nadpobudliwym i uczniom neurotypowym miały w większości przypadków podobny charakter, a różniło je nasilenie. Wśród badanych dzieci z ADHD błędy były częstsze, a co istotniejsze – w znacznym stopniu ich występowanie utrzymywało się wraz z wiekiem. Uczniowie bez diagnozy nadpobudliwości, popełniając pomyłki rzadziej, wykazywali natomiast tendencję do zanikania błędów wraz z wiekiem, aż do odpowiedzi całkowicie prawidłowych. Różnicujący okazał się również wzrost osiągniętej punktacji, który w grupie dzieci neurotypowych przybierał niemal w każdym typie zadania postać systematycznego, niekiedy liniowego przyrostu, biorąc pod uwagę wzrost wieku i poziomu edukacji. Sytuacja taka nie miała miejsca w przypadku uczniów z ADHD, wśród których poziom punktacji niemal wszystkich zadań językowych nie wzrastał tak równomiernie, a uczniowie młodsi uzyskiwali niekiedy wyższe oceny wykonanych zadań niż uczniowie starsi.

Badania poszczególnych elementów językowych w przypadku uczniów nadpobudliwych wykazały mniejsze lub większe zaburzenia, czy może raczej odchylenia, w stosunku do wyników osiągniętych w tych samych zadaniach przez dzieci neurotypowe w tym samym wieku. Z analizy statystycznej i jakościowej (językoznawczej) uzyskanych materiałów wyciągnięto szereg wniosków rzucających nowe światło nie tylko na rozwój językowy dzieci hiperkinetycznych, ale także na posiadane przez nie możliwości dostosowania się do aktualnego systemu edukacji, którego są uczestnikami. W przypadku badania wymowy nie pojawiła się wada, której występowanie byłoby częstsze wśród dzieci z ADHD. Znamienny jest jednak fakt pojawiania się wad artykulacyjnych u starszych nadpobudliwych uczniów (nawet na poziomie czwartej klasy szkoły podstawowej). Wady te mają w znacznej większości charakter substytucji. Tendencja do powolnego przyrostu poprawnych odpowiedzi wraz z wiekiem dotyczy również zadań oceniających zakres leksyki czynnej, gdzie starsi uczniowie z ADHD preferowali formy podstawowe lub wręcz uproszczone, a także stosowali słownictwo o wyższej statystyce użyciu w społeczeństwie. Różnice pomiędzy uczniami nadpobudliwymi i neurotypowymi w używanym zakresie słownikowym pogłębiały się wraz z wiekiem. W przypadku zadań polegających na budowaniu konstrukcji gramatycznych, oprócz powtarzających się ponownie różnic na poziomie uczniów starszych z dwu badanych grup, szczególnego podkreślenia wymagają trudności uczniów hiperaktywnych z prawidłowym tworzeniem wyrażenia przyimkowych. Zaburzenia w tym zakresie (zarówno jeżeli chodzi o nadawanie, jak i rozumienie) były już wcześniej obserwowane i przywoływane przez polskich badaczy (Wolańczyk, Kołakowski, Skotnicka 1999). W badaniach autorki niniejszego artykułu szcze-

gólnie problematyczne okazały się wyrażenia z przyimkami *nad*, *przed* i *za*. Trudności w tym zakresie nie dotyczyły natomiast uczniów z grupy kontrolnej. W sferze umiejętności konstrukcyjnych dzieci nadpobudliwe wykazały znacznie wolniejsze tempo nabywania umiejętności odróżniania form poprawnych od form niepoprawnych oraz dokonywania korekty zdań, które są błędne pod względem gramatycznym lub semantycznym. Szereg błędów pojawił się także w przypadku zadania tworzenia poprawnych zdań z podanych wyrazów. W konstrukcjach tworzonych przez uczniów z ADHD pojawiały się liczne błędy gramatyczne i interpunkcyjne, a także liczne zaburzenia ujawniające trudności w pisaniu. Wielokrotnie powtarzała się sytuacja, gdy uczniowie ci wypowiadali zdania poprawnie, ale zapis ich był już nieprawidłowy.

Wiele zaburzeń ujawniło się także w zadaniach wymagających tworzenia dłuższych wypowiedzi narracyjnych. W realizacjach uczniów nadpobudliwych okazały się one być krótsze i mniej rozbudowane, a niejednokrotnie wręcz zdawkowe, wyraźnie uboższe w elementy tworzące strukturę narracji czy też techniki czyniące ją bogatszą. W wyniku pojawienia się opisanych powyżej zaburzeń z zakresu kompetencji językowej dłuższe formy narracyjne cechowała ponadto uboższa leksyka i niepoprawna gramatyka, co utrzymywało się wraz ze wzrostem wieku badanych uczniów. Dzieci z ADHD stosowały także znacząco więcej pauz namysłu (pauzy ciszy i pauzy wypełnione) oraz powtórzeń. Uczniowie ci nie potrafili w szybkim tempie zorganizować dłuższej narracji i w związku z tym dzielili ją na mniejsze segmenty. Niestety te mniejsze jednostki narracyjne niekiedy nie łączyły się już ze sobą w logiczną całość. Ponadto zdolność do nawiązywania interakcji słownych przez uczniów z ADHD została oceniona stanowczo niżej niż u uczniów neurotypowych. Podobnie niżej oceniono umiejętności interakcyjne, takie jak stosowanie reguł organizujących językowe role społeczne, reguł odpowiedniości i reguł organizujących skuteczność wypowiedzi. Dzieci hiperaktywne częściej niż dzieci z grupy kontrolnej nie zwracały uwagi, że podana wypowiedź nie pasuje do sytuacji, która została wraz z nią zaprezentowana. Podobnie też wypowiedzi, które uczniowie mieli za zadanie zbudować samodzielnie, wielokrotnie nie przystawały kontekstowo do sytuacji, szczególnie pod względem dostosowania formy do rangi współmówcy.

Wiele trudności ujawniło się również w przypadku zadania renarracyjnego, którego celem była ocena funkcjonowania pamięci tekstu, a więc tworzenia narracji na podstawie usłyszanej wypowiedzi. Dzieci z diagnozą ADHD zarówno zapamiętywały jak i przytaczały znacznie mniej informacji niż ich rówieśnicy z grupy kontrolnej. Ponadto te z informacji, które były przytaczane, miały bardzo związłą, niekiedy jedynie hasłową formę. Pytania pomocnicze i podpowiedzi udzielane uczniom nadpobudliwym nie przynosiły w tym wypadku oczekiwanego efektu, ponieważ dzieci te, w związku ze zdiagnozowanymi zaburzeniami kon-

centracji uwagi, nie miały możliwości, aby zapamiętać wszystkie informacje. Sytuacja ta, w zestawieniu z obniżonymi umiejętnościami językowymi, powodowała, że renarracje tworzone przez uczniów nadpobudliwych były krótkie, niedokładne i ubogie w szczegóły (Szabelska 2020).

CHARAKTER ZABURZEŃ MOWY W ADHD

Kwestią dyskusyjną i wymagającą rozważenia wraz z podjęciem kolejnych, stosownych badań (z racji niewielkiej liczby odniesień do posiadanych obecnie wyników analiz danych empirycznych) pozostaje określenie, czy zaburzenia mowy pojawiające się u dzieci z diagnozą ADHD są zaburzeniami swoistymi, czy może świadczą o opóźnionym rozwoju mowy. Czy sposób nabywania kolejnych podsystemów języka jest zgodny z określoną obecnie w literaturze normą, a jedynie bardziej rozłożony w czasie?

Niewątpliwie jednoznaczne dookreślenie, a także umiejscowienie w istniejących klasyfikacjach logopedycznych zaburzeń mowy występujących w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi wymaga przeprowadzenia szerokich badań z zastosowaniem strategii porównań podłużnych, a więc prowadząc językoznawcze badania longitudinalne na grupie dzieci nadpobudliwych, z odniesieniem do dzieci neurotypowych. Być może szerokie badania dałyby również odpowiedź na pytanie, czy do diagnozy zespołu hiperkinetycznego można włączyć stwierdzenie objawów z zakresu funkcji językowych. Objawy te musiałyby zostać szeroko omówione zarówno pod względem opóźnienia w stosunku do rówieśników, jak i pod względem ich specyfiki, typowej dla dzieci hiperaktywnych. Stawiane tu pytania otwierają zatem nowe możliwości naukowe i poszerzać mogą horyzonty badawcze.

Obecny stan dociekań autorki niniejszego artykułu wskazuje zatem, że zaburzenia mowy zaobserwowane w przypadku dzieci z ADHD w wieku szkolnym (7–11 lat) mają charakter swoisty, specyficzny dla tego zaburzenia neurorozwojowego. Na każdej płaszczyźnie opisu uczniowie hiperkinetyczni prezentowali umiejętności językowe o niższym poziomie niż ich neurotypowi rówieśnicy, a znamienym wydaje się być fakt, że zastosowane w analizach ilościowych techniki statystyczne z wysokim prawdopodobieństwem przewidują pogłębianie się różnic wraz ze wzrostem wieku (por. wykres 1). W zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi umiejętności językowe wydają się zatem być zarówno przyswajane, jak i precyzowane wolniej. Sytuacja taka, choć niewątpliwie wymaga weryfikacji kolejnymi badaniami, rzuca nowe spojrzenie na kwestię edukacji uczniów z diagnozą zespołu hiperkinetycznego. Pojawiają się pytania co do sposobu, w jaki przyjmują i przetwarzają oni informacje językowe, a na takich przecież w znacznej mierze opiera się system kształcenia. Czy sposób egzekwo-

wania wiedzy stosowany wobec uczniów nadpobudliwych nie powinien wyglądać inaczej niż ten, który stosuje się wobec uczniów neurotypowych? Czy metodyka nauczania i standardy oceniania nie powinny być dostosowane do możliwości poznawczych i językowych uczniów hiperkinetycznych? Czy dostosowanie standardów edukacyjnych nie wpłynęłoby pozytywnie na całokształt wykształcenia dziecka z ADHD?

Dziecko z zaburzeniami aktywności i deficytem uwagi jest narażone na szereg trudności edukacyjnych i społecznych. Jeżeli zatem wraz z nimi uwzględnimy fakt specyficznego sposobu nabywania umiejętności językowych, który jest statystycznie wolniejszy niż u ich neurotypowych rówieśników, uzyskujemy szereg objawów konstytutywnych i współwystępujących, które tworzą obraz ucznia mało ambitnego, leniwego, zapominalskiego i takiego, na którym nie można polegać. Obraz ten jest niezwykle krzywdzący dla dziecka, które w wielu przypadkach nie może ponosić odpowiedzialności za objawy, a jedynie za świadome zachowania, a świadomość społeczna dotycząca rozróżnienia tych dwóch elementów jest niestety wciąż zbyt niska. Dziecko takie, pozostawione bez wsparcia terapeutycznego, a nawet bez niezbędnej niekiedy farmakologii, nie będzie w stanie osiągnąć wysokiego poziomu edukacji i zbudować prawidłowych relacji społecznych. Konsekwencje tego ponosić będzie także przez całe swoje dorosłe życie. Pod rozważę, z przeprowadzeniem i analizą odpowiednich badań, należy wziąć kwestię umiejscowienia objawów językowych wśród objawów konstytutywnych i współwystępujących z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi.

Dzięki analizie danych pochodzących z powyższych badań własnych, które zostały tu pokrótce nakreślone, a które w pełnej wersji są już w toku wydawniczym, otwiera się możliwość określenia tempa nabywania poszczególnych podsystemów języka przez dzieci nadpobudliwe. W zestawieniu z danymi właściwymi dla dzieci neurotypowych, otrzymujemy szansę na przekształcenie planów edukacyjnych i terapeutycznych, w celu lepszego dostosowania ich do możliwości dzieci hiperaktywnych. Zmiany takie mogłyby umożliwić uczniom nadpobudliwym osiągnięcie wyższych wyników w szkole, zdobywanie lepszego wykształcenia, a w dalszej perspektywie ubieganie się o wyższe stanowiska zawodowe. Dane te rzucają także nowe światło na udział logopedy w szeroko rozumianym procesie terapii dziecka nadpobudliwego. Terapia logopedyczna dziecka nadpobudliwego psychoruchowo powinna być bowiem prowadzona nie w wyniku obserwowanych wad wymowy, jak dzieje się to obecnie, ale w związku ze specyficznym – późniejszym – sposobem nabywania i precyzowania się umiejętności językowych.

BIBLIOGRAFIA

- Baranowska W., 2010, *Nauczyciel a uczeń z ADHD*, Kraków.
- Borkowska A.R., 2008, *Procesy uwagi i hamowania reakcji u dzieci z ADHD z perspektywy rozwojowej neuropsychologii klinicznej*, Lublin.
- Cooper P., Ideus K., 2001, *Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową: poradnik dla rodziców i nauczycieli*, Warszawa.
- DSM-5: Kryteria Diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference, 2015, red. P. Gałecki, Ł. Świącicki, Wrocław.
- Dudek M., 2009, *Nieprzystosowanie społeczne dzieci z ADHD*, Warszawa.
- Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa.
- Fredriksen M., Dahl A.A., Martinsen E.W., Klungsoyr O., Faraone S.V., Peleikis D.E., 2014, *Childhood and persistent ADHD symptoms associated with educational failure and long-term occupational disability in adult ADHD*, „ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders”, vol. 6, Issue 2, s. 87–99.
- Grabias S., 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.
- Grabias S., Kurkowski Z. M., Woźniak T., 2007, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin.
- Hanć T., 2009, *Dzieciństwo i dorastanie z ADHD*, Kraków.
- Herda-Płonka K., 2012, *Środowisko rodzinne i szkolne wobec zespołu ADHD u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, Kraków.
- ICD-10, 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- Kamińska M., 2010, *Zrozumieć dziecko z ADHD i pomóc mu*, Gdańsk.
- Kołąkowski A., Wolańczyk T., Bryńska A., Pisula A., 2005, *Dziecko z ADHD. Poradnik dla rodziców*, część III, Warszawa.
- Lipowska M., 2011, *Dysleksja i ADHD – współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza deficytów pamięci*, Warszawa.
- Michalik M., 2015, *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce logopedycznej*, Gdańsk, s. 17.
- O'Regan F.J., 2005, *ADHD*, Warszawa.
- Pałuch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L. 2012, *AFA-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków.
- Pikusa M., Jończyk R., 2015, *Functional abnormalities in Broca's area in adolescents with ADHD: A resting-state fMRI study*, „Poznan Studies In Contemporary Linguistics”, January, s. 163–177.
- Sadowska L., Choińska A.M., 2006, *Problemy medyczne i psychospołeczne dzieci z nadpobudliwością psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD – Attention Deficit Hyperactive Disorder)*, [w:] *Problemy dzieci i młodzieży z nadpobudliwością psychoruchową z deficytem uwagi (ADHD)*, Wrocław.
- Szabelska E., 2020, *Narracja i renarracja u dzieci z ADHD w wieku szkolnym*, „Logopedia” , t. 49–2, Lublin, s. 85–102.
- Wolańczyk T., Kołąkowski A., Skotnicka M., 1999, *Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko, co chcielibyście wiedzieć*, Lublin.
- Woźniak M., 2003, *W poszukiwaniu psychologicznych uwarunkowań sukcesów i niepowodzeń w nauce szkolnej u uczniów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej – kliniczne studia przypadków*, [w:] *Problemy psychologiczne dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej*, red. M. Świącicka, Warszawa.